

PASSION

CHIRURGIE

PANORAMA

ORGANSPENDE IN
DEUTSCHLAND:
WEITERHIN KEINE
ERHOLUNG IN SICHT

im Fokus

VERSORGUNG IN
KRIEGS-, TERROR-
UND KATASTROPHEN-
SITUATIONEN

01/02 | 2023

MITGLIEDERZEITSCHRIFT:
DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR CHIRURGIE
BERUFSVERBAND DER DEUTSCHEN CHIRURGIE



Medtronic

Erweitern Sie Ihr Repertoire der Krampfadern- behandlung

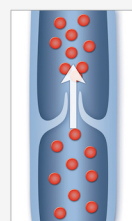
2 moderne Be-
handlungsmöglich-
keiten mit maximalem
Patientenkomfort – in
Langzeitstudien erprobt:



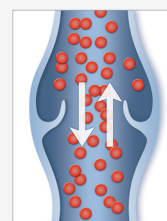
**VenaSeal™
Closure System**



**ClosureFast™
RFA System**



Gesunde Vene
Venenklappen
sichern den Rück-
fluss zum Herzen.



Kranke Vene
Die Venenklappen schließen
nicht mehr und das Blut staut
sich in den Beinen.

**Mehr Informationen
finden Sie hier**

Kontakt E-Mail: krampfadern@medtronic.com

In der Gebrauchsanweisung finden Sie ausführliche Informationen über Anwendungshinweise, Kontraindikationen, Warnhinweise, Vorsichtsmaßnahmen und mögliche Nebenwirkungen. Weitere Informationen erhalten Sie von Ihrem Medtronic Außendienstmitarbeiter vor Ort und/oder auf der Medtronic-Website unter medtronic.eu.

Chirurgische Versorgung in Kriegszeiten

Tim Pohlemann



Prof. Dr. med. Tim Pohlemann

Klinik für Unfall-, Hand- und Wiederherstellungschirurgie
Sprecher des Wehrmedizinischen Beirats
UKS – Universitätsklinikum des Saarlandes
Homburg
tim.pohlemann@uks.eu

Sehr geehrte Leserinnen und Leser,

trotz aller kritischen Betrachtung der aktuellen Gesundheitssysteme ist der langfristige Fortschritt in der Chirurgie weiterhin äußerst positiv zu beurteilen. Trotz alternder Bevölkerung steigen Überlebensraten und Lebensqualität nach Unfällen und bei tumor- und kardiovaskulären Erkrankungen beständig. Moderne interdisziplinäre, multimodale Therapieansätze sind sicherlich einer der Gründe, aber auch die Fortschritte in der chirurgisch-operativen Technik sind dabei keinesfalls zu vernachlässigen. Mit schnell weiterschreitender Spezialisierung innerhalb der Chirurgie, dem breiten Einzug minimalinvasiver OP-Techniken und hochelektiv vorbereiteten chirurgischen Eingriffen, ist für nahezu jedes Krankheitsbild individualisiert ein optimales Therapiekonzept verfügbar.

Die jetzt seit nahezu einem Jahr dramatisch geänderten politischen Rahmenbedingungen mit einem nicht für möglich gehaltenen weiträumigen Eroberungskrieg auf europäischem Boden haben aber auch im Gebiet der Chirurgie ein Umdenken nötig gemacht. Jetzt werden wieder ganz andere Qualitäten aktuell, die vielfach für schon überwunden angesehen wurden und kaum noch vorhanden sind. Noch vor wenigen Jahren war die „Einsatz- und Kriegschirurgie“ eher ein Nischenthema einzelner Arbeitsgruppen der Fachgesellschaften, in denen sich Militäarchirurginnen und Chirurgen sowie in Hilfsorganisationen Tätige engagierten. Nachdem dieses Thema letztmalig 2012 in der Passion Chirurgie diskutiert wurde, ermöglichen die jetzt vorgelegten drei Beiträge einen informativen Überblick über die aktuellen Entwicklungen. Es ist dabei zu betonen, dass die geschilderten Anstrengungen zur Koordination der genannten Kurse und Lehrangebote ein

Beweis der exzellenten Zusammenarbeit der chirurgischen und anästhesiologischen Fachgesellschaften und Berufsverbände darstellt. Eine Vielzahl von Individuen sind beteiligt und unterstützen diesen Weg teilweise seit Jahren intensiv und erfolgreich. Auch wenn sie in den Artikeln nicht namentlich erwähnt werden konnten, soll an dieser Stelle all denjenigen gedankt werden, die sich aktiv daran beteiligen, dass auch in Deutschland die erforderlichen akut chirurgischen Fähigkeiten in einem Ernstfall in ausreichender Qualität und Quantität zur Verfügung gestellt werden können!

Ein weiteres drängendes Thema wird in der Rubrik Panorama diskutiert: Trotz aller Bemühungen kommt das Thema Organspende in Deutschland nicht messbar voran. Eine Katastrophe für alle Patienten und Angehörigen, die derzeit in großer Zahl auf die lebensnotwendige Transplantation warten! Das Engagement darf nicht nachlassen, ggf. sind erneute politische Diskussionen nötig, um auch in Deutschland in diesem Thema dem Vergleich zu anderen europäischen Ländern standhalten zu können.

Sie sehen, die Themen gehen auch dieses Jahr nicht aus, und ich möchte an dieser Stelle dazu aufrufen, sich auch selbst aktiv einzubringen und auf allen Ebenen die Initiativen der Fachgesellschaften und des Berufsverbandes zu unterstützen.

Ich hoffe auf Ihr Interesse bei der Lektüre des aktuellen Heftes und verbleibe dem Wunsch für ein friedliches Jahr 2023

Ihr
Tim Pohlemann



Pohlemann T: Editorial: Chirurgische Versorgung in Kriegszeiten. Passion Chirurgie. 2023 Januar/Februar; 13(01/02): Artikel 01.



Neuigkeiten aus dem BDC finden Sie auf BDC|Online (www.bdc.de) unter der Rubrik BDC|News.

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.)
Prof. Dr. med. Thomas Schmitz-Rixen (V.i.S.d.P.)
Dr. med. Jörg-Andreas Rüggeberg
Dr. med. Friederike Burgdorf
Katrin Kammerer (Tel: +49 (0) 30 28004-202 |
passion_chirurgie@bdc.de)

VERLAG

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

DESIGN

Nina Maria Küchler, Berlin

ANZEIGEN

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

ABBILDUNGSHINWEISE

Teaserfotos von iStock oder von den Autoren.
Cover © iStock/huettenhoelscher

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 Versorgung in Kriegszeiten

Tim Pohlemann

6 KURZNACHRICHTEN

8 CHIRURGIE

8

EINSATZCHIRURGIE IM WANDEL

Thorsten Hauer, Niels Huschitt

16

AUS DER NISCHE FÜR SPEZIALISTEN ZUR REALEN BEDROHUNG – PENETRIERENDES TRAUMA UND KRIEGSVERLETZUNGEN

Tim Pohlemann

21

INTERVIEW MIT PROFESSOR TIM POHLEMAN, SPRECHER DES WEHRMEDIZINISCHEN BEIRATS

Sanitätsdienst der Bundeswehr

25 CHIRURGIE⁺

25 Webinare in der BDC|eAKADEMIE

26 **Nachwuchs:** Nachwuchsgewinnung
bei Operation Karriere 2022

Olivia Päßler

29 **Nachwuchs:** „Das Nonplusultra sind
die Prüfungssimulationen“

Holger Wannenwetsch



- 32 **Artzpraxis Tipp:** Praxen erhalten höhere Zuschläge für rasche Terminvergabe
Dirk Farghal, Peter Kalbe, Ralf Schmitz
- 36 **Artzpraxis Tipp:** Neuerungen und Verbesserungen in der UV-GOÄ ab Januar 2023
Peter Kalbe
- 40 **Artzpraxis Tipp:** Willkommen zum Bundeskongress Chirurgie 2023 in Nürnberg!
Jan Henniger, Frank Sinning
- 42 **Hygiene-Tipp:** Händetrocknung nur mit Einmalpapierhandtüchern
Walter Popp, Lutz Jatzwauk, Wolfgang Kohnen
- 44 Leserbrief
Wolfram Klemm
- 46 Personalia
- 47 RECHT**
- 47 **F+A:** Auslandsreise mit Krankschreibung
Jörg Heberer

49 GESUNDHEITSPOLITIK

- 49 **BDC-Praxistest:** Viszeralchirurgische Zentren statt isolierte Mindestmengen
Stefan Benz, Ludger Staib
- 53 „Das profitorientierte Denken sickert immer tiefer in die Versorgung ein“
Holger Wannenwetsch
- 57 BDC-Stellungnahme zum neuen § 115f SGB V-Krankenhauspflegeentlastungsgesetz
Hans-Joachim Meyer, Peter Kalbe, Jörg-Andreas Rüggeberg, Friederike Burgdorf
- 60 **BDC|Pressemitteilung:** BDC begrüßt die weitere Förderung des ambulanten Operierens im EBM

61 INTERN

- 61 DGCH**
- 61 Machen Sie mit beim Organspendelauf 2023!
Matthias Anthuber
- 63 Rekrutierende multizentrische chirurgische Studien in Deutschland
Solveig Tenckhoff
- 66 Spendenaufruf und Bausteine Langenbeck-Virchow-Haus
- 70 DGCH-Präsidium ab 01. Januar 2023
- 72 Meine Daten haben sich geändert
- 74 BDC**
- 74 BDC|News
- 76 Einladung zur BDC-Mitgliederversammlung 2023
Hans-Joachim Meyer
- 78 BDC|Landesverbände
- 80 Termine BDC|Akademie
- 83 Lifestyle-Angebote im Februar 2023

84 PANORAMA

- 84 Organspende in Deutschland: weiterhin keine Erholung in Sicht
Axel Rahmel

Weniger Ökonomie, mehr Medizin



DIE KRANKENHAUSREFORM AUF EINEN BLICK

Die Behandlung von Patientinnen und Patienten in Krankenhäusern soll künftig mehr nach medizinischen und weniger nach ökonomischen Kriterien erfolgen. Das empfiehlt die 17-köpfige „Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung“. Dafür sollen die Kliniken nach drei neuen Kriterien honoriert werden: Vorhalteleistungen, Versorgungsstufen und Leistungsgruppen.

1. Vergütung von Vorhalteleistungen

Derzeit erfolgt die Finanzierung von Krankenhausleistungen weitestgehend über Fallpauschalen. Fixkosten – wie das Vorhalten von Personal, einer Notaufnahme oder notwendiger Medizintechnik – müssen überwiegend ebenfalls über die Fallpauschale erwirtschaftet werden. Um die Bedeutung der Krankenhäuser für die Daseinsvorsorge zu unterstreichen und um den wirtschaftlichen Druck auf möglichst viele Behandlungsfälle zu senken, empfiehlt die Regierungskommission, künftig einen festen Betrag als Vorhaltekosten zu definieren, den

Krankenhäuser – je nach ihrer Zuordnung (siehe Punkte 2 und 3) – erhalten.

2. Definition von Krankenhaus-Versorgungsstufen (Leveln)

Künftig sollen Krankenhäuser in drei konkrete Level eingeordnet und entsprechend gefördert werden:

- Grundversorgung – medizinisch und pflegerische Basisversorgung, zum Beispiel grundlegende chirurgische Eingriffe und Notfälle.
- Regel- und Schwerpunktversorgung – Krankenhäuser, die im Vergleich zur Grundversorgung noch weitere Leistungen anbieten.
- Maximalversorgung – zum Beispiel Universitätskliniken.

Für jedes Level sollen einheitliche Mindestvoraussetzungen gelten. Damit würden erstmals einheitliche Standards für die apparative, räumliche und personelle Ausstattung gelten.

3. Einführung von definierten Leistungsgruppen

Die lediglich grobe Zuweisung von Fachabteilungen (wie „Innere Medizin“) zu Krankenhäusern soll durch genauer definierte Leistungsgruppen abgelöst werden (z. B. „Kardiologie“). Behandlungen sollen künftig nur noch abgerechnet werden können, wenn dem Krankenhaus die entsprechende Leistungsgruppe zugeteilt wurde. Voraussetzung für die Zuteilung ist die Erfüllung genau definierter Strukturvoraussetzungen für die jeweilige Leistungsgruppe, etwa bezüglich personeller und apparativer Ausstattung.

AUFTRAG DER REGIERUNGSKOMMISSION FÜR EINE MODERNE UND BEDARFSGERECHTE KRANKENHAUSVERSORGUNG

Laut Koalitionsvertrag sollte die Regierungskommission Empfehlungen für eine Weiterentwicklung der Krankenhausfinanzierung vorlegen, die das bisherige System um ein nach Versorgungsstufen (Primär-, Grund-, Regel-, Maximalversorgung, Universitätsklinik) differenziertes System erlösunabhängiger Vorhaltepauschalen ergänzt.

HINTERGRUND: DIE DERZEITIGE KRANKENHAUSFINANZIERUNG

Krankenhäuser decken ihre laufenden Betriebskosten (Kosten für medizinische Behandlung, z. B. Personal, Operationsbedarfe) über die sogenannten Fallpauschalen (DRGs). Das heißt: Sie erhalten einen fixen Betrag, auch wenn die Behandlung tatsächlich mehr oder weniger gekostet hat. Investitionskosten – also zum Beispiel Kosten für Bauten oder bauliche Instandhaltung – sind in ausreichender Höhe von den Ländern zu tragen. Dies geschieht nicht flächendeckend in ausreichendem Maße.

Durch das Fallpauschalensystem besteht ein Anreiz, sehr viele – im Zweifelsfall auch unnötige – Operationen oder anderweitige Behandlungen durchzuführen (sogenannter Leistungs- oder Mengenanzreiz), zudem insbesondere die Fallpauschalen abzurechnen, die besonders lukrativ sind – und Fachbereiche, die weniger lukrativ sind, wie die Kinder- und Jugendmedizin, zu schließen.

Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission

Klimapakt Gesundheit



GEMEINSAM VERANTWORTUNG ÜBERNEHMEN

Bundesgesundheitsminister Prof. Karl Lauterbach hat Mitte Dezember 2022 gemeinsam mit Vertreterinnen und Vertretern der Spitzenorganisationen im Gesundheitswesen, der Länder und der kommunalen Spitzenverbände den „Klimapakt Gesundheit“ unterzeichnet.

Wichtige Akteure des Gesundheitswesens und der Pflege stellen sich gemeinsam den Herausforderungen des Klimawandels und verpflichten sich, bereits bestehende Initiativen und Aktivitäten zu bündeln und den vielfältigen Herausforderungen bei der Klimaanpassung und beim Klimaschutz zu begegnen. Sie bekennen sich damit erstmals zu ihrer gemeinsamen Verantwortung, die gesundheitliche Versorgung an klimabedingte Herausforderungen anzupassen und gleichzeitig den CO₂-Fußabdruck des Gesundheitswesens zu minimieren.

„Unser Gesundheitswesen muss sich auf die Folgen des Klimawandels einstellen: Auf die

Hitze, auf neue Krankheitsbilder – und im Extremfall auch auf neue Pandemien. Klimaschutz ist deshalb auch aktiver Gesundheitsschutz.“ Bundesgesundheitsminister Prof. Karl Lauterbach.

Die wesentlichen Inhalte der Erklärung:

- Die mit der Erklärung vereinbarten Anliegen und Ziele sollen weiter konkretisiert werden. Dazu soll ein regelmäßiger Austausch über Erfahrungen und erfolgversprechende Konzepte stattfinden.
- Verantwortliche in Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen, Kindergärten, Schulen, Betrieben und Kommunen sollen dabei unterstützt werden, die Rahmenbedingungen in diesen Lebenswelten gesundheitsförderlich und zugleich klimafreundlich zu gestalten und die Menschen für ein klimaschützendes und klimaangepasstes Verhalten zu sensibilisieren und zu befähigen.
- Handlungsmöglichkeiten in den unterschiedlichen Versorgungsbereichen sollen genutzt und Kriterien der Nachhaltigkeit und des Klimaschutzes künftig noch stärker berücksichtigt werden. Dazu gehören insbesondere Energieeinsparungen, energetische Sanierung, Abfallvermeidung, nachhaltige Beschaffung, Nutzung erneuerbarer Energien und ein effizienter Ressourceneinsatz.
- Wissenschaftliche Evidenz und epidemiologische Erkenntnisse sollen gewonnen und genutzt werden. Dadurch können neue Gesundheitsgefahren, etwa die Ausbreitung bislang bei uns selten vorkommender Infektionskrankheiten, schneller erkannt, das Wissen über die Wechselwirkungen von Klimawandel und Gesundheit im Versor-

gungsalltag berücksichtigt und in die Aus-, Fort- und Weiterbildungsangebote integriert werden.

- Auch das öffentliche Bewusstsein für gesundheitliche Folgen des Klimawandels sollen durch Information, Aufklärung und Kommunikation gestärkt werden.

SO ENGAGIERT SICH DER BDC

Nachhaltigkeit und Klimaschutz sind als Leitlinie in der Satzung des Berufsverbands der Deutschen Chirurgie e.V. verankert. Mit dem Thema Klimaschutz und Nachhaltigkeit wird sich zukünftig verstärkt das BDC-Themenreferat „Krankenhausstrukturen, sektorenübergreifende Versorgung und Nachhaltigkeit“ beschäftigen. Die Märzangabe der PASSION Chirurgie wird Nachhaltigkeit als Schwerpunktthema haben.

HINTERGRUND

Mit dem Übereinkommen von Paris von 2015 hat sich die Weltgemeinschaft verpflichtet, die Erderwärmung auf 1,5 Grad vor dem vorindustriellen Niveau zu begrenzen. Deutschland hat sich vor diesem Hintergrund international verpflichtet, sein Gesundheitssystem klimaneutral und nachhaltig zu entwickeln. Das deutsche Klimaschutzgesetz sieht vor, die CO₂-Emissionen bis 2030 um mindestens 65 Prozent zu senken und bis 2045 klimaneutral zu werden. Das Klimaschutzgesetz verpflichtet auch die Akteure des Gesundheitswesens, zum Schutz vor den Auswirkungen des weltweiten Klimawandels die Klimaschutzziele zu berücksichtigen.

Der Klimapakt Gesundheit des BMG

IM FOKUS

Wehrmedizin

Einsatzchirurgie im Wandel

Thorsten Hauer, Niels Huschitt

NEUE HERAUSFORDERUNGEN FÜR DEN SANITÄTSDIENST DER BUNDESWEHR AUS CHIRURGISCHER SICHT

KRIEGSCHIRURGIE

Schon immer wurden Chirurgen durch ihren Militärdienst geprägt und in ihrem chirurgischen Handeln beeinflusst. Im antiken Schrifttum wird über die Erfahrungen von Ärzten auf dem Schlachtfeld berichtet, wenngleich es um das Überleben verwundeter Krieger nicht gut bestellt war, da deren Versorgung erst am Ende einer Schlacht stattfinden konnte. Dies änderte sich auch im Mittelalter nicht wesentlich, wenn Wundärzte und Baader sich des Schicksals der Verwundeten annahmen.



Dr. med. Thorsten Hauer
Oberfeldarzt
Stv. Klinischer Direktor
Klinik für Allgemein-, Viszeral- und
Thoraxchirurgie
Bundeswehrkrankenhaus Berlin
Scharnhorststraße 13
10115 Berlin
ThorstenHauer@bundeswehr.org



Dr. med. Niels Huschitt
Oberstarzt
Klinischer Direktor
Klinik für Allgemein-, Viszeral- und
Thoraxchirurgie
Bundeswehrkrankenhaus Berlin
nielshuschitt@bundeswehr.org

Huschitt N, Hauer T: Einsatzchirurgie
im Wandel. Passion Chirurgie.
2023 Januar/Februar; 13(01/02):
Artikel 03_01.



Weitere Artikel zum Thema finden Sie auf
BDC|Online (www.bdc.de) unter der Rubrik
Wissen | Panorama | Entwicklungs- und
Katastrophenhilfe.



Mit der Entwicklung moderner Waffen, die auf größere Entfernung ihre Wirkung entfalteten, begannen sich Sanitäter bereits während der laufenden Kampfhandlungen um verwundete Kameraden zu kümmern, alleine schon um durch deren Schreie nicht den Rest der Truppe zu demoralisieren.

Als Begründer eines modernen Militärsanitätsdienstes gilt der französische Chirurg Dominique Jean Larrey (1766–1842). Seine Erkenntnisse gewann er durch die Teilnahme an unzähligen Schlachten im Dienste der napoleonischen Armee. Larrey erkannte die Notwendigkeit eines unmittelbaren Handelns, um das Überleben eines schwer verwundeten Soldaten zu sichern. Mit seinen von Pferden gezogenen „fliegenden Lazaretten“ (*ambulance volante*) schuf er hoch mobile Behandlungseinrichtungen, mit denen eine chirurgische Versorgung direkt auf dem Schlachtfeld möglich war. In einem Zeitalter ohne Anästhesie und Antibiotika kam es bei Operationen auf eine schnelle und präzise Operationstechnik an. Larrey perfektionierte die Technik der Gliedmaßenamputation, die er innerhalb weniger Minuten durchführte.

In der preußischen Armee wurde das Militärsanitätswesen vor allem durch Generalarzt Bernhard Rudolph von Langenbeck (1810–1887) völlig neugestaltet. Als Sanitätsoffizier hatte Langenbeck an allen deutschen Einigungskriegen teilgenommen und viel praktische Erfahrung auf dem Gebiet der Kriegschirurgie gewonnen. Er besaß ein umfassendes Wissen der Anatomie, Physiologie und Pathologie und operierte in vielen verschiedenen Teilgebieten der Chirurgie. Langenbeck erfand zahlreiche Instrumente, von denen noch heute elf in Gebrauch sind. Die Chirurgie verdankt ihm 21 Operationsverfahren, die seinen Namen tragen. Sein wichtigstes operatives Ziel war es, die verstümmelnden Amputationen zu



Abb. 1: Gemälde Charles-Louis Muller (1815–1892). Larrey operiert auf dem Schlachtfeld von Preußisch-Eylau am 7. Februar 1807 (Paris, Académie Nationale de Médecine).

”

LARREY IST DER REDLICHSTE MANN UND DER GRÖSSTE FREUND DER SOLDATEN, DEN ICH JE GEKANNT HABE... ER PLAGTE DIE GENERALE UND STÖRTE SIE NACHTS AUS IHREN BETTEN AUF, WENN IRGEND EINE ANORDNUNG ODER HILFE FÜR DIE VERWUNDETEN ODER KRANKEN NÖTIG WAR.“

– Napoleon Bonaparte

vermeiden und stattdessen Resektionen durchzuführen. Langenbeck kann somit als Musterbeispiel eines universell ausgebildeten „Generalisten“ der Chirurgie gelten, wie er von einigen auch heute noch – gewissermaßen als Gegenentwurf zum hoch spezialisierten Chirurgen der Neuzeit – als Ideal für einen Militärchirurgen angesehen wird.



Abb. 2: Die Begründer der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (1872). Gemälde aus dem Jahr 1893/1894 des Malers Ismael Gentz. Bernhard von Langenbeck ist in der Mitte stehend als Generalarzt der preußischen Armee dargestellt. Von links nach rechts sind folgende Gründungsmitglieder dargestellt: Richard von Volkmann (1838–1899), Johann Friedrich August von Esmarch (1823–1908), Heinrich Adolf von Bardeleben (1819–1895), Bernhard von Langenbeck (1810–1887), Theodor Billroth (1829–1894), Victor von Bruns (1812–1883), Gustav Simon (1824–1876) und Ernst Julius Gurlt (1825–1899).



Abb. 3: Russland, Lazarett, Juni 1941. Foto: Bundesarchiv, Bild 101I-137-1041-30 / Menzendorf / CC-BY-SA 3.0

Der wohl bedeutendste und einflussreichste deutsche Chirurg des 20. Jahrhunderts, Ferdinand Sauerbruch (1875–1951), diente als Sanitätsoffizier in beiden Weltkriegen. Mit Ausbruch des Ersten Weltkrieges im Juli 1914 meldete sich Sauerbruch als Kriegsfreiwilliger. Er beschäftigte sich fortan mit der Konstruktion künstlicher Gliedmaßen unter Nutzung der nach einer Amputation noch vorhandenen Muskeln zur Steuerung beweglicher Prothesen. Im Zweiten Weltkrieg bekleidete er, mittlerweile Direktor der Chirurgischen Universitätsklinik der Berliner Charité, als Generalarzt die Funktion eines beratenden Arztes der Wehrmacht.

KRIEGSCHIRURGIE IN DEN WELTKRIEGEN UND DER NACHKRIEGSZEIT

In den beiden Weltkriegen und auch in der Nachkriegszeit war die Organisation des Sanitätsdienstes von der strategischen Realität geprägt, dass sich zwei Armeen oder Bündnisse an einer Frontlinie gegenüberstanden. Unmittelbar hinter der Frontlinie wurden Verwundete aus verschiedenen Frontabschnitten in sogenannten Verwundetenestern zusammengeführt und erhielten hier eine erste sanitätsdienstliche Versorgung. Der Truppenverbandplatz hatte als ärztliche

Durchgangsstation die Revision der Wundverbände sowie die Schmerzlinderung und Schockbekämpfung zur Herstellung der Transportfähigkeit zu erfüllen. Bei der dritten Station, dem Hauptverbandsplatz, sollten als *Indicatio vitalis* erste notfallchirurgische Maßnahmen erfolgen. In der vierten Station, dem Feldlazarett, wurde schließlich eine erweiterte chirurgische Anschlussversorgung durchgeführt.

DIE BUNDESWEHR WIRD EINSATZARMEE

Anfang der 1990er-Jahre wurden in der Bundeswehr zunächst Krisenreaktionskräfte (KRK) etabliert. Diese Verbände waren ohne Mobilmachung nach kurzer Vorbereitungszeit abrufbar und überall einsetzbar. Die Ausstattung war besser als die der Hauptverteidigungskräfte (HVK), die vorwiegend zur Landes- und Bündnisverteidigung eingesetzt werden sollten. Mit der Neuausrichtung der Bundeswehr ab 2010 wurden die HVK- und KRK-Verbände in Eingreifkräfte, Stabilisierungskräfte und Unterstützungskräfte umstrukturiert.

Da die Wahrscheinlichkeit eines Zwei-Fronten-Krieges in einer Zeit der europäischen Annäherungspolitik gering erschien, lag der Fokus der Bundeswehr zunehmend auf dem Auslandseinsatz. Mit der Entsendung eines Feldlazaretts nach Kambodscha im Rahmen einer UNO-Mission wurde der Sanitätsdienst 1993 erstmals vor eine größere Bewährungsprobe gestellt, es folgten Einsätze in Somalia und auf dem Balkan. Der Sanitätsdienst der Bundeswehr musste sich an immer neue Einsatzaufträge und Gegebenheiten anpassen. Innerhalb von nicht mehr als zwei Stunden sollte der Verwundete in einer Behandlungseinrichtung mit der Fähigkeit zu einer notfallchirurgischen Erstversorgung eintreffen. Die konzentrischen Kreise, die auf diese Weise um den Flugradius der verfügbaren Luftrettungsmittel entstanden, beeinflussten die militärische Operationsführung und die Bewegungsfreiheit der eingesetzten Kräfte erheblich und führten zur Etablierung von hoch mobilen, luftverlegbaren und modular an die Erfordernisse des jeweiligen Einsatzes adaptierbare chirurgische



Abb. 4: Luftlanderettungszentrum, European Training Mission (EUTM), Koulikoro, Mali, Mai 2013



Abb. 5: Damage Control Surgery Unit, Resolute Support (RS), Kundus, Afghanistan, Juni 2017; Foto: Thorsten Hauer

Versorgungseinheiten (z. B. Damage Control Surgery Unit, Afghanistan).

REFOKUSSIERUNG AUF DIE LANDES- UND BÜNDNISVERTEIDIGUNG

Die Bundeswehr befindet sich aktuell in einem Prozess der Refokussierung auf die Landes- und Bündnisverteidigung. Mit einer veränderten Sicherheitsarchitektur in Europa, die 2014 durch die Annexion der Krim eingeleitet wurde, soll zukünftig der Kernauftrag der Landes- und Bündnisverteidigung wieder stärker in den Fokus der militärstrategischen Ausrichtung gestellt werden.

Während der Sanitätsdienst der Bundeswehr bisher vor allem auf die Unterstützung kleinerer militärischer Einsatzverbände im Rahmen des internationalen Krisenmanagements ausgerichtet war, bedarf die medizinische Versorgung einer oder mehrerer Divisionen in einem Bündnis- und Verteidigungsfall eines erheblichen Kräfteaufwuchses in der gesamten Bandbreite des Sanitätsdienstes.

QUO VADIS, EINSATZCHIRURGIE?

Ist die Chirurgie, die in einer Versorgungseinrichtung nahe der Front eines großen Krieges stattfindet, auch *Einsatzchirurgie*? Können Erfahrungen aus den militärischen Konflikten in Afghanistan und im Irak auch auf heutige Szenarien der Landes- und Bündnisverteidigung übertragen werden? Muss unsere sanitätsdienstliche Planung angepasst werden?

Ogleich die Opferzahlen in unseren bisherigen Einsätzen vergleichsweise gering waren, hatten diese dennoch Einfluss auf den Konfliktverlauf. In den konventionellen Kriegen der Vergangenheit besaß das Leben des einzelnen Individuums dagegen keinen besonderen Wert. Auch daher steht die zukünftige militärchirurgische Konzeption – unserem eigenen sanitätsdienstlichen Selbstverständnis folgend – vor enormen Herausforderungen. Der Leitsatz des Sanitätsdienstes, dass jeder erkrankte oder verletzte Soldat mit einer medizinischen Behandlung rechnen könne, die im Ergebnis einer Versorgung im Inland entspricht, wird bei einem Anfall

von mehreren Hundert Verwundeten pro Tag schwer aufrechtzuerhalten sein. Hinzu kommt die logistische Herausforderung, Angehörige eigener und verbündeter Streitkräfte zur Anschlussversorgung in ihre Heimatländer zu evakuieren, während diese mit der Bewältigung großer Flüchtlingsströme und deren medizinischer Versorgung bereits stark belastet sein dürften.

WORAN STERBEN SOLDATEN IM KRIEG?

Zwar gibt es aus den Kriegen in Korea, Vietnam, Afghanistan und im Irak einzelne Publikationen, die die auftretenden Kriegsverletzungen, die betroffenen Körperregionen und die resultierenden Todesursachen analysieren. Aussagekräftige und vor allem vergleichbare wissenschaftliche Daten, die auch die großen konventionellen (Welt-) Kriege miteinschließen, fehlen jedoch. Auch wenn sich das Verletzungsmuster der verwundeten Soldaten im Detail unterscheidet, kommen bestimmte gefechtsbedingte Verletzungen in allen kriegesischen Auseinandersetzungen vor: Schussverletzungen, Explosionsverletzungen (einschließlich



Abb. 6: Damage Control Surgery Unit (DCSU), Simultane operative Versorgung von zwei afghanischen Patienten mit Schussverletzungen des Thorax und Abdomen im OP-Zelt, Maimana, Afghanistan, September 2019; Foto: Thorsten Hauer

Minenverletzungen), Verbrennungen sowie Verletzungen durch stumpfe Gewalt (z. B. durch Sturz aus großer Höhe, Einsturz von Gebäuden oder Verschüttung).

Der amerikanische Militärchirurg Brian Eastridge fand in einer postmortalen Analyse der Todesursachen von über 4.500 Soldaten der US-Streitkräfte, die im Zeitraum von 2001 bis 2011 bei Kampfhandlungen in Afghanistan und im Irak getötet wurden, heraus, dass die überwiegende Mehrzahl aller gefallenen Soldaten bereits vor Erreichen einer medizinischen Behandlungseinrichtung verstarben. Unter den potenziell überlebenden Verletzungen stellte das Verbluten mit über 90 Prozent der Fälle die häufigste Todesursache dar. Diese Erkenntnis legt vor allem zwei Schlussfolgerungen nahe: Zum einen müssen alle Soldaten durch eine erweiterte Ausbildung in Selbst- und Kameradenhilfe und geeignete Ausstattung in die Lage versetzt werden,

bereits am Ort der Verwundung eine schnelle und wirkungsvolle Blutstillung durchzuführen. Zum anderen sind die Transportzeiten bis zur chirurgischen Notfallversorgung so kurz wie möglich zu halten, um die Überlebenswahrscheinlichkeit von Verwundeten mit einer Körperhöhlenblutung zu verbessern. Der NATO-Standard zur medizinischen Versorgung bei militärischen Operationen (Allied Joint Doctrine for Medical Support AJP-4.10) sieht hierzu Zeitlinien von nicht länger als zwei Stunden bis zum Erreichen einer ersten chirurgischen Versorgung vor, an der sich die gesamte Planung der medizinischen Einsatzunterstützung auszurichten hat.

SCHADENSBEGRENZENDE CHIRURGIE (DAMAGE CONTROL SURGERY)

Eastridge ermittelte außerdem, dass bei zwei Drittel der Soldaten, die an einer Blutung

verstarben, die letale Blutung in den Körperhöhlen lokalisiert war. Die chirurgische Blutstillung im Thorax und im Abdomen gehört somit sicherlich zu den Kernkompetenzen eines Militärchirurgen. Weitere Maßnahmen der schadensbegrenzenden Chirurgie umfassen die Kontaminationskontrolle bei Hohlorganverletzungen im Abdomen sowie die Blutungskontrolle in den stammnahen Körperregionen des Halses, der Axilla und der Leiste. Der Extremitätenerhalt durch (temporäre) Revaskularisation bei peripheren Gefäßverletzungen und die Kompartmentspaltung gehören ebenfalls zu den dringlichen chirurgischen Maßnahmen, die innerhalb eines bestimmten Zeitfensters durchgeführt werden müssen.

CHIRURGEN UND CHIRURGINNEN DER NÄCHSTEN GENERATION

In den bisherigen Auslandseinsätzen der Bundeswehr galt der Einsatzchirurg mit seiner

breiten allgemeinchirurgischen Ausbildung, ergänzt um Notfallkompetenzen in den komplementären chirurgischen Fachgebieten, als alternativlos. Im Gegensatz dazu setzt sich in der zivilen Weiterbildung der Trend zu einer frühen Spezialisierung von Chirurginnen und Chirurgen weiter fort. Für die heranwachsende Generation junger Chirurginnen und Chirurgen nehmen Vereinbarkeit von Familie und Beruf, planbare Freizeit, Work-Life-Balance und Selbstbestimmtheit in der Wahl des eigenen Lebensmittelpunktes eine immer größere Rolle ein. Die bisherige Praxis, bestimmte Abschnitte der chirurgischen Weiterbildung oder klinische Rotationen an einem anderen Bundeswehrkrankenhaus abzuleisten, steht im Widerspruch zum Wunsch vieler junger Sanitätsoffiziere, die fachliche Qualifikation am Wohnort oder zumindest heimatnah durchführen zu können. Um den veränderten Wettbewerbsbedingungen auf dem zivilen Gesundheitsmarkt Rechnung zu tragen und damit den erhöhten personellen Bedarf weiterhin decken zu können, wurde für zukünftige Sanitätsoffiziere die Möglichkeit eröffnet, auch ohne den vorherigen Erwerb des Facharztes für Allgemeinchirurgie direkt mit der chirurgischen Weiterbildung zum Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie oder zum Facharzt für Viszeralchirurgie zu beginnen („Monofacharzt versus Duofacharzt“). Durch diese Entscheidungsfreiheit wird zwar die Zahl der „Allrounder“ auf lange Sicht abnehmen, die Anzahl der verfügbaren Militärchirurgen allerdings zunehmen.

WELCHER CHIRURG WIRD AN DER FRONT BENÖTIGT?

Die Annahme, dass es einen universell einsetzbaren „Alleskönner“ in Zukunft nicht mehr geben wird, legt nahe, für die Chirurgen

der Bundeswehr mindestens zwei Richtungen der Spezialisierung anzubieten.

Schwerpunkt Notfallchirurgie

Der Notfallchirurg verfügt über eine besondere Körperhöhlenkompetenz und Expertise in der Versorgung von Gefäßverletzungen. Im Einsatz sichert er in einem Rettungszentrum oder einer vorgeschobenen chirurgischen Einheit das Überleben des Verwundeten und stabilisiert diesen bis zum Weitertransport. Der Notfallchirurg rekrutiert sich im Idealfall aus den chirurgischen Fachgebieten der Viszeralchirurgie, der Thoraxchirurgie oder der Gefäßchirurgie. Er arbeitet an einer chirurgischen Klinik, die über eine hohe Fallzahl komplexer viszeral- und/oder thoraxchirurgischer Eingriffe verfügt, um arbeitsalltäglich eine ausreichend hohe operative Routine zu erreichen und aufrecht erhalten zu können. Können die erforderlichen Fallzahlen im Bundeswehrkrankenhaus nicht erreicht werden, wird der Chirurg an ein geeignetes Zentrum höherer Versorgungsstufe eines zivilen Kooperationspartners entsendet, um hier seinen täglichen Dienst zu verrichten. Seine erweiterte militärchirurgische Expertise, die auch die Versorgung besonderer Verletzungsmuster beinhaltet, erwirbt der Notfallchirurg durch regelmäßige Teilnahme an hochwertigen militärchirurgischen Operationskursen mit allen Möglichkeiten moderner Simulation sowie durch klinische (Auslands-)Hospitationen in ausgewiesenen High-volume-Traumazentren.

Schwerpunkt rekonstruktive Chirurgie

Der rekonstruktive Chirurg besitzt eine besondere Expertise in der Knochen- und Weichteilchirurgie (septisch-plastisch-rekonstruktive Chirurgie). Im Einsatz wirkt er in einem Einsatzlazarett oder einem Heimatkrankenhaus

in einem multidisziplinären Team an der Wiederherstellung des Verwundeten bis zu dessen Rehabilitation. Ursprung und fachliche Heimat hat der rekonstruktive Chirurg in der Orthopädie und Unfallchirurgie, der Plastischen Chirurgie oder der Viszeral- und Gefäßchirurgie. Er ist in einem Zentrum für komplexe Schwerverletztenversorgung tätig, in dem das gesamte Spektrum der septisch-plastisch-rekonstruktiven Chirurgie angeboten wird. Dies beinhaltet die Deckung ausgedehnter Weichteil- und Knochendefekte ebenso wie die prothetische Versorgung amputierter Gliedmaßen als auch die Definitivversorgung nach temporären Maßnahmen in den Körperhöhlen und an den Gefäßen. Durch wissenschaftliche Arbeit und Erfahrungsaustausch mit anderen Spezialkliniken verfügt er hier über eine State-of-the-Art-Expertise.

AUSBLICK

Die Schwerpunktbildung in Ausbildung und klinischer Tätigkeit wird zu einer Aufgabenverschiebung der operativen Fachgebiete des Sanitätsdienstes führen. Primäre hoheitliche Aufgabe des Sanitätsdienstes bleibt naturgemäß die chirurgische Erstversorgung im Kriegsgebiet durch notfallchirurgisch qualifizierte OP-Teams. Dem Selbstverständnis unseres Sanitätsdienstes folgend, müssen auch Chirurgen mit plastisch-rekonstruktiver Spezialisierung für kriegstypische Verletzungen in einem rückwärtigen Einsatzlazarett oder in einem Krankenhaus im Heimatland zur Verfügung stehen. Dadurch werden die fachlichen Ressourcen gerade bei einem erheblich gesteigerten Bedarf an Chirurgen, der im Zuge der Landes- und Bündnisverteidigung zu erwarten ist, optimal eingesetzt. ○

**60
CME-
Punkte!**

Kompaktkurs:

Hygiene- beauftragte(r) Arzt/Ärztin (HBA)

Geeignet für alle
Ärztinnen und Ärzte



Mit der Smart-Learning-Methode

Der Berufsverband der Deutschen Chirurgie e.V. (BDC) und meduplus haben gemeinsam mit renommierten Krankenhaushygieniker:innen ein kompaktes Angebot zur zertifizierten Qualifikation „Hygienebeauftragte(r) Arzt/Ärztin“ entwickelt.

Ein modernes Lernkonzept für flexible und individuelle Fortbildung:

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

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

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

BDC  **AKADEMIE**
Einfach starten!

meduplus 

 Jetzt anmelden:
www.bdc-eakademie.de







Prof. Dr. med. Tim Pohlemann
Klinik für Unfall-, Hand- und
Wiederherstellungschirurgie
Sprecher des Wehrmedizinischen
Beirats
UKS – Universitätsklinikum des
Saarlandes
Homburg
tim.pohlemann@uks.eu

Aus der Nische für Spezialisten zur realen Bedrohung – penetrierendes Trauma und Kriegsverletzungen

Tim Pohlemann

Noch vor zehn Jahren waren Operationskurse zu lebensbedrohlichen, penetrierenden Stamm- und Extremitäten-Verletzungen eine Nische für interessierte Chirurgeninnen und Chirurgen aus großen Traumazentren, mit militärischem Hintergrund und vor einem humanitären Einsatz in Krisengebieten. Mit der Zunahme terroristischer Anschläge in Zentraleuropa bekam das Thema spätestens nach dem verheerenden Anschlag 2015 auf das Bataclan-Veranstaltungszentrum in Paris auch in Deutschland eine hohe Priorität. Der Bedarf an entsprechenden Fortbildungsangeboten wuchs und die verantwortlichen Arbeitsgemeinschaften der chirurgischen Fachgesellschaften, wie z. B. die AG Einsatz-, Katastrophen- und Taktische Chirurgie (EKT) der DGU, die Chirurgische Arbeitsgemeinschaft Militär- und Notfallchirurgie (CAMIN) der Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie und die Kommission Katastrophenmedizin und Gefäßtraumatologie der Deutschen Gesellschaft für Gefäßchirurgie und Gefäßmedizin entwickelten ihre eigenen, individuellen und teilweise schon lange bestehenden Fortbildungsformate weiter.

Von Seiten der DGU war schon 2008 das Format DSTC (Definitive Surgical Trauma Care) über die Internationale Fachgesellschaft IATRIC (International Association for Trauma Surgery and Intensive Care) für Deutschland

lizensiert und etabliert worden. Nach ersten Kursen in Essen und Berlin wird dieses Format seit 2010 mindestens einmal jährlich in Homburg in Zusammenarbeit mit der AUC angeboten. Die DSTC-Kurse zeichnen sich durch eine hohe Praxisnähe mit realitätsnahen Übungen und hohem emotionalem Stress aus. Schwerpunkte sind dabei die Vermittlung praktischer akut lebensrettender, chirurgischer Fertigkeiten, die durch erfahrene nationale Instruktoren gemeinsam mit international ausgewiesene Experten aus Südafrika, Israel, den USA und anderen Ländern mit einem hohen Aufkommen penetrierender Verletzungen begleitet werden. Ziel ist es, die „Höhlenkompetenz“ der vorwiegend in der Behandlung von stumpfem Trauma geübten Unfallchirurgeninnen und -chirurgen aufrechtzuerhalten.

Da in den Fällen eines Massenanfalls von Verletzungen auch taktische Maßnahmen zum sinnvollen Einsatz der beschränkten Ressourcen eines Krankenhauses, besonders im Hinblick auf die zeitnahe Verfügbarkeit lebensrettender Sofortoperationen (Kenntnisse, Personal und Rahmenbedingungen) für den einzelnen Patienten lebensrettend sein können, muss auch dieser Aspekt speziell geschult werden. Da nach der Wiedervereinigung Deutschlands viele Aspekte des Zivilschutzes ersatzlos abgebaut wurden, wurde in

Pohlemann, T.: Aus der Nische für Spezialisten zur realen Bedrohung – penetrierendes Trauma und Kriegsverletzungen. *Passion Chirurgie*. 2023 Januar/Februar; 13(01/02): Artikel 03_02.



Weitere Artikel zum Thema finden Sie auf BDC|Online (www.bdc.de) unter der Rubrik Wissen | Panorama | Entwicklungs- und Katastrophenhilfe.

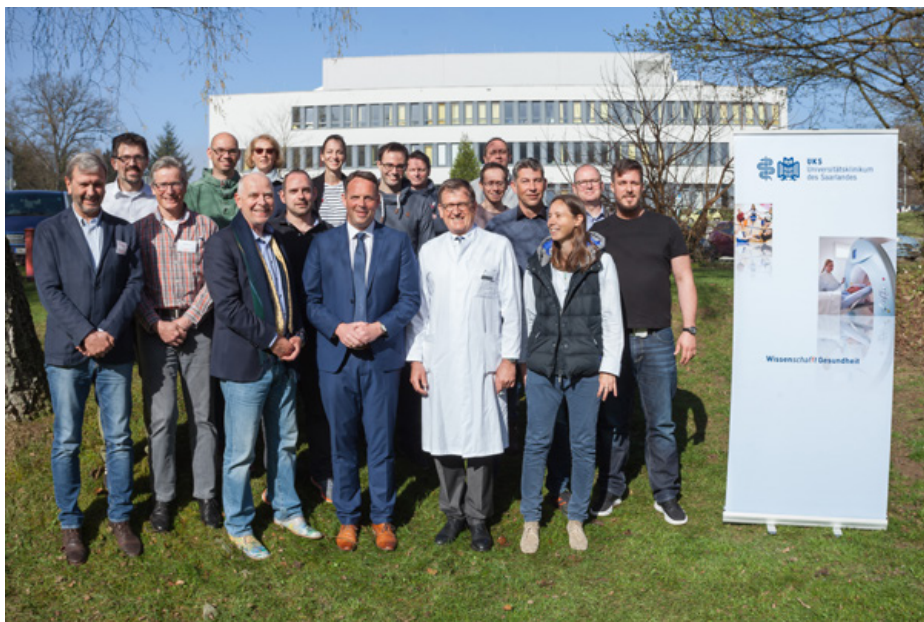


Abb. 1: Inaugurationsbesuch STS Kollig anlässlich des ersten durch das saarländische Sozialministerium geförderten Kombikurses TDSC/DTSC in Homburg

Deutschland über viele Jahre der Notwendigkeit regelmäßiger Krankenhausalarmübungen nur eine geringe Priorität eingeräumt. Auch in der Aktualität der an sich flächendeckend geforderten Krankenhausalarmpläne gibt es regional unterschiedlich teilweise erhebliche Defizite. Da dieser Aspekt, im Gegensatz zu anderen Ländern, beispielsweise Frankreich, in Deutschland hoheitlich im Landesrecht verankert ist, entsteht ein heterogenes Bild mit teilweise erheblichen Unterschieden in der Durchsetzung entsprechender Vorschriften. Beispielsweise sind in Berlin und Hamburg regelmäßige Realübungen für alle Häuser obligatorisch und Realität, während in anderen Regionen Deutschlands teilweise seit Jahren keinerlei Übungsaktivität zu verzeichnen ist.

In dieser Situation erarbeitet die Gruppe um Benedikt Friemert aus dem Bundeswehrkrankenhaus Ulm mit dem TDSC Kurs (Terror and Disaster Surgical Care) ein sehr effektives Kursformat, in dem auf Basis einer „Stabsübung“ realitätsnah Planung und Umsetzung eines „Terror MANV“ interdisziplinär geübt werden kann. Beratungsangebote der AUC zur Krankenhausalarmplanung individueller Krankenhäuser und ganzer Traumanetzwerke vervollständigen das Angebot der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie.

Die Kursangebote der Arbeitsgruppe CAMIN der DGAV spricht besonders die Gruppe der erfahrenen Abdominal- und Viszeralchirurgen an. Hier geht es zunächst im Wesentlichen darum, an sich in den chirurgischen Fertigkeiten am Körperstamm geübten Allgemeinchirurginnen und -chirurgen das für die Behandlung des penetrierenden Stamm-Traumas notwendige, geänderte „Mindset“ zu vermitteln. Die Chirurgie heutzutage ist extrem weit entwickelt und definiert einen Großteil ihrer operativen Erfolge durch einen hohen Spezialisierungsgrad, der sich vorwiegend durch minimale Invasivität, umfassende OP-Planung und Elektivität des Eingriffs definiert. Im Gegensatz dazu sind penetrierende Stammverletzungen absolute Akutfälle, die schnelles Handeln trotz minimaler Diagnostikmöglichkeit und unter Zeitdruck erfordern. Eine sichere, unmittelbare Indikationsstellung ist für den Patienten vielfach lebensentscheidend. Das durch die CAMIN erarbeitete Tagesseminar zu diesem Thema vermittelt Grundlagen zur Entstehung penetrierender Verletzungen und behandelt allgemeine Grundregeln der chirurgischen Behandlung und Selbstorganisation in Terrorlagen. Zusätzlich wird fachspezifisch das der Akutlage angepasste chirurgische Vorgehen in den Körperhöhlen diskutiert. Dabei wird davon ausgegangen, dass alle notwendigen

chirurgisch-technischen Fertigkeiten an sich ja vorhanden sind.

Zur Vermittlung spezieller operativer Techniken wurde unter Akkreditierung des American College of Surgeons (ACT) durch die DGAV zusätzlich das ASSET-Format (Advanced Surgical Skills for Exposure in Trauma) etabliert. Eine große Auswahl von lebensrettenden Notfalloperationen wird unter Anleitung versierter nationaler und internationaler Instruktionen theoretisch und in anatomischen Präparationsübungen vermittelt.

Weitere fachgebietsgebundene Spezialangebote werden durch die Deutsche Gesellschaft für Gefäßchirurgie (DGC), die Deutsche Gesellschaft für Neurochirurgie (DGNC) und die Deutsche Gesellschaft für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie) im Rahmen von Seminaren und Kursen angeboten.

Ende 2015 stieg der Druck, die Vorbereitungen für die Bewältigung terrorassoziierter Verletzungen zu intensivieren. Die Entscheidung einer verstärkten Zusammenarbeit zwischen DGU und dem Sanitätsdienst der Bundeswehr war eine erste Grundlage, eine entsprechende Absichtserklärung wurde zum DGCH-Jahreskongress 2017 in München unterzeichnet. In den folgenden „Notfallkonferenzen“ wurden bundesweit und regional notwendige Strategien zur Umsetzung erweiterter Vorbereitungen auf Basis der Traumanetzwerke-DGU diskutiert und vorbereitet.

Im Saarland gelang es dem Autor in intensiven Gesprächen auf politischer Landesebene, die in Deutschland bestehende grundlegende Problematik der unterschiedlichen ministerialen Zuständigkeiten in terrorassozierten medizinischen Lagen zu artikulieren und bewusst zu machen. Der präklinische Rettungsdienst untersteht den Innenministerien. Unter dem Eindruck der zunehmenden Terroranschläge wurden angepasste Verfahrensanweisungen zur schnellen Verteilung der verletzten Patienten in alle verfügbaren Krankenhäuser recht schnell erstellt. Eine Koordination mit den Krankenhäusern und besonders die Auswahl und Ertüchtigung geeigneter Krankenhäuser war in diesem Zug aber nicht möglich, da die Krankenhäuser in



Abb. 2: Übungssituation TDSC Kurs Homburg 2016

den Zuständigkeitsbereich der Sozialministerien fallen. Ein erfolgreiches Gesamtkonzept muss aber in diesen speziellen Lagen immer auf entsprechende und direkt verfügbare notfallchirurgische Fähigkeiten zurückgreifen können, um eine sofortige, kompetente Versorgung zu ermöglichen. Unter Führung des Innenministeriums des Saarlandes (STS Christian Seel) und Steuerung des Traumanetzwerkes Saar-Lor-Lux-Westpfalz wurde eine „Task-Force Terror Saar“ etabliert, die Vertreter der Ministerien und aller Behörden und Organisationen mit Sicherungsaufgaben (BOS) des Landes und angrenzender Regionen umfasste. Neben der systematischen Auswahl geeigneter Krankenhäuser des Traumanetzwerkes wurde eine systematische Schulung des chirurgischen Personals nach Kriterien der taktischen Vorbereitung und chirurgischer Fähigkeiten vereinbart. Eine jährliche finanzielle Zuwendung von 50.000 Euro des Sozialministeriums ermöglichte die schnelle Umsetzung.

In einem Auftaktkurs wurden 2017 zunächst 20 ausgewählte Teilnehmer spezifischer TNW-Kliniken in einem TDSC-Kurs taktisch und direkt anschließend in einem DASTC-Kurs in den spezifischen chirurgischen Fähigkeiten geschult. Zusätzlich erfolgte über das DGAV-Seminar eine ergänzende landesweite Unterweisung weiterer allgemeinchirurgisch tätiger Kolleginnen und Kollegen. In den allgemeinen Teil der Veranstaltung wurden zuständige Politiker und Verantwortliche der betroffenen Katastrophenbehörden eingeladen.

Es war damit möglich, sehr schnell einen landesweit konstanten Stamm von etwa 60 Chirurgen und Chirurgen in den Kliniken des Traumanetzwerkes zu schulen und in der Folge bis jetzt ausfallsicher und nachhaltig vorzuhalten.

Diese Aktivitäten wurden im November 2018 im Rahmen einer landesweiten Real-Übung zusammengeführt. Erstmals



Abb. 3: Detailsicht Übungsmaterial

wurde in Zusammenarbeit von Polizeikräften, Rettungsdienst und vier ausgewählten Krankenhäusern des Traumanetzwerkes die Fähigkeiten zur übergreifenden Bewältigung eines Massenanfalls von Verletzten aus einer angenommenen „Terrorlage“ (terroristische Geiselnahmen in einem Schulgebäude) geübt und überprüft. Danach wurden regelmäßige weitere Krankenhausübungen durchgeführt, wobei die Aufgabe der Beobachter und Schiedsrichter den Kollegen der nicht beteiligten Krankenhäuser des Traumanetzwerkes zukommt, um Erkenntnisse möglichst schnell in der Fläche in allen Häusern umsetzen zu können. Es war damit erstmalig gelungen, eine Fachgesellschaft in Form des Traumanetzwerkes als offiziellen Ansprechpartner in hoheitlichen Aufgaben zu positionieren.

Weitere Aktivitäten im Saarland umfassten die Etablierung einer institutionellen Ansprechbarkeit über (??) durch die Rettungsleitstelle. Zentral gesteuerte SMS-Meldungen



Abb. 4: Impression der landesweit ersten integrierten Realübung „terrorassozierte Geiselnahme in einer Schule“ im Saarland, November 2018

alarmieren im Bedarfsfall erfahrene Protagonisten des Netzwerks, um akut die koordinierende chirurgische Beratung in einem erweiterten landesweiten Krisenstab übernehmen zu können und den Kontakt zu weiteren Trauma-Netzwerken aufrechtzuhalten. Diese Aktivitäten waren letztendlich die Grundlage, um im Februar 2022 schnell eine bundesweite Vernetzung aller 54 Traumanetzwerke, der Bundeslandsprecher und aller eingeschlossenen Traumanetzwerk-Kliniken unter Koordination der DGU zu realisieren.

Basierend auf den Erfahrungen mit diesem „Pilotprojekt“ im Saarland war es sinnvoll, die etwas divergenten Schulungsmaßnahmen der einzelnen Fachgesellschaften zu harmonisieren, um sie in einem einheitlichen Konzept den zuständigen Behörden der verschiedenen Bundesländer anbieten zu können und damit eine sachlich unbegründete und in der Sache kontraproduktive Konkurrenzsituation zu vermeiden. Im Januar 2020 erfolgte daher unter dem Dach der DGCH die Harmonisierung der Kursangebote der chirurgischen Fachgesellschaften zusammen mit der DGAI.

Mit der Umsetzung und Realisierung dieser Konzepte wurde im Konsens die Akademie der Unfallchirurgie (AUC) beauftragt, da langjährige, spezifische Erfahrungen vorhanden sind. Die angebotenen Kurse werden unter organisatorischer Verantwortung der AUC im Namen der beteiligten Fachgesellschaften durchgeführt. Trotz der lähmenden Rahmenbedingungen der Corona-Pandemie gelang es, in enger Absprache ein gemeinsames Curriculum der praktisch orientierten Kurse DSTC, ASSET zusammen mit dem anästhesiologischen Pendant DATC zu erarbeiten und im Frühjahr 2021 in einem Pilotkurs in Homburg erfolgreich auf den Weg zu bringen. Als Besonderheit können damit weltweit einmalig in einem Kursbesuch die international anerkannten Zertifikate der IATSIC und des American College of Surgeons erlangt werden. Im Frühjahr 2022 wurde ein erster vollständiger Kurs erfolgreich in Homburg abgehalten, ein weiterer Kurs in Berlin folgte im Herbst 2022 mit dem Schwerpunkt der Fortbildung der durch das Land Thüringen finanziell unterstützten Kolleginnen und Kollegen der dortigen Traumanetzwerke. In Homburg werden ab Frühjahr 2023 wieder regelmäßig zwei Kurse jährlich geplant.

Als regionale Besonderheit besteht in Homburg zusätzlich eine seit Jahrzehnten aufrechterhaltene enge Zusammenarbeit mit dem amerikanischen Landstuhl Regional Medical Center (LRMC). Ergänzende Kursangebote mit militärischem Fokus werden daher ergänzend ab Februar 2023 im dortigen Trainingszentrum in internationaler Zusammenarbeit angeboten.

Mit dem 24. Februar 2022 änderte sich die allgemeine politische Situation nochmals dramatisch. Die Notwendigkeit einer erweiterten zivil-militärischen Zusammenarbeit des Sanitätsdienstes der Bundeswehr und der chirurgischen Fachgesellschaften bestätigte sich schlagartig. Entsprechende Absichtserklärungen waren ja schon 2017 mit der DGU und 2021 mit der DGCH auf den Weg gebracht worden. Besonders der hohe Organisationsgrad

und die gute Vernetzung der in 54 regionalen Traumanetzwerken verbundenen über 650 unfallchirurgischen Akutabteilungen ist dabei eine wichtige Komponente, um flexibel und regional unabhängig auf ggf. zu erwartende Bedrohungslagen reagieren zu können.

Durch die Beteiligung der Experten der Fachgesellschaften und der Bundeswehr gelang es, die Verteilung der aus der Ukraine zugeführten kriegsverletzten Patienten in dem während der Corona-Pandemie etablierten System der bundesweiten „Kleeblätter“ sehr effektiv und zielgerichtet zu gestalten.

2023 wird daher für die chirurgischen Fachgesellschaften weitere Aufgaben mit sich bringen. Neben dem traditionellen Zweck der Gestaltung des medizinisch-wissenschaftlichen Fortschritts werden organisatorische Aufgaben, auch in der zivil-militärischen Zusammenarbeit, dazukommen. Nur in einer gemeinsamen Anstrengung wird es gelingen, die derzeit noch bestehenden Defizite in den chirurgischen und taktischen Fähigkeiten der beteiligten Kliniken auszugleichen und notwendige Vorbereitungen auf einen Massenanfall von Verletzten flächendeckend zu aktualisieren. In der sich für 2023 abzeichnenden prekären Finanzierungslage der deutschen Krankenhauslandschaft ist das sicherlich eine sehr herausfordernde Aufgabe!

Da diese Aufgaben der „Vorhaltung“ zusätzlich von den beteiligten Kliniken geleistet werden müssen, ist es an der Zeit, schnell und ernsthaft über alternative Finanzierungswege zu diskutieren. Es wäre sinnvoll, derartige Aufgaben und Fähigkeiten in den Aufgabenbereich des Bevölkerungsschutzes und der Zivilverteidigung zu verorten. Sich dabei in diesem Themenbereich auf die langjährige Erfahrung der chirurgischen Fachgesellschaften zu stützen, wäre ein politisch ungewöhnlicher, aber rational sicher sinnvoller Ansatz!





Interview mit Professor Tim Pohlemann, Sprecher des Wehrmedizinischen Beirats

Sanitätsdienst der Bundeswehr



PROFESSOR DR. TIM POHLEMANN IST SPRECHER DES WEHRMEDIZINISCHEN BEIRATS. IM INTERVIEW STELLT ER SICH UND SEINE AUFGABE VOR.

Sanitätsdienst der Bundeswehr: Herzlichen Dank, Herr Professor Pohlemann, für Ihre Bereitschaft dieses Interview zu führen. Zu Beginn, können Sie Ihre Laufbahn, Ihre Klinik, Ihre Spezialisierung und Tätigkeiten im Bereich Wissenschaft und Forschung erläutern?

Tim Pohlemann: Sehr gerne. Ich habe nach Medizinstudium in Heidelberg und Mannheim meine Facharztweiterbildung im Zentrum Chirurgie der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH Medizinische Hochschule Hannover) 1983 begonnen und mich klinisch zum Allgemeinchirurgen, Speziellen Unfallchirurgen, Notfallmediziner, Intensivmediziner und letztendlich zum Orthopäden/Unfallchirurgen qualifiziert. Die Habilitation folgte 1992,

» ZUM SdB



Sanitätsdienst der Bundeswehr

Falckenstein-Kaserne
Von-Kuhl-Str. 50
56070 Koblenz

Erstveröffentlichung auf der
Webseite der Bundeswehr

www.bundeswehr.de

wissenschaftlicher Schwerpunkt Becken- und Acetabulumfrakturen, schwierige Gelenkrekonstruktionen und Trauma-management. Es folgte die außerplanmäßige Professur in 1997 und der Ruf auf den eigenen Lehrstuhl in Homburg/Saar, den ich seit 2001 leite. Hier vertreten wir ein breites Spektrum, das sich klinisch von der Schwerverletztenversorgung über die Becken und Acetabulumchirurgie, Wirbelsäulenchirurgie bis hin zur Hand- und Mikrochirurgie erstreckt. Das begründet auch unser besonderes Interesse an der Weiterentwicklung von Fortbildungskursen zum perforierenden Trauma, die wir nahezu exklusiv seit 15 Jahren in Homburg für die DGU anbieten.

Auf der wissenschaftlichen Seite beleuchten wir grundlegende Probleme der Knochen- und Gewebeheilung mit eigenen molekularbiologisch, zellbiologisch und biomechanisch ausgerichteten Forschungsgruppen, tierexperimentellen Modellen und großen Verbundprojekten aus Technik, Biologie und Medizin. Die besonders integrative Forschungslandschaft an der Universität des Saarlandes haben mich letztendlich auch dazu bewogen Auswärtsrufe nach Würzburg und Zürich abzulehnen. Derzeit beschäftigt uns das von der Werner-Siemens-Stiftung mit 8 Mio. Euro geförderte Projekt „Smart Implants 2.0“ besonders. Hier geht es darum Implantate zur Knochenheilung zu entwickeln, die sowohl

den Heilungsfortschritt messen können, als auch ihre mechanischen Eigenschaften dem Messergebnis anpassen können. Hierzu konnten wir einen eigenen Stiftungslehrstuhl ausschreiben und mit Frau Prof. B. Ganse eine ausgewiesene Forscherin auf dem Gebiet der „Weltraumphysiologie und -medizin“ gewinnen. Aus diesem großen Spektrum von Forschungsmethoden konnten wir praxisnahe Forschungsfragen in Orthopädie und Unfallchirurgie grundlegend untersuchen und zu validen Antworten beitragen. Dieses Spektrum von den Grundlagen bis zur Translation und der klinischen Forschung finde ich sehr spannend und erfüllend und freue mich jeden Tag, wenn sich auch unser klinischer Nachwuchs für diese Themen begeistern kann!

SB Sie sind in einer anderen Tätigkeit Reservistenleistender im Sanitätsdienst der Bundeswehr. Wie ist es dazu gekommen und welche Themenfelder beschäftigen Sie dort?

TP Also, das ist schon eine besondere Biografie, da ich schon 1976, direkt nach dem Abitur, als freiwillig Wehrdienstleistender zu den amphibischen Pionieren nach Speyer einberufen wurde. Ich habe dann für mein Studium der Medizin unterbrochen und bin unmittelbar nach Abschluss des Studiums 1983 nochmals als Standortarzt am damaligen Flugabwehrschießplatz Todendorf/Ostsee tätig gewesen.

Im Anschluss folgte eine rein zivile Tätigkeit in Hannover und seit 2001 in Homburg, in der ich über unsere Fachgesellschaften und die entsprechenden Arbeitsgruppen immer engen Kontakt zu den militärischen Kolleginnen und Kollegen gehalten habe. Das Thema „Verletztenversorgung“ ist ja ein Thema, das richtigerweise sowohl im zivilen, aber auch militärischen Kontext bearbeitet werden muss.

Unsere Fortbildungsveranstaltungen zum perforierenden Trauma und Traumamanagement bekamen nach 2015

Sanitätsdienst der Bundeswehr:
Interview mit Professor Tim Pohlemann,
Sprecher des Wehrmedizinischen Beirats.
Passion Chirurgie. 2023 Januar/Februar;
13(01/02): Artikel 03_03.



Weitere Artikel zum Thema finden Sie auf
BDC|Online (www.bdc.de) unter der
Rubrik Wissen | Panorama | Entwicklungs-
und Katastrophenhilfe.

mit der zunehmenden terrorassoziierten Bedrohung auch für den zivilen Bereich eine veränderte Bedeutung. Zu diesem Zeitpunkt konnten wir zusammen mit der saarländischen Landesregierung mit der „Task Force Terror Saar“ eine beispielgebende Struktur aufbauen, die unter Leitung des Innenministeriums die enge Zusammenarbeit der Behörden und Organisationen mit Sicherheitsaufgaben (BOS) und den Kliniken des Traumanetzwerkes der DGU ermöglicht. Durch finanzielle Förderung des Sozialministeriums ist es nun gelungen klinische Ärztinnen und Ärzte in von uns definierten Kliniken des Traumanetzwerkes taktisch (TDSC – OTA Prof. Friemert und Kollegen, Ulm) und technisch (DSTC-Kurs) fortzubilden und so beständig etwa 50 geschulte Chirurginnen und Chirurgen in den Traumanetzwerkliniken des Saarlandes vorzuhalten. Da diese Thematik auch enge zivil-militärische Zusammenarbeit beinhaltet, war es für mich logisch und konsequent nochmals in den aktiven Reservedienst einzutreten, um „auf beiden Seiten“ gut verankert zu sein. Nach Bewerbungsphase und erneuter „Musterung“, kam im Januar 2020 die Beorderung in das Bundeswehrzentral-krankenhaus Koblenz, wo ich zunächst zwei Wochen in der Unfallchirurgie verbrachte. Danach kamen mehrere Einsätze im Kommando Sanitätsdienst mit Fragen der strukturierten Zusammenarbeit mit wissenschaftlichen Fachgesellschaften und zivil-militärischen Optionen bei LV und BV Situationen. Da ich mit meiner Ernennung zum Flottenarzt d. R. der Reserve auch „die Farbe“ gewechselt habe, werde ich in Kürze versuchen mir zumindest Grundkenntnisse des Marinedienstes in Wilhelmshafen anzueignen!

SB Sie sind ein viel beschäftigter Mediziner an einer Universitätsklinik. Woher nehmen Sie die Motivation, noch aktiver in medizinische Projekte einzutauchen, beispielsweise im Wehrmedizinischen Beirat? Sie haben sich in das Amt des Sprechers wählen lassen. Welche persönlichen Ziele und Ideen haben Sie?

TP Es ist so, dass der Universitätsprofessor nicht nur einen Hut aufhat, sondern in der Regel mehrere. Ich war 2011 Präsident der Orthopäden und Unfallchirurgen, war lange davor schon im Vorstand der DGU und DGOU und in dieser Funktion als Schatzmeister für den Aufbau der inzwischen in Deutschland flächendeckenden Traumanetzwerke und deren Zertifizierung, zumindest finanziell, verantwortlich. Als Präsident 2016/17 der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie, der Dachgesellschaft aller Chirurgen, konnte ich die Zusammenarbeit mit der Bundeswehr noch weiter ausbauen. So hatte ich z. B. den Inspekteur des Sanitätsdienstes, Herr GAGrundausbildung Dr. Tempel zu einem viel beachteten Grußwort im Rahmen der Kongresseröffnung in München gewinnen und einen Thementag „Chirurgie unter besonderen und limitierten Rahmenbedingungen“ zusammen mit der Bundeswehr organisieren. Auch den 2015 unterzeichneten „Letter of Intent“ zur Zusammenarbeit Bundeswehr mit der DGU konnte ich im Rahmen meiner DGCH Tätigkeit durch den im April 2021 mit der Gesellschaft für Chirurgie unterschriebenen LOI erweitern. Der enge fachliche Austausch mit den Kolleginnen und Kollegen der Bundeswehr war somit immer Teil meiner Aufgaben und Tätigkeiten. Das gegenseitige Verständnis ist dabei elementar, die Möglichkeit eigene Erfahrungen einzubringen für beide Seiten hilfreich.

Das für die qualitative Ausrichtung des Sanitätsdienstes wichtige Gremium des Wehrmedizinischen Beirats war für mich daher interessant und ich habe mich über die Berufung durch die Ministerin sehr gefreut. Die Wahl zum Sprecher sehe ich als großen Vertrauensbeweis und nehme die damit verbundene Verantwortung aber sehr gerne an. Ich bin sicher, dass wir als Gremium beratend gestalten können, um die hohe Qualität der sanitätsdienstlichen Versorgung erhalten und, wissenschaftlich begründet, für die kommenden Herausforderungen optimieren zu können. Wir werden, nicht erst in der Zukunft, über eine noch

stärkere Verzahnung zwischen den zivilen und militärischen Strukturen nachdenken müssen. Der Spagat zwischen truppendienstlicher „Regelversorgung“ und „Einsatzversorgung“ und beides in optimaler Qualität, mit 24/7-Anspruch, muss gemeistert werden. Sie sehen, die Themen werden uns nicht ausgehen, ich bin aber sicher, dass wir mit der umfassenden und breit aufgestellten fachlichen Kompetenz unserer Mitglieder fundierte Vorschläge und Denkanstöße vorlegen werden.

SB Der Wehrmedizinische Beirat arbeitet an strategisch relevanten Fragestellungen in Arbeitsgruppen. Sie haben hierzu bereits die Bündnis- und Landesverteidigung erwähnt. Können Sie kurz schildern, in welcher Form Sie Ihre fachlich-wissenschaftliche Expertise mit einbringen?

TP Wir befinden uns erneut in einer Umbruchphase. Wesentliche Strukturen des Zivilschutzes und der strategischen Einsatzreserven wurden nach 1990 aus verschiedensten Gründen zurückgebaut und sind derzeit weder akut noch mittelfristig verfügbar. Die DGU hat 2005, nach Einführung des DRG Systems, das keine Anreize zur Vorhaltung einer aufwändigen Traumaversorgung beinhaltete, mit dem Aufbau und der Zertifizierung der Traumanetzwerke reagiert. Damit konnte, wissenschaftlich begründet, eine überprüfte, hochqualitative Unfallversorgung flächendeckend erhalten werden. Wir haben weitere Verbünde, wie die berufsgenossenschaftlichen Kliniken und die Universitätskliniken, die in spezialisierter Traumaversorgung ausgewiesen sind. Diese Strukturen, bevorzugt unter staatlicher Trägerschaft, gilt es zusammenzubringen und für besondere Situationen nutzbar zu machen. Hochqualitative medizinische Versorgung lässt sich nicht aus „Reservestrukturen“ generieren, es braucht aktuelles Wissen, aktuelle Ausstattung und besonders kritisch, ausgebildetes Fachpersonal. Hier braucht es jetzt Visionen und diplomatisches Geschick, um innovative Strukturen zu generieren, die im Ernstfall Volumen und Qualität

bieten, im Regelfall aber auch trainiert bleiben und sinnvoll eingesetzt werden können. Kooperationen z. B. zwischen Bundeswehrkrankenhäusern, Universitätskliniken, BG-Kliniken und weiteren Schwerpunktkliniken könnten genutzt werden, um im Regelfall die fachliche Expertise und Weiterbildungsmöglichkeiten zu gewährleisten und im Gegenzug in Krisensituationen Infrastruktur, Kapazitäten und Netzwerkstrukturen zur Verfügung zu stellen. Dazu muss auf der zivilen Seite Verständnis für die Bedürfnisse der Bundeswehr geschaffen und das Potential einer gemeinsamen Planung, besonders im Personaleinsatz, erkannt werden. Ich sehe den Wehrmedizinischen Beirat genau in dieser Mittlerrolle. Er schlägt vor, moderiert und zeigt, wissenschaftlich begründet, neue Lösungswege auf, um in allen Situationen hochqualitative medizinische Versorgung der Bundeswehr sicherzustellen.

SB *In welche Richtung kann Ihrer Meinung nach eine zukünftige zivil-militärische Zusammenarbeit sich entwickeln?*

TP Wir sind als wehrmedizinischer Beirat schon unter meinem Vorgänger Herrn Prof. N. Haas viel agiler und reaktionsfähiger geworden. Durch unsere Arbeitsgruppen ist eine effektive Spezialisierung erreicht, die einen weiten Themenkanon abdeckt. Ich möchte hier nicht in Details gehen, aber eine effektive Versorgungsstrategie in längeren Lagen der BV ist sicherlich eines der Hauptthemen der nächsten Zeit. Schnelle Reaktionsfähigkeit, Zugriff auf „Hochleistungsstrukturen“ und Durchhaltefähigkeit sind dadurch auch im medizinischen Bereich Problemfelder, die vorgeplant und lösbar gemacht werden müssen. In dieser Thematik sehe ich an sich nur in einer gut strukturierten zivil-militärischen Zusammenarbeit einen gangbaren und auch bezahlbaren Lösungsansatz!

SB *Welche richtungsweisenden Technologien, Innovationen und Behandlungsmethoden sehen Sie mittelfristig auf uns zu kommen? Sie haben beispielsweise die rasche Entwicklung in der Medizin angesprochen.*

TP Der Technologietransfer ist einerseits schnell, aber dann auch wieder erschreckend langsam! Sie kennen das, wenn sie zum Beispiel zum Truppenarzt gehen und zum wiederholten Mal den Personalbogen neu ausfüllen müssen. Auch im zivilen Bereich gibt es Parallelen, weil z. B. die elektronische Gesundheitskarte immer noch nicht flächendeckend vorhanden ist. Dadurch fehlen vielfach medizinische Informationen, sie sind akut nicht zugänglich und ggf. muss sogar Diagnostik wiederholt werden. Der Datenschutz kann zusätzlich behindern, wenn z. B. pseudonymisierte Registerdaten keine Schwerverletzten mehr beinhalten dürfen, die nicht explizit zugestimmt haben, bzw. nicht mehr zustimmen können, da sie im Rahmen der Verletzung verstorben sind. Aber genau diese Informationen haben dazu geführt, dass die Überlebensraten in Deutschland so gut geworden sind! Andere Länder sind uns in diesem Bereich schon deutlich voraus. Hier erwarte ich, nicht zuletzt durch vernünftige, problemadaptierte politische Regelungen, die größten Fortschritte. Im Rahmen der dann möglichen Patientensteuerung und Therapieplanung könnten nicht nur die Akutfälle besser und effektiver behandelt werden.

Wir werden sicherlich einen großen Schritt in der Telemedizin voranschreiten. Spezialisten, die nicht vor Ort sind, unterstützen damit beratend, ubiquitär verfügbar. Das ist derzeit in Notfalleinsätzen oft ein Problem, denn oft sind die Fähigkeiten ja prinzipiell vorhanden, aber nicht an der richtigen Stelle. Diese virtuellen „Welten“ lassen sich natürlich auch sehr gut für eine gezielte und sehr anschauliche, praxisnahe Wissensvermittlung und Lehre nutzen.

In meinem Spezialgebiet der Unfallchirurgie sehe ich eine neue Revolution in der Implantatentwicklung für Frakturversorgungen auf uns zukommen. In 10 Jahren werden sensorische Komponenten in allen Implantaten vorhanden sein, genauso selbstverständlich wie wir alle unsere Gesundheitsapplikationen auf

dem Handy nutzen. Wir arbeiten hier nun daran, dass aus diesen gewonnenen Daten Algorithmen entwickelt werden, die zunächst eine individualisierte Nachbehandlung und Rehabilitation erlauben und später über Regelsysteme die mechanischen Eigenschaften des Implantates während der Heilungsphase optimieren. D.h. individuelle Anpassung und Einflussnahme auch nach abgeschlossener Operation, ohne weitere Narkose, ohne Zutun des Patienten. Derzeitige Beispiele in der Medizin sind z. B. implantierte Herzschrittmacher/Defibrillator-Systeme, die lebensrettend eingreifen, wenn der Herzschlag aussetzt. Für die Knochenheilung sind komplexere Berechnungen durchzuführen, wir werden noch umfassend forschen müssen. Ich bin aber sicher, dass es Lösungen geben wird, die den Patientinnen und Patienten zugutekommen werden.

SB *Sie sind ein unglaublich stark engagierter Mediziner, der für seinen Beruf lebt. Was machen Sie als Privatmann?*

TP Ich schätze ich ein gutes Buch und lese sehr gerne und versuche mich körperlich fit zu halten. Als Unfallchirurg bin ich natürlich sehr praktisch veranlagt, salopp: „Reparaturen aller Art, zu jeder Tages- und Nachtzeit“. Ich restauriere mit viel Herzblut klassische Segeljollen aus den 1920er- bis 1950er-Jahren und freue mich immer, wenn ich sie an der Ostsee, in den Boddengewässern des Fischlandes zum Einsatz bringen kann. Es ist immer ein besonderes Erfolgserlebnis, ein Holzboot im Frühjahr „dicht und schwimmfähig“ zu haben!

SB *Herzlichen Dank für das Gespräch, Herr Professor.* ○

Webinare in der BDC|eAKADEMIE

2023

 **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.

Highlights 2023:

- **S3-Leitlinie** „Perioperatives Management bei gastrointestinalen Tumoren“
- **S1-Leitlinie** „Empfehlungen zur Therapie der akuten Appendizitis bei Erwachsenen“
- **S3-Leitlinie** „Distale Radiusfraktur“
- **S2e-Leitlinie** „Subakromiales Impingement“

Webinar-Reihe „Chirurgie aktuell“

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

Highlights 2023:

- Aktuelle Therapierichtlinien beim Schilddrüsenkarzinom
- Thromboseprophylaxe – Grundwissen für den Chirurgen
- Akute Cholecystitis – wann operieren?
- Aktuelle Konzepte zur Versorgung der Tibiakopffraktur

Alle Webinartermine unter
www.bdc-eakademie.de/webinare

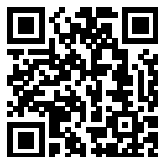




Bild: Sylvia Joachimi, BDC/Akademie (li) und Dr. Johanna Ludwig (re) auf dem BDC-Stand der Veranstaltung „Operation Karriere“ im Dezember 2022 in Berlin

Nachwuchsgewinnung bei Operation Karriere 2022

Olivia Päßler



Im Dezember 2022 fand die Karrieremesse „**Operation Karriere**“ in Berlin statt, für die die Zielgruppe großes Interesse zeigte: Obwohl die Veranstaltung an einem Samstag stattfand, informierten sich bereits ab dem frühen Morgen Medizinstudierende und junge Ärzte und Ärztinnen über die Angebote der verschiedenen Aussteller. Der BDC zeigte nach zwei Jahren Zwangspause

wieder mit einem Stand und zwei Vertreterinnen Präsenz. In zahlreichen Gesprächen konnten die BDC-Referentinnen für das Fachgebiet Chirurgie begeistern, sowie den Aus- und Weiterbildungsweg für Chirurg:innen darlegen. Für den BDC war die Teilnahme eine Möglichkeit, ein Stimmungsbild unter den Medizinstudierenden zu erhalten, was die Beliebtheit des Fachs Chirurgie angeht.

» ZUR PERSON



**Dr. med. Johanna Ludwig,
MSc**

Orthopaedic surgeon
MSc Surgical Science
and Practice
Kellogg College,
University Oxford

mail@johannaludwig.com

BDC-Mitglied Dr. Johanna Ludwig hielt bei der Veranstaltung einen sehr persönlichen Vortrag zum Thema Karriere in der Chirurgie, die eigene Motivation und den persönlichen Werdegang. Der BDC hat Frau Ludwig zu ihrer Motivation befragt, sich für den Nachwuchs in der Chirurgie einzusetzen.

Das Interview führte Olivia Päßler vom BDC.

Olivia Päßler: Warum halten Sie Vorträge bei Veranstaltungen für Studierende der Medizin und junge Mediziner?

Johanna Ludwig: Die Studierenden auf diesen Messen sind die Ärzteschaft von morgen, die unsere Versorgung der Patientinnen und Patienten zukünftig sichert und gestaltet. Diese Menschen werden auf die Gesundheit der Gesellschaft wahrscheinlich einen größeren Einfluss haben als ein neues Antibiotikum oder eine neue Hepatitis-Therapie. Als Beispiel: Innerhalb einer Lebensspanne von 85 Jahren unterzieht sich ein Mensch durchschnittlich 9,7 chirurgischen Eingriffen.

Die chirurgische Weiterbildung ist als Basis der Entwicklung chirurgischer Fähigkeiten eng mit der Qualität der chirurgischen Patientenversorgung verbunden. Mein Herzensthema ist daher die Medizin der Zukunft, mit den zwei

großen Faktoren: sinnvolle Digitalisierung und Weiterbildung.

Außerdem: Ein Medizinstudium ist fordernd und wirklich anstrengend. Danach hat jeder es verdient, eine Aufgabe zu finden, die einen erfüllt. Wenn ich einzelne Denkanstöße und Fragen in die richtige Richtung stellen kann, freue ich mich.

OP Was soll bei den Zuhörern und Zuhörerinnen hängen bleiben?

JL Ich finde es wichtig, dass wir den Ärztinnen und Ärzten der Zukunft die richtigen und wichtigen Impulse mitgeben, die unsere Gesellschaft und unsere Medizin brauchen. Im Medizinstudium habe ich vor allem gelernt, in Schemata und Strukturen zu denken, die es schon gibt, und mich gefragt, wo ich am besten reinpasse. Wir treffen unsere Entscheidungen anhand von Strukturen und Gegebenheiten, wie sie heute sind. Davon sollten wir uns aber nicht einschränken lassen. Ich möchte junge Kolleg:innen dazu auffordern und motivieren, die Strukturen unserer Medizin so neu und umzugestalten wie es für uns, unsere Patient:innen und die Zukunft gut ist.

Als Beispiel erzähle ich über meinen eigenen Werdegang: Neben meiner klinischen Tätigkeit arbeite ich als Beraterin im Bereich Digital Health für die Bertelsmann Stiftung und für ein Start-up. Ich habe

Päßler O: Nachwuchsgewinnung bei Operation Karriere 2022. Passion Chirurgie. 2023 Januar/Februar; 13(01/02): Artikel 04_02.



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

selbst zwei Start-ups für mehr Spaß im Medizinstudium und Gamification in der Medizin gegründet (www.KeineDiagnoseDurchHemdUndHose.de). Zusätzlich habe ich mit zwei Co-Autor:innen dieses Jahr das Buch „Wege aus der Klinik – Karrieren abseits des Krankenbetts“ (www.WegeAusDerKlinik.de) geschrieben und veröffentlicht. Darin geht es nicht nur um Karrierealternativen, sondern vor allem darum, eine persönliche Karriereentscheidung zu treffen. Viele möchten heute nicht mehr in der Klinik arbeiten oder sind nach einigen Jahren deprimiert von ihrer Arbeit. Ich selbst arbeite immer noch als Chirurgin, obwohl ich wie oben genannt die Alternativen kenne und schätze.

OP *Wen möchten Sie erreichen, beziehungsweise gewinnen?*

JL Alle, die Lust auf unseren Beruf haben. Noch viel mehr alle, die auf der Suche nach ihrem Weg zu einer Aufgabe sind, die sie erfüllt und in der sie ihre Talente ausleben können.

OP *Wie reagieren die Zuhörer:innen auf Ihren Vortrag?*

JL Mein Vortrag war im Vergleich zu meinen Vorredner:innen eher ungewöhnlich. Ich beschäftige mich mit der Frage, was man mit seiner Lebenszeit machen möchte – denn darum geht es eigentlich bei der Frage des Karrierewegs. Wir haben im Schnitt 80.000 Stunden Lebenszeit. Neben dem nächsten großen Ziel oder unserer Lebensvorstellung in 10 oder 15 Jahren ist es genauso wichtig, wie wir unseren Alltag gestalten wollen. Deswegen lege ich großen Wert darauf, dass

man neben dem Erreichen des nächsten Meilensteins auf seinem Karriereweg nicht vergisst, dass es auch darum geht, im Jetzt zu leben.

In meinem Vortrag geht es auch darum, warum ich die Chirurgie gewählt habe, und was Chirurgin sein im Alltag bedeutet. Natürlich ist das handwerkliche Arbeiten, wie offensichtlich jeder sofort weiß. Es ist aber auch, kontinuierlich Entscheidungen zu treffen, Verantwortung zu übernehmen und vor allem im Team zu arbeiten. Die Zuhörer:innen waren aufgeweckt, haben sich aktiv Gedanken zu meinen Fragen gemacht und – am allerwichtigsten – an den richtigen Stellen gelacht.

OP *Was war Ihre Motivation, die Laufbahn der Chirurgin einzuschlagen?*

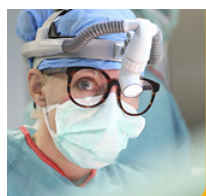
JL Ich mag die handwerkliche Arbeit, mich auf eine Sache für Stunden zu konzentrieren und sofort das Ergebnis zu sehen. Gleichzeitig mag ich das Adrenalin des Schockraums und die Herausforderung, schnell Entscheidungen zu treffen. Noch heute habe ich Momente, in denen ich im OP zu stehen und selbstständig eine Operation zu indizieren und diese durchzuführen einfach als riesiges Privileg und Verantwortung sehe. Als ich in der Chirurgie angefangen habe, haben mir erfahrenere Chirurgen, und ich glaube, dass sie es wirklich gut mit mir meinten, gesagt, dass ich für eine große Klinik nicht genug „Ellbogen“ hätte. Heute bin ich Fachärztin und angesehen in einer Unfallchirurgie an der BG Klinik und damit wahrscheinlich

einer der anspruchsvollsten Unfallchirurgischen Kliniken in Deutschland. Meine Expertise möchte ich nicht mit Ellbogen nach vorne bringen und mein Team nicht mit Ellbogen führen, sondern mit Leidenschaft und Teamplay. Auch hier sehe ich die Aufgabe meiner und der folgenden Generationen, die Chirurgie umzudenken und ihr ein neues Image zu vermachen.

OP *Wo sehen Sie Verbesserungsbedarf in der Chirurgie, um den Nachwuchs zu gewinnen und zu halten?*

JL Gute Weiterbildung, zeitgemäße Arbeitsbedingungen und adäquate Bezahlung sind das A und O: Unsere Weiterbildung hat sich meines Erachtens in den letzten zwanzig Jahren im Vergleich zu unserem Gesundheitssystem, dem Anspruch der Patient:innen und der Medizin nicht maßgeblich verändert. Weiterbildung ist teuer, kostet Zeit und ist anstrengend. Gleichzeitig bringt sie weder Prestige noch wird sie adäquat kontrolliert. Der Mangel an Ärzten und Ärztinnen führt zu einem konkreten Bedarf an zeitgemäßer Weiterbildung, den wir unbedingt decken müssen. Wenn wir den Beruf für junge Menschen attraktiv halten wollen, müssen wir die Arbeitsbedingungen verbessern und individuelle Gestaltungsmöglichkeiten schaffen, auch wenn es eine Herausforderung ist und „wir das noch nie so gemacht haben“.

Der BDC wird am **9. Dezember 2023** in Berlin bei „Operation Karriere“ wieder mit einem Stand dabei sein. ○



Präsenz-Seminar

Notfallmanagement im Bereitschaftsdienst

Leipzig, 10. – 11. März 2023

Wissenschaftliche Leitung:
Dr. med. Lutz Meyer,
Plauen

Klick!
Jetzt
anmelden!

BDC Berufsverband der
Deutschen Chirurgie e.V.

M3-Abschlussstraining STAATSEXAMEN UND KARRIERE

2 × pro Jahr

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



„Das Nonplusultra sind die Prüfungssimulationen“

Holger Wannenwetsch



ZUR PERSON



Marijke van der Laan hat Ende Juni 2022 die M3-Abschlussprüfung erfolgreich bestanden. Seit Anfang August ist sie Assistenzärztin in der Klinik für Akut- und Notfallmedizin des Mönchengladbacher Krankenhauses Kliniken Maria Hilf. Sie befindet sich in der Weiterbildung zur Fachärztin für Innere Medizin. Allen, die kurz vor der Abschlussprüfung stehen, empfiehlt sie, die für die Approbation erforderlichen Unterlagen (Führungszeugnis, Beglaubigungen des Abiturs und des zweiten Staatsexamens) schon während der Lernzeit rechtzeitig zu beantragen. Bei einem frühen Berufsstart werde es sonst knapp mit der rechtzeitigen Ausstellung der Approbation, die man für den Antritt der Weiterbildungsstelle benötige.

Das Interview führte Holger Wannenwetsch vom BDC.

Als Studentin der Humanmedizin an der Rheinisch-Westfälischen Technischen Hochschule (RWTH) Aachen hat Marijke van der Laan am 18. und 19. März 2022 am Kongress Staatsexamen und Karriere (S+K) in Essen teilgenommen. Der Kongress wird zweimal im Jahr vom Berufsverband Deutscher Internistinnen und Internisten (BDI) und dem Berufsverband der Deutschen Chirurgie (BDC) organisiert. Er dient der Vorbereitung auf die M3-Abschlussprüfung im Medizinstudium. Am Rande der Veranstaltung sprach sie über ihr Studium, ihre Erwartungen und ihre Erfahrungen.

Passion Chirurgie: Frau van der Laan, warum haben Sie sich gerade für das Medizinstudium entschieden?

Van der Laan: Ich habe während meiner Schulzeit mehrere Praktika absolviert. Meinen Eltern und auch mir war es immer wichtig, dass ich in möglichst viele verschiedene Bereiche erstmal reinschnuppere, bevor ich mich auf einen Beruf festlege. So habe ich früh Einblicke in verschiedene Berufssparten erhalten und unter anderem auch ein Praktikum im Krankenhaus absolviert. Schon vor der Oberstufe habe ich mich für das Medizinstudium entschieden. Mir war bewusst, dass ich ein sehr gutes Abitur machen muss, daher war ich extrem engagiert. Ich habe dann tatsächlich mit 1,0 bestanden.

PC Verfehlt man diesen Schnitt auch nur knapp, hat man trotzdem ein Problem.

VL Richtig, wenn man im Abitur mit einer 1,3 oder 1,4 rechnen muss, wird es leider schon kritisch. Dazu kam 2020 eine Reform, mit der die Wartezeitenquote wegfiel. Also wird es künftig noch schwerer. Es gibt aber die Möglichkeit, den Test medizinischer Studiengänge zu absolvieren, um damit quasi seinen Abiturnschnitt etwas zu verbessern. Das Ergebnis wird individuell von den medizinischen Fakultäten als Anrechnung zum Abitur berücksichtigt.

PC Sie sind schon einen großen Schritt weiter, denn Sie stehen vor dem M3-Examen, der Abschlussprüfung im Medizinstudium. Wie läuft die bisherige Vorbereitung?

VL Gut. Wir haben in einer Lerngruppe einen Lernplan erstellt. So lernt jeder mal für sich selbst und mal interaktiv, indem wir gemeinsam Fälle durchgehen und körperliche Untersuchungen ausführlich üben. Wir strukturieren nach Fächern – Innere, Chirurgie, das Wahlfach und das zugeloste Pflichtfach – und legen dabei den Zeitrahmen zugrunde, den wir auch in der Prüfung haben werden.

PC Warum dann noch die Teilnahme beim Kongress „Staatsexamen und Karriere“?

VdL Weil ich davon profitieren kann, jetzt noch möglichst viele Informationen und taktische Tipps für die Prüfung mitzunehmen. Außerdem hat man mir in den Kliniken Maria Hilf in Mönchengladbach, in denen ich mein Praktisches Jahr absolviert habe, die Teilnahme an dieser Veranstaltung besonders ans Herz gelegt.

PC Welche Unterstützung haben Sie sich ganz konkret erhofft?

VL Es gibt mehrere Gründe, die mich zu einer Teilnahme motiviert haben: Fachlich hätte ich gerne einen guten Überblick über den Lerninhalt, um nicht den Fokus zu verlieren. Zu wissen, welche Themen die Prüfer besonders gerne abfragen, nicht zu viele „Kolibris“, also eher seltene Krankheitsbilder, zu vertiefen, sondern eher die häufig auftretenden Erkrankungen. Ich möchte zudem den Erwartungshorizont hinsichtlich der Wissenstiefe aus Sicht der Prüfer verstehen. Und: Welche Tipps und Tricks gibt es, wenn es knifflig wird, weil sie vielleicht eine Wissenslücke entdeckt haben? Das kann man alles trainieren. Ich denke, ein souveräner Umgang ist hier ganz wichtig.

PC Ein gutes Fachwissen und eine Strategie für schwierige Situationen geben ja auch Sicherheit.

VL So ist es. Alles in allem geht es vor allem darum, über eine gezielte Vorbereitung die Angst vor der Prüfung zu verlieren. Wenn ich lerne, wie man die Prüfung strategisch und strukturiert angeht und das Ganze dann auch noch praktisch übe, werde ich selbstsicherer. Auch das kommt mir dann in der Prüfung zugute.

Wannenwetsch H: „Das Nonplusultra sind die Prüfungssimulationen“. Passion Chirurgie. 2022 Dezember; 12(12): Artikel 04_05.



Weitere Artikel zum Thema finden Sie auf BDC|Online (www.bdc.de) unter der Rubrik Nachwuchs | M3-Abschlusstraining.

PC Einige sind wohl überrascht, wie so eine Prüfung konkret abläuft.

VL Den Eindruck habe ich auch. Aber genau dafür gibt es ja die verschiedenen Prüfungssimulationen. Wie die praktische Simulation am Patientenbett. Oder die theoretische Simulation, in der auch Fragen gestellt werden, die es binnen Sekunden richtig zu beantworten gilt. Besonders spannend war für mich zu erfahren, dass der Prüfling das Gespräch auch selbst lenken kann. So kann man den Prüfer auf Felder führen, in denen man sich gut auskennt. Aber es ist auch unglaublich herausfordernd, weil man sich dabei argumentationstechnisch nicht in Bedrängnis bringen darf. Spricht man bestimmte Themen an, muss man damit rechnen, dass die Prüferin dann in die Tiefe fragt. Auch das ist eine wichtige Sache, die ich hier aus dem Seminar mitnehme.

PC Was sticht für Sie besonders heraus?

VL Es ist insgesamt eine sehr lehrreiche Veranstaltung. Die Lernatmosphäre ist echt motivierend. Über Kritik und Anregungen erfahre ich, inwiefern ich mich vielleicht hätte verbessern können, worauf besonders Wert gelegt wird. Nichts geht übers Üben! Daher sollte man jede Gelegenheit nutzen, die sich dazu bietet. Besonders herausragend finde ich daher die gerade angesprochenen Prüfungssimulationen. Sie sind das Nonplusultra, das herausschmeißt und einen wirklich weiterbringt.

PC Wo gibt es Verbesserungsbedarf?

VL Ich würde tatsächlich noch mehr Prüfungssimulationen einbauen. Vorausgesetzt natürlich, es gibt dafür genug Freiwillige. Und weil viele später doch auch andere Weiterbildungsfächer belegen möchten als die klassische Innere

oder die Chirurgie – zum Beispiel Pädiatrie oder Neurologie – wäre es vielleicht sinnvoll, auch darauf Rücksicht zu nehmen. So könnte man zeitweise Kleingruppen bilden, in denen sich zum Beispiel eine Pädiatrie-Dozentin um die Kandidaten kümmert, die pädiatrisch geprüft werden wollen. Oder man deckt das einfach allgemein durch pädiatrische Fallpräsentationen ab.

PC Wenn Sie ein Fazit ziehen müssten, wie würde das aussehen?

VL Ich bin froh, an der Veranstaltung teilgenommen zu haben. Ich kann nur empfehlen, den Kongress vor der M3-Prüfung als Repetitorium zu nutzen und die Erwartungshaltung der Prüfer kennenzulernen. ○

STAATSEXAMEN & KARRIERE

Der nächste Kongress „Staatsexamen & Karriere“ findet am 10./11.3.2023 in Essen 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





Praxen erhalten höhere Zuschläge für rasche Terminvergabe

Dirk Farghal, Peter Kalbe, Ralf Schmitz

ERWEITERTER BEWERTUNGSAUSSCHUSS BESCHLIESST DETAILS

Zum 1. Januar 2023 entfällt die bisherige Neupatientenregelung. Die massiven Proteste der Ärzteschaft, der KVen und der Berufsverbände, u. a. auch des Berufsverbands der Deutschen Chirurgie e.V. (BDC), haben immerhin zu einer gewissen Ausgleichslösung geführt. Diese trat ebenfalls am 1. Januar 2023 in Kraft.

Wir möchten unsere Kolleginnen und Kollegen informieren und ihnen eine Handlungsempfehlung an die Hand geben, um zumindest einen Teil unserer Patienten weiterhin extrabudgetär behandeln zu können.

Der Wegfall der Neupatientenregelung trifft vor allem die Fachgruppe Chirurgie hart, weil dort bisher etwa die Hälfte der Patienten neu waren und dies bei vielen Praxen quasi eine komplett extrabudgetäre Vergütung (Auszahlungsquote => 100 Prozent) zur Folge hatte.

**Dirk Farghal**

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

**Dr. med. Peter Kalbe**

Vizepräsident
Berufsverband der Deutschen
Chirurgie e.V. (BDC)
Gelenkzentrum Schaumburg
Kalbe@bdc.de

**Dr. med. Ralf Wilhelm Schmitz**

Leiter des Themen-Referates
„Niedergelassene“ im BDC
MVZ Chirurgie Kiel
schmitz@bdc.de

Farghal D, Kalbe P, Schmitz R: Praxen erhalten
höhere Zuschläge für rasche Terminvergabe.
Passion Chirurgie. 2023 Januar/Februar;
13(01/02): Artikel 04_04.



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

Die jetzt im erweiterten Bewertungsaus-
schuss (EBA) im Detail beschlossene Nach-
folgeregelung wird die Verluste durch den
Wegfall der Neupatienten voraussichtlich
nicht komplett kompensieren, zumindest
aber abmildern können.

Der EBA hat am 14.12.2022 folgende Details
zur Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben
beschlossen:

1. Fälle in der offenen Sprechstunde
2. Terminservicestellenfälle
3. Hausarztvermittlungsfälle

Zu 1. Bei der **offenen Sprechstunde** ändert
sich zunächst nichts. Wir sind weiterhin
verpflichtet, fünf Stunden in der Woche als
offene Sprechstunden anzubieten. Diese Fälle
werden weiterhin extrabudgetär vergütet.
Damit es nicht zu einer unkontrollierten Aus-
weitung dieser Fälle kommt, werden maxi-
mal 17,5 Prozent der Arztgruppenfälle einer
Arztpraxis des aktuellen Quartals im Sinne
der offenen Sprechstunde extrabudgetär ver-
gütet. Darüber hinaus gehende Fälle unter-
liegen dem Regelleistungsvolumen (RLV bzw.
QZV). Somit ist es empfehlenswert, vor allem
Fälle mit hohem Abrechnungsvolumen, also
solche mit zusätzlichen kostenintensiven
Leistungen wie Röntgen, Cast, Wundversor-
gung, in der offenen Sprechstunde zu behan-
deln und zu markieren. Fälle, bei denen nur
die Grundpauschale und die Zuschläge zur
Sicherung der Grundversorgung wie 07220
und 07222 abgerechnet werden, eignen sich
nicht für die offene Sprechstunde, zumal die
GOP 07220 und 07222 per se extrabudgetär
sind.

Zu 2. Beim **Terminservicestellenfall** (TSV-
Fall) gibt es ab 2023 einen zusätzlichen
Dringlichkeitszuschlag. Weiterhin ist eine
Überweisung des Hausarztes oder Kinder-
arztes mit Angabe einer TAN erforderlich.
Um als Facharztpraxis TSV-Fälle behandeln
zu können, müssen freie Termine online an
die Vermittlungsstelle gemeldet werden.
Das Verfahren ist von KV zu KV unterschied-
lich organisiert. Die TAN muss dann bei der
Anlage des Abrechnungsscheins im PVS ange-
geben werden. Dies ist zur Plausibilisierung
des TSV-Falls notwendig. Auch dieser TSV-
Arztgruppenfall wird extrabudgetär vergütet.

Extrabudgetäre Vergütung plus Zuschlag:

Diese Regelungen wurden aufgrund der mas-
siven Proteste der Ärzteschaft im letzten
Moment in die Gesetzgebung aufgenommen
und sollen zumindest teilweise die Verluste
durch den Wegfall der Neupatientenregelung
kompensieren.

Es werden alle Leistungen der Arztgruppe im
Quartal bei einem Versicherten (Arztgruppen-
fall) in voller Höhe extrabudgetär vergütet.
Zusätzlich wird ein extrabudgetärer Zuschlag
auf die Versicherten-, Grund- oder Konsiliar-
pauschale (GP) in folgender Höhe gewährt:

- Termin spätestens am Folgetag (Akut-
fall)*: 200 Prozent auf die GP
- Termin spätestens am 4. Tag: 100 Pro-
zent auf die GP
- Termin spätestens am 14. Tag: 80 Pro-
zent auf die GP
- Termin spätestens am 35. Tag: 40 Pro-
zent auf die GP

*Der Zuschlag von 200 Prozent wird nur gewährt,
wenn der Patient die 116 117 kontaktiert hat und die
dortige medizinische Ersteinschätzung die Dringlich-
keit der Behandlung bestätigt hat.

Zu 3. Interessant sind die neuen Regelun-
gen vor allem in Bezug auf den **Hausarzt-
vermittlungsfall**. Auch hier ist jeweils eine
Überweisung des Hausarztes oder Kinder-
arztes notwendig. Eine TAN muss aber nicht
angegeben werden. Die Hausarztpraxis muss
mit der Facharztpraxis direkt Kontakt auf-
nehmen und dies unter Angabe der Betriebs-
stätten-Nummer (BSNR) der Facharztpraxis
dokumentieren. Hierzu empfiehlt es sich,
unter Wahrung des Datenschutzes den haus-
ärztlichen Kollegen/Innen eine besondere
Telefonnummer, E-Mail oder Faxnummer
anzubieten und die BSNR der eigenen Praxis
schriftlich mitzuteilen. Für eine **erfolgreiche**
Vermittlung erhält die vermittelnde Praxis
eine Pauschale von 15,05 € unter Angabe der
GOP 03008 (Hausarzt) / 04008 (Kinderarzt).

Neu ist, dass zur Erreichung dieser Pauschale
nicht mehr nur die 4-Tage-Frist gilt, sondern
dies bis zum 35. Tag möglich ist. Diese Arzt-
gruppenfälle werden ebenfalls extrabudgetär
vergütet. Die bisherige Plausibilitätsgrenze
von 15 Prozent der Hausarztfälle soll bis zum
31.3.2023 neu verhandelt werden. Allerdings
wurde eine erhebliche Eingrenzung durch die

weiter unten erläuterte Definition der Dringlichkeit beschlossen.

- Termin spätestens am 4. Tag: 100 Prozent Aufschlag auf die GP
- Termin spätestens am 14. Tag: 80 Prozent Aufschlag auf die GP
- Termin spätestens am 35. Tag: 40 Prozent Aufschlag auf die GP

ZU SCHÖN, UM WAHR ZU SEIN

Leider werden die Chancen auf zahlreiche extrabudgetäre Fälle durch folgende Regelungen auch gleich wieder eingeschränkt:

DEFINITION DER DRINGLICHKEIT

Im Gesetz und in den EBA-Regelungen sind die oben genannten Möglichkeiten leider gleich wieder eingeschränkt worden. Bis zum vierten Tag nach Feststellung der Dringlichkeit durch den überweisenden Arzt ist alles ziemlich unproblematisch. Die fachärztliche Behandlung muss spätestens am vierten Kalendertag (cave: bei Überweisung am Freitag am nachfolgenden Dienstag) nach Feststellung der Behandlungsnotwendigkeit durch den Hausarzt erfolgen.

In den sich anschließenden Zeitintervallen bis zum 35. Kalendertag setzt die Anerkennung der GOP 03008 / 04008 und der extrabudgetären Vergütung voraus, dass eine Terminvermittlung durch die Terminservicestelle oder eine eigenständige Terminvereinbarung durch den Patienten oder einer Bezugsperson aufgrund der medizinischen Besonderheit des Einzelfalls **nicht angemessen** oder **nicht zumutbar** war. Ab dem 24. Kalendertag wird zur Abrechnung der 03008 / 04008 sogar die Angabe einer medizinischen Begründung gefordert.

Dies dürfte die Praktikabilität erheblich einschränken und im Übrigen aufgrund der unscharfen Definition Streitgegenstand werden und einen erheblichen Prüfungsaufwand der Kassenärztlichen Vereinigungen zur Folge haben.

➔ **Unsere Empfehlung: Um dies zu umgehen, sollte sich der Fokus der Chirurgen und Chirurgen auf die Realisierung**

der dringlichen Hausarztüberweisung innerhalb der 4-Tage-Frist richten.

PRAKTISCHE UMSETZUNG

Für die Abrechnung des Aufschlags auf die Grundpauschale für die rasche Terminvergabe wurden neue Ziffern (Gebührenordnungspositionen/GOP) in den EBM eingeführt. Diese lauten

- 07228 wenn im Kapitel 7 (Chirurgie) abgerechnet wird und
- 18228 wenn im Kapitel 18 (Orthopädie) abgerechnet wird.

Zusätzlich muss gemäß folgender Systematik einer der Buchstaben A bis D angegeben werden:

- A (200 Prozent) – gilt nur für den TSS-Akutfall (über die 116 117)
- B (100 Prozent) – Termin spätestens am 4. Tag
- C (80 Prozent) – Termin spätestens am 14. Tag
- D (40 Prozent) – Termin spätestens am 35. Tag

Gemäß unserer Empfehlung, vor allem den Hausarztvermittlungsfall innerhalb von vier Tagen anzustreben, wäre der Honoraraufschlag durch Angabe der GOP 07228B bzw. 18228B abzurechnen.

Darüber hinaus müssen diese Fälle auch weiterhin gekennzeichnet werden, um die extrabudgetäre Abrechnung zu gewährleisten. Das wird in der Regel durch die Praxisverwaltungssysteme (PVS) im Hintergrund erledigt. Dazu wird der Hausarztvermittlungsfall in der Maske des Überweisungsscheines gekennzeichnet.

Es kann sein, dass bei Ihnen – KV-spezifisch – abweichende GOP oder abweichende Verfahren vorgeschrieben werden. Bitte informieren Sie sich dazu bei Ihrem Software-Haus und bei der zuständigen kassenärztlichen Vereinigung.

BEGRENZUNG AUF DEN ARZTGRUPPENFALL IM QUARTAL

Wichtig für **BAG** und **MVZ**: Patienten, die in einer Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) oder einem MVZ von mehreren Ärzten

derselben Fachgruppe behandelt werden, lösen je Quartal nur **einen** Arztgruppenfall aus. Bei Einzelpraxen sowie fachgleichen BAG und MVZ entspricht der Arztgruppenfall dem Behandlungsfall.

Für TSS-Terminfälle, TSS-Akutfälle und Hausarztvermittlungsfälle ist der Zuschlag im Arztgruppenfall insgesamt nur einmal berechnungsfähig. Es wird zusätzlich geregelt, dass dies auch dann gilt, wenn in demselben Quartal eine erneute Behandlung desselben Versicherten aufgrund einer erneuten Terminvermittlung durch den Hausarzt oder durch die TSS (TSS-Terminfall und/oder TSS-Akutfall) erfolgt. Sind allerdings in einer BAG oder einem MVZ mehrere Arztgruppen tätig, ist es theoretisch möglich, dass in einem Behandlungsfall mehrfach der Zuschlag für die dringliche Behandlung angesetzt wird.

Allerdings ist der Zuschlag auch dann **nicht** berechnungsfähig, wenn der vermittelte Patient in der an der fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Arztgruppe derselben Praxis in demselben Quartal bereits behandelt wurde.

Insgesamt bedeuten die neuen Regelungen wieder einmal einen massiven Zuwachs an Bürokratie, den man kaum noch vermitteln und damit schon gar nicht junge Kolleginnen und Kollegen für die vertragsärztliche Tätigkeit begeistern kann.

➔ **Unsere Empfehlung: Alle niedergelassenen BDC-Mitglieder sollten sich dringend mit diesen neuen Chancen für extrabudgetäre Erlöse beschäftigen und sich konkret und am besten mit einer schriftlichen „Segelanweisung“ mit ihren zuweisenden Haus- und Kinderärzten abstimmen.**

Sollten noch Unklarheiten bezüglich der konkreten Ausführungsbestimmungen in Ihrer KV bestehen, wenden Sie sich bitte an Ihre **BDC-Regionalvertreter**. ○



SURGEONTALK

Der BDC | Podcast



WIR PRÄSENTIEREN

SURGEON TALK

**Chirurgisches Wissen
auf den Punkt.**

www.surgeontalk.de



BDC

Berufsverband der
Deutschen Chirurgie e.V.



© iStock/Artfully79

Neuerungen und Verbesserungen in der UV-GOÄ ab Januar 2023

Peter Kalbe

Zum neuen Jahr traten einige wichtige Verbesserungen für die Durchgangsärzte in Kraft, die unter Mitarbeit von Mandatsträgern des BDC auf den Weg gebracht wurden.

GEBÜHR FÜR DEN D-ARZTBERICHT (F1000) NACH NR. 132 UV-GOÄ WIRD AUF 20 € ANGEHOHEN

Der Durchgangsarzt-Bericht ist das zentrale Element der durchgangsärztlichen Tätigkeit und erfordert stets die unfallchirurgische Expertise und Erfahrung. Darüber hinaus erfordert die

regelmäßig notwendige Beurteilung der Kausalität gutachterliche Kenntnisse. Die Gebühr für diesen Bericht wird zum 1.1.2023 von aktuell 17,81 € auf 20,00 € angehoben.

ZUSCHLÄGE ZU DEN AMBULANTEN OPERATIONEN

Die teilweise marginale Rentabilität der nach der UV-GOÄ abgerechneten ambulanten Operationen ist hinlänglich bekannt. Als ersten Schritt einer Aufwertung konnte eine lineare Anhebung der Zuschläge zu den ambulanten Operationen 442-445 in der UV-GOÄ um 10



Dr. med. Peter Kalbe

Vizepräsident
Berufsverband der Deutschen
Chirurgie e.V. (BDC)
Gelenkzentrum Schaumburg
Stükenstraße 3
31737 Rinteln
Kalbe@bdc.de

Prozent erreicht werden. Weitere Verbesserungen, u.a. unter Verweis auf die gestiegenen Hygiene-Anforderungen, werden für das Jahr 2023 angestrebt.

NEUE GEBÜHREZZIFFERN FÜR TELEMEDIZINISCHE LEISTUNGEN: NR. 10 UND NR. 10A

Telemedizinische Leistungen bis zu 10 Minuten Dauer können ab dem 1.1.2023 nach der Nr. 10 UV-GOÄ mit 8,00 € angesetzt werden. Das Honorar ist damit geringer als für die Nr. 1 (9,13 €), in der ja auch eine symptombezogene Untersuchung enthalten ist. Die Gebühr ist allerdings deutlich höher als für die alleinige (auch telefonische) Beratung nach Nr. 11 (3,65 €). Dauert die telemedizinische Beratung länger als 10 Minuten kann nach der Nr. 10a (16,00 €) abgerechnet werden. Die technischen Voraussetzungen für die Telemedizin sollen sich an den Vorgaben für die vertragsärztliche Versorgung anlehnen. Beratungen via E-Mail, SMS, Chat oder vergleichbarer Kommunikationsmittel sind ausdrücklich ausgeschlossen und können nicht abgerechnet werden. Es wird aber auch der Vorrang des persönlichen Arzt-Patienten-Kontakts betont und die Abrechnung auf maximal 2 Leistungen im Behandlungsfall begrenzt. Voraussetzung ist darüber hinaus, dass zuvor im Behandlungsfall ein persönlicher Kontakt stattgefunden hat.

NEUE ABRECHNUNGSZIFFERN FÜR DIE FRAKTUR- SONOGRAPHIE: NR. 411 UND 411A

Zum 1.1.2023 werden mit den Nrn. 411 und 411a der UV GOÄ Zuschläge zur Sonographie nach Nr. 410 für die Fraktursonographie eingeführt. Die 411 kann für sonographische Frakturkontrollen an Oberarm, Unterarm, Oberschenkel, Unterschenkel und angrenzende Gelenken angesetzt werden. Zielregion ist hier vor allem der distale Unterarm, um die Strahlenbelastung bei distalen Radius- und Unterarmfrakturen bei Kindern zu verringern. Die neuen Gebührensatziffern sollen also einen Anreiz bieten, bei Kindern und Jugendlichen (kann nur bis zum 18. Lebensjahr abgerechnet werden) sonographische Verlaufskontrollen der Frakturheilung

statt Röntgenkontrollen durchzuführen. Die Nr. 411 ist mit 35,00 € dotiert und soll den zusätzlichen durchgangsarztlichen Aufwand der persönlichen Leistungserbringung widerspiegeln. Somit kann für diese sonographische Frakturkontrolle in der besonderen Heilbehandlung die Nr. 410 (20,27 €) plus Nr. 411 (35,00 €) angesetzt werden, somit in der Summe 55,27 €. Damit liegt diese Gebühr deutlich über dem Honorar für eine Röntgenuntersuchung nach Nr. 5020 (22,30 €) oder nach Nr. 5030 (36,48 €).

Sonographische Frakturkontrollen an allen anderen Knochen sind mit einem Zuschlag nach der Nr. 411a der UV-GOÄ abzurechnen. Diese Leistung ist mit 10,00 € deutlich geringer dotiert. Für bis zu drei sonographische Kontrolluntersuchungen kann der D-Arzt somit ab dem 1.1.2023 zu der Nr. 410 UV-GOÄ einen Zuschlag nach Nr. 411 oder 411 a. abrechnen. Führt der D-Arzt sonographische Kontrollen durch, kann er im Behandlungsfall nur maximal 2 Röntgenkontrolluntersuchungen abrechnen. Die Stellungskontrolle nach der Reposition zählt nicht dazu.

Die wissenschaftliche und juristische Absicherung der Fraktursonographie soll ab dem Frühjahr 2023 durch eine S2-Leitlinie der AWMF unter Federführung der DEGUM und unter Beteiligung der DGOU erfolgen <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/085-003>. Die wichtigsten Eckpunkte dieser Leitlinie wurden beim DKOU 2022 in Berlin vorgestellt und werden nach der Veröffentlichung auch in der Passion Chirurgie kommentiert.

SONOGRAPHIE DEMNÄCHST VERPFLICHTEND FÜR JEDE D-ARZT-PRAXIS (MIT ÜBERGANGSFRIST)

Darüber hinaus ist es vorgesehen, bei der anstehenden Reform der D-Arzt-Bedingungen die Vorhaltung eines Sonographie-Geräts (mit Übergangsfrist) in jeder D-Arzt-Praxis vorzuschreiben. Die zurzeit diskutierte umfassende Reform der D-Arzt-Bedingungen wird ansonsten zahlreiche Erleichterungen und Verbesserungen für die Durchgangsarzte zur Folge haben. Die Verabschiedung im Laufe des Jahres 2023 wird angestrebt.

Kalbe P: Neuerungen und Verbesserungen in der UV-GOÄ ab Januar 2023. Passion Chirurgie. 2023 Januar/Februar; 13(01/02): Artikel 04_05.



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

In den meisten unfallchirurgischen Praxen sind ohnehin Sonographiegeräte vorhanden. Sofern dies nicht der Fall ist, empfiehlt es sich, dies in den langfristigen Investitionsplan aufzunehmen und für die notwendige persönliche Expertise zumindest eines D-Arzttes in der Praxis zu sorgen.

NUTZEN SIE DIE JEWEILS AKTUELLE FASSUNG DER UV-GOÄ

Im Gegensatz zur Privat-GOÄ wird die UV-GOÄ in einer ständigen Gebührenkommission

gemäß § 52 des Vertrags zwischen der KBV und der DGUV kontinuierlich weiterentwickelt und angepasst. Daraus resultieren mehrmals jährlich aktualisierte Fassungen der UV-GOÄ. Es ist daher unerlässlich, dass Sie sich die jeweils gültige Version dieser Gebührenordnung von der Homepage der KBV herunterladen: www.kbv.de/html/uv.php

Auf der ersten Seite des betreffenden pdf-Dokuments werden jeweils die Änderungen gegenüber der vorhergehenden Version stichwortartig dargestellt.

Der BDC setzt sich gemeinsam mit dem Berufsverband der Durchgangsärzte (BDD) und dem BVOU intensiv für eine kontinuierliche Verbesserung der Arbeitsbedingungen der Durchgangsärzte ein. Er möchte damit die Attraktivität dieser Tätigkeit fördern, den Abwanderungstendenzen entgegenwirken und die D-Arzt-Nachfolge erleichtern.

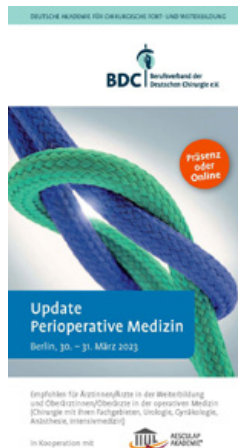
Die offizielle Veröffentlichung der KBV erfolgt am 20. Januar 2023. Wir haben die Genehmigung, das Dokument schon jetzt unseren Mitgliedern zugänglich zu machen. Sie finden Sie auf unserer [Website](#). 

Tab. 1: Im Überblick: Neuerungen für Chirurgen in der UV-GOÄ zum 1.1.2023

GO.-Nr.	Bedeutung	Honorar ab 1.1.2023	Bemerkungen
132	Durchgangsarztbericht	20,00 €	Aufwertung von 17,81 €
10	Telemedizinische Beratung bis 10 Minuten Dauer	8,00 €	Einschränkungen s. Text
10a	Telemedizinische Beratung mehr als 10 Minuten Dauer	16,00 €	Einschränkungen s. Text
411	Zuschlag zur Nr. 410 für Fraktursonographie bei Kindern und Jugendlichen (OS/US/OA/UA)	35,00 €	maximal 3 mal pro Behandlungsfall, dann Röntgenkontrollen begrenzt, s. Text
411a	wie 410, jedoch bei allen anderen Knochen	10,00 €	wie bei Nr. 411
442	Zuschlag ambulante Op.	35,83 €	von 32,57 €
442a		19,47 €	von 17,70 €
443		67,20 €	von 61,09 €
444		116,47 €	von 105,88 €
445		197,10 €	von 179,18 €

BDC|AKADEMIE

SEMINAR „UPDATE PERIOPERATIVE MEDIZIN“



Berlin, 30. – 31. März 2023

Für Chirurg:innen, Anästhesiolog:innen und Intensivmediziner:innen

Wissenschaftliche Leiter:

Prof. Dr. med. Johann Pratschke, Prof. Dr. med. Claudia Spies, Dr. med. Christian Lojewski, Dr. med. Björn Weiß

Im Zentrum der chirurgischen Behandlung steht die technisch präzise ausgeführte Operation. Perioperative Medizin bindet diese in ein interdisziplinäres Behandlungskonzept ein – vor, während und nach dem chirurgischen Eingriff. Dieses Seminar vermittelt

alle relevanten Aspekte rund um das Thema durch kompetente Referent:innen aus unterschiedlichen Fachgebieten.

Inhalte u.a.:

- Hot topics 2022
- Die präoperative Perspektive
- Die intraoperative Perspektive
- Intensivmedizinische Kernthemen
- Infektionen – die leise Bedrohung
- Perioperative Intensivmedizin – advanced Care, enhanced Outcome

Informationen und Anmeldung über www.bdc.de (Rubrik BDC|Akademie, Fachgebiet Allgemeinchirurgie)

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



Willkommen zum Bundeskongress Chirurgie 2023 in Nürnberg!

Jan Henniger, Frank Sinning

Jan Henniger
Kongressleitung
Bundeskongress Chirurgie 2023

Dr. med. Frank Sinning
Kongressleitung
Bundeskongress Chirurgie 2023

Henniger J, Sinning F: Willkommen zum Bundeskongress Chirurgie 2023 in Nürnberg! Passion Chirurgie. 2022 Dezember; 12(12): Artikel 04_06.



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

Wir laden Sie herzlich ein, vom 10.-11. Februar 2023 gemeinsam mit uns die Zukunft der Chirurgie zu diskutieren und zu gestalten. Unter dem Motto „**Zurück in die Zukunft: Bewährtes sichern – Neues wagen!**“ haben wir ein hochkarätiges Programm für Sie zusammengestellt.

Mit der Unterstützung von mehr als 20 chirurgischen Fachgesellschaften und Berufsverbänden bieten wir Ihnen einen spannenden Austausch zu praxisrelevanten Themen. Ganz besonders freuen wir uns auf die aktive Unterstützung und Teilnahme des Berufsverbandes der Chirurgie e.V. an unserem Kongress.

Freuen Sie sich auf ein zweitägiges Spitzenprogramm aus medizinisch- wissenschaftlichen Sitzungen, spannenden Fachsymposien und interessanten Workshops. Oder auf den Besuch unserer vielfältigen Industrieausstellung und auf das Netzwerken vor Ort mit

Kolleginnen/Kollegen und dem medizinischen Nachwuchs.

Es ist für alle etwas dabei: von Sitzungen zu Viszeral-, Gefäß- und Fußchirurgie, über postbariatrische und metabolische Chirurgie zu Robotik, Proktologie und Anästhesie bis hin zur Unfall- und Kinderchirurgie. Daneben gibt es die Hernien- und Wundsymposien sowie das BAO-Symposium, die Plattform für alle Anästhesisten, Chirurgen, Urologen und ambulanten Operateure in Praxis und Klinik. Beim „Jungen Forum“ kommt die jüngere Generation zu Wort und tauscht sich von Assistenz zu Assistenz über Fälle und Herausforderungen im beruflichen Alltag aus.

Mit dem „Tag der medizinischen Fachberufe“ haben alle medizinischen Fachangehörigen einen eigenen Programmpunkt, bei dem es neben betriebswirtschaftlichen und

juristischen Inhalten auch um berufspolitische und soziale Themen geht.

Abgerundet wird das wissenschaftliche Programm durch Seminare und Kurse, bei denen die Ärzte und MFA die Fortbildungsvorgaben der DGUV (Kindertraumatologie, Gutachten, Reha Medizin und Reha Management), des

Strahlenschutzes und der Hygienerichtlinien (z. B. Präsenzseminar „Hygienebeauftragter Arzt“) erfüllen können.

Zuletzt sei noch auf unseren berufspolitischen Nachmittag verwiesen, an dem wir uns traditionell mit der aktuellen Gesundheitspolitik auseinandersetzen und für den wir im

kommenden Jahr Klaus Holetschek, den Bayerischen Staatsminister für Gesundheit und Pflege, gewinnen konnten.

Wir freuen uns, Sie auch im Namen der beteiligten Berufs- und Fachverbände auf dem Bundeskongress Chirurgie 2023 in Nürnberg begrüßen zu dürfen!



PROGRAMM

- Fachthemen der Allgemein-, Viszeralchirurgie, Kinderchirurgie, Unfallchirurgie, Gefäßchirurgie, Fußchirurgie, Proktologie, Metabolischen Chirurgie
- Chirurgie der Körperoberfläche
- Robotik
- Bildgebung
- Berufspolitischer Nachmittag
- D-Arzt und sein Team, Arzt und Recht
- Ambulante Anästhesie
- Junges Forum – Von Assistenten für Assistenten
- Hernien-Symposium
- Wundsymposium
- Gutachten-Seminar / Rehamanagement / Kindertraumatologie (DGUV zertifiziert)
- Reanimationskurs
- Tag der medizinischen Fachberufe
- Workshops

Auch in diesem Jahr bieten wir alle von der **Berufsgenossenschaft geforderten Fortbildungsveranstaltungen** an.



Bundesverband für
Ambulantes Operieren e.V.



10. – 11. Februar 2023, Nürnberg Convention Center

ZURÜCK IN DIE ZUKUNFT

Bewährtes sichern – Neues wagen!



Veranstalter / Organisation / Information

MCN Medizinische Congress-
organisation Nürnberg GmbH
Neuwieder Str. 9, 90411 Nürnberg
Tel.: 0911/3931639, Fax: 0911/3931620
E-Mail: info-bch@mcn-nuernberg.de
Internet: www.bundeskongress-chirurgie.de

zur Homepage:



Informationen unter www.bundeskongress-chirurgie.de

HYGIENE TIPP

Händetrocknung nur mit Einmalpapierhandtüchern

Walter Popp, Lutz Jatzwauk, Wolfgang Kohnen

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. 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)

Die TRBA 250 (Biologische Arbeitsstoffe im Gesundheitswesen und in der Wohlfahrtspflege), die quasi Gesetzeskraft hat, gibt für den Handwaschplatz vor, dass fließendes warmes und kaltes Wasser verfügbar sein muss, Spender für Hautreinigungsmittel sowie Einmalhandtücher. Somit scheiden für den Gesundheitsbereich Warmlufttrockner oder Jet-Air-Trockner aus.

Dies ist auch deshalb bedeutsam, weil mit Handtüchern schneller und gründlicher die Hände trocken werden, sodass ohne zeitlichen Abstand eine hygienische Händedesinfektion mit alkoholischen Präparaten angeschlossen werden kann. Die beste Trocknung erreicht man mit Frotteetüchern, die nach einmaliger Benutzung gewaschen und getrocknet werden, sofern man die Kosten für die Aufbereitung nicht scheut. Die Erfahrung mit Jet-Air-Trocknern zeigt, dass die Trocknung im allgemeinen länger dauert und häufig vorzeitig mit noch feuchten Händen beendet wird. Eine daran sich anschließende Händedesinfektion wäre insuffizient.

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

Popp W, Jatzwauk L, Kohnen W: Hygiene-Tipp:
Händetrocknung nur mit Einmalpapierhandtüchern.
Passion Chirurgie. 2023 Januar/Februar;
13(01/02): Artikel 04_07.

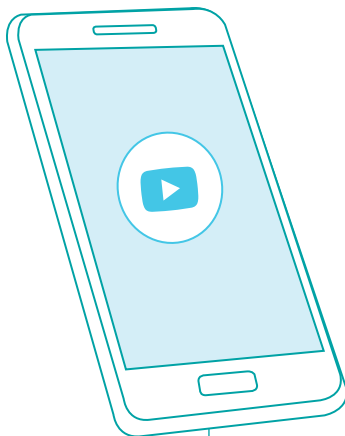


Weitere Hygiene-Tipps finden Sie auf BDC|Online
(www.bdc.de), Rubrik Wissen | Qualität &
Patientensicherheit | Hygiene-Tipp.

HYGIENE CLIP

Get Your Disinfection

Erfolgreiche bundesweite
Kampagne des BDC
in Kooperation
mit DGKH und BDH



Gute Chirurgie kann durch eine Infektion gefährdet werden. Es gibt vermeidbare und unvermeidbare Infektionen. Letztere sind schicksalhaft und kaum zu beeinflussen. Der Berufsverband der Deutschen Chirurgen und die deutschen Hygieniker betreiben seit 2008 eine bundesweite Informationskampagne, die dazu beitragen soll, vermeidbare Infektionen in Klinik und Praxis zu reduzieren. Wir wissen, dass Sie als Chirurgin/Chirurg alles zur Infektprophylaxe und Hygiene wissen. Wir wissen aber auch, dass Hygiene häufig nicht im erforderlichen Umfang stattfindet oder sich durch die tägliche Routine nicht kontinuierlich im Fokus

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

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

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

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



PATIENTENSCHUTZ DURCH HYGIENE IST EINE
BUNDESWEITE KONZERTIERTE AKTION VON:

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

Leserbrief

Wolfram Klemm

Dr. med. Wolfram Klemm
Chefarzt Chirurgische Klinik II
Thorax- und Gefäßchirurgie
MediClin Müritz-Klinikum
Weinbergstraße 19
17192 Waren (Müritz)
wolfram.klemm@mediclin.de

Betrifft: Artikel aus Passion Chirurgie 09/QIII/2022: „Mindestmengen bei der chirurgischen Behandlung von Lungenkrebs“ von Dr. med. Gunda Leschber und PD Dr. habil. Pia Menges.

Sie finden den Artikel auf BDC|Online (www.bdc.de) im Bereich **POLITIK**, oder klicken **HIER**.

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen,

mit Verweis auf die Publikation von Nimptsch et al. 2017 mit Sinken der Krankenhaus-Sterblichkeit unter den bundesweiten Durchschnitt von 2,9 Prozent ab 108 durchgeführten Operationen, die sich zudem nur in vier von sechs untersuchten, nicht thoraxchirurgischen Entitäten zeigte, werden trotzdem in der konkreten Entscheidung des Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) vom 16.12.21 nur 75 anatomische Lungenkrebs-Operationen pro Standort beschlossen, was von den Autorinnen Leschber und Menges unkommentiert bleibt, jedoch in Anbetracht der Mindestmengen bei anderen Organen eine gewisse Willkür des G-BA erkennen lässt.

Es wiederhole sich die Zahl 75, so weiter, die die Deutschen Krebsgesellschaft bei der Zertifizierung zum Lungenkrebszentrum als Anzahl von Eingriffen definiert habe, die eine Expertise auf dem Gebiet der Thoraxchirurgie und der beteiligten Fachabteilungen ausweise.

Völlig unberücksichtigt bleiben bei der rein quantitativen Forderung der Leistungszahlen in der Festlegung des G-BA allerdings die hohen qualitativen Anforderungen bei der Zertifizierung zu einem Lungenkrebszentrum. Ebenso unberücksichtigt bleibt auch die Anzahl und berufliche Erfahrung der operierenden Ärzte.

Ein Beispiel: In einem Lungenkrebszentrum mit einem Chefarzt, drei Oberärzten und vier Assistenzärzten werden 75 anatomische Resektionen durchgeführt, das macht für jeden neun Operationen im Jahr. Werden diese hingegen in einer kleinen spezialisierten Einheit mit zwei Fachärzten und einem Assistenzarzt durchgeführt, kommen im Schnitt auf jeden 25 Operationen. Ebenso kann die Erfahrung eines gestandenen Thoraxchirurgen nach vielen Berufsjahren nicht

Klemm W: Leserbrief. Passion Chirurgie. 2023 Januar/Februar; 13(01/02): Artikel 04_08.



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

© iStock/hgupakarti



mit der eines jungen Facharztes, der zum ersten Mal den Zenit von 75 durchgeführten Operationen erreicht hat, verglichen werden. Eine differenziertere Betrachtung wäre daher angebracht.

Prinzipiell wird sich niemand dagegen verwahren, dass eine höhere Anzahl von durchgeführten Operationen nach Verlassen der Learning Curve eine höhere Qualität liefert, jedoch sollte ein entsprechendes Augenmaß angewendet werden. Ich zitiere die Aussagen der Deutschen Krankenhausgesellschaft zu diesem Thema im Interview mit dem Deutschen Ärzteblatt (DÄ), Deutsches Ärzteblatt, Jg. 119, Heft 12, 25. März 2022: *„Während Mindestmengen im niedrigeren Bereich durch Ausschluss von Gelegenheitsversorgung die Qualität ohne wesentliche Nachteile steigern können, führen hohe Mindestmengen bei nur geringfügig weiter steigender Qualität zu einer deutlichen Zunahme der Nebenwirkungen beziehungsweise negativen Auswirkungen“*, erklärt die DKG gegenüber dem DÄ ... Mit den beschlossenen Mindestmengen für Brust- und Lungenkarzinome werde möglicherweise jedoch gerade das Gegenteil erreicht ... Die DKG habe [...] eine Mindestmenge von 20 für die Operation eines Lungenkarzinoms vorgeschlagen ... *„Dies konterkariert unsere Bemühungen um eine Verbesserung der Versorgungsqualität.“*

Die Mindestmengen bei spezialisierten viszeralchirurgischen Eingriffen hat nicht die Schließung der chirurgischen Klinik zur Folge, da diese durch zahlreiche andere Operationen kompensiert werden kann. In der Thoraxchirurgie stellen die anatomischen Resektionen jedoch das wesentliche Element dieses Fachbereichs dar, sodass ein Wegfall derselben die Schließung der gesamten thoraxchirurgischen Abteilung befürchten lassen muss.

Durch Wegfall der anatomischen Resektionen von Lungenkrebskrankungen werden langfristig an diesen Standorten auch sämtliche weiteren thoraxchirurgischen Interventionen verschwinden, spätestens dann, wenn die verbliebenen Thoraxchirurgen in ein Zentrum wechseln oder in Rente gehen. Damit wird sich die gesamte flächendeckende

thoraxchirurgische Versorgung in Deutschland verschlechtern oder die Patienten werden auch bei geringfügigeren Lungenkrankungen die Zentren überfüllen und diese von ihrem eigentlichen spezialisierten Auftrag abhalten.

Die Aussage der Autorinnen, dass bei der Anzahl von 75 noch genügend Leistungserbringer der Kliniken übrig blieben, die eine flächendeckende Versorgung der Bevölkerung sicherstellen würden, trifft zumindest für das Bundesland Mecklenburg-Vorpommern schon jetzt nicht zu, das es bis zum heutigen Tag nicht geschafft hat, auch nur ein einziges zertifiziertes Lungenkrebszentrum – mangels Zahlen in dem dünn besiedelten Flächenland – zu etablieren.

Mit freundlichem Gruß
Dr. med. Wolfram Klemm

ANTWORT DER AUTORINNEN

Sehr geehrter Herr Dr. Klemm,

Die nach dem Beschluss des G-BA entstandene Diskussion um die konkrete Zahl der Mindestmenge von 75 anatomischen Resektionen pro Jahr ist absolut richtig, nachvollziehbar und gerechtfertigt. Im Entstehungsprozess war allen Beteiligten präsent, dass diese Zahl zwangsläufig dazu führen würde, dass deutschlandweit einige kleinere Standorte keine thoraxchirurgischen Operationen mehr anbieten können. Dies wurde jedoch dem Ziel der größtmöglichen Qualität der Therapie für die Patienten nachrangig gestellt.

Letztlich geht die quantitative Forderung des G-BA sicher mit einer qualitativen Verbesserung einher, weil schließlich gerade in der Chirurgie ein wesentlicher Erfolgsfaktor die Erfahrung aufgrund vieler vorgenommener Eingriffe ist. Dabei

wurde auch im Entstehungsprozess sehr umfangreich berücksichtigt, dass eine thoraxchirurgische Therapie immer eine Teamleistung ist. Der Erfolg einer thoraxchirurgischen Operation begründet sich ja nicht nur auf dem Können der Chirurgin/des Chirurgen, sondern hängt im Ganzen von der Erfahrung der Anästhesie ab, von der Qualität der intensivmedizinischen Betreuung, von der Expertise der involvierten Pneumologie, vom Kenntnisstand der Radiologie etc. Und gerade weil die thoraxchirurgische Therapie eine Teamleistung ist, ist die differenzierte Betrachtung eines gestandenen Thoraxchirurgen vs jungem Facharzt, wie im Leserbrief vorgeschlagen, nicht hilfreich, da in diesem Fall eben alle Disziplinen dieser Beobachtung unterzogen werden müssten. Die Studie von Nimptsch hatte ja sogar noch den höheren Grenzwert von 108 Operationen bei Lungenkrebs ergeben, ab dem die Sterblichkeit der Operation unter den Bundesdurchschnitt sinkt. Auch dabei wurde nur das Ergebnis des Krankenhauses, nicht aber des einzelnen Operateurs gewertet.

Für ein Flächenland wie Mecklenburg-Vorpommern hat der Wegfall von Standorten für die einzelnen Patienten sicherlich die Konsequenz, dass sich hier Fahrzeiten zum nächsten thoraxchirurgischen Zentrum verlängern werden. Dies ist in den ländlichen Gebieten jedoch auch heute schon der Fall. Im Entstehungsprozess beim G-BA wurde davon ausgegangen, dass der einzelne Patient eine längere Fahrzeit gerne in Kauf nimmt, wenn ihm dafür eine höhere Qualität zugesichert werden kann. Die Etablierung von Lungenkrebszentren in diesem Bundesland ist nun nach Einführung der Mindestmenge in Zusammenhang mit der Übergangsfrist nur mehr eine Frage der Zeit.

Dr. Gunda Leschber & PD Dr. Pia Menges



Personalia



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

JANUAR/FEBRUAR 2023

Dr. med. Ahmet Ali Akbayir wechselte zum 01.01.2023 vom Petrus Krankenhaus Wuppertal an das Sana Klinikum Biberach. In Biberach übernahm der Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie die chefarztliche Leitung der Unfallchirurgie und Orthopädie.

André Bischay, seit 2016 leitender Oberarzt der Allgemein- und Viszeralchirurgie am SRK Krankenhaus Waltershausen-Friedrichroda, übernahm zum 01.10.2022 den Chefarztposten der Klinik in Friedrichroda von **Dr. med. Carsten Stülz**.

PD Dr. med. Jan-Peter Graßmann ist seit dem 01.10.2022 Chefarzt der Klinik für Unfall-, Hand- und Wiederherstellungschirurgie am Klinikum Osnabrück. Er wechselte vom Universitätsklinikum Düsseldorf, wo er als Oberarzt tätig war.

PD Dr. med. Florian Herrle ist der neue Chefarzt der Abteilung für Allgemein- und Viszeralchirurgie der RoMed Klinik Prien am Chiemsee. Der Spezialist für Dick-, Enddarm- und Beckenbodenkrankungen und ehemalige Oberarzt und Leiter des zertifizierten Exzellenz-Zentrums für Darmchirurgie der Universitätsmedizin Mannheim wechselte zum 01.01.2023 nach Prien.

Dr. med. Felix Hübner ist seit November 2022 neuer Leiter für Unfallchirurgie und Orthopädie des Elisabeth-Krankenhauses in Kassel. Der Facharzt für Chirurgie und Unfallchirurgie war zuvor Chefarzt an der Asklepios Nordseeklinik Westerland.

Prof. Dr. med. Matthias Knobe wurde zum 1. Januar 2023 die chefarztliche Leitung der Klinik für Unfall- und Wiederherstellungschirurgie am Ahauser Krankenhaus übergeben. Zuvor war Graßmann Chefarzt der Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie im Luzerner Kantonsspital.

Prof. Dr. med. habil. Reinhold A. Laun wechselte zum 01. Januar 2023 vom Vivantes Klinikum Neukölln nach Bochum an das BG Universitätsklinikum Bergmannsheil, wo er wie in Berlin als Chefarzt die Orthopädie und Unfallchirurgie leitet.

Dr. med. Steffen Münch wechselte zum 01.01.2023 vom Städtischen Klinikum Karlsruhe wo er als Oberarzt tätig war an das Städtische Klinikum Landau Südl. Weinstraße, wo er nun Chefarzt der Abteilung für Allgemein- und Viszeralchirurgie ist.

Dr. rer. nat. Vera Pedersen, ehemals Oberärztin der Klinik für Allgemeine, Unfall- und Wiederherstellungschirurgie des Klinikums der LMU München, ist seit dem 01.01.2023 Chefarztin des Integrierten Notfallzentrum der Zentralen Notaufnahme der Universitätsmedizin Mannheim.

Dr. med. Thomas Plettner wechselte im Januar 2023 vom Diakoniekrankenhaus Halle an das sich ebenfalls in Halle befindende Krankenhaus St. Elisabeth und St. Barbara. Dort ist er nun Chefarzt der Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Tumorchirurgie.

Dr. med. Paul Simons wurde zum 01.01.2023 neuer Chefarzt der Fuß- und Sprunggelenkchirurgie am St. Josefs-Hospital Rheingau in Rudesheim. Nach langjähriger Tätigkeit als Chefarzt der Klinik für Fuß- und Sprunggelenkchirurgie des Katholischen Klinikums Mainz, war er zuletzt ab 2020 privatärztlich im Gelenkzentrum Rhein-Main tätig.

Dr. med. Carsten Stülz, ehemaliger Chefarzt und ärztlicher Direktor der Klinik, übernahm im Oktober 2022 die Geschäftsführung des SRH-Krankenhauses Waltershausen-Friedrichroda.



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

Frage & Antwort



Auslandsreise mit Krankschreibung



Antwort von Dr. jur. Jörg Heberer:

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

FRAGE:

Ein niedergelassener Arzt fragt an, ob es rechtens ist, wenn eine angestellte Praxismitarbeiterin während einer Krankschreibung ins Ausland in den Urlaub fährt, wobei die attestierte Arbeitsunfähigkeit bereits vor Reisebeginn vorlag und er nur per Zufall über deren Social-Media-Auftritt die Urlaubsfotos gesehen und so von der Auslandsreise erfahren hat.

ANTWORT:

Zwar gilt der Grundsatz, dass Arbeitnehmer während einer Krankschreibung alles unterlassen müssen, was ihre Genesung hindert. Allerdings schließt dies nach ständiger Rechtsprechung einen Urlaub bzw. Auslandsaufenthalt während einer Krankschreibung nicht aus. Maßgeblich ist stets, ob die Urlaubsreise der Genesung entgegensteht oder ob sie dieser möglicherweise sogar dienlich sein kann. Für diese Einschätzung spielt deshalb auch immer die Art der Erkrankung eine Rolle.

Falls der Urlaub der Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit nicht entgegensteht bzw. der Genesung oder Gesundheit förderlich sein kann, liegt aus Sicht des Verfassers kein Verstoß gegen arbeitsvertragliche Pflichten vor, sodass für den Arbeitgeber in diesem Fall auch keine Sanktionsmöglichkeiten bestehen.

Sollte hingegen der Auslandsaufenthalt der Genesung hinderlich sein, liegt ein Pflichtverstoß vor. Dieser könnte zunächst mittels einer Abmahnung sanktioniert werden und erst bei Wiederholung oder in einem schwerwiegenden Fall ein Grund für eine fristlose Kündigung sein. Allerdings muss man für die rechtliche Würdigung immer auf die konkreten Einzelfallumstände abstellen.

In der Regel werden die Überprüfung und der Nachweis eines Verstoßes für den Arbeitgeber jedoch äußerst schwierig sein, da er den Grund der Erkrankung nicht kennt und die Mitarbeiterin diesen selbst bei Nachfrage nicht mitteilen muss. Spätestens in einem Arbeitsrechtsstreit kann dies zu Lasten der dem Arbeitgeber obliegenden Beweislast bezüglich einer vorgetäuschten Arbeitsunfähigkeit der Mitarbeiterin gehen. Die Rechtsprechung spricht nämlich einer ärztlichen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung einen großen Beweiswert zu und ihre inhaltliche Richtigkeit wird vermutet. Die arbeitsgerichtliche Rechtsprechung fordert vom Arbeitgeber deshalb die Darlegung der vorsätzlichen Täuschung durch die Mitarbeiterin über das Bestehen der Arbeitsunfähigkeit und darüber hinaus von ausreichenden Tatsachen, die ernsthafte Zweifel an der Arbeitsunfähigkeit begründen und den Beweiswert der Arbeitsunfähigkeit erschüttern. Dabei

Heberer J: F+A: Auslandsreise mit Krankschreibung. 2023 Januar/Februar; 13(01/02): Artikel 04_10.



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

ist darauf hinzuweisen, dass aus Sicht der Gerichte nicht zwangsläufig der Täuschungsbeweis schon dadurch geführt werden kann, weil beispielsweise Urlaubsfotos auf Social Media veröffentlicht werden. Die Rechtsprechung sieht allein hierin keine Tatsache, die zu ernsthaften Zweifeln an der attestierten Arbeitsunfähigkeit Anlass gibt.

Welche Möglichkeiten zum Nachweis eines Arbeitspflichtenverstosses kann der Arbeitgeber also ergreifen? Er könnte die Krankenkasse

informieren. Diese ist sodann bei Zweifeln an der Arbeitsunfähigkeit gemäß § 275 Abs. 1 S. 1 Nr. 3c) SGB verpflichtet, den Medizinischen Dienst mit einer Gutachtenerstellung zu beauftragen.

Ferner könnte der Arbeitgeber selbstständig weitere Recherchen anstellen, beispielsweise in den Social-Media-Auftritten. Allerdings kann dies zum einen sehr zeitaufwendig sein. Zum anderen muss er unbedingt darauf achten, dass das Profil bzw. ein Chat der

Mitarbeiterin öffentlich ist oder er zu den Kontakten der Mitarbeiterin zählt, für die ein konkreter Chatinhalt bestimmt ist und keine Dauerüberwachung stattfindet.

Abschließend sei noch erwähnt, dass die Mitarbeiterin nicht verpflichtet ist, den Arbeitgeber über ihren Aufenthaltsort während der Krankschreibung zu informieren, sodass auch hieraus kein Verstoß gegen arbeitsrechtliche Pflichten hergeleitet werden kann. ○



Qualifizierte Fortbildungen für alle fachlichen Säulen der Chirurgie

- ✓ Hochkarätig wissenschaftliche Referent:innen
- ✓ CME-zertifizierte Online-Kurse
- ✓ Webinare live und on demand
- ✓ Podcasts
- ✓ Seminarunterlagen
- ✓ Kongressnachlese „DCK Kompakt“
- ✓ Mitgliederrabatt



BDC-PRAXISTEST

Viszeralchirurgische Zentren statt isolierte Mindestmengen

Stefan Benz, Ludger Staib

VORWORT „VIEL HILFT VIEL“

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

es gehört zu den großen Schwächen sowohl wissenschaftlicher Arbeiten als auch öffentlicher Diskussionen, gravierende Fragen über die isolierte Betrachtung singulärer Parameter klären zu wollen – und zwar endgültig. Der Wunsch nach einer eindeutigen, allumfassenden und unumstößlichen Lösung scheint so tief im humanen Genom verankert, dass in diesen Fällen jede differenzierte, multilaterale Betrachtung verlassen und im fortgeschrittenen Stadium gar bekämpft wird. Die vielfältigen Debatten zu den Anti-Corona-Maßnahmen im Rahmen der Pandemie sind hier ein beredtes Beispiel, das sich aber auch in vielen anderen medizinischen Kontroversen wiederfindet.



Prof. Dr. med. Stefan Benz
Chefarzt
Klinik für Allgemein-, Viszeral-,
Thorax- und Kinderchirurgie
Klinikverbund Südwest
Bunsenstraße 120
71032 Böblingen
s.benz@klinikverbund-suedwest.de



Prof. Dr. med. Ludger Staib
Vorsitzender
Konvents der leitenden
Krankenhauschirurgen (KLK)
Chefarzt der Klinik für Allgemein- und
Viszeralchirurgie
Klinikum Esslingen
Hirschlandstraße 97
73730 Esslingen
l.staib@klinikum-esslingen.de

Benz S, Staib L: BDC-Praxistest:
Viszeralchirurgische Zentren statt isolierte
Mindestmengen. *Passion Chirurgie*.
2023 Januar/Februar; 13(01/02):
Artikel 05_01.



Weitere Artikel zum Thema
Mindestmengen finden Sie auf
BDC|Online (www.bdc.de) unter
der Rubrik Politik | Krankenhaus.

Auch der Diskurs um Mindestmengen von chirurgischen und auch anderen ärztlichen Leistungen ist ein Beispiel, wie man eine komplexe Fragestellung – hier die medizinische Qualität – möglichst simpel mittels einer einzigen Stellschraube – hier die Mindestmenge – löst und normativ beendet. Dass das in umfassenden Betrachtungen fluider Systeme intellektueller Unsinn ist, wissen wir alle. Und trotzdem gelingt es den Protagonisten unter dem Beifall ihrer nutznießenden Claqueure, die Grundstruktur des Deutschen Gesundheitssystems dieser einer Frage zu unterwerfen und ebenbürtige Systembestandteile wie z. B. bauliche Strukturen medizinischer Zentren und Krankenhäuser oder die Sicherstellung von kompetentem ärztlichen Nachwuchs auszublenden.

Doch wir können ein qualifiziertes, erfolgreiches und ökonomisch vertretbares Gesundheitssystem nicht allein an Mindestmengen ausrichten. Die medizinische Vorhaltepflcht von Staat und Gesellschaft umfasst weit mehr. Gehen wir weiter diesen Weg, dann bleibt die aktuelle Krise in der Medikamentenversorgung nicht das letzte selbstfabrizierte Defizit. Stattdessen sind große, nachhaltige Probleme infrastruktureller und personeller Art geradezu vorprogrammiert.

Es ist also Zeit für einen Wandel in der öffentlichen Diskussion auch in Fragen der Gesundheit weg von einer normativen, terminierenden Haltung zurück zu einer deliberativen Politik alter Prägung, der eine vielfältigere Betrachtung zugrunde liegt und die einen argumentativen Austausch und am Ende einen konsensuellen Beschluss ermöglicht. Keine Rechtfertigung ist endgültig, kein Beschluss unausweichlich und keine Maßnahme alternativlos.

Um also auf die Erfolgsspur deliberativer Politik zurückzukehren, sind nuanciert erarbeitete Beiträge wie das anhängende Thesenpapier der Kollegen Benz und Staib zum Thema Viszeralchirurgische Zentren von großer Bedeutung. Wir sind stolz, dieses wertvolle Elabarat zur notwendigen Qualitätsdiskussion in der Chirurgie hier präsentieren zu dürfen. Die zugrunde liegende Idee muss auch noch nicht der Weisheit letzter Schluss sein, doch sie bietet einen sehr bedeutsamen Beitrag in einer mittlerweile stark emotionalisierten Auseinandersetzung um die Zukunft des Deutschen Gesundheitssystems. Wer sich tiefer mit dem Strukturwandel der Öffentlichkeit und deliberativer Politik beschäftigen möchte, dem sei zur Lektüre der jüngsten Publikation von Habermas geraten, der sich noch im hohen Alter von über 90 genötigt sah, den aktuellen Diskussions- und Entscheidungsformen einen konstruktiven Konterpart entgegenzustellen. Welch Segen, solche Denker in den Reihen zu wissen. Für's Erste ist der Beitrag von Benz und Staib aber auch schon ein sehr guter Anfang. Die Kollegen haben gut vorgelegt, für die Verbreitung der Idee sind wir dann alle selbst zuständig.

Erhellende Lektüre wünschen

Prof. Dr. med.
C. J. Krones

und

Prof. Dr. med.
D. Vallböhmer



POSITIONSPAPIER DES KONVENTS DER LEITENDEN KRANKENHAUSCHIRURGEN (KLK)

Für den Großteil der komplexen operativen Eingriffe im Fachgebiet der Allgemein- und Viszeralchirurgie hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) beginnend mit dem Jahr 2023 neue Mindestmengen (MM) festgelegt oder bereits geplant (Ösophagus-, Pankreas-, Leber-, Dick-/ Enddarm- und Magenchirurgie). Dies betrifft Kliniken aller Versorgungsstufen, aber insbesondere die Schwerpunktversorger, die bisher die Hauptlast der Versorgung tragen. Es ist aus Sicht der Unterzeichner unverständlich, dass die Konsequenzen dieser tiefgreifenden Intervention für die Klinik- und Versorgungsstruktur bisher nicht angemessen untersucht wurden. Auf dem Boden der folgenden Kernthesen möchten wir daher einen Vorschlag unterbreiten, der sowohl dem Qualitätsinteresse, als auch dem Ziel einer nachhaltigen Entwicklung der viszeralchirurgischen Versorgungsstruktur Rechnung trägt [1].

THESEN

- Die aktuellen Mindestmengenänderungen sind aufgrund der vorliegenden Evidenz nicht begründbar. Für die Ösophaguschirurgie fußt sie auf einer Arbeit, die keinen signifikanten Unterschied zwischen der jetzigen (n=10) und der ab 2023 gültigen Mindestmenge (n=26) gezeigt hat [2]. Hingegen wäre die aktuelle Erhöhung der MM Pankreaschirurgie (n=20) zu niedrig, wenn ausschließlich der Mengenaspekt zugrunde gelegt würde [3].
- Die aktuellen MM-Regelungen sind nicht verhältnismäßig: Für die Ösophaguschirurgie könnte ein -nichtsignifikanter – Rückgang um 46 Todesfälle pro Jahr auf 264 erwartet werden. Nach kolorektalen Eingriffen versterben aber im Jahr um den Faktor 20 mehr Patienten, nämlich n= 6.186 (!). Hier besteht keine MM-Regelung oder eine offizielle Empfehlung zur Behandlung in zertifizierten Zentren mit ihren nachgewiesenen besseren Behandlungsergebnissen [4]. Ebenso ist der Eingriff mit der höchsten Letalitätsrate, die Gastrektomie (Letalität 11,4%), nicht berücksichtigt [5].

- Bei der Erstellung der MM-Regelungen blieb der „positive Kollateraleffekt“ von ähnlich komplexen Operationen, die in einer Klinik durchgeführt werden, unberücksichtigt. In einer US-amerikanischen Arbeit konnte gezeigt werden, dass die Sterblichkeit bei Pankreaseingriffen sinkt, wenn zusätzlich andere komplexe Operationen in der Klinik durchgeführt werden [6].
- Bei den aktuellen Regelungen bleiben die nachgewiesenen Einflussfaktoren der Struktur- und Prozessqualität unberücksichtigt, die für einen Großteil der infrage stehenden MM den Haupteinfluss auf die Ergebnisqualität darstellen [7].
- Fehlanreize, die durch MM-Regelungen entstehen, können sehr leicht den gewünschten Qualitätseffekt konterkarieren. Dies gilt besonders für eine möglicherweise sinkende Resektionsrate nach Einführung von MM (z.B. Ösophagusresektion, Pankreasresektion). Diese ist bei mehreren Tumorentitäten als ein wichtiger Einflussfaktor für das Behandlungsergebnis auf epidemiologischer Ebene nachgewiesen [8, 9].
- Der Verlust der Expertise für die komplexe Oberbauchchirurgie in den Kliniken der Schwerpunktversorgung (mit der Ausbildung von isolierten Organchirurgen/-innen als „Schmalspurexperten nach angloamerikanischem Vorbild“) hat unabsehbare Folgen für die Diagnostik und Behandlung von Patienten/-innen mit unklaren und gleichermaßen dringlichen abdominalen Erkrankungen. Es ist unklar, wer die Behandlungsführung für diese Fälle in Zukunft übernehmen soll.
- Das Fachgebiet der Viszeralchirurgie und damit der Zuschnitt viszeralchirurgischer Abteilungen in Kliniken ist unter den genannten Voraussetzungen nicht mehr zu halten. Auch die Weiterbildung des chirurgischen Nachwuchses wird empfindlich eingeschränkt werden. Derzeit gibt es keine systematischen Überlegungen, wie diese Herausforderung adressiert werden soll.

Hieraus ergibt sich, dass isolierte MM-Regelungen den komplexen Anforderungen zur qualitativen Verbesserung der medizinischen Versorgung nicht gerecht werden können. Vielmehr zerstört die unkoordinierte Umsetzung

einer Vielzahl von MM medizinische Infrastruktur und Expertise und greift unvernünftig in die derzeit schon labile Krankenhauslandschaft ein. Es sind daher intelligentere Denkansätze als isolierte MM gefragt.

VORSCHLAG

Zunächst sollte eine Gesamtbetrachtung des chirurgischen/medizinischen Versorgungsangebots mit Quantifizierung und Priorisierung der Qualitätsproblematik erfolgen.

Dabei lauten die beiden Kernfragen:

- a) Wie viele Patienten/-innen versterben in den einzelnen Krankheits- bzw. Operationsgruppen ohne Umsetzung der MM?
- b) Wie viele Patienten/-innen würden – potenziell – durch Umsetzung der MM in Kombination mit Strukturmaßnahmen inklusive Zertifizierungen überleben?

Zudem sollten der oben erläuterte positive Kollateraleffekt und die Auswirkung möglicher Fehlanreize (s. o.) in die Analyse einbezogen werden. Weiterhin müssen die Auswirkungen auf den Zuschnitt des chirurgischen Versorgungsangebots und Fahrzeiten betrachtet werden.

Diesem Ansatz entsprechend wird ein Drei-Stufen-Modell vorgeschlagen (Tabelle 1). Die MM unterteilen sich in eher geringe Einzel-MM (z. B. n=20 für Schilddrüsenoperationen) und in größere MM-Pakete für eine gesamte Komplexitätsgruppe (z. B. n=100 für die genannten komplexen viszeralchirurgischen Eingriffe im Haus der Stufe 2). Diese Mengenvorgaben müssen entsprechend der oben vorgeschlagenen Analyse modifiziert werden. Zusätzlich zu den genannten Vorgaben sollten hochwertige Zertifizierungen finanziell gefördert werden. Ein Qualitätsmanagementsystem mit Dokumentation der Ergebnisqualität nach aktueller Evidenzlage ist obligat, ebenso interdisziplinäre Teams (Tumorboard, Ernährung, Schmerztherapie etc.) Für hochkomplexe Eingriffe sind regelmäßige Teamtrainings zum Komplikationsmanagement und für chirurgische Skills verbindlich [10]. Subspezialisierungen innerhalb von Kliniken bzw. Verbünden sollten ebenso unterstützt werden.

Tab. 1: Drei-Stufen-Modell einer gestaffelten viszeralchirurgischen Versorgung in Deutschland, die in jeder Stufe neben wenigen Einzel-Mindestmengen (MM, z.B. n= 10 Rektumresektionen) ein stufenadaptiertes viszeralchirurgisches „Gesamtpaket“ beinhaltet (z.B. in Stufe 3 insgesamt n=65 komplexe Resektionen Ösophagus, Magenmalignome, Leber, Pankreas); BD 24/7 = Bereitschaftsdienst 24h, 7 Tage; FA-VC (RD) = Facharzt Visceralchirurgie im Rufdienst; ITS = Intensivtherapie-Station

	Komplexität	OP-Spektrum stationär	MM	Strukturvorgaben	Notall-/ Intensivversorgung
Stufe 1	niedrig	Primäre Bauchwandhernien Cholezystektomien Benigne Koloproktologie Kleinere laparoskopische Eingriffe <i>MM Summe n=100</i>	keine	BD 24/7	Keine VC-Notfälle
Stufe 2	mittel	Rektumresektionen Kolonresektionen Bariatrische Chirurgie Antirefluxchirurgie Komplexe Narbenhernien Schilddrüsenchirurgie Mageneingriffe (benigne)	n=10	BD 24/7	G-BA Stufe 1
			n=20	FA-VC 24/7 (RD)	Reguläre VC-Notfallversorgung
				Interventionelle Endoskopie	ITS mit Beatmungsmöglichkeit
		<i>MM Summe n=100</i>			
Stufe 3	hoch	Ösophaguseingriffe Lebereingriffe Pankreaseingriffe Mageneingriffe (maligne)	n=10	FA-VC 24/7 (BD)	G-BA Stufe 2
			n=10	CT, MRT 24/7	Reguläre VC-Notfallversorgung
			n=10	Interventionelle Angiografie 24/7	ITS entsprechend Komplexbehandlung
			n=10	Interventionelle Endoskopie 24/7	
		<i>MM Summe n=65</i>			

Mit diesem Modell sehen wir die Möglichkeit, einerseits eine weitere geforderte Qualitätsverbesserung für die Allgemein- und Visceralchirurgie umzusetzen und andererseits eine nachhaltige und flexible Entwicklungsmöglichkeit für die Versorgungsstruktur und das Fachgebiet zu schaffen. Auch die Weiterbildung in der Allgemein- und Visceralchirurgie muss breit gefächert und damit attraktiv bleiben.

Wir empfehlen daher dringend, die Einführung isolierter Mindestmengen zugunsten des hier beschriebenen integrativen Prozesses mit einem Drei-Stufen-Modell zu beenden, bevor die in Deutschland hochentwickelte Kliniklandschaft irreversiblen Schaden genommen hat.

Böblingen und Esslingen am Neckar, den 4. Januar 2023

LITERATUR

- [1] Benz S. Mindestmengen aus der Sicht des Spezialisten am kleineren Haus. Der Chirurg 2022 (angenommen)
- [2] Nimptsch U, Haist T, Krautz C, Grutzmann R, Mansky T, Lorenz D. Hospital

Volume, In-Hospital Mortality, and Failure to Rescue in Esophageal Surgery. Deutsches Arzteblatt International 2018; 115: 793-800.

- [3] Krautz C, Nimptsch U, Weber GF, Mansky T, Grutzmann R. Effect of Hospital Volume on In-hospital Morbidity and Mortality Following Pancreatic Surgery in Germany. Annals of Surgery 2018; 267: 411-7.
- [4] Trautmann F, Reissfelder C, Pecqueux M, Weitz J, Schmitt J. Evidence-based quality standards improve prognosis in colon cancer care. European journal of surgical oncology: the journal of the European Society of Surgical Oncology and the British Association of Surgical Oncology 2018; 44: 1324-30.
- [5] Baum P, Diers J, Lichthardt S, Kastner C, Schlegel N, Germer CT, et al. Mortality and Complications Following Visceral Surgery: A Nationwide Analysis Based on the Diagnostic Categories Used in German Hospital Invoicing Data. Deutsches Arzteblatt International 2019; 116: 739-46.
- [6] de Geus SWL, Hachey KJ, Nudel JD, Ng SC, McAneny DB, Davies JD, et al. Volume of Pancreas-Adjacent Operations Favorably

Influences Pancreaticoduodenectomy Outcomes at Lower Volume Pancreas Centers. Annals of Surgery 2020

- [7] Hoshijima H, Wajima Z, Nagasaka H, Shiga T. Association of hospital and surgeon volume with mortality following major surgical procedures: Meta-analysis of meta-analyses of observational studies. Medicine 2019; 98: e17712.
- [8] De Jong EJM, Geurts SME, Van Der Geest LG, Besselink MG, Bouwense SAW, Buijsen J, et al. A population-based study on incidence, treatment, and survival in ampullary cancer in the Netherlands. European Journal of Surgical Oncology 2021; 47: 1742-9.
- [9] Benitez Majano S, Di Girolamo C, Rachet B, Maringe C, Guren MG, Glimelius B, et al. Surgical treatment and survival from colorectal cancer in Denmark, England, Norway, and Sweden: a population-based study. The Lancet Oncology 2019; 20: 74-87.
- [10] Hanna GB, Mackenzie H, Miskovic D, Ni M, Wyles S, Aylin P, et al. Laparoscopic Colorectal Surgery Outcomes Improved After National Training Program (LAPCO) for Specialists in England. Annals of Surgery 2020



„Das profitorientierte Denken sickert immer tiefer in die Versorgung ein“

Holger Wannenwetsch



Holger Wannenwetsch: Wer sind die „Bunten Kittel“, Herr Breunig?

Lukas Breunig: Die Arbeit im Krankenhaus ist geprägt von Hektik, Stress und Unterbesetzung. Therapieentscheidungen müssen schnell getroffen werden und fallen, auch betriebswirtschaftlich motiviert, meist zugunsten einer Prozedur oder Intervention aus. Die Wünsche, Fragen und Sorgen einzelner Patientinnen oder Patienten sind wie Störfaktoren in einer Maschinerie, in der für Individualität keine Zeit mehr ist. Hinzu kommen die fehlende Zeit für Weiterbildung, fehlende Flexibilität für individuelle Arbeitszeitmodelle und fehlende Kapazität für einen kritischen Umgang mit Ressourcenverbrauch und Abfallmanagement

im Krankenhaus. Warum das so ist? Weil uns das fallpauschalenbasierte Abrechnungssystem im Krankenhaus dazu zwingt, Gesundheitsversorgung als Wirtschaftszweig zu denken und nicht als Einrichtung der Daseinsvorsorge. Krankenhäuser treten in Konkurrenz um profitable Fälle und versuchen, finanziell unattraktive Fälle loszuwerden oder schnell zu entlassen. Wer leidet darunter? Die Menschen im System. Allen voran die Patientinnen und Patienten. Aber auch ganz massiv das Personal, das sich stets im Zwiespalt zwischen den eigenen Versorgungsansprüchen und der Realität befindet. Bunte Kittel weist auf diese Missstände im Gesundheitswesen hin. Bunt. Kreativ. Laut.

» ZUR PERSON



Lukas Breunig, promovierter Humanmediziner, ist Mitbegründer und Vorstandsmitglied im Verein „Berliner Initiative für Wandel im Gesundheitswesen“. Der Verein steht hinter der Kampagne „Bunte Kittel“, an der Breunig aktiv mitarbeitet.

Er ist Facharzt für Innere Medizin in der diabetologischen Abteilung eines Berliner Krankenhauses mit gemeinnützigem Träger. Im Interview nimmt er Stellung zu den Beweggründen der Kampagne. Dabei spielt vor allem das Gewinnstreben in deutschen Kliniken eine wichtige Rolle.

Das Interview führte Holger Wannenwetsch vom BDC.

HW *Wie kam der Name zustande?*

LB Uns ist wichtig, nicht nur eine Berufsgruppe zu vertreten, sondern wir wollen Sprachrohr aller Menschen sein, die unter den Bedingungen im Gesundheitswesen leiden. Im Krankenhaus werden viele verschiedene Farben getragen, insgesamt sind wir bunt. Unsere Kampagne startete im Jahr 2020 damit, dass wir uns jeden Donnerstag Bunte Kittel anzogen, um unseren Protest auch bei der Arbeit auszudrücken. Uns ist Diversität und Inklusion ein Anliegen. Wir sind eine Kampagne, die für alle Stimmen offen ist, außer für antidemokratische Positionen von rechts. Auch das wollen wir mit unserem Namen ausdrücken.

HW *In Ihrem Papier „Mit einer Stimme. Gesundheitspolitik für Berlin“ legen Sie ja nicht nur für die Hauptstadt den Finger in die Wunde. Ihre wohl wichtigste allgemeine Forderung ist eine passgenaue Patientenversorgung ohne Profitdruck. Wo spüren Sie persönlich diesen Druck bei Ihrer täglichen Arbeit?*

LB Ein Krankenhaus kann in unserem Gesundheitssystem nur überleben, wenn es versucht, mit jedem Fall, das heißt mit jeder Patientin und jedem Patienten, Geld zu verdienen. Zu glauben, dass sich ein solch systematischer Druck nicht

auf die Versorgung auswirkt, ist naiv. Finanzielle Erwägungen beeinflussen Indikationsstellungen, die Dauer des Aufenthalts und die Art und Weise, wie wir Diagnosen dokumentieren.

Ohne Frage ist es auch im Gesundheitssystem wichtig, mit den verfügbaren Ressourcen verantwortungsvoll zu wirtschaften. Das DRG-System, unser aktuelles Vergütungssystem, setzt jedoch gegenteilige Anreize. Aufwendige apparative und technische Untersuchungen und Prozeduren sind lukrativ für ein Krankenhaus und werden daher häufiger durchgeführt, was die Gesamtkosten des Systems in die Höhe treibt. Finanziell uninteressant für ein Krankenhaus sind Gespräche mit den Patientinnen und Patienten, in denen wir Diagnose und Therapieoptionen erläutern und gegeneinander abwägen sowie auf Sorgen und Fragen, auch von Angehörigen, eingehen. Präventive Maßnahmen, wie die Unterstützung bei gesunder Ernährung oder Rauchverzicht, sind für das System ebenfalls nicht von Interesse.

HW *Mussten Sie schon oft Entscheidungen treffen, die ohne Profitdruck vielleicht ganz anders ausgefallen wären, also mehr orientiert am Patientenwohl?*

Wannenwetsch H: „Das profitorientierte Denken sickert immer tiefer in die Versorgung ein“. *Passion Chirurgie*. 2023 Januar/Februar; 13(01/02): Artikel 05_02.



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

LB Viele Menschen, die in der Krankenpflege, in therapeutischen Berufen oder als Ärztinnen und Ärzte arbeiten, tun dies aus der Motivation heraus, Menschen zu helfen. Wenn es in einem System keine finanziellen Anreize für eine menschliche Behandlung gibt, dann heißt das nicht, dass sie nicht stattfindet. Jedoch ist es ein ständiges Dilemma, in dem wir uns befinden. Mehr Zuwendung bedeutet meist, dass andere Aufgaben zu kurz kommen oder dass man länger bleiben muss, um allen Aufgaben gerecht zu werden. Viele opfern so ihre Freizeit auf, um ihren eigenen Ansprüchen an eine menschliche Behandlung gerecht zu werden. Das zermürbt auf Dauer. Das DRG-System besteht nun seit knapp 20 Jahren, und seine Auswirkungen manifestieren sich immer mehr. Bei der Besetzung von Posten für Chefärztinnen und -ärzten ist das betriebswirtschaftliche Denken und Handeln mittlerweile eine Grundvoraussetzung. Und von oben wird der Druck dann nach unten weitergegeben.

So sickert das profitorientierte Denken immer tiefer in die Versorgung ein. Persönlich versuche ich, dem so wenig wie möglich nachzugeben. Doch gerade bei der Indikationsstellung ist es in der Medizin nicht immer schwarz-weiß. Manchmal ist die Situation medizinisch eindeutig, und dann wird auch keine Ärztin oder kein Arzt aus Profitgründen anders entscheiden. Jedoch gibt es oft einen Graubereich, und zwei oder mehrere Wege sind vertretbar. Und wenn es einen systematischen Anreiz gibt, sich im Zweifel für die lukrativere Behandlungsoption zu entscheiden, dann gibt es auch immer wieder Fälle, in denen dieses Argument das Zünglein an der Waage ist.

HW Wenn Sie für Berlin kiezspezifische Versorgungsangebote haben wollen, woran denken Sie da zum Beispiel?

LB Gesundheitliche Probleme sind in den seltensten Fällen rein mechanischer Natur, sodass nach einer „Reparatur“ der erkrankten Struktur alle Probleme gelöst sind. Wir begegnen häufig Problemen auf

verschiedenen Ebenen, der körperlichen, der psychischen, der sozialen Ebene. Eine am Menschen orientierte Gesundheitsversorgung nimmt alle diese Ebenen in den Blick. Dabei ist die Vernetzung zwischen den Behandlern entscheidend. Es gibt in Berlin und anderen Städten Deutschlands einige Modellprojekte von multiprofessionellen Gesundheitszentren, die stadtteilorientiert und gesundheitsfördernd arbeiten. Bei der Realisierung solcher Einrichtungen gibt es unter der aktuellen Gesetzgebung noch große Hürden, zum Beispiel bei der Finanzierung. Während derartige Projekte sich unter den bestehenden Regularien nur langsam entwickeln können, werden in Deutschland zunehmend Medizinische Versorgungszentren von profitorientierten Konzernen aufgekauft. Ein als Wirtschaftssektor gedachtes Gesundheitswesen verfestigt sich auch im ambulanten Bereich weiter, mit allen beschriebenen Problemen für die am Bedarf orientierte Gesundheitsversorgung. Für weitere Informationen zu diesem Thema empfehle ich die kürzlich herausgegebene Broschüre des Vereins Demokratischer Ärztinnen und Ärzte (vdää) und des Vereins Demokratischer Pharmazeutinnen und Pharmazeuten (VdPP) über die ambulante Versorgung im deutschen Gesundheitswesen. Das ist [hier](#) abrufbar.

HW Ein Dauerärgernis ist, dass die Länder ihrer gesetzlichen Investitionspflicht nicht nachkommen. Wie wollen Sie den Berliner Senat nachdrücklich dazu zwingen?

LB Die duale Krankenhausfinanzierung ist gesetzlich verankert. Wenn die Bundesländer dieser Verpflichtung nicht nachkommen, müssen wir als Kampagne die daraus resultierenden Missstände sichtbar machen. So haben wir im April gemeinsam mit der Berliner Klinikoffensive vor dem Abgeordnetenhaus für eine Anpassung der im Haushaltsentwurf viel zu knapp bemessenen Fördermittel für die Krankenhäuser an den tatsächlichen Bedarf demonstriert.

HW Sie bemängeln auch Medizinerknappheit und Pflegenotstand. Warum gab es hier

über die Jahre keine entscheidenden Fortschritte und wo würden Sie jetzt ansetzen?

LB Der Pflegeberuf ist eine hoch anspruchsvolle und komplexe Aufgabe. Wenn aufgrund von Personalmangel zu wenige Pflegekräfte pro Patientin oder Patient eingesetzt sind, folgt daraus nachgewiesenermaßen eine erhöhte Sterblichkeit. Aber auch die körperliche und emotionale Belastung für die Pflegekräfte selbst ist enorm. Einerseits wollen sie eine gute Versorgungsqualität und zugewandte Pflege leisten, können aber andererseits oft aus Zeitgründen den eigenen Ansprüchen nicht genügen. Sie fühlen ihre eigene Unzulänglichkeit, wenn sie Aufgaben nicht erledigen konnten und an die nachfolgende Schicht übergeben mussten. Sie wissen, dass ungeplante Ereignisse wie medizinische Notfälle oder krankheitsbedingte Personalausfälle das überfrachtete System zum Kollabieren bringen. Diese Faktoren machen einen Beruf extrem belastend, den viele Pflegekräfte eigentlich als sehr schön und sinnstiftend empfinden. Hinzu kommt die Belastung durch die Schichtarbeit und die ständige Gefahr, aufgrund eines Ausfalls in der Freizeit plötzlich einspringen zu müssen. Dass Pflegekräfte in Deutschland durchschnittlich nur noch sieben Jahre im Beruf verweilen, zeigt, wie unerträglich diese Zustände oft sind.

Um dem jetzt schon eklatanten Mangel an Pflegekräften entgegenzuwirken, müssen sich die Arbeitsbedingungen stark verbessern. Entlastungstarifverträge mit verbindlichen Vorgaben zur Personalbesetzung und einem Belastungsausgleich bei Unterbesetzung, wie sie zum Beispiel die Berliner Krankenhausbewegung erstreikt hat, sind ein wichtiger Schritt. Es bedarf jedoch zeitnah einer bundesweiten bedarfsgerechten gesetzlichen Personalbemessung, wie sie der Koalitionsvertrag mit der Pflegepersonalregelung 2.0 (PPR 2.0) in Aussicht gestellt hat. Wir befürworten eine strukturierte Eingliederung und Ausbildung von zugewanderten Pflegekräften. Hingegen lehnen wir es ab, Menschen aus ökonomisch schlechter gestellten Regionen der Welt gezielt

abzuwerben. Dieser Praxis liegt die Strategie zugrunde, Personallücken in der Krankenpflege mit Menschen zu füllen, die aus einer ökonomischen Zwangslage heraus bereit sind, unter diesen Umständen noch zu arbeiten, anstatt die den Pflegemangel hervorruhenden Arbeitsbedingungen zu verbessern.

HW *Wie oft haben Sie schon konkret beobachtet, dass der Personalmangel entweder fürs Personal selbst oder in der Patientenversorgung wirklich gefährlich geworden ist?*

LB Während meiner Arbeit im Krankenhaus sind mir Fälle begegnet, bei denen aufgrund von Personalmangel schwere medizinische Notfälle nicht schnell genug erkannt und behandelt wurden. Viel häufiger als solche dramatischen, aber seltenen Ereignisse sind jedoch die täglich erlebten zwischenmenschlichen Katastrophen: angespanntes Personal, das nicht ausreichend auf Nöte, Sorgen und Informationsbedürfnis der Patientinnen und Patienten eingehen kann, unterbrochene oder kurz angebundene Visitingespräche und abgespeiste Angehörige.

HW *Wie realistisch ist Ihr Wunsch nach einem klimaneutralen Gesundheitswesen bis 2030, bedenkt man, dass gerade die Krankenhäuser extrem energieintensiv arbeiten?*

LB Als relevanter Erzeuger von klimaschädlichen Emissionen muss das Gesundheitswesen klimaneutral werden. Anderenfalls gefährdet die Gesundheitsversorgung von heute die Gesundheit zukünftiger Generationen. Wie realistisch das ist, ist in erster Linie eine organisatorische Frage und hängt maßgeblich davon ab, welche Priorität wir dem Thema einräumen. Bunte Kittel kritisiert, dass unter den ökonomischen Zwängen, die das DRG-System erzeugt, das Thema Klimaschutz im Krankenhaus bislang kaum Beachtung findet.

HW *Sie wollen in den Kliniken mehr saisonale und regionale Kost mit reduziertem Fleischanteil. Wenn ich Sie unterstütze, muss ich dann damit rechnen, in einer Berliner Klinik als Patient künftig keine „richtigen“ Bouletten mehr zu bekommen?*

LB Durch unsere Ernährung bestimmen wir maßgeblich die individuelle Gesundheit und auch die Gesundheit unseres Planeten. Glücklicherweise ist genau die Art der Ernährung für den Menschen die gesündeste, die sich auch am schonendsten auf unser Klima auswirkt: frisch zubereitete und somit wenig vorverarbeitete Nahrungsmittel aus regionalem Anbau, reich an pflanzlichen Proteinen und Fetten, mit einem hohen Anteil an Ballaststoffen und einem reduzierten Anteil tierischer Produkte. In deutschen Krankenhäusern werden unterdessen weit weniger als fünf Euro pro Patient und Tag für die Ernährung ausgegeben. Das Resultat fällt entsprechend aus. Wir von Bunte Kittel finden, dass Krankenhäuser ihre Patientinnen und Patienten mit leckerer regionaler Küche beim Gesundwerden unterstützen sollten – und Sie als Boulettenliebhaber am Ende des stationären Aufenthalts mit neuen Ernährungsinspirationen nach Hause gehen. ○



BDC | Berufsverband der Deutschen Chirurgie e.V.

Präsenz-Seminar

Hamburg,
04. – 06. Mai 2023

Basischirurgie

BDC-Stellungnahme zum neuen § 115f SGB V-Krankenhauspflegeentlastungsgesetz

Hans-Joachim Meyer, Peter Kalbe, Jörg-Andreas Rüggeberg, Friederike Burgdorf



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

BRIEF DES BDC AN DIE GESUNDHEITSPOLITISCHEN SPRECHER DER BUNDESTAGSFRAKTIONEN VOM 21. NOVEMBER 2022

Seine grundsätzliche Zustimmung gegeben hat der BDC in einem Schreiben an die gesundheitspolitischen Sprecher der Bundestagsfraktionen zum Änderungsantrag 15 der Koalition vom 8.11.2022 für einen neuen § 115f SGB V – „Spezielle sektorengleiche Vergütung“ – über das Krankenhauspflegeentlastungsgesetz (KHPfLEG). Bei den einzelnen Regelungen sieht er allerdings dringenden Präzisionsbedarf.

Siehe auch die BDC-Pressemitteilung vom 16.11.2022 **„Koalitionsplan für tagesstationäre Krankenhausbehandlungen birgt erhebliche Unsicherheiten“**

Sehr geehrte Damen und Herren,

der Änderungsantrag 15 der Fraktionen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und der FDP zum Entwurf eines Gesetzes zur Pflegepersonalbemessung im Krankenhaus sowie zur Anpassung weiterer Regelungen im Krankenhauswesen und in der Digitalisierung (Krankenhauspflegeentlastungsgesetz – KHPfLEG) wird vonseiten des Berufsverbandes der Deutschen Chirurgie e. V. (BDC) ausdrücklich

Meyer HJ; Kalbe P; Rüggeberg JA; Burgdorf F:
BDC-Stellungnahme zum neuen § 115f SGB V –
Krankenhauspflegeentlastungsgesetz.
Passion Chirurgie. 2023 Januar/Februar;
13(01/02): Artikel 05_03.



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





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



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



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

unterstützt. Gleichwohl sieht dieser erheblichen Präzisionsbedarf, den wir Sie bitten, wie folgt in das weitere Gesetzgebungsverfahren einzubringen:

Zu § 115f Absatz 1 SGB V: Ergänzt werden muss aus Sicht des BDC, dass die sektorengleiche Vergütung sich auf diejenigen Leistungen des Katalogs nach § 115b bezieht, die bislang überwiegend stationär erbracht und abgerechnet wurden und die nach ärztlicher Einschätzung unter Berücksichtigung patientenseitiger Kontextfaktoren ambulant erbringbar sind.

Zudem sollte das Datum der Einführung auf frühestens **1. April 2023** gesetzt werden, da das Gesetzgebungsverfahren selber bis zum 16. Dezember andauern wird und um die Erstellung einer sachgerechten Rechtsverordnung zu ermöglichen.

Zu § 115f Absatz 2: Insgesamt fehlt eine Konkretisierung der durch das BMG zu erlassenden Rechtsverordnung, die Art, Umfang und Finanzierung der in Frage stehenden Leistungen regeln soll.

Zu § 115f Absatz 2 Nr. 1: Bei der Definition der abzurechnenden Leistungen nach Absatz 1 sollte ergänzt werden, dass zunächst mit einer **begrenzten Anzahl von bis zu 30**

Leistungsgruppen begonnen werden sollte (im Sinne einer Pilotierung).

Zu § 115f Absatz 2 Nr. 2: Hinzuzufügen wäre, dass bei der Abgrenzung der Leistungen **der medizinische Schweregrad und im Besonderen patientenseitige Kontextfaktoren** zu berücksichtigen sind. Schon aus haftungsrechtlichen Gründen muss die Letztentscheidung über ein ambulantes Vorgehen ärztlich begründet bleiben.

Zu § 115f Absatz 2 Nr. 3: Die Höhe der speziellen sektorengleichen Vergütung sollte zunächst einem **sektorengleichen Tagessatz anhand geltender DRG** entsprechen, abzüglich der nicht zu erbringenden Leistungskomponenten, wie Übernachtung und intensivmedizinische Behandlung. Für die Tagessätze sollten zwei Stufen anhand der Komplexität des Falles definiert werden. Nach drei Jahren ist eine Kostenkalkulation durch das INEK anhand einer repräsentativen Stichprobe vorzusehen, um die Höhe der speziellen sektorengleichen Vergütung für das Folgejahr zu ermitteln. Diese Aspekte sollten aus Sicht des BDC unbedingt Eingang in den Gesetzestext finden.

Zu § 115f Absatz 2 Nr. 4: Die Vorgaben zu Abrechnungsverfahren und Dokumentation sollten folgendermaßen komplettiert werden: **Die sektorengleichen Tagessätze nach Absatz 2 Nr. 3 sind nach Fachgruppenanteilen**

Textvorschlag für den vorgenannten Änderungsantrag:

§ 115f Spezielle sektorengleiche Vergütung

- (1) Ab **1. April 2023** wird eine spezielle sektorengleiche Vergütung eingeführt für **definierte** Leistungen des Katalogs nach § 115b, die bislang überwiegend stationär erbracht und abgerechnet **wurden und die nach ärztlicher Einschätzung unter Berücksichtigung patientenseitiger Kontextfaktoren ambulant erbringbar sind**.
- (2) Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrats das Nähere zu
 1. **bis zu 30** nach Absatz 1 abzurechnenden Leistungen,
 2. der Abgrenzung der Leistungen **unter Berücksichtigung des medizinischen Schweregrades und patientenseitiger Kontextfaktoren**,
 3. der Höhe der sektorengleichen Vergütung **im Rahmen von Hybrid-DRGs**,
 4. dem Abrechnungsverfahren **mit Ausweisung fachgruppenspezifischer Leistungsanteile**,
 5. der Dokumentation und
 6. der Nachsorge

zu regeln.

aufzuschlüsseln. Ebenfalls separat auszuweisen sind die Vergütungsbestandteile für Sachkosten, Investitions- und Infrastrukturkosten.

Dies erfordert die spezielle Kostenaufteilung insbesondere im vertragsärztlichen Bereich.

Schließlich fehlt aus Sicht des BDC eine Vorgabe dazu, wie eine **ausreichende**

Nachbetreuung sicherzustellen ist, während die Kosten für die häusliche Pflege bereits in der sektorengleichen Vergütung gemäß DRG enthalten sein dürften. Dazu sollte unbedingt ein Hinweis ergänzt werden, um die Versorgung von Patienten durch die neuen Regularien in diesem Bereich gegenüber dem Status quo nicht zu beeinträchtigen.

Wir wären Ihnen sehr dankbar, wenn Sie die aufgeführten Vorschläge in einen weiteren Änderungsantrag einfließen lassen könnten. Gerne können wir dazu jederzeit, auch im Verlauf der Umsetzung, ins Gespräch kommen.

Mit freundlichen Grüßen

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

Dr. med.
Peter Kalbe
Vizepräsident

Dr. med.
Jörg-Andreas Rüggeberg
Vizepräsident

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



M3-Abschlusstraining STAATSEXAMEN UND KARRIERE

Essen, 10.–11.03.2023

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

→ www.staatsexamen-und-karriere.de

Bester
Support
für Ihre
PJ'ler:innen

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

BDC|Pressemitteilung

BDC begrüßt die weitere Förderung des ambulanten Operierens im EBM

Berlin, den 19.12.2022 – Die im Berufsverband der Deutschen Chirurgie (BDC) organisierten ambulanten Operateure begrüßen den Beschluss des Bewertungsausschusses (BA) vom 14.12.2022 zur Aufwertung bestimmter ambulanter Operationen, darunter die häufig ambulant erbrachten Arthroskopien.

„Die Krankenkassen haben durch die Zahlung von 60 Millionen Euro zusätzlichem Honorarvolumen anerkannt, dass das Potenzial der Ambulantisierung nur durch finanzielle Anreize gehoben werden kann“, sagt dazu Dr. Peter Kalbe, Vizepräsident des BDC. „Dies kann aber nur einen ersten Schritt darstellen und muss mit der angekündigten Krankenhausreform und der Ausgestaltung der Hybrid-DRGs gemäß des eben erst vom Bundestag beschlossenen § 115f des SGB V fortgesetzt und harmonisiert werden“, betont Kalbe.

Der aktuelle Beschluss des BA beinhaltet darüber hinaus zahlreiche weitere Anpassungen zum ambulanten Operieren. So ist nunmehr unter bestimmten Umständen eine verlängerte Nachbeobachtung nach ambulanten Operationen bei Kindern und sehr alten und kranken Patienten darstellbar. Auch die Aufnahme häufiger proktologischer Operationen, weiterer arthroskopischer Eingriffe, Metallentfernungen sowie seltener durchgeführter Eingriffe der Augen-, Herz- und Neurochirurgie wird als sachgerecht beurteilt. „Mit der Anpassung der Kalkulationszeiten

für bestimmte operative Eingriffe wird nun endlich auch die schon 2012 beschlossene punktsummenneutrale EBM-Reform abgeschlossen“ ergänzt Kalbe.

„Wir werden unseren Mitgliedern bei der Umsetzung der Änderungen zum 1. Januar 2023 beratend zur Seite stehen“, versichert der Leiter des BDC-Referats niedergelassene Chirurgen, Dr. Ralf Schmitz, in diesem Zusammenhang. „Allerdings kann der aktuelle Beschluss des BA nicht darüber hinwegtäuschen, dass viele ambulante Operationen weiterhin nicht auskömmlich bewertet sind und dass im nächsten Jahr unbedingt ein Ausgleich für die immens gestiegenen Hygiene-Kosten und ein Inflationsausgleich notwendig sind“, betont Schmitz.

„Auch die ambulanten Operationen im Krankenhaus profitieren von der jetzt beschlossenen finanziellen Förderung“, ergänzt der Präsident des BDC, Prof. Dr. Dr. h.c. Hans-Joachim Meyer. „Trotzdem bleibt das ambulante Operieren im Krankenhaus unterfinanziert, solange nicht auskömmliche Honorare auf der Basis der angekündigten Hybrid-DRGs festgelegt werden“, betont der BDC-Präsident. Der BDC bringt sich aktuell in den Fachgremien konstruktiv in die Weiterentwicklung des EBM und die Konzeption und Bewertung der Hybrid-GRGs gemäß § 115f des SGB V ein.

Lesen Sie dazu auch die **Pressemitteilung der KBV** vom 21.12.2022 mit weiteren Details zum Beschluss. 

Presse-Kontakt BDC: Olivia Päßler,
Telefon 030/28004-203, presse@bdc.de



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



AUS DER
DGCH

Machen Sie mit beim Organspendelauf 2023!



Prof. Dr. Matthias Anthuber
Direktor der Klinik für Allgemein-
Viszeral- und Transplantationschirurgie
Universitätsklinikum Augsburg

CORZA MEDICAL ORGANSPEDELAUF

Präsenzlauf in München & virtuell weltweit

Termin:	Präsenzlauf am Dienstag, 25. April 2023 Virtueller Lauf: vom 25. bis 30. April 2023
Ort:	München sowie virtuell weltweit
Strecken:	2,5 & 5 km Walk & Run, 10 km Run Echter & virtueller Lauf
Startgebühr:	Virtuell: 30 € (mit Shirt) / 15 € (kein Shirt) davon jeweils 5 € Spende Präsenzlauf in München: 40 € (incl. Shirt) davon jeweils 10 € Spende
Anmeldung	www.organspendelauf.de



EIN LAUF, DER LEBEN RETTET!

Der Corza Medical Organspendelauf der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie trotz der anhaltenden Corona-Pandemie und den damit einhergehenden Einschränkungen und geht 2023 bereits in sein fünftes Jahr! Im vergangenen Jahr ist es erstmals gelungen, den Organspendelauf erfolgreich als hybrides Event mit über 150 Läuferinnen und Läufern beim Präsenzlaf in Leipzig und fast 2500 Teilnehmenden beim weltweiten virtuellen Lauf durchzuführen. Dass dieser Lauf mit seiner Botschaft „Organspende rettet Leben“ wichtiger denn je ist, um die Bevölkerung über die postmortale Organspende aufzuklären und zur Dokumentation der eigenen Spendebereitschaft zu motivieren, wird durch den besorgniserregenden Rückgang der Spendezahlen um 30 Prozent in den vergangenen Monaten belegt. Mehr als 8.700 Patienten warten aktuell auf ein dringend benötigtes Spenderorgan. Über 800 Menschen auf der Warteliste sind im letzten Jahr verstorben. Wir finden: Das darf so nicht bleiben! Deshalb laufen wir! Für die Organspende. Und für das Leben. Sind Sie dabei?

PRÄSENZLAUF IN MÜNCHEN

Der Corza Medical Organspendelauf findet am Dienstag, den 25. April 2023 als Präsenzlaf in München statt. Eine begrenzte Anzahl von Teilnehmenden hat hier die Möglichkeit, vor Ort auf attraktiver Strecke zu starten und auf einer festgelegten Strecke 2,5 km oder 5 km zu walken oder laufen. Für alle Läufer wird auch eine 10-km-Strecke angeboten. Vor Ort in München wird es für alle Teilnehmer Strecken- und Zielverpflegung sowie ein umfangreiches Rahmenprogramm und Interviews mit unseren prominenten Unterstützern geben. Im Ausstellerbereich haben alle Teilnehmer und Zuschauer die Möglichkeit, sich an den Präsentationsständen unserer Partner und Sponsoren über deren Arbeit und Angebote zu informieren und an Aktionen teilzunehmen.

VIRTUELLER LAUF WELTWEIT

Wer vor Ort nicht dabei sein kann oder keinen Startplatz mehr erhält, kann alternativ am virtuellen Lauf teilnehmen. Weltweit ist der Start von Dienstag, den 25. April 2023, bis Sonntag, den 30. April 2023, jederzeit möglich. Beim virtuellen Lauf können Startzeit, -ort und Streckenverlauf selbst bestimmt werden. Die Streckenlängen sind identisch mit denen des Präsenzlaufs – Teilnehmende können sich also für 2,5 km bzw. 5 km Walking, oder für den 2,5-km-, 5-km- bzw. 10-km-Lauf anmelden. Der virtuelle Organspendelauf wird per Lauf-App durchgeführt. Neben der Aufzeichnung Ihrer Laufzeit und -distanz bietet Ihnen die App auch ein individuell auf den Organspendelauf zugeschnittenes Audio-Erlebnis – komplett mit Startschuss, Moderation, Musik und vielen interessanten Fakten zum Thema Organspende.

LAUFSHIRT

Das langärmelige Funktionsshirt im Veranstaltungsdesign des Corza Medical Organspendelauf (siehe Abbildung im Flyer am Ende des Artikels) ist in der Anmeldegebühr von 40 € (Präsenzlaf) bzw. 30 € (virtueller Lauf) enthalten. Übrigens: Das hochwertige Shirt ist Teil einer Serie, die im Jahr 2021 begonnen hat und in den nächsten Jahren fortgeführt wird!

PROMINENTE UNTERSTÜTZER

Organspende geht alle an. Und weil das so ist, beteiligen sich zahlreiche prominente Persönlichkeiten aktiv an der Veranstaltung. Mit dabei waren in den letzten Jahren beispielsweise Trainerlegende Felix Magath, die TV-Moderatoren Jörg Wontorra und Verona Pooth, Fußballweltmeister Paul Breitner, Fußballprofi Arjen Robben, Doppel-Olympiasiegerin Heike Drechsler, die Handball-Profis Stefan Kretzschmar und Christian „Blacky“ Schwarzer, Paralympics-Sieger Wolfgang Sacher sowie Ironman-Sieger Faris Al-Sultān. In 2022 unterstützten den Lauf unter

anderem die zweifache Olympiasiegerin und Weltmeisterin im 100-m-Sprint Marlies Göhr, Olympiasieger im Eisschnelllauf Uwe-Jens Mey, Handball-Weltmeister Heiner Brand, Hürdenlauf-Olympiasieger Thomas Munkelt, Speerwurf-Olympiasieger Klaus Wolfermann sowie Mark Benecke, Kriminalbiologe, Schauspieler und Autor. Und auch im Jahr 2023 freuen wir uns bereits auf viele prominente Unterstützer! Seien Sie gespannt!

CHARITY – LAUFEND HELFEN!

Ein wichtiges Ziel des Laufs ist neben der Öffentlichkeitsarbeit auch die finanzielle Unterstützung sozialer Organisationen aus dem Bereich der Organtransplantation. Ein Großteil der Startgebühren des Laufs, freiwillige Spenden der Teilnehmer, sowie der gesamte Veranstaltungsüberschuss werden in jedem Jahr verschiedenen Organisationen für deren wertvolle Arbeit zur Verfügung gestellt. Die insgesamt seit 2019 gespendete Summe beträgt 50.470 €. Die Spendensumme des Jahres 2022 betrug 18.000 € und geht an die Kinderhilfe Organtransplantation, das Rehazentrum Ederhof der Rudolf Pichlmayr-Stiftung sowie den Verein Junge Helden. Prof. Dr. Matthias Anthuber, Direktor der Klinik für Allgemein- Viszeral- und Transplantationschirurgie am Universitätsklinikum Augsburg sowie Katja Mayer, Inhaberin der km Sport-Agentur, freuten sich, die Spenden an die Vertreter der drei Organisationen übergeben zu dürfen.

Auch in 2023 wird unsere Spendenaktion wieder fortgesetzt! Sind Sie dabei? Laufen Sie mit! www.organspendelauf.de

[Hier geht's zum Flyer „Dein Lauf rettet Leben!“](#)

Rekrutierende multizentrische chirurgische Studien in Deutschland

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

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

KONTAKT

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

MULTIZENTRISCH RANDOMISIERT KONTROLLIERTE STUDIEN				
STUDIENLEITER	PATIENTEN/OP.-VERFAHREN	FIRST PATIENT IN/ STATUS DER STUDIE	FINANZIERUNG DER STUDIE/FALLGELD	ANSPRECHPARTNER/ KONTAKT
Studientitel 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).	18 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 178 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 85 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 monofilen Faden in Small-Stitches-Technik und zusätzlicher Onlay-Mesh-Augmentation mit einem Polypropylen-Netz Kontrollgruppe: Verschluss der medianen Laparotomie mit einem langsam resorbierbaren monofilen Faden in Small-Stitches-Technik	08.08.2019 417 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 317 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: Lungenkeilresektion mit parietaler Pleurektomie Kontrollgruppe: Alleinige parietale Pleurektomie	FPI: 19.11.2013 360 von 360 Patienten Rekrutierung beendet	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

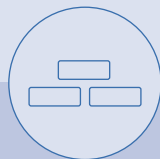
- [1] Anatomical Resection of liver Metastases in patients with RAS-mutated colorectal cancer
- [2] Sleeve gastrectomy versus Roux-en-Y gastric bypass in obese patients with BMI 35–60 kg/m² – a multicenter randomized trial
- [3] Distal Pancreatectomy – A randomised controlled trial to compare minimal-invasive 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. A. Seekamp

Präsident

Prof. Dr. med. Th. Schmitz-Rixen

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
Herr Dr. med. Rudolf Jakob Peter Blantfort, Friedrichsthal
Herr Prof. Dr. med. Reinhard Friedrich Gustav Hoffmann, Frankfurt/
Main

BAUSTEIN IN SILBER

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

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

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

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

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

Herr Prof. Dr. med. Stefan Wysocki, Heidelberg

Herr Dr. med. Jürgen Meier zu Eissen, Hannover

Herr Prof. Dr. med. Stefan Post, Mannheim

Herr Prof. Dr. med. Wolf Mutschler, München

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

Herr Prof. Dr. med. Matthias Rothmund, Marburg

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

Herr Prof. Dr. med. Volker Bühren, Murnau

Herr Dr. med. Abdullah 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 Bünte, 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 Witzigmann
 von seinen Mitarbeitern der Chirurgischen Klinik
 Dresden-Friedrichstadt
 Herr Dr. med. Claus Müller, Dresden
 Herr Prof. Dr. med. Wolfgang Hartig, Leipzig

BAUSTEIN IN BRONZE

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

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

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

DGCH-PRÄSIDIUM

ab 01. Januar 2023



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. Th. Schmitz-Rixen (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

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	J. Heckenkamp, Osnabrück
Deutsche Gesellschaft für Kinderchirurgie	U. Rolle, Frankfurt am Main
Deutsche Gesellschaft für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie	J. Hoffmann, Heidelberg
Deutsche Gesellschaft für Neurochirurgie	V. Rohde, Göttingen
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, Eschweiler
Oberärztin 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

FRÜHERE PRÄSIDENTEN

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

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
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





DCK 2023

Gemeinsam lernen und heilen

140. Deutscher Chirurgie Kongress
18. – 20. April 2023, DCK.digital
26. – 28. April 2023, München

**JETZT
ANMELDEN!**

151 JAHRE DGCH – AUFBRUCH IN KOMMENDE JAHRZEHNTE

140. Jahreskongress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie

Präsident: Prof. Dr. med. Andreas Seekamp, Kiel

24. Jahreskongress der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie

Präsident: Prof. Dr. med. Jens Werner, München

Kongresspräsidentin: Prof. Dr. med. Natascha Nüssler, München

60. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Kinderchirurgie

Präsident: Prof. Dr. med. Udo Rolle, Frankfurt

Kongresspräsident: Prof. Dr. med. Maximilian Stehr, Nürnberg

11. Frühjahrstagung der Deutschen Gesellschaft für Gefäßchirurgie und Gefäßmedizin

Präsident: Prof. Dr. med. Jörg Heckenkamp, Osnabrück

Tagungspräsident: Prof. Dr. med. Farzin Adili, Darmstadt

8. Frühjahrstagung der Deutschen Gesellschaft für Thoraxchirurgie

Präsidentin: Dr. med. Katrin Welcker, Mönchengladbach

Tagungspräsident: Dr. med. Ludger Hillejan, Ostercappeln

6. Frühjahrstagung der Deutschen Gesellschaft der Plastischen, Rekonstruktiven und Ästhetischen Chirurgen

Präsident: Prof. Dr. med. Dr. med. Henrik Menke, Offenbach

Kongresspräsident: Prof. Dr. med. Rafael G. Jakubietz, Würzburg



www.dck2023.de/anmeldung

NEUSTRUKTURIERUNG DER THEMENREFERATE



ZUSTIMMUNG DURCH DIE MITGLIEDERVERSAMMLUNG ERWARTET

BDC-Geschäftsführung und erweiterter Vorstand haben im November in der Sitzung der Themenreferate einen Vorschlag für eine neue Struktur und Arbeitsweise der Referate vorgestellt. Zukünftig soll es acht Themenreferate geben, die sich jeweils mit für Chirurginnen und Chirurgen sowie für das Fach Chirurgie relevanten Aufgaben beschäftigen.

Koordinator der Themenreferate ist Professor Dr. Michael Betzler. Die einzelnen Referate definieren eigenständig Themen und legen fest, wofür und in welchem Umfang Aktivitäten geplant und umgesetzt

werden sollen. Ausgearbeitete Positionen und Aktionen sollen möglichst mit dem Vorstand und der Geschäftsführung abgestimmt werden. Durch regelmäßige Treffen, auch im digitalen Format, sollen die Mitglieder den Austausch untereinander optimieren. Eine Zusammenarbeit unterschiedlicher Referate ist ausdrücklich erwünscht, zumal es Schnittstellenthemen geben wird, an denen gemeinsam gearbeitet werden wird. Für weiteren Wissenszuwachs können externe Gesprächspartner eingeladen werden. Zudem soll es eine gemeinsame Plattform geben, über die sich die Teilnehmenden themenübergreifend informieren können.

Folgende Themen sind künftig in Referate zusammengefasst:

1. Presse- und Öffentlichkeitsarbeit
2. Krankenhausstrukturen, sektorenübergreifende Versorgung und Nachhaltigkeit
3. Niedergelassene
4. BDC|Akademie
5. Nachwuchs und Karrieregestaltung
6. Digitalisierung und technische Innovation
7. Vergütungssystematik und Leistungsmanagement
8. Familie und berufliche Perspektiven

Die Vorsitzenden und Mitglieder der Themenreferate sind bereits benannt und werden während der Mitgliederversammlung im April 2023 offiziell gewählt.



<https://www.bdc.de/news/>

MITGLIEDERVORTEIL



BDC SCHLIESST NEUE KOOPERATION MIT AMBOSS ZUR DIGITALEN FORTBILDUNG AB

Der BDC versteht sich neben der berufspolitischen Interessenvertretung auch als Unterstützer und Dienstleister für seine Mitglieder. Mit Beginn des Jahres 2023 hat der BDC eine neue Kooperation im Bereich der Fortbildung gestartet mit der Lernplattform Amboss. Das Programm vereint Lernsoftware und Nachschlagewerk zu einer adaptiven Plattform für Ärztinnen und Ärzte - für Beruf, Studium und Lehre. BDC-Mitglieder erhalten einen 3-monatigen kostenfreien Zugang zur Lernplattform Amboss. Den Zugangslink erhalten Sie unter www.bdc.de



BDC BEIM BUNDESKONGRESS CHIRURGIE MIT STAND UND VIER SITZUNGEN

Der Bundeskongress Chirurgie in Nürnberg steht vor der Tür: Am 10. und 11. Februar lädt der BDC wieder an seinen Stand auf Ebene 3. Neben Gesprächen mit Vertretern und Vertreterinnen des BDC besteht hier die Möglichkeit des sich Treffens und des Austauschs – für bequeme Sitzgelegenheiten und Verpflegung ist gesorgt.

Während des Kongresses finden wieder vom BDC initiierte Sitzungen statt:

1. Sektorenverbindende Versorgung

- Aktueller Stand der politischen Diskussion (incl. IGES Gutachten und Regierungskommission)
- Bestehende intersektorale Kooperationsmodelle – juristische Bewertung
- Hybrid-DRG: Neuer Schub für das Konzept durch den Koalitionsvertrag?
- Belegarzt-System – Zukunfts-Chance oder Auslaufmodell?

2. Neuigkeiten bei den Gebührenordnungen (EBM, GOÄ, UV-GOÄ)

- Zusammenlegung der Kapitel 7 und 18 des EBM: Inhalt, Zeitplan und Konsequenzen
- EBM-Bewertung der ambulanten Operationen – aktueller Stand und Perspektiven
- GOÄ-Reform – Aktueller Stand und Weiterentwicklung
- Anpassungen in der UV-GOÄ – Wunsch und Wirklichkeit

3. Wandel im Berufsbild der niedergelassenen Chirurgen: nur noch MVZ und Angestellte?

Aufkauf von Praxen durch Konzerne – Beispiele und Zahlenmaterial
(weitere in Planung)

4. Gefäßchirurgie in Deutschland heute und morgen

- Niedergelassene Gefäßchirurgie – was ist möglich?
- Stationäre Gefäßchirurgie – was ist nötig?
- IGES Gutachten und die Zukunft der varizenchirurgischen Versorgung in Deutschland
- Tu Gutes und zeige Deine Qualität - welche Qualitätssiegel braucht die moderne Gefäßchirurgie heute?

(Stand: Redaktionsschluss Mitte Januar 2023)

Hier geht's zum Programm des Bundeskongress Chirurgie 2023

Einladung zur BDC-Mitgliederversammlung 2023

Hans-Joachim Meyer



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

Sehr geehrte Frau Kollegin,
sehr geehrter Herr Kollege,

hiermit lade ich Sie satzungsgemäß zur Mitgliederversammlung des BDC ein.

Zur Vereinfachung der Organisation bitte ich Sie, Ihre gültige Mitgliedskarte zur Überprüfung der Legitimation vorzulegen.

Termin: Freitag, 28. April 2023,
12:00 – 13:00 Uhr

Ort: ICM- Internationales Congress Center
München

Ich wünsche Ihnen eine angenehme Anreise.
Ihr

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

Für Mitglieder bietet der BDC-Justitiar, Dr. Jörg Heberer, am Freitag, 28. April 2022, 9:00 – 10:45 Uhr, Saal 21b, eine kostenlose Rechtsberatung vor Ort an. Bitte melden Sie sich verbindlich via justitiar@bdc.de an.

TAGESORDNUNG

TOP 1	Begrüßung	Meyer
TOP 2	Feststellung der Beschlussfähigkeit	Meyer
TOP 3	Genehmigung der Tagesordnung	Meyer
TOP 4	Bericht des Präsidenten	Meyer
TOP 5	Bericht des Schatzmeisters	Mayer
TOP 6	Antrag auf Entlastung des Vorstandes	
TOP 7	Bestellung eines Wahlleiters	
TOP 8	Wahlen der Leiter:innen der BDC-Themenreferate 1. Presse- und Öffentlichkeitsarbeit (Prof. D. C. J. Krones) 2. Krankenhausstrukturen, sektorenübergreifende Versorgung und Nachhaltigkeit (Prof. Dr. D. Vallböhmer) 3. Niedergelassene (bereits gewählt: Dr. R. W. Schmitz) 4. BDC Akademie (Prof. Dr. W. Schröder) 5. Nachwuchs und Karrieregestaltung (Prof. Dr. A. Kirschniak) 6. Digitalisierung und technische Innovation (Prof. Dr. H. Fuchs) 7. Vergütungssystematik und Leistungsmanagement (Prof. Dr. T. Auhuber) 8. Familie und berufliche Perspektiven (Dr. F. Fritze-Büttner)	
TOP 9	Bericht des Justitiars	Heberer
TOP 10	Aktuelles aus der Berufspolitik	Mitglieder des Präsidiums
TOP 11	Verschiedenes	



Neuigkeiten aus dem BDC finden
Sie auf BDC|Online (www.bdc.de)
unter der Rubrik BDC|News.

LERNEN WIE NIE ZUVOR.

eRef

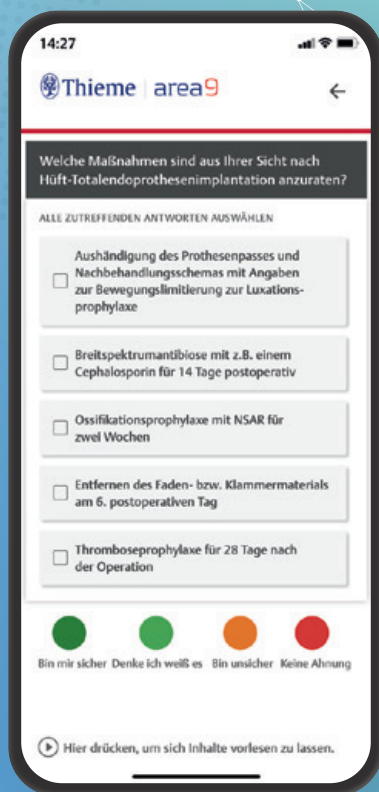
Adaptives Weiterbildungscurriculum Orthopädie und Unfallchirurgie

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

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
28.04.2023	29.04.2023	Potsdam	2023-21512	Workshop: Intensivmedizin & Reanimation	Prof. Dr. med. habil. Frank Marusch; PD Dr. med. Dirk Pappert; Dr. med. Susanne Kanter	300,00 €	500,00 €
04.05.2023	06.05.2023	Hamburg	2023-21666	Basischirurgie	PD Dr. Dr. Uwe Johannes Roblick; Prof. Dr. med. Hans-Bernd Reith	350,00 €	550,00 €
11.05.2023	13.05.2023	Berlin	2023-21504	Praktischer Workshop: Allgemein-, Viszeral- und Gefäßchirurgie	Dr. med. Jörg Sauer	400,00 €	600,00 €
22.05.2023	25.05.2023	Tuttlingen	2023-21663	Basischirurgie	Prof. Dr. med. Michael Schäffer	400,00 €	600,00 €

FACHARTZTVORBEREITUNG							
DATUM		ORT	KURS-NR.	SEMINARTITEL	WISSENSCHAFTLICHE/R LEITER/IN	PREIS MITGLIED	PREIS NICHT-MGL
27.02.2023	03.03.2023	Berlin	2023-23691	Facharztseminar Gefäßchirurgie	Prof. Dr. med. univ. Andreas Greiner	350,00 €	550,00 €
13.03.2023	17.03.2023	Berlin	2023-22570	Facharztseminar Allgemein- und Viszeralchirurgie	Prof. Dr. med. Thomas Steinmüller	350,00 €	550,00 €
23.03.2023	25.03.2023	online	2023-23920	Facharztseminar Plastische Chirurgie	Prof. Dr. med. Heinz-Herbert Homann; Prof. Dr. med. Ulrich Kneser	250,00 €	450,00 €
29.03.2023	01.04.2023	Leipzig und online	2023-23822	Facharztseminar Orthopädie/ Unfallchirurgie	Prof. Dr. med. Christian Kleber; PD Dr. med. Georg Osterhoff	350,00 €	550,00 €
08.05.2023	12.05.2023	Hamburg	2023-23820	Facharztseminar Orthopädie/ Unfallchirurgie	Prof. Dr. med. Lars Gerhard Großterlinden	350,00 €	550,00 €
08.05.2023	12.05.2023	Erfurt	2023-23670	Facharztseminar Viszeralchirurgie	Prof. Dr. med. Albrecht Stier	350,00 €	550,00 €
24.05.2023	26.05.2023	online	2023-22580	Facharztseminar Allgemein- und Viszeralchirurgie	Prof. Dr. Matthias Anthuber	250,00 €	450,00 €

FACHBEZOGENE SEMINARE, WORKSHOPS UND HOSPITATIONEN							
DATUM		ORT	KURS-NR.	SEMINARTITEL	WISSENSCHAFTLICHE/R LEITER/IN	PREIS MITGLIED	PREIS NICHT-MGL
01.03.2023	02.03.2023	Augsburg	2023-23610	Spezielle Unfallchirurgie Teil 2	Prof. Dr. med. Edgar Mayr	300,00 €	500,00 €
01.03.2023	03.03.2023	Gent	2023-24635	Modul 5 - Hands-On-Training Robotic Experts HPB & RAMIE	Prof. Dr. med. Hans Fuchs; Prof. Dr. Dr. Thomas Schmidt, Dr. med. Mathieu D'Hondt	3.000,00 €	3.000,00 €
23.03.2023	24.03.2023	Köln	2023-23677	Viszeralchirurgie Kompakt: Onkologische Chirurgie des oberen Gastrointestinaltraktes	Prof. Dr. med. Wolfgang Schröder; Prof. Dr. med. Christiane Bruns	300,00 €	500,00 €
03.05.2023	05.05.2023	Berlin	2023-23671	Viszeralchirurgie Kompakt: Hepatobiliäre Chirurgie	Prof. Dr. med. Johann Pratschke; Prof. Dr. med. Moritz Schmelzle; Prof. Dr. med. Robert Öllinger; Prof. Dr. med. Wenzel Schöning	300,00 €	500,00 €
04.05.2023	05.05.2023	Bremen	2023-23613	Osteosyntheseverfahren an der unteren Extremität	Prof. Dr. med. Michael Paul Hahn	400,00 €	600,00 €
04.05.2023	05.05.2023	Rüdersdorf bei Berlin	2023-24634	Robotische Chirurgie: Modul 4 Hospitation Kolorektale Chirurgie	Dr. med. MBA Colin Markus Krüger; Prof. Dr. med. Hans Fuchs	300,00 €	500,00 €
09.05.2023	11.05.2023	Berlin	2023-23681	Viszeralchirurgie Kompakt: Endokrine Chirurgie	Prof. Dr. med. Thomas Steinmüller; Dr. med. Mechthild Hermanns	300,00 €	500,00 €
11.05.2023	12.05.2023	Köln	2023-23688	Viszeralchirurgie Kompakt: Funktionelle Chirurgie des oberen Gastrointestinaltraktes	Prof. Dr. med. Jessica Leers	300,00 €	500,00 €
12.05.2023		Berlin	2023-25810	Unfallbegutachtung in der gesetzlichen Unfallversicherung	Prof. Dr. med. Julia Seifert	270,00 €	330,00 €
12.05.2023	13.05.2023	Mannheim	2023-23675	Viszeralchirurgie Kompakt: Proktologie	Dr. med. Philipp Manegold; Prof. Dr. med. Dieter Bussen; Dr. med. Andreas K. Joos	300,00 €	500,00 €
13.05.2023		Berlin	2023-23632	Kindertraumatologie für D-Ärzte/-Ärztinnen	Prof. Dr. med. Michael Paul Hahn	180,00 €	220,00 €
13.05.2023		Berlin	2023-25840	Rehabilitationsmedizin/ -management	Dr. med. Peter Kalbe; Dr. med. Sybille Larsen	135,00 €	165,00 €

FACHÜBERGREIFENDE SEMINARE

DATUM		ORT	KURS-NR.	SEMINARTITEL	WISSENSCHAFTLICHE/R LEITER/IN	PREIS MITGLIED	PREIS NICHT-MGL
10.02.2023	11.02.2023	Nürnberg	2023-24712	Abschlusscolloquium hygienebeauftragte Ärzte (Bundeskongress Chirurgie)	Prof. Dr. med. Axel Kramer		
30.03.2023	31.03.2023	Berlin und online	2023-24620	Update Perioperative Medizin	Dr. med. Christian Lojewski; Prof. Dr. med. Johann Pratschke; Prof. Dr. med. Claudia Spies; Dr. med. Björn Weiß	350,00 €	450,00 €
12.05.2023	13.05.2023	Berlin und online	2023-24707	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
10.03.2023	11.03.2023	Berlin	2023-26532	Führungsseminare: Modul 2 – Durchsetzungsstrategien im Klinikalltag	Dr. med. Gunda Leschber; Sabine Schicke	450,00 €	650,00 €
14.04.2023	15.04.2023	online	2023-23533	Chirurginnen auf dem Weg nach oben: Modul 3 – Erfolgsstrategien in eigener Sache	Dr. med. Gunda Leschber; Sabine Schicke	450,00 €	650,00 €
28.04.2023		München		Workshop DRG-System: Dokumentation, Kodierung und Abrechnung (DCK oder Webinar)	Prof. Dr. med. Thomas Auhuber		
28.04.2023		München	2023-27836	Vorbereitung auf die Niederlassung (DCK)	Dr. med. Jörg-A. Rüggeberg, Dr. med. Peter Kalbe		
03.05.2023		online	2023-27837	Praxis-Optimierung Modul 1: Betriebswirtschaft für Chirurgen	Dr. med. Peter Kalbe; Dr. med. Jörg-A. Rüggeberg	50,00 €	80,00 €
10.05.2023		online	2023-27835	Praxis-Optimierung Modul 2: Steuern und Versicherung	Dr. med. Peter Kalbe	50,00 €	80,00 €
13.05.2023		Berlin	2023-25590	Begutachtung im Behandlungsfehlerprozess	Prof. Dr. med. Heiner Wenk	270,00 €	330,00 €
24.05.2023		online	2023-27830	Praxis-Optimierung Modul 3: Kooperation und Marketing	Dr. med. Peter Kalbe		

EXTERNE VERANSTALTUNGEN

DATUM		ORT	SEMINARTITEL	WISSENSCHAFTLICHE/R LEITER/IN	PREIS MG	PREIS NICHT-MG
18.01.2023	18.01.2023	Neuruppin	Umfassende Behandlung von Erkrankungen der Lunge	Klinik für Thoraxchirurgie Universitätsklinikum Ruppiner-Brandenburg (UKRB) der Medizinischen Hochschule Brandenburg - Theodor Fontane		
20.01.2023	21.01.2023	Zürich	Swiss Pelvic and Acetabular Course	Intercongress GmbH		
20.01.2023	21.01.2023	Freiburg im Breisgau	Freiburger Knorpeltage 2023	Intercongress GmbH		
27.01.2023	28.01.2023	Düsseldorf	Arthroskopie und Gelenkchirurgie 2023 - 33. Jahreskongress des BVASK	BVASK	125,00 €	185,00 €
23.03.2023	24.03.2023	Leipzig	13. Nahtkurs und Osteosynthesetechnik	Klinikum St. Georg gGmbH	125,00 €	125,00 €
24.03.2023	24.03.2023	Köln	Resilienztraining für Ärztinnen und Ärzte	Frielingsdorf Consult GmbH	524,79 €	583,10 €
23.06.2023	23.06.2023	Kassel	Zertifikatskurs Fraktursonografie im Wachstumsalter	durchblicken.org	250,00 €	250,00 €

BDC|Akademie

Information und Anmeldung:

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

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

SPONSOREN DER BDC | AKADEMIE

Der Berufsverband der Deutschen Chirurgie 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 Chirurgen und Chirurgen im Krankenhaus und in der Niederlassung.

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

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

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

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



LIFESTYLE- ANGEBOTE

im Februar 2023

%

10 %



BURTON: 10 %
RABATT FÜR BDC-MITGLIEDER

20 %



FOODSPRING: 20 %
RABATT FÜR BDC-MITGLIEDER

32 %



CLINIQUE: 32 %
RABATT FÜR BDC-MITGLIEDER

20 %



FITBIT: BIS ZU 20 %
RABATT FÜR BDC-MITGLIEDER

WIE KANN ICH DIE ANGEBOTE IN ANSPRUCH NEHMEN?

Alle Service-Angebote für BDC-Mitglieder finden Sie auf BDC|Online unter der Rubrik Leistungen | Lifestyle-Angebote. Bitte halten Sie Ihre Zugangsdaten bereit. Sollten Sie sie nicht zur Hand haben, stehen wir Ihnen gern unter mail@bdc.de oder telefonisch unter 030/28004-150 für Fragen zur Verfügung.

organ
donor
save
lives
+



PANORAMA

Organ- spenden



Dr. med. Axel Rahmel
 Medizinischer Vorstand
 Deutsche Stiftung
 Organtransplantation
 Hauptverwaltung
 Deutschherrnrufer 52
 60594 Frankfurt am Main
 Axel.Rahmel@dso.de

Rahmel A: Organspende in Deutschland: weiterhin keine Erholung in Sicht
 Passion Chirurgie. 2023 Januar/Februar;
 13(1/2): Artikel 09_01.



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

Organspende in Deutschland: weiterhin keine Erholung in Sicht

Axel Rahmel

Auch 2022, im dritten Jahr nach der großen Reform des Transplantationsgesetzes 2019, verharrten die Spenderzahlen auf niedrigem Niveau. Damit bleibt die hiesige Situation der Patientinnen und Patienten auf der Warteliste für eine Organtransplantation auch weiterhin dramatisch.

Bis Ende November 2022 gab es bundesweit 796 Organspender und Organspenderinnen in den rund 1.200 Entnahmekrankenhäusern, 7 Prozent weniger als im vergleichbaren Zeitraum des Jahres 2021. Auch die Summe der entnommenen Organe, die von Januar bis November für eine Transplantation an die internationale Vermittlungsstelle Eurotransplant gemeldet werden konnten, sank von 2.671 im Jahr 2021 auf 2.450 im Jahr 2022, was einen Rückgang um 8,3 Prozent bedeutet. Nach einem unerwarteten Einbruch der Organspendezahlen um beinahe 30 Prozent in den ersten vier Monaten 2022 fand zwar eine Stabilisierung auf dem Niveau der Vorjahre statt, doch insgesamt hat sich 2022 bis Ende November der Organmangel im Vergleich zu den Vorjahren sogar noch einmal weiter verschärft (**Abb. 1 und 2**).

Aus dem Eurotransplant-Verbund konnten hierzulande im vergangenen Jahr von Januar bis Ende November 2.569 Organe transplantiert werden, im Vergleichszeitraum 2021 waren es 2.740 (**Abb. 3**). Somit wurden in Deutschland 119 Organe mehr transplantiert als gespendet wurden, sodass wir innerhalb der Eurotransplant-Staaten, zu denen noch Belgien, Luxemburg, die Niederlande, Österreich, Kroatien, Slowenien und Ungarn

gehören, weiterhin ein Importland bleiben, was Organe betrifft.

STATT DER TRENDWENDE KAM COVID-19

Mit dem im April 2019 in Kraft getretenen Gesetz zur Verbesserung der Zusammenarbeit und der Strukturen bei der Organspende [4] waren zu Recht sehr viele Erwartungen verknüpft – sollte dieses doch eine Art Neustart bei der Organspende in Deutschland bewirken. Dass dabei insbesondere die klinikinternen Reformen wie z. B. die Freistellung von Transplantationsbeauftragten eine gewisse Zeit brauchen, um umgesetzt zu werden, war allen Beteiligten an der Gemeinschaftsaufgabe Organspende bewusst. Doch kaum erhofften wir uns angesichts vorsichtig steigender Organspendezahlen zu Beginn des Jahres 2020 erste Erfolge des neuen Gesetzes zu erzielen, breitete sich kurze Zeit später auch hierzulande die Coronavirus-Pandemie aus, die seitdem direkten und indirekten Einfluss auf die Arbeit in den Kliniken und damit auch die Organspende nimmt.

Erfreulicherweise kam es bei uns insbesondere zu Beginn der Pandemie nicht zu jenen massiven Einbrüchen wie in anderen europäischen Ländern, die teils Einbußen im zweistelligen Bereich verzeichnen mussten. Dank der Struktur unseres Gesundheitssystems und dem sehr engagierten Personal in den Kliniken blieben die Organspendezahlen über den Pandemieverlauf von 2020 und 2021 durchweg fast annähernd auf dem Niveau von 2019 (postmortale Organspenderinnen und Organspender Januar bis November 2019:



Abb. 1: Postmortale Organspenden in Deutschland. Veränderung zum Vorjahr in Prozent, Januar bis November 2022* [1]

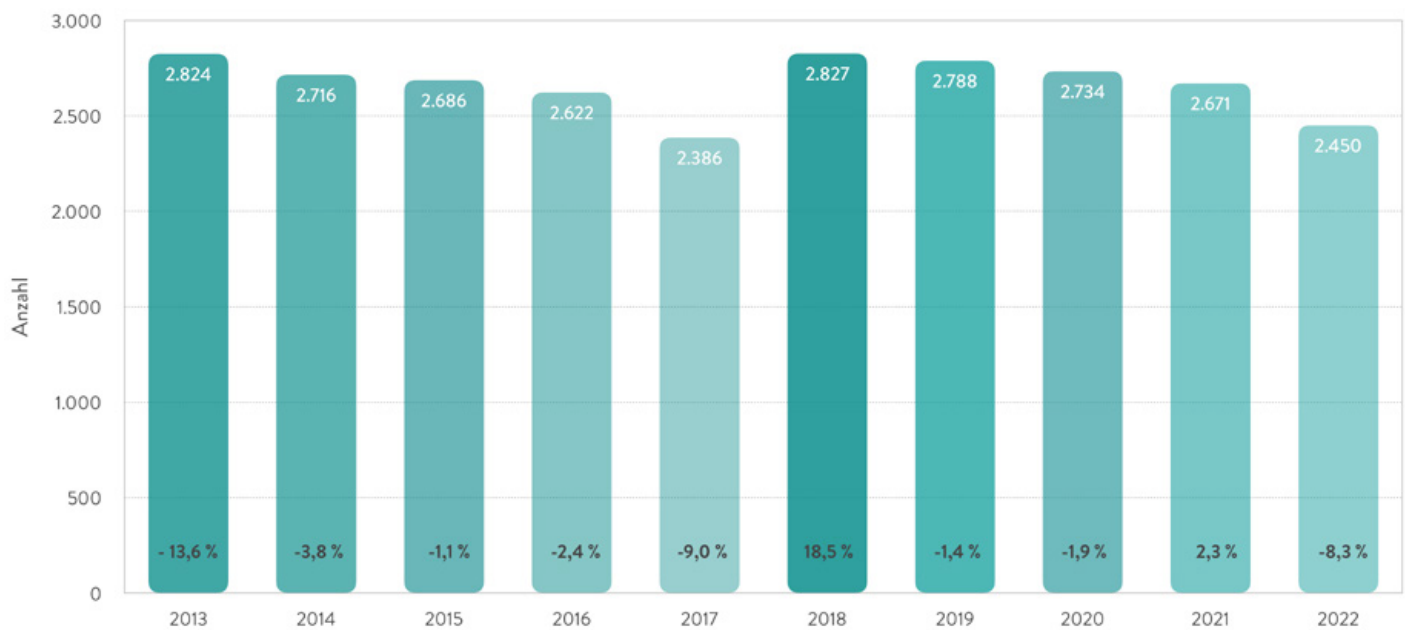


Abb. 2: Postmortal gespendete Organe in Deutschland. Veränderung zum Vorjahr in Prozent, Januar bis November 2022* [2]

* Hinweis zu Abbildungen 1–3: Die kompletten Jahreszahlen zu Organspende und Transplantation inkl. Dezember 2022 lagen zum Redaktionsschluss dieser Ausgabe noch nicht vor, können aber ab Mitte Januar 2023 online hier abgerufen werden: www.dso.de/dso/presse/pressemitteilungen



Abb. 3: Transplantierte Organe in Deutschland nach postmortaler Spende. Veränderung zum Vorjahr in Prozent, Januar bis November 2022* [3]

862; 2020: 852, 2021: 856). Jedoch führten die coronabedingten außergewöhnlichen Belastungen dann zuletzt zu Beginn des Jahres 2022 doch noch zu einem stärkeren Rückgang als erwartet.

Denn der Jahreswechsel 2021/2022 ging mit dramatisch weniger Organspenden einher. Einer der Gründe waren in den Kliniken auch die hohen Personalausfälle, die die Omikronwelle mit sich brachte. Ein weiterer Grund: Eine nicht unerhebliche Zahl potenzieller Organspender war selbst SARS-CoV-2-positiv und wurde gemäß internationaler Empfehlungen vorsorglich von einer möglichen Spende ausgeschlossen. Erst im Verlauf des Frühjahrs 2022 wurde dies geändert, nachdem zunehmend Erfahrungen aus anderen Ländern vorlagen, die zeigten, dass bei sorgfältiger Spendercharakterisierung eine Transplantation von Organen von SARS-CoV-2-positiven Spenderinnen und Spendern vertretbar erscheint. In diesem Sinne äußerte sich auch die Bundesärztekammer in einem im Mai mit weiteren Experten veröffentlichten Positionspapier. Seitdem können nach sorgfältiger Abwägung der Risiken und Chancen auch Organe von diesen Verstorbenen vermittelt werden.

Seit Mai 2022 befinden sich die Organspendezahlen wieder auf dem Niveau der Vorjahre. Gleichzeitig hat sich die Kontaktaufnahmen der Kliniken zur DSO nochmals erhöht, ein Trend, der sich erfreulicherweise nun bereits über mehrere Jahre fortsetzt, was aber leider bislang noch nicht zu der erhofften Zunahme der Spenden geführt hat.

AUSWIRKUNGEN DER PANDEMIE AUF DIE GESETZLICHEN REFORMEN

Viele Maßnahmen des Gesetzes aus dem Jahr 2019 konnten durch die pandemiebedingte Belastung des gesamten Gesundheitswesens nicht in dem Umfang zeitnah umgesetzt werden, wie es wünschenswert und notwendig gewesen wäre. Zudem wird eine Verschärfung des Personalmangels in vielen Kliniken berichtet. Dies macht sich insbesondere bei so komplexen Abläufen wie einer Organspende bemerkbar – sie stellen eine äußerst anspruchsvolle Aufgabe dar, die nicht nur intensivmedizinische Expertise, sondern auch Zeit und Ressourcen braucht. Gerade für kleinere Häuser ist sie ein eher seltenes Ereignis und damit eine zusätzliche Herausforderung.

Pflegerischer und ärztlicher Personalmangel sowie die fehlende Kapazität an Intensivbetten sahen die Transplantationsbeauftragten in den Entnahmekliniken dann auch als Hauptgrund für rückläufige Organspenden im ersten Quartal 2022. Dies ergab eine Online-Umfrage der DSO vom Herbst 2022, an der sich knapp 400 Transplantationsbeauftragte beteiligten [5]. Weitere Faktoren seien frühzeitige Therapielimitierungen und Ablehnungen durch Angehörige. Infektionen potenzieller Organspenderinnen und Organspender mit SARS-CoV-2 hatten hingegen laut Erhebung eine viel geringere Relevanz.

WAS BRACHTE DAS NEUE GESETZ VON 2022?

Es wurde im Januar 2020 verabschiedet und trat zum 1. März 2022 in Kraft – das Gesetz zur Stärkung der Entscheidungsbereitschaft bei der Organspende [6] soll die Aufklärung der Bevölkerung über Organspende und die Willensbildung fördern. Denn letztlich können in Deutschland Organe nur dann gespendet werden, wenn eine Zustimmung dafür vorliegt.

Informiert und aufgeklärt werden sollen die Bürgerinnen und Bürger z. B. in den Ämtern,

wenn sie einen neuen Pass oder Ausweis beantragen oder verlängern wollen. Die Hausärzte/-ärztinnen sollen zusätzlich alle zwei Jahre bei Bedarf ihre Patientinnen und Patienten zum Thema Organspende beraten – und ihre Entscheidung für oder gegen eine Organ- und Gewebespende soll dann in einem Online-Register dokumentiert werden können.

Bereits im Vorfeld gab und gibt es jedoch Diskussionen um Nachbesserungsbedarf. So herrscht bezüglich der Aufklärungsarbeit in den Ämtern noch Uneinigkeit über die Zuständigkeiten.

Ein anderer und für uns sehr wichtiger Punkt wurde auf unser Bestreben hin und dem der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) bereits rechtzeitig zum Inkrafttreten am 1. März 2022 umgesetzt: So können die Ärztinnen und Ärzte nun bereits Einsicht in das Online-Register bekommen, wenn der irreversible Hirnfunktionsausfall unmittelbar bevorsteht oder als bereits eingetreten vermutet wird. Somit kann der Wille der Patientinnen und Patienten bezüglich einer Organspende bei Therapieentscheidungen am Ende des Lebens im Sinne der Patientenautonomie entsprechend umgesetzt werden – und diese Regelung geht auch konform mit den Vorgaben in der Richtlinie Spendererkennung der Bundesärztekammer.

Der Start des Online-Registers hat sich nun aber bereits verzögert und wird aktuell mit frühestens Ende 2023/Anfang 2024 benannt. Zudem wird es den gewünschten Erfolg nur dann bringen, wenn möglichst viele Menschen ihren Willen über die Organspende dort auch dokumentieren. Der Zugang muss daher möglichst niederschwellig sein, gleichzeitig aber den aktuellen Datenschutzbestimmungen genügen – und hier könnte eine bürokratische Hürde den gut gemeinten Ansatz zunichtemachen. Denn einen Eintrag kann man nach bisheriger Planung nur mittels Personalausweis mit Online-Ausweisfunktion vornehmen. Wer diesen noch nicht hat bzw. nicht haben möchte, wird weiterhin die Dokumentation seiner oder ihrer Entscheidung in einem Organspendeausweis

oder einer Patientenverfügung vornehmen müssen

Bei der Aufklärung in den Hausarztpraxen gibt es erste Erfolge: Hier hat die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung umfangreiches Informationsmaterial bereitgestellt – zum einen zur Abgabe an die Patientinnen und Patienten, zum anderen, um das Wissen der Hausarztpraxen selber zu erhöhen. Auch die DSO bietet in ihrem E-Learning-Modul für Arztpraxen umfangreiches Info- und Lernmaterial zur Organspende an.

Ob das neue Gesetz mit den beschriebenen Maßnahmen dann tatsächlich zu einer Steigerung der Zustimmung zur Organspende in der Bevölkerung führt, werden wir allerdings frühestens in einigen Jahren sehen.

FOKUS AUF DIE ANGEHÖRIGENBETREUUNG

Auch wenn die Situation der Organspende in den Kliniken weiterhin Grund zur Sorge gibt, hat sich zumindest einiges getan, was die Wertschätzung der Organspenderinnen und Organspender und ihrer Angehörigen betrifft. Denn mit dem Gesetz von 2019 wurden die Rahmenbedingungen für die Angehörigenbetreuung neu definiert bzw. offiziell in die Hände der DSO gelegt. Dabei haben wir die Begleitung und Unterstützung der Angehörigen schon immer als wesentlichen Bestandteil unserer Arbeit angesehen. So bieten wir den Kliniken in der Akutsituation an, dass unsere Koordinatorinnen und Koordinatoren das Angehörigengespräch zur Einwilligung in die Organspende gemeinsam mit dem behandelnden Arzt bzw. der Ärztin führt. Zudem stehen sie den Angehörigen jederzeit als Ansprechpartner im Organspendeprozess auf der Intensivstation sowie bei der Abschiednahme nach einer Organspende zur Verfügung. Auch nach Abschluss der Organspende kümmern wir uns weiterhin um die Spenderfamilien. Dazu gehören die Durchführung von Angehörigentreffen, die Information der Angehörigen über das Ergebnis der Organtransplantation in anonymisierter Form und zudem die Weiterleitung von anonymen Dankesbriefen des Organempfängers bzw. der -empfängerin an die nächsten

Angehörigen sowie anonymen Antwortschreibern der nächsten Angehörigen an den Organempfänger bzw. die -empfängerin über das Transplantationszentrum, in dem das Organ übertragen wurde. Die Voraussetzung für die Weiterleitung solcher Briefe ist, dass beide Seiten ihr Einverständnis dafür erteilt haben.

FÖRDERUNG DER ÖFFENTLICHEN WERTSCHÄTZUNG

Die gesetzlichen Änderungen von 2019 haben den rechtlichen Rahmen für die Angehörigenbetreuung geschaffen. Um auch die gesellschaftliche Anerkennung der Organspender stärker zu fördern, hat der Gemeinschaftliche Initiativplan Organspende [7], der das verabschiedete Gesetz in der Praxis seit Sommer 2019 begleitet, den öffentlichen Dank an alle Organspenderinnen und Organspender mittels Veranstaltungen, Online-Angeboten und Gedenkstätten als eine seiner Maßnahmen aufgeführt.

Auch hier wurde bereits einiges erfolgreich umgesetzt: So fand bereits im Herbst 2019 die von der DSO organisierte erste „Zentrale Veranstaltung zum Dank an die Organspender“ im Park des Dankens, des Erinnerns und des Hoffens in Halle (Saale) statt. Bei diesem überregionalen jährlichen Treffen kommen Spenderfamilien, Organempfängerinnen und Organempfänger, Wartelistenpatientinnen und -patienten sowie Menschen aus Medizin und Politik zusammen, um der verstorbenen Organspender und -spenderinnen zu gedenken. Dieses Danken und Gedenken wird durch eine Baumpflanzaktion als Zeichen der Verbundenheit von Organspendern und -empfängern begleitet.

Aber auch in anderen Regionen Deutschlands finden mittlerweile solche öffentlichen Würdigungen für Organspender und deren Angehörige statt. So gibt es seit 2015 im Saarland die „Oasen geschenkten Lebens“ und seit 2021 das DANK-Mal auf dem Gelände der Charité Berlin, Campus Virchow, sowie eine Gedenkstätte im Patientengarten des Schwarzwald-Baar-Klinikums in Villingen-Schwenningen. Seit Herbst 2020 steht darüber hinaus die Plattform www.dankesbriefe-organspende.de als virtueller

Treffpunkt für Spenderfamilien, Organempfänger, Wartelistenpatienten und alle, die sich mit den Themen Organspende und Transplantation befassen, zur Verfügung. Die Website bietet darüber hinaus praxisnahe Informationen für Transplantierte und Angehörige von Spendern zum Ablauf und den gesetzlichen Rahmenbedingungen des anonymen Briefwechsels. Betrieben wird das Portal von der DSO, mit Unterstützung der Deutschen Transplantationsgesellschaft, des Bundesverbands Niere e.V., des Bundesverbands der Organtransplantierten e. V., des Lebertransplantierten Deutschland e.V. und des Netzwerks Spenderfamilien.

DSO SORGT FÜR SICHERHEIT IM ORGANSPENDEPROZESS

Gerade in Zeiten eines eklatanten Organmangels zählt nicht nur jede Spende, sondern jedes einzelne Organ. Daher setzen wir uns als Koordinierungsstelle für die postmortale Organspende dafür ein, dass entnommene Organe in bestmöglichem Zustand an die Empfängerinnen und Empfänger weitergegeben werden. Zu diesem Zweck entwickeln und fördern wir nicht nur umfangreiche digitale Hilfsangebote für die Aufgaben der Transplantationsbeauftragten, sondern unterstützen auch neue Verfahren im Organspendeprozess. In diesem Jahr steht die Einführung der Maschinenperfusion für die Organkonservierung von Spendernieren bevor. Mit dieser Methode können Ischämieschäden gemindert und so die Funktionalität der Organe erhöht werden – was bei der wachsenden Zahl der chronischen Nierenerkrankungen samt Organbedarf dringend notwendig ist.

Bereits etabliert ist das System DSO.isys web, das aus unserer Sicht wesentlich zur Sicherheit im Organspendeprozess beiträgt und zu den vielen Unterstützungsangeboten gehört, die wir den Kliniken zur Verfügung stellen, um die Abläufe während einer Organspende zu erleichtern. Zudem erlaubt es den Transplantationszentren, schnell und effizient an Daten zu gelangen. Ein weiteres digitales

Unterstützungsprogramm ist das Screeningtool DETECT, das eine frühe und systematische Spendererkennung ermöglicht. Es wurde von der Hochschulmedizin Dresden in Kooperation mit der DSO entwickelt und steht allen Kliniken kostenlos zur Verfügung. Retrospektive Todesfallanalysen in Entnahmekrankenhäusern mit DSO-TransplantCheck haben gezeigt, dass durch rechtzeitiges Erkennen mehr Spenden realisiert werden könnten. Hier kann das automatisierte elektronische Screeningtool DETECT auf den Intensivstationen einen wertvollen Beitrag leisten und die Arbeit der Transplantationsbeauftragten in den Kliniken unterstützen.

Der praxisnahe Austausch über solche Neuerungen und Optimierungen prägt unsere Zusammenarbeit mit unseren Partnern in den Kliniken. Daher haben wir dem Thema Qualitätssicherung bei der Organspende auf unserem Jahreskongress Anfang November 2022 mehrere Vorträge gewidmet, die auf der Kongress-Website auch als Video abrufbar sind: **DSO Kongress 2022 Rückblick und Vorträge** (z. B. Neues zu DSO.isys web, welche Untersuchungen werden zur Beurteilung thorakaler und viszeraler Organe benötigt sowie die Vorstellung von VivaScope, einem speziellen Mikroskop, das eine zeiteffiziente Unterscheidung zwischen pathologischem und gesundem Gewebe in Echtzeit ermöglicht).

KULTURWANDEL: DRINGEND ERFORDERLICH

Wir sind zuversichtlich, dass sich die Lage in den Kliniken auch wieder entspannt und sich damit die 2019 gesetzlich angestoßenen Reformen zur Verbesserung der Organspende vollends entfalten können. Allerdings müssen wir mit Blick auf die rund 8.500 schwer kranken Patientinnen und Patienten auf den Wartelisten dringend über weitere grundlegende Maßnahmen nachdenken und die notwendigen gesellschaftlichen Diskussionen dazu führen. Ein wichtiger Baustein könnte hier die schon vielfach geforderte Einführung der Widerspruchslösung auch in Deutschland sein, so wie sie bereits in allen anderen

Eurotransplant-Mitgliedsländern etabliert ist. Umfragen in der Bevölkerung bestätigen immer wieder eine hohe Bereitschaft zur Organspende. Eine Widerspruchsregelung könnte den Gedanken an die Organspende innerhalb der Gesellschaft und in den Kliniken weiter fördern und selbstverständlich machen und so grundlegende Voraussetzungen für einen Kulturwandel bei der Organspende schaffen.

LITERATUR

- [1] www.dso.de/organspende/statistiken-berichte/organspende. Zugriff 19.12.22
- [2] www.dso.de/organspende/statistiken-berichte/organspende. Zugriff 19.12.22
- [3] www.dso.de/organspende/statistiken-berichte/organtransplantation Zugriff 19.12.22
- [4] Bundesgesetzblatt im Internet. Zweites Gesetz zur Änderung des Transplantationsgesetzes – Verbesserung der Zusammenarbeit und der Strukturen bei der Organspende (2019). https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/O/GZSO_BGBl.pdf Zugriff 19.12.22
- [5] Schulze AK. Deutsche Stiftung Organtransplantation: Kultur der Organspende schaffen. Dtsch Arztebl 2022; 119(45): A-1952 / B-1623.
- [6] Bundesgesetzblatt im Internet. Gesetz zur Stärkung der Entscheidungsbereitschaft bei der Organspende (2020). http://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBL&jumpTo=bgbl120s0497.pdf Zugriff 19.12.22
- [7] Bundesministerium für Gesundheit. Gemeinschaftlicher Initiativplan Organspende (2019). https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/O/Organspende/Initiativplan_Organspende.pdf Zugriff 19.12.22

TachoSil[®] SEALANT MATRIX



EVERYDAY HERO

Das Zeug zum
echten Helden.

Weitere Infos >>



TachoSil[®]
Blutstillung und
Versiegelung
in einem.



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 Hämostaticum, 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, Speditionsstraße 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.

corza.com