

PASSION

# CHIRURGIE



BDC-PRAXISTEST

DIE GENERATIONEN  
Z UND ALPHA  
TICKEN DIGITAL

*im Fokus*

HYGIENE &  
WUNDVERSORGUNG

04 | 2023

MITGLIEDERZEITSCHRIFT:  
DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR CHIRURGIE  
BERUFSVERBAND DER DEUTSCHEN CHIRURGIE



# Medtronic

## Erweitern Sie Ihr Repertoire der Krampfadern- behandlung

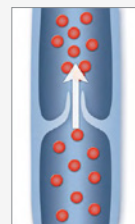
2 moderne Be-  
handlungsmöglich-  
keiten mit maximalem  
Patientenkomfort – in  
Langzeitstudien erprobt:



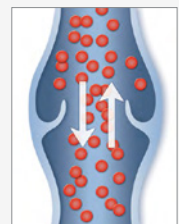
**VenaSeal™  
Closure System**



**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](mailto:krampfadern@medtronic.com)

# Und täglich grüßt das Murmeltier ...



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

Liebe Kolleginnen und Kollegen!

Vielleicht fühlen Sie sich an diesen Filmklassiker mit Bill Murray aus dem Jahr 1993 erinnert, wenn wir in dieser Ausgabe der Passion Chirurgie wieder einmal die Behandlung der „Chronischen Wunde“ in den Fokus nehmen. Schon in den Ausgaben vom Juni 2016 und vom Januar 2021 war dies Inhalt des Editorials unserer Zeitschrift. Das Dilemma dürfte vielen von uns bekannt sein: Obwohl diese Tätigkeit ein Kernelement der chirurgischen Kompetenz darstellt, fristet die Behandlung chronischer Wunden häufig ein Nischendasein und wird von engagierten Kolleginnen und Kollegen in Kliniken und Praxen oft altruistisch und entgegen aller Widrigkeiten schwerpunktmäßig durchgeführt. Professor Riedl und Dr. Ackermann bilanzieren in ihren Artikeln ihre eigenen langjährigen Erfahrungen in der Klinik und der chirurgischen Praxis.

Wir wissen also seit vielen Jahren, woran es bei der Betreuung der uns anvertrauten Patientinnen und Patienten mangelt: Einheitlich vorgegebene stringente Behandlungskonzepte insbesondere bezüglich der zu verwendenden Wundauflagen, ausreichende Refinanzierung des Behandlungsaufwands, interprofessionelle und sektorenübergreifende Zusammenarbeit, möglichst in einem „Wundboard“ analog zum Tumorboard. Trotzdem ist es wichtig, dass wir mit dem Schwerpunkt dieser Passion noch einmal sprichwörtlich den Finger in die chronische Wunde legen. Unter Hinweis auf die Vorgesichte darf aber natürlich die Frage erlaubt sein: Tut sich denn nicht endlich mal etwas?

Erfreulicherweise können wir in diesem Heft zumindest auf einige gute Ansätze und Beispiele verweisen. Das von Frau Hornemann et. al. vorgestellte Projekt „IP-Wunde“ der Kassenärztlichen Vereinigung Bremen setzt auf die Ausweisung von spezialisierten Wundpraxen (SWP). Auch wenn der Titel sich nur auf die Behandlung in den Vertragsarztpraxen bezieht, ist dieses vom Innovationsfonds geförderte Projekt ein Schritt in die richtige Richtung. Denn diese SWP sind auch die geeigneten Ansprechpartner für das Entlass-Management der Krankenhäuser. Dadurch dass sich niedergelassene Ärzte der Fachrichtungen Innere Medizin, Dermatologie, Chirurgie, Gynäkologie, Orthopädie und Diabetologie einschreiben können, ist die Interdisziplinarität gewährleistet. Obwohl formal keine Krankenhäuser beteiligt sind, ist davon auszugehen, dass sich eine Vernetzung nicht nur der beteiligten Praxen, sondern auch mit klinischen Fachabteilungen insbesondere auch für Gefäß- und plastische Chirurgie ergeben wird. Nicht umsonst wurde dieses Konzept am 15. März dieses Jahres vom Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (ZI) als Leuchtturmprojekt für exzellente ambulante Versorgung ausgezeichnet.

In einem weiteren Artikel stellen wir die auch im Bremer Modellprojekt genutzte digitale Fallakte der Managementgesellschaft IVP vor, die auch zentrales Element eines bundesweiten Versorgungsvertrags ist, der Versicherten der DAK-Gesundheit und der IKK classic zur Einschreibung offensteht. Hier werden wesentliche Forderungen zur Optimierung der Versorgung chronischer Wunden

Kalbe P: Editorial: Und täglich grüßt das Murmeltier... Passion Chirurgie.  
2023 April; 13(04): Artikel 01.



Neuigkeiten aus dem BDC finden  
Sie auf BDC|Online ([www.bdc.de](http://www.bdc.de))  
unter der Rubrik BDC|News.

vorbildlich umgesetzt, nämlich die rationale Auswahl der Verbandmittel und der sinnvolle Einsatz einer allen Beteiligten offenstehenden digitalen Behandlungs-Dokumentation. Teilnehmende Ärztinnen und Ärzte profitieren davon, dass der zusätzliche Aufwand auch im Honorar abgebildet wird und das Regress-Risiko bei der Verordnung der teilweise teuren Wundauflagen wegfällt.

Dass auch kleine Schritte etwas bewegen können, zeigt die Entwicklung der Vakuumversiegelungstherapie im ambulanten Bereich. Nachdem auf Beschluss des GBA Ende 2020 eine Abrechnungsmöglichkeit für die Unterdruckbehandlung chronischer Wunden in den EBM aufgenommen wurde zeigt eine aktuelle Auswertung der KBV, dass diese segensreiche Therapie vor allem von niedergelassenen Chirurgen tausendfach und mit durchschnittlich 50.000 Behandlungstagen jährlich angewandt wird.

Vielleicht wachen Sie ja also demnächst auf, das Murmeltier grüßt nicht mehr, und die Therapie chronischer Wunden ist durch einen bundesweiten und alle Krankenkassen umfassenden Versorgungsvertrag optimal geregelt. Das wünsche ich Ihnen und allen Betroffenen von Herzen. Der BDC wird jedenfalls jeden Schritt in diese Richtung unterstützen.

Ich hoffe, dass wir uns auf dem 140. Deutschen Chirurgenkongress (DCK) 2023 in München sehen werden. Der BDC ist dort mit mehreren **Vortragssitzungen** vertreten.

Bis dahin grüße ich Sie im Namen des BDC-Vorstands

Ihr  
Peter Kalbe



A close-up, low-angle shot of three surgeons in an operating room. They are wearing blue surgical caps and masks, looking down intently. The lighting is bright and clinical. The image has a strong blue color cast.

# ANSCHNITT

[chirurgIn-werden.de](http://chirurgIn-werden.de)

**Wage den Schnitt!**

## 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/Esra Sen Kula

## 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

### 1 EDITORIAL

1 Und täglich grüßt das Murmeltier ... *Peter Kalbe*

### 6 KURZNACHRICHTEN

### 8 CHIRURGIE

8

#### EINBLICKE IN DIE STATIONÄRE BEHANDLUNG VON WUNDEN

*Stefan Riedl*

12

#### VERSORGUNG VON CHRONISCHEN WUNDEN IN DER CHIRURGISCHEN PRAXIS

*Björn Ackermann*

17

#### INNOVATIONSFONDSPROJEKT HOLT DIE WUNDBEHANDLUNG ZURÜCK IN DIE ARZTPRAXIS

*Stefanie Hornemann, Julia Berg,  
Janina Schumacher, Dr. Bernhard Rochell*

21

#### DIGITAL UND VERNETZT – BESONDERE VERSORGUNG CHRONISCHER WUNDEN

*IVPNetworks*

23

#### ERFAHRUNGSBERICHT SELEKTIVVERTRAG „INNOVATIVE WUNDVERSORGUNG DAK UND IKK CLASSIC“

*Gemeinschaftspraxis Volkertshausen*

27

#### KOMMENTAR – NEUBEWERTUNG VON HYGIENEVORGABEN ANGESICHTS DER KLIMAKRISE

*Ursula von Gierke*



## 30 CHIRURGIE<sup>+</sup>

- 30 Webinare in der BDC|eAKADEMIE
- 32 **Hygiene-Tipp:** Versorgung chronischer Wunden  
*Axel Kramer, Julia Seifert*
- 35 **Abrechnung:** Neues im EBM ab 2023  
*Peter Kalbe, Ralf Schmitz*
- 40 **Abrechnung:** Honorarberichte der KBV  
Quartal 2 und 3/2021 *KBV*
- 41 Personalia
- 42 RECHT**
- 42 **F+A:** Haftung bei Oberarztstätigkeit  
an zwei Standorten *Jörg Heberer*
- 43 **F+A:** Einsichtnahme in Patientenakte  
durch betäubungsmittelrechtliche  
Kontrollbehörde zulässig *Jörg Heberer*

## 45 GESUNDHEITSPOLITIK

- 45 Offener Brief - Den Deutschen Irrweg  
in der Organspendepolitik beenden  
*Bündnis ProTransplant*
- 48 KV-Wahlen: BDC-Mitglieder  
in den Vertreterversammlungen *Olivia Päßler*

## 49 INTERN

- 49 DGCH**
- 49 Sehr persönlich nachgefragt bei Jörg Heckenkamp
- 50 Rekrutierende multizentrische chirurgische  
Studien in Deutschland *Solveig Tenckhoff*
- 52 Spendenaufruf und  
Bausteine Langenbeck-Virchow-Haus
- 57 DGCH-Präsidium ab 01. März 2023
- 59 Meine Daten haben sich geändert
- 60 BDC**
- 60 BDC|News
- 61 **BDC|Pressemitteilung:** Ausschreibung  
Journalistenpreis 2023
- 62 Dr. Peter Kalbe jetzt im Ruhestand *Kerstin Lange*
- 64 BDC|Landesverbände
- 66 Termine BDC|Akademie
- 69 Lifestyle-Angebote im April 2023

## 70 PANORAMA

- 70 **BDC-Praxistest:** Die Generationen Z  
und Alpha ticken digital *Anja Lüthy, Julia Böttcher*

## AKTUELLE UMFRAGE

### Intensivmedizinische Perioperative Betreuung

Bei zahlreichen operativen Eingriffen hat die perioperative intensivmedizinische Betreuung einen bedeutenden Anteil am Gesamterfolg der Behandlung. Die Frage, ob die intensivmedizinische perioperative Betreuung unter der Regie eines chirurgischen Intensivtherapeuten oder aber federführend durch Spezialisten anderer Fachabteilungen, zumeist Anästhesisten, erfolgen sollte, stand immer wieder im Zentrum teils emotional geführter Diskussionen.

Im Rahmen eines Forschungsprojektes untersucht PD Dr. Dr. med. Tobias Schulze, Wings – Hochschule Wismar, wie die perioperative intensivmedizinische Versorgung chirurgischer Patienten unter den aktuellen Rahmenbedingungen der deutschen Krankenhauslandschaft strukturell gestaltet ist. Andererseits soll die Bereitschaft evaluiert werden, sich als Chirurg:in, der/die sich ja primär für eine operative Laufbahn entschieden hat, verantwortlich in die perioperative Intensivmedizin einzubringen.

Für diese Untersuchung bitten wir um Ihre Mithilfe. Herzlichen Dank für die Teilnahme!

Hier geht's zur [Umfrage](#).



## DGAI, BDA, DGCH und BDC begrüßen Etablierung von integrierten Leitstellen und Notfallzentren – mit einer Einschränkung

**Die Verbände sehen die Qualität und Sicherstellung der Versorgung durch die Empfehlung eines eigenständigen Facharztes für Notfallmedizin in Gefahr**

Die Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung formuliert in ihrer vierten Stellungnahme Empfehlungen für eine Reform der Notfall- und Akutversorgung.

Die zugrundeliegende, differenzierte Analyse und die daraus abgeleiteten Forderungen, insbesondere zu Aufbau und Organisation flächendeckender integrierter Leitstellen sowie integrierter Notfallzentren in Krankenhäusern unterstützen die Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin e.V.

(DGAI), der Berufsverband Deutscher Anästhesistinnen und Anästhesisten e.V. (BDA), die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie e.V. (DGCH) sowie der Berufsverband der Deutschen Chirurgie e.V. (BDC) nachdrücklich.

Im Gegensatz dazu ist die darin ebenfalls enthaltene Empfehlung zur Einrichtung eines eigenständigen Facharztes für Notfallmedizin aus Sicht der unterzeichnenden Fachgesellschaften und Verbände nicht geeignet, um die gewünschte Qualität der Patientenversorgung sicherzustellen.

DGAI, BDA, DGCH und BDC sprechen sich demnach weiterhin und ohne Einschränkung für das Konzept einer notfallmedizinischen Zusatzqualifikation aus, die die Weiterbildung zum Facharzt ergänzt, aber nicht ersetzt. Die Schaffung eines neuen Facharztstitels würde zudem eine flächendeckende notärztliche Versorgung in Deutschland aufgrund des sich hieraus ergebenden Mangels an entsprechend weitergebildetem ärztlichen Personal im Kern gefährden und so auch aus diesem Grund die notfallmedizinische Versorgungsqualität verschlechtern.

Mehr Informationen via [Bundesgesundheitsministerium](#) und [Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin e.V. \(DGAI\)](#)



## Überarbeitete S3-Leitlinie für bessere Überlebenschancen von Schwerverletzten

Die Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU) hat ihre S3-Leitlinie Polytrauma/Schwerverletzten-Behandlung gemeinsam mit 25 Fachgesellschaften und Berufsverbänden überarbeitet und neu herausgegeben. Die Leitlinie bietet Medizinern Empfehlungen zur Behandlung Schwerverletzter am Unfallort, im Schockraum und im Operationssaal. Von über 330 Empfehlungen sind 69 neu und 70 auf Basis neuer



wissenschaftlicher Erkenntnisse weiterentwickelt worden. Neu hinzugekommen sind beispielsweise Empfehlungen zur prähospitalen Blutstillung.

Im AWMF-Portal befindet sich die Leitlinie in Lang- und Kurzfassung zum [Download](#). Die 4. Auflage ist gültig bis zum 30.12.2027.

Mehr Informationen: [Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie \(DGU\)](#)

## Sachverständigenrat Gesundheit und Pflege gibt Gutachten 2023 heraus

Der Sachverständigenrat Gesundheit & Pflege (SVR) hat die Krisenfestigkeit des Gesundheitssystems in Deutschland genauer untersucht. Die Ergebnisse sind in dem neuen Gutachten – „[Resilienz im Gesundheitswesen. Wege zur Bewältigung künftiger Krisen](#)“ – festgehalten, das er Januar Bundesgesundheitsminister Professor Karl Lauterbach überreicht hat. Laut SVR betreffen Ereignisse wie die Corona-Pandemie, der Krieg in Europa, Hochwasser, Waldbrände



und Hitzewellen als Folgen des Klimawandels, unterbrochene Lieferketten und Energieknappheit auch die Gesundheit der Menschen und ihre gesundheitliche Versorgung.

Gutachten: „[Resilienz im Gesundheitswesen. Wege zur Bewältigung künftiger Krisen](#)“

IM FOKUS

# Hygiene + Wund- versorgung



**Prof. Dr. med. Stefan Riedl M.Sc.**

Geschäftsführender Chefarzt des  
Allgemeinchirurgischen Zentrums  
Alb Fils Kliniken Göppingen  
Eichertstrasse 3  
73035 Göppingen  
stefan.riedl@af-k.de

# Einblicke in die stationäre Behandlung von Wunden

Stefan Riedl

**I**n der aktuellen Struktur unseres Krankenhauswesens ist die Behandlung von Wunden eine Nebensache.

Das beginnt bereits bei der schwierigen Darstellbarkeit von Wunden im DRG-System. Wunden können Haupterkrankung (z. B. nach Unfällen), Symptom einer Erkrankung (z. B. bei arterieller Gefäßerkrankung oder Diabetes mellitus) oder Komplikation einer Therapie (z. B. bei einer Wundheilungsstörung nach operativem Eingriff) sein. Eine konservative Behandlung von Extremitätenwunden führt im DRG-System zu geringeren Erlösen als eine Majoramputation, sodass eine stationäre Behandlung nicht nur mit finanziellen Fehlansätzen, sondern auch mit knapp bemessenen Liegedauern zu kämpfen hat.

Trotzdem werden innerhalb der fachabteilungsspezifischen Strukturen viele Wunden erfolgreich behandelt. Meistens wird die Wundbehandlung dabei an Pflegefachkräfte delegiert. Nicht nur wünschenswert, sondern zu fordern ist in diesem Kontext eine Fachausbildung für Pflegekräfte und Ärzte in der Behandlung von Wunden, die bisher in der Pflege, weniger aber im ärztlichen Bereich angeboten wird. Hier sind die Fachgesellschaften gefordert, die – bis auf wenige Ausnahmen – auch selbst die Wundbehandlung in ihrem Bereich als notwendiges Übel betrachten. Ein dynamisches Verbandsregime, das sich an den Wundheilungsphasen orientiert und kritisch mit der Vielfalt angebotener Verbandsmaterialien umgeht, sollte aktuell zum Standard einer Abteilung gehören. Vielerorts wird jedoch an Wunden planlos teures Verbandsmaterial eingesetzt, weil die entstehenden Kosten unter stationären

Bedingungen meistens nicht selektiv dargestellt werden können.

Heilen Wunden in der vom DRG-System vorgegebenen Liegedauer nicht, werden Patienten häufig trotzdem entlassen oder werden zum wenig gelittenen Langlieger. Das ist auch häufig das Schicksal von Patienten, die mit Problemwunden in eine stationäre Behandlung eingewiesen werden. Beim Vorliegen einer Wundheilungsstörung, d. h. einer Blockade im Phasenübergang der Wundheilung helfen die herkömmlichen medizinischen Definitionen einer Primär- und Sekundärheilung oder einer akuten und chronischen Wunde nicht weiter.

Grundlage einer erfolgreichen Therapie muss dann eine umfangreiche Diagnostik sein, die lokale, regionale und systemische Ursachen erfasst, die insgesamt die Wundheilung blockieren. Dazu ist eine interdisziplinäre Zusammenarbeit erforderlich. Nur wenige Kliniken haben Wundboards eingerichtet, die dieser Aufgabe vorbildhaft nachkommen, weil sie eine fachabteilungsübergreifende Kommunikation unterstützen. Die nachfolgende Therapie einer schwer heilbaren Wunde muss im nächsten Schritt in ihrem Ziel mit dem Patienten und seinen Angehörigen abgestimmt werden. Nicht immer können Wunden zur Abheilung gebracht werden. Vielfach ist der Erhalt eines Beins für die Lebensqualität eines Patienten so wichtig, dass eine Wunde, wenn sie stabil gehalten werden kann, in Kauf zu nehmen ist. Bei Tumorzellen geht es dagegen um Symptomkontrolle, wie Geruchs- und Exsudatbindung. In der Onkologie gehören Tumorboard und Festlegung einer kurativen, palliativen oder

Riedl S: Einblicke in die stationäre Behandlung von Wunden. Passion Chirurgie.  
2023 April; 13(04): Artikel 03\_01.



Weitere Artikel zum Thema finden Sie auf BDC|Online ([www.bdc.de](http://www.bdc.de)) unter der Rubrik Wissen | Qualität & Patientensicherheit | Hygiene.

symptomorientierten Therapie zu nicht mehr wegzudenkenden Standards. In der Wundbehandlung wird ein derartiges Vorgehen noch nicht praktiziert, obwohl dies dringend notwendig wäre.

Die Behandlung von Wundheilungsstörungen kann nur erfolgreich sein, wenn sie interprofessionell erfolgt. In vielen Kliniken ist das interprofessionelle Zusammenwirken abhängig von der gelebten Kommunikationsstruktur. Die Komplexbehandlungen geben interdisziplinäre Interaktionen vor, von denen auch Wundpatienten profitieren können. Allerdings reicht eine optimierte Pflege der Wunde und des Patienten meistens nicht aus, um eine Wundheilung zu erreichen. Häufig gibt es ein führendes Krankheitsbild, das ursächlich für die Entstehung der Wunde ist, und letztendlich das Fachgebiet definiert, in dem der Patient am besten behandelt werden kann. Das kann bei Gefäßerkrankungen die Gefäßchirurgie, bei Vaskulitiden die Dermatologie und Immunologie oder bei bereits bestehenden größeren Defekten auch die

Plastische Chirurgie sein. Viele Erkrankungen fallen in den Bereich der Allgemeinchirurgie, wobei gerade hier eine besondere Qualifikation im Umgang mit Problemwunden zu fordern ist.

Eine weitere Herausforderung der stationären Behandlung stellt sich bei der Entlassung der Patienten. Das mittlerweile etablierte stationäre Entlassmanagement hat zu wesentlichen Verbesserungen in der Versorgung von Patienten im nachfolgenden häuslichen Umfeld durch Ausstattung mit Heil- und Hilfsmitteln geführt. Der für die Wundversorgung obligate Überleitungsbogen kann jedoch die bestehenden Sektorengrenzen nicht beseitigen. Zu fordern sind sektorenübergreifende Behandlungskonzepte in Medizin und Pflege, die bisher nur an wenigen Standorten gegen den Druck der aktuell bestehenden Finanzierungssysteme entwickelt werden konnten.

Fachabteilungsbezogene Behandlungskonzepte sind nur bei Patienten mit einfachen

Wunden erfolgreich. Patienten mit Problemwunden benötigen jedoch interdisziplinäre und interprofessionelle Behandlungskonzepte, die aktuell nur in wenigen Kliniken etabliert sind. Während viele Pflegefachkräfte eine Zusatzausbildung in der Behandlung von Wunden aufweisen, sollte eine derartige Zusatzqualifikation für Ärzte aller Fachgebiete gefordert werden, die Wunden behandeln. Zu erwähnen sind Institutionen, wie die Initiative für chronische Wunden e.V. (ICW), die eine derartige Ausbildung anbieten. Aber auch die medizinischen Fachgesellschaften sind gefordert, die Behandlung von Wunden nicht mehr nur stiefkindlich zu behandeln und entsprechende Angebote in der Fort- und Weiterbildung ihrer Ärzte zu schaffen. Eine noch größere Herausforderung liegt in der Etablierung eines Qualitätsmanagements, das in der Lage ist, zur Effizienz und Effektivität von Wundbehandlungen Aussagen zu treffen. Diese Aufgabe erfordert jedoch eine sektorenübergreifende Sichtweise, von der wir in Deutschland noch weit entfernt sind.

## FALLBEISPIEL

### BEHANDLUNG EINER SCHWER HEILENDEN WUNDE

Es handelt sich um eine 78-jährige Patientin mit zwei chronischen Wunden an der linken Brustwand. Vorausgegangen ist eine Segmentresektion der linken Brust vor 17 Jahren bei Mammakarzinom mit adjuvanter Strahlentherapie und Entwicklung eines Lokalrezidivs vor drei Jahren. Dies wurde mit neoadjuvanter Chemotherapie, modifiziert radikaler Mastektomie mit Axilladisektion und nachfolgender erneuter Strahlentherapie der Thoraxwand kurativ behandelt. Eine Brustrekonstruktion mit DIEP-Lappenplastik führte wegen einer arteriellen Thrombose zur Nekrose des Transplantats. Die Patientin wird mit persistierenden Wunden an der Thoraxwand und der linken Axilla als „ausbehandelt“ in der Wundsprechstunde 05/2022 vorgestellt. (s. Abb. 1)

Zunehmende Verschlechterung nach sechs Monaten einer ambulanten Wundbehandlung unter ambulanten Bedingungen. (s. Abb. 2)



Abb. 1: Ausgangsbefund

Stationäre Aufnahme zum chirurgischen Debridement und Einsatz der Unterdrucktherapie zur Granulationsförderung. (s. **Abb. 3**)

Nach weiteren drei Monaten erfolgt wegen beginnender Arrosion der Rippe eine weitere stationäre Aufnahme mit erneutem

Debridement und Defektdeckung durch eine Omentumplastik mit nachfolgender Spalthauttransplantation (s. **Abb. 4**)

Sechs Wochen später besteht eine komplette Abheilung der Wunden nach Einheilung der Meshgraft-Plastik (**Abb. 5**)

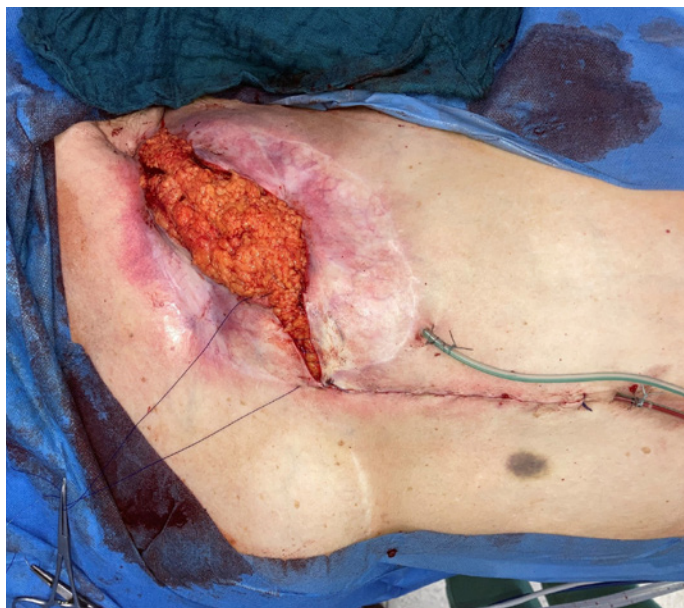
Das Fallbeispiel zeigt den Nutzen, ambulante und stationäre Therapieabschnitte in einer Hand durchführen zu können und die Wirksamkeit spezialisierter allgemeinchirurgischer Techniken.



**Abb. 2:** Chronifizierung der Wunden



**Abb. 3:** Situation nach chirurgischem Debridement mit partiellem Wundverschluss



**Abb. 4:** Intraoperatives Bild der Omentumplastik



**Abb. 5:** Brustwand zum Abschluss der Therapie



© istockphoto.com

# Versorgung von chronischen Wunden in der chirurgischen Praxis

Björn Ackermann

## ERFAHRUNGSBERICHT DER LETZTEN JAHRE

Der hier dargestellte Organisationsablauf kann und soll nur eine Möglichkeit der Organisation sein, selbstverständlich ist dieser nur auf unsere Praxis zugeschnitten, kann und muss auf die individuellen Gegebenheiten vor Ort angepasst werden. Es soll hier keine dogmatische Darstellung erfolgen.

Die Behandlung chronischer Wunden stellt für die allgemeinchirurgische Praxis (aber auch für die allgemeinmedizinische Praxis) in vielerlei Hinsicht eine große Herausforderung dar. Die Flächenabdeckung mit Einrichtungen, die sich dieses Behandlungsfeld zu eigen gemacht haben, ist sehr gering. Es ist zu erwarten, dass die Anzahl der Patienten in denjenigen Praxen, die sich um chronische Wunden kümmern, in die Höhe schnellen werden.



**Dr. med. Björn Ackermann**  
Regionalvertreter Niedergelassene im  
BDC|Bremen  
MVZ Rohdestraße  
27472 Cuxhaven  
dr.bjoernackermann@web.de

Ackermann B: Versorgung von chronischen Wunden in der chirurgischen Praxis. *Passion Chirurgie*. 2023 April; 13(04): Artikel 03\_02.



Weitere Artikel zum Thema finden Sie auf BDC|Online ([www.bdc.de](http://www.bdc.de)) unter der Rubrik Wissen | Qualität & Patientensicherheit | Hygiene.

Dies kann betriebswirtschaftlich auch Vorteile für die beteiligten Praxen mit sich bringen. Patienten mit chronischen Wunden können neben dem reinen Verbandwechsel auch abrechenbare Leistungsziffern (Débridement, Minor-Amputationen) oder gar extrabudgetäre Erlöse, wie z. B. bei der ambulanten Vakuumtherapie, generieren.

Darüber hinaus sorgt das für die Behandlung von Patienten mit chronischen Wunden erforderliche Netzwerk für eine positive Außendarstellung der Praxis und generiert hierüber auch andere Patienten bzw. vermehrte Zuweisungen.

Denn das „A“ und „O“ für eine erfolgreiche Wundbehandlung ist ein gutes Netzwerk zwischen ärztlichen Kollegen, Pflegediensten, Podologen, Ernährungsberatern und ggf. Homecare-Unternehmen. (Diese grundsätzlich abzulehnen wäre falsch).

Schlussendlich macht die Behandlung von Patienten mit chronischen Wunden in größerer Zahl nur Sinn, wenn der Aufwand in der Praxis auf ein Minimum reduziert wird und die Behandlung außerhalb der Praxis so professionell als möglich durchgeführt wird, ohne die Ressourcen der Praxis zu belasten. Gerade hier kann die Zusammenarbeit mit einem guten Homecare-Unternehmen meiner Meinung nach den Unterschied machen.

Auch die sektorenübergreifende Versorgung findet in der Behandlung von chronischen Wunden ein Paradebeispiel. Gleichzeitig stellt diese Schlüsselposition aber auch ein großes Problem in der Versorgung dar.

Die Kommunikation mit den Kliniken ist leider an vielen Stellen mangelhaft. Eine gegenseitige Schuldzuweisung bei Therapieproblemen ist hier nicht zielführend. Vielmehr muss versucht werden, die Kommunikation dahingehend zu verbessern, dass die Versorgung von Hand zu Hand gewährleistet ist.

An erster Stelle erscheint mir hier eine persönliche Vorstellung und Kontaktaufnahme des Praxisarztes mit dem ärztlichen Klinikpersonal sinnvoll und dies sollte vom Chefarzt über den Oberarzt bis in die Assistenzarzt-Ebene

reichen, da hier in Bezug auf Entlassungszeitpunkt überwiegend die Therapie-Entscheidungen getroffen werden. Ein vorzeitiges „mit ins Boot holen“ der weiterbehandelnden Praxis vor der Entlassung ist hier nicht nur wünschenswert, sondern für den Behandlungsverlauf und die Ressourcenplanung extrem wichtig.

Insbesondere bei einer Therapie mit einer Vakuumpumpe ist eine „Vorwarnung“ essenziell, da die ambulante Pumpe im Idealfall in der Klinik schon angelegt werden muss. Außerdem muss das Verbrauchsmaterial für die ambulante Versorgung bestellt werden.

Hier waren bei uns in der Vergangenheit große Missverständnisse auch in Bezug auf die gesetzlichen Vorgaben aufgetreten. Dies führte tatsächlich sogar bis zum Verlust von Vakuumpumpen, was sicher vermieden werden muss.

Eine gut ausgebildete Wundexpertin (ggf. ein kooperierendes Homecare-Unternehmen) kann grundsätzlich den Patienten sogar in der Klinik vor Entlassung aufsuchen und beurteilen. Essenziell erscheint mir hier die Nutzung von standardisierten Überleitungsprotokollen oder der elektronischen Einsicht in das Dokumentationssystem des Leistungserbringers („Webakte“).

Regelmäßiger Austausch und Fortbildungen (z. B. in Form eines Wundforums oder eines Wundstammtisches) sind essenziell und bieten die Möglichkeit der Bindung von Zuweisern und anderen Leistungserbringern.

## ORGANISATION UND ABRECHNUNG

Organisatorisch und abrechnungstechnisch gibt es viele Dinge zu beachten. In der Praxis hat es sich bewährt, an beispielsweise zwei Tagen in der Woche eine Wundsprechstunde durchzuführen. Diese sollte durch ausgebildete Wundmanager (z. B. ICW=Initiative chronische Wunde) in Zusammenarbeit mit dem Arzt durchgeführt werden.

Pro Patienten ist hier eine Behandlungszeit, natürlich in Abhängigkeit vom Befund, von

## Therapievorschlag Wundversorgung

| Patient   |  |
|-----------|--|
| Name      |  |
| Vorname   |  |
| Geb. am   |  |
| Gültig ab |  |

| Wundlokalisierung |
|-------------------|
|                   |

| Verbandwechselintervall |
|-------------------------|
|                         |

**Beim Verbandwechsel sind die jeweiligen Hygienerichtlinien zu berücksichtigen!!!**

| Ablauf                                                                                                                                                                                  |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 1. Sterile Komresse mit Wundspüllösung <u>Lavanox Wundspüllösung</u> anfeuchten und nach vorgegebener Einwirkzeit auf den Wunden belassen. Reinigen des Wundgrundes und des Wundrandes. |  |
| 2. Wundrand-schutz                                                                                                                                                                      |  |
| 3. Wundfüller                                                                                                                                                                           |  |
| 4. Wundauflage                                                                                                                                                                          |  |
| 5. Sekundär-verband                                                                                                                                                                     |  |
| 6. Zusätzliche Fixierung                                                                                                                                                                |  |
| 7. Kompression                                                                                                                                                                          |  |
| 8. Bemerkungen                                                                                                                                                                          |  |

**Bitte bei bedenklichen Veränderungen der Wunde Kontakt mit Ihrem care:manager (s. o.) aufnehmen!**

Abb. 1: Formular für „Therapievorschlag Wundversorgung“ aus dem Überleitungsprotokoll

| Patientendaten |                     |     |
|----------------|---------------------|-----|
| Name           | Vorname             |     |
| Geburtsdatum   | Geschlecht          |     |
| Straße         | PLZ                 | Ort |
| Telefon        |                     |     |
| Angehöriger    | Telefon Angehöriger |     |

| Hausarzt |  |                 |         |
|----------|--|-----------------|---------|
| Stempel  |  |                 |         |
|          |  |                 |         |
|          |  |                 |         |
|          |  |                 |         |
|          |  |                 |         |
|          |  |                 |         |
|          |  | Ansprechpartner | Telefon |

**Versorgung notwendig im Bereich:**

Wundversorgung:

- ☐ sek. heilende Wunde
- ☐ Ulcus cruris
- ☐ DFS
- ☐ Dekubitus

Sonstiges:

- ☐ Inkontinenz
- ☐ enterale Ernährung
- ☐ parenterale Ernährung
- ☐ pharmazeutische Therapien
- ☐ Stoma
- ☐ Tracheostoma

**sonstige Diagnose(n)** (Diabetes, PAVK, Allergien,...): \_\_\_\_\_

**sonstige Kommentare:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Patientenstammblatt Praxis neutral - Stand 11/2020

Abb. 2: Formular „Patientenstamm“ aus dem Überleitungsprotokoll

etwa 30 Minuten bei komplexeren Verbänden auszusetzen. In vielen Fällen sind über diese zwei Verbandwechsel hinaus weitere Verbandwechsel in der Häuslichkeit notwendig. Hier kann die Praxis unterstützend und führend für den Pflegedienst sein. Eine saubere Dokumentation, einschließlich Fotodokumentation, (und Überleitung von der Praxis in den Pflegedienst) ist unbedingt notwendig, insbesondere, um für Nachfragen des medizinischen Dienstes der Krankenkassen gerüstet zu sein.

Ein weiterer wichtiger Punkt ist die Unterhaltung eines intrakollegialen Netzwerkes, um weitere Diagnostik, die nicht selber erbracht kann, durchführen zu können. Bei den betroffenen Patienten ist häufig die Grunderkrankung (z. B. Diabetes mellitus, pAVK, venöse Insuffizienz) nicht optimal diagnostiziert und therapiert.

Leider ist es rechtlich nicht möglich, einen großen Vorrat an Wundtherapeutika in der Praxis zu bevorraten. Wir sind dazu übergegangen, die Wundtherapeutika den Patienten zu rezeptieren. Die Patienten bringen dann einen Teil ihrer Therapeutika mit und diese werden unter dem Namen des Patienten in der Praxis gelagert. Ein Lager in den Seniorenheimen hat sich als nicht sinnvoll erwiesen, da es hier häufig zur Bedarfsdeckung verschiedener Wundtherapeutika unter anderen Bewohnern kommen kann. Dies ist somit nur sinnvoll unter Einbeziehung eines Homecare-Kooperationspartners, der diesen Aspekt steuert.

Des Weiteren stellt sich die ambulante Versorgung in Senioren- und Pflegeheimen als

ziemlich kompliziert dar, da die Ausbildung des Pflegepersonals noch nicht auf dem Standard ist, auf dem er sein könnte. Die personelle Unterversorgung spielt hier ebenfalls eine Rolle. Auch hier ist die Schulung des Pflegepersonals durch den Wundexperten vor Ort möglich und sinnvoll. Das Niveau der Kenntnisse und Erfahrungen im stationären und im ambulanten Pflegedienst ist in Bezug auf die Versorgung von chronischen Wunden sehr inhomogen. Leider werden Wundtherapeutika teilweise trotz vorhandener Therapiepläne sehr unreflektiert appliziert. Dieses führt bestenfalls zum Stillstand in der Heilung, häufig aber auch zu Rückschritten. Auch die ursächliche Therapie, wie beispielsweise die Kompressionstherapie, die Schuhversorgung, etc. wird oftmals vernachlässigt.

Man muss leider auch sagen, dass die Behandlung von Patienten mit chronischen Wunden hohe Kosten verursacht. Die Kostenträger drohen zuweilen mit einem Regress, der nur durch die exakte Dokumentation abzuwenden ist. Die Therapie muss nachvollziehbar sein. Eine Fotodokumentation ist hier sehr aussagekräftig und dringend zu empfehlen.

Mit der Genehmigung der Vakuumtherapie (2020 durch den GBA) im ambulanten Setting ist uns eine weitere gute Therapieoption an die Hand gegeben worden. Die Krankenhäuser und auch die Patienten profitieren von den kürzeren Verweilzeiten im Krankenhaus. Insgesamt wird die Therapie dadurch günstiger. Allerdings kann dieser Benefit nicht zu Lasten der ambulanten Versorgung gehen. Grundsätzlich ist die Vakuumtherapie zwar

seit Oktober 2020 im EBM einigermaßen kostendeckend honoriert. Sobald aber vom Standard abgewichen werden muss, was nicht so selten vorkommt, und z. B. zwei Schwamm-systeme oder mehrere Kanister pro Woche zum Einsatz kommen, droht ein betriebswirtschaftliches Defizit. Bisher konnten wir die Krankenkassen immer von einer Kostenübernahme im Einzelfall überzeugen. Es wurden hier aber nur die Sachkosten und nicht die zusätzliche Arbeitszeit ausgeglichen. Es muss hier im Bereich des EBM nachjustiert werden – eine Aufgabe für die Berufsverbände und die KBV.

## FAZIT

Die chronische Wunde ist ein dynamischer Prozess. Immer wieder kommt es zu einer erneuten Evaluation der Wunde mit entsprechender therapeutischer Konsequenz. Die Therapie lebt vor allem auch von der Erfahrung der ärztlichen und nichtärztlichen Therapeuten. Das ist der Grund dafür, dass wir in unseren Praxen das Personal schulen und außerhalb der Praxis die Zusammenarbeit mit geschultem Personal suchen müssen.

Im Bereich der KV Bremen läuft zurzeit ein Projekt zur Verbesserung der Wundversorgung im Rahmen eines Selektivvertrages. Weitere Informationen finden Sie unter diesem Link [Start des Innovationsfonds-Projekts „IP-Wunde“- KVHB Bremen](#) und in den nachfolgenden beiden Artikeln in dieser Zeitschrift. ○



**BDC** | Berufsverband der Deutschen Chirurgie e.V.

## Präsenz-Seminar

Wissenschaftliche Leitung:  
Prof. Dr. med. Hans-Bernd Reith  
PD Dr. Dr. Uwe Roblick

**Klick!  
Jetzt  
anmelden!**

## Basischirurgie

Hamburg, 04. – 06. Mai 2023



© iStock/Cecillie\_Arcus

# Innovationsfondsprojekt holt die Wundbehandlung zurück in die Arztpraxis

Stefanie Hornemann, Julia Berg, Janina Schumacher, Dr. Bernhard Rochell

**D**ie Kassenärztliche Vereinigung Bremen (KVHB) und eine Reihe von Partnern haben vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) den Zuschlag über 5,5 Millionen Euro für das Projekt „IP-Wunde“ erhalten – „Infrastruktur und Prozesse für optimierte Versorgung von Patienten mit chronischen Wunden – dezentral und regelversorgungsnah in Bremen: IP-Wunde“. Beteiligt sind neben der KVHB die AOK Bremen/Bremerhaven, das

Kompetenzzentrum für Klinische Studien Bremen und die Hamburger Firma IVP Networks.

Im **Innovationsfondsprojekt IP-Wunde** wurde ein flächendeckendes Behandlungernetzwerk aus initial sieben ambulanten, spezialisierten Wundpraxen (SWP) im Land Bremen aufgebaut, welches zur Verbesserung der Wundversorgung führen soll.



**Korrespondierende Autorin:**

**Stefanie Hornemann**

Kassenärztliche Vereinigung Bremen  
Schwachhauser Heerstr. 26/28  
28209 Bremen  
S.Hornemann@kvhb.de



**Julia Berg**

Kassenärztliche Vereinigung Bremen

Hornemann S, Berg J, Schumacher J, Rochell B:  
Innovationsfondsprojekt holt die Wundbehandlung  
zurück in die Arztpraxis. Passion Chirurgie.  
2023 April; 13(04): Artikel 03\_03.



Weitere Artikel zum Thema finden  
Sie auf BDC|Online ([www.bdc.de](http://www.bdc.de))  
unter der Rubrik Wissen | Qualität &  
Patientensicherheit | Hygiene.

Primärversorgende Haus- und Facharztpraxen haben die Möglichkeit ihre Patient:innen an eine SWP weiterzuleiten und bleiben gleichzeitig Teil des Behandlernetzwerks. Die ausführliche Ursachenklärung und die Ausarbeitung individueller Behandlungspläne sollen eine schnellere Wundheilung erzielen. Da die Behandlung von chronischen Wunden komplex ist, wird die fachübergreifende Kommunikation zwischen den Behandelnden durch eine digitale Wundfallakte ermöglicht, in die auch die Patient:innen Einsicht haben.

## 2,5 MILLIONEN BETROFFENE IN DEUTSCHLAND

Bislang gibt es jenseits individuellen Engagements keine einheitlich strukturierte, regelbasierte fachgruppenübergreifende Zusammenarbeit entlang definierter Behandlungspfade. Dabei leben einer Schätzung zufolge 2,5 Millionen Menschen in Deutschland mit chronischen Wunden, die zum Beispiel an einem Ulcus cruris, dem diabetischen Fußsyndrom, der arteriellen Verschlusskrankheit oder Dekubitus leiden. Meist sind es ältere Menschen, deren Grunderkrankung wie bspw. Diabetes mellitus eine gute Wundheilung behindert. In der Freien Hansestadt Bremen sind das etwa 25.000 Menschen.

In vielen Fällen wird die Einbindung verschiedener Akteure wie ärztlicher und nicht-ärztlicher Leistungserbringer erforderlich. Die entsprechende fachliche Spezialisierung bei der Therapieführung und eine über alle Akteure hinweg transparente und koordinierte Behandlung sind unerlässlich.

In der Versorgungsrealität fehlt es oft an klarer Ursachen- und Zielorientierung, systematischer Berücksichtigung leitliniengerechter Versorgung, transparenter Dokumentation und Standardisierung der Datensätze sowie ausreichender Kommunikation und Koordination zwischen den Akteuren. Die Versorgung erfolgt bei verschiedenen Ärzteguppen mit geringen Fallzahlen und wenig Spezialisierung. Zudem sind manche Praxen und Pflegedienste bzgl. räumlicher Ausstattung und Ablauforganisation nicht ideal auf die Versorgung chronischer Wunden ausgerichtet.

Die Konsequenzen der Unter- und Fehlversorgung sind relevant: lange Anschlusszeiten bis zur fachärztlichen Behandlung, im Durchschnitt 3,5 Jahre [1], hohe Fallkosten in Höhe von ca. 10.000 € pro Patienten und Jahr [2, 3, 4] sowie erhebliche Komplikationen. Nur ein geringer Teil der Patient:innen mit Ulcus Cruris und diabetischem Fußsyndrom wird adäquat versorgt. Jährlich könnte bspw. ein beträchtlicher Anteil der etwa 32.000 diabetesassoziierten Amputationen vermieden werden, wenn eine frühzeitige, sachgerechte Behandlung durchgeführt würde [5].

## INTERESSENKONFLIKTE WEGEN DER WUNDVERBÄNDE

In diesem Marktumfeld haben sich Strukturen institutioneller Anbieter (z. B. Home Carer, Hersteller, Sanitätshäuser etc.) etabliert, die den Haus- und Facharztpraxen Unterstützung anbieten (z. B. durch Wunddokumentation, Produkt- und Anwendungsberatung, Verbandwechsel, Produktlogistik etc.). Oft werden solche Services aus Margen im Produktverkauf von Verbandmitteln und somit über Absatzmengen finanziert. Es resultieren Interessenskonflikte hinsichtlich eines kosten- und mengenbewussten Einsatzes von Verbandmitteln und anderer heilungsverkürzender Maßnahmen. Laut AOK Bremen/Bremerhaven entfallen von den durchschnittlichen Jahreskosten allein 48 Prozent auf die Kosten für Verbandmittel. Der Anteil der Gesamtkosten, der auf eine Krankenhausbehandlung entfällt liegt bei 44 Prozent. Der Anteil der Jahreskosten, der auf Pflegehonorare und ärztliche Honorare entfällt, liegt bei 4 bzw. 3 Prozent.

## FÖRDERUNG FÜR DIE NÄCHSTEN DREI JAHRE

Das innovative Projekt IP-Wunde läuft über einen Zeitraum von drei Jahren, in dem eine strukturierte flächendeckende Wundversorgung im Land Bremen erschaffen und ausgebaut wird. Dafür wurde ein Behandelnetzwerk von bisher sieben ambulanten, spezialisierten Wundpraxen - davon 5 x in Bremen und 2 x in Bremerhaven - aufgebaut. Die SWP verfügen nicht nur über ausreichend personelle und räumliche Kapazitäten,

sondern insbesondere über Ärzte/Ärztinnen und medizinische Fachangestellte mit ICW-Wundfortbildung oder vergleichbarer Fortbildung. Hausärzte/-ärztinnen und Fachärzte/-ärztinnen der Fachgruppen: Innere Medizin, Dermatologie, Chirurgie, Gynäkologie, Orthopädie und Diabetologie können seit dem 01.07.2022 am Projekt teilnehmen und Patient:innen mit einer chronischen Wunde in das Projekt einschreiben. Primärversorgende Haus- und Fachärzte/-ärztinnen können die eingeschriebenen Patient:innen nach dem Erstkontakt an eine SWP weiterleiten und gleichzeitig Teil des BehandlerNetzwerks bleiben. Die ausführliche Ursachenklärung und die Ausarbeitung individueller Behandlungspläne sollen eine schnellere Wundheilung erzielen.

## DIGITALE WUNDFALLAKTE FÜR DAS NETZWERK

Die Behandlung von chronischen Wunden ist komplex und erfordert eine fachübergreifende Kommunikation zwischen den Behandelnden. Um diese zu ermöglichen, greift IP-Wunde auf die digitale Wundfallakte IVPnet zurück. Sie dient als gemeinsame Behandlungsplattform, in der alle zur Diagnostik und Therapie notwendigen Daten der jeweiligen Patient:innen strukturiert erfasst und gespeichert werden. Die am IP-Wunde-Netzwerk beteiligten Mediziner:innen können jederzeit darauf zugreifen und ihre Expertise einbringen. Die Patient:innen werden dann bedarfsorientiert von den Wundexpert:innen in einer SWP oder gemeinsam mit den Haus- und Fachärzten/-ärztinnen behandelt. Im Rahmen von IP-Wunde können auch integrierte Kommunikationsmöglichkeiten wie die Videosprechstunde bspw. für immobile Patient:innen oder ein digitales Wundboard bei komplexen Heilungsverläufen genutzt werden. Ebenso können die Betroffenen mittels Patientenzugang einen unkomplizierten Zugriff auf die eigene Patientenakte erhalten.

## NEUE VERSORGUNGSSTRUKTUR WIRD EVALUIERT

Das innovative Projekt IP-Wunde versucht zudem die Versorgung konkret und messbar

zu verbessern. Es ist in eine cluster-randomisierte Studie eingebettet und wird durch das Kompetenzzentrum für Klinische Studien Bremen wissenschaftlich begleitet. Die Evaluation ist in Form eines modifizierten Stepped-Wedge-Designs mit einer Gesamtstudiendauer von 27 Monaten angelegt. Im geplanten Design erfolgt die Einschreibung in das Versorgungskonzept IP-Wunde bei ca. ein Drittel der Primärversorgerpraxen direkt bei Studieneinschluss und bei ca. zwei Drittel der eingeschlossenen primärversorgenden Praxen um sieben Monate verzögert, d. h. erst im achten Monat seit Studienteilnahme. Die zuletzt genannten Primärversorgerpraxen rekrutieren bis zum siebten Monat Patient:innen für die Kontrollgruppe. Die Behandlung der Kontroll-Patient:innen erfolgt durchgängig nach dem derzeit üblichen Behandlungspfad, ohne in die Intervention einzuschreiben. Ob ein Primärversorger sofort oder verzögert am Versorgungskonzept IP-Wunde teilnehmen kann und in welchem der ersten neun Monate der Einschluss in die Studie erfolgt, wird per Zufall entschieden.

## IP-WUNDE FÖRDERT DIE WEITERBILDUNG

Ein weiterer Teil des IP-Wunde Projektes ist neben der Schaffung nachhaltiger Versorgungsstrukturen auch die Qualifizierung der Ärzteschaft und medizinischer Fachangestellter. In Kooperation mit der Ärztekammer Bremen konnten die ersten beiden Wundmanagement-Kurse für medizinische Fachangestellte angeboten werden, die jeweils vollständig ausgebucht waren. Um der Nachfrage gerecht zu werden, sind weitere Kurse in Planung.

## LEBENSQUALITÄT BETROFFENER SOLL VERBESSERT WERDEN

Ziel des Projektes ist es, Wundschmerzen, Heilungsdauer und die Gefahr von Komplikationen bei den Betroffenen deutlich zu verringern und so ihre Lebensqualität zu verbessern. Die im IP-Wunde Projekt geschaffene hohe Qualität in der Wundbehandlung kombiniert mit der digitalen Unterstützung durch IVPnet schafft nicht nur transparente Teilhabe



**Janina Schumacher**  
Kassenärztliche Vereinigung Bremen



**Dr. Bernhard Rochell**  
Kassenärztliche Vereinigung Bremen

an der Behandlung aller Beteiligten, sondern verbessert zudem sowohl die Akzeptanz von Leistungsanbietern als auch die Zufriedenheit der Patient:innen.

Nach den ersten sechs Monaten Projektlaufzeit lässt sich bereits eine positive Bilanz ziehen. Über 40 Bremer Haus- und Facharztpraxen sind Teil des Behandlernetzwerks und haben über 100 Patient:innen im Rahmen des Projektes behandelt.

## LITERATUR

- [1] Storck M., Dissemond J., Gerber V., Augustin M., Expertenrat Strukturentwicklung Wundmanagement: Kompetenzlevel in der Wundbehandlung. Gefäßchirurgie 2019; 24: 388–389.
- [2] Diener, H., Debus E., Herberger S.K., Heyer K., Augustin M., Tigges W., Karl T., Storck M.: Versorgungssituation gefäßmedizinischer Wunden in Deutschland. Gefäßchirurgie 2017
- [3] Fischer T.; Baczako A., Konstantinow A., Volz T.: Chronische Wunden richtig behandeln. Hautnah dermatologie 2019; 35 (5): 44–51
- [4] Aykac, V.: Versorgung chronischer Wunden. Klinikarzt 2017; 46 (12): 630–634
- [5] Augustin M., Mayer G, Wild T.: Herausforderungen der alternden Haut- Versorgung und Therapie am Beispiel des UC. Hautarzt 2016; 67: 160–168 



## 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



# Digital und vernetzt – Besondere Versorgung chronischer Wunden

IVPNetworks



**IVPNetworks GmbH**  
 Conventstr. 8 – 10 Haus D  
 22089 Hamburg  
[www.ivpnetworks.de](http://www.ivpnetworks.de)  
[wundversorgung@ivpnetworks.de](mailto:wundversorgung@ivpnetworks.de)  
 Netzwerkpartnerhotline:  
 040 / 60 77 222 21

Die Versorgung chronischer Wunden stellt nicht nur für Patient:innen und Angehörige eine Belastung dar, sondern fordert auch ärztliches und pflegerisches Personal in ihrem Arbeitsalltag. Der bundesweit gültige besondere Versorgungsvertrag „Innovative Wundversorgung – gut vernetzt, besser verheilt“, den das Hamburger

Unternehmen IVPNetworks GmbH im Auftrag der DAK Gesundheit und der IKK classic umsetzt, geht einen neuen Weg in der Versorgung chronischer Wunden. IVP hat Erfahrung bei der Umsetzung solcher Konzepte – seit über 10 Jahren entwickelt das Team individuelle Programme jenseits der Regelversorgung.



IVPNetworks: Digital und vernetzt –  
 Besondere Versorgung chronischer Wunden.  
 Passion Chirurgie. 2023 April; 13(04):  
 Artikel 03\_04.



Weitere Artikel zum Thema finden  
 Sie auf BDC|Online ([www.bdc.de](http://www.bdc.de))  
 unter der Rubrik Wissen | Qualität &  
 Patientensicherheit | Hygiene.

Abb. 1.: Deutschlandweites Behandlernetzwerk

Vernetztes Arbeiten ist das zentrale Ziel des seit 2017 bestehenden Programms, dem bundesweit über 260 Leistungserbringer aller einschlägigen Fachrichtungen angehören. Um Transparenz zu schaffen, wurde eine digitale Wundfallakte aufgesetzt, die Praxispersonal, Pflegefachkräfte, Lieferanten und ggf. externe Medizinprodukteberater:innen gemeinsam nutzen. Die Patienteneinschreibung erfolgt durch den behandelnden Arzt, der jederzeit die Verantwortung in der sektorenübergreifenden Versorgung behält. Verbandstoffe werden phasengerecht über die Akte elektronisch und ohne Budgetdruck vom behandelnden Arzt verordnet, sodass auch teurere Verbandmittel zum Einsatz kommen können, sofern ihre Anwendung einen Heilungserfolg

verspricht. Die Patient:innen erhalten die Produkte zuzahlungsfrei. Regelmäßige Wunddokumentationen zur Verlaufskontrolle werden entweder von der behandelnden Arztpraxis, einem wundversierten Pflegedienst oder Medizinproduktberater:innen erstellt – die Entscheidung darüber fällt die behandelnde Person. Die Patient:innenversorgung und die Dokumentation im Rahmen des Programms werden für die teilnehmenden Leistungserbringer Add-on vergütet.

Im Rahmen digitaler Fallkonferenzen ist der Austausch mit ärztlichen Kolleg:innen über die Plattform möglich. Über die integrierte KBV-zertifizierte Videotelefonie können Videotermine mit den Patient:innen

vereinbart werden. Um die Transparenz im Versorgungsgeschehen für die Patient:innen zu erhöhen, wurde die Möglichkeit eines Patientenzugangs zur Wundfallakte geschaffen.

Bereits mehr als 1000 Wunden wurden im Rahmen des Selektivvertrages seit Vertragsstart versorgt. Die Bandbreite der Diagnosen reicht von chronischen Wunden bei diabetischem Fußsyndrom, Ulcus cruris und Dekubitus über postoperative Wunden bis hin zu Wundheilungsstörungen.

Weitere Informationen zum Programm bietet die Webseite <https://www.innovative-wundversorgung.de/>. 



**BDC** | Berufsverband der Deutschen Chirurgie e.V.

# Live-Webinar

Wissenschaftliche Leitung:  
Dr. med. Peter Kalbe,  
Dr. med. Jörg-A. Rüggeberg

## Praxis-Optimierung

Modul 1 – 3  
03., 10. und 24. Mai 2023

**Klick!**  
Jetzt anmelden!

Abb.2: Ausschnitt digitale Wundfallakte



# Erfahrungsbericht Selektivvertrag „Innovative Wundversorgung DAK und IKK classic“

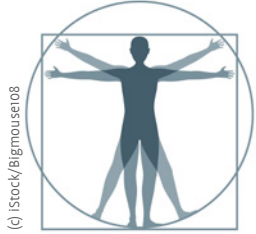
Gemeinschaftspraxis Volkertshausen



Die Gemeinschaftspraxis Volkertshausen nimmt am Selektivvertrag „Innovative Wundversorgung“ teil und die

Redaktion hat ein paar Fragen zur Handhabung gestellt. Im Folgenden werden die Fragen beantwortet.

## ZUM GpV



**Gemeinschaftspraxis  
Volkertshausen**  
Bärenloh 7  
78269 Volkertshausen  
info@gemeinschaftspraxis-  
volkertshausen.de

**Passion Chirurgie:** *Wie läuft die Vernetzung in der praktischen Umsetzung? Wie wird die Wundexpertise der verschiedenen Akteure zusammengeführt?*

**Praxis:** Alle beteiligten Akteur:innen arbeiten mit einer gemeinsamen digitalen Plattform. Dies ist vor allem dann sinnvoll, wenn Pflegedienste oder Medizinproduktehersteller mit eingebunden sind. Sollte unsere Praxis bei einem Patienten die regelmäßige Wunddokumentation nicht selbst übernehmen können, weiche ich auf andere Netzwerkpartner aus, kann in der Plattform aber den Fortschritt der Heilung verfolgen. Auf Basis der eingetragenen Wunddokumentationen und weiteren Informationen tätige ich die Verordnungen für Verbandmittel über die digitale Plattform.

**PC** *Welche Vorteile haben die Ärzte bezüglich der Dokumentation und des Abrufens des Wundstatus?*

**P** Ich habe die Möglichkeit, alles in einer Akte abzurufen und mir auf diesem Weg schnell ein Bild über den Verlauf der Wunde machen zu können. Gerade durch die Bilder und die Abmessungen kann ich gut einschätzen, ob die Wunde sich verbessert hat und wie der aktuelle Zustand der Wunde ist.

**PC** *Wie funktioniert die digitale Wundplattform? Welche Elemente dort sind besonders sinnvoll?*

**P** Es sind alle Informationen der Patient:innen in dieser Plattform hinterlegt (persönliche Daten, Versichertendaten, Wunddaten etc.). Dort kann ich neue Patient:innen einschreiben, um dann die Versorgung zu starten. Wie schon erwähnt, habe ich die Möglichkeit direkt im System ärztliche Verordnungen zu tätigen, die dann von einem ausgewählten Lieferanten umgehend an die gewünschte Adresse geliefert werden. Besonders die Wunddokumentation ist ein wichtiger Baustein, um eine Verlaufsdiagnostik vornehmen zu können und den Fortschritt mittels Bilder zu dokumentieren.

**PC** *Wie kann eine optimale Auswahl der Verbandsstoffe über die Innovative Wundversorgung sichergestellt werden?*

**P** In dem Feld, in dem ich die ärztlichen Verordnungen tätigen kann, sind die Produkte der Hersteller mit der entsprechenden PZN hinterlegt. So können keine Verwechslungen oder Unklarheiten bei den Materialien entstehen und ich weiß, dass die genauen Produkte, die ich ausgewählt habe, auch ankommen. Falls in seltenen Fällen ein Lieferant diese gerade nicht liefern kann, kann er mich über die Plattform in Kenntnis setzen und ich kann alternative Produkte vorschlagen.

**PC** *Wie reagieren die Patient:innen auf das Konzept?*

**P** In der Regel erlebe ich die Patient:innen als sehr dankbar. Insbesondere bei Wunden haben viele schon einen langen Leidensweg hinter sich und sind an mehreren Stellen abgewiesen worden. Deshalb sind sie sehr erleichtert, dass sich jemand ihrer annimmt und für sie auch keine zusätzlichen Kosten durch

Gemeinschaftspraxis Volkertshausen:  
Erfahrungsbericht Selektivvertrag „Innovative  
Wundversorgung DAK und IKK classic“.  
Passion Chirurgie. 2023 April; 13(04):  
Artikel 03\_05.



Weitere Artikel zum Thema finden  
Sie auf BDC|Online ([www.bdc.de](http://www.bdc.de))  
unter der Rubrik Wissen | Qualität &  
Patientensicherheit | Hygiene.

**Differentialdiagnose-Formular:**

Diabetischer Fuß ▼

## Behandlungsmaßnahmen

| Differentialdiagnostische Maßnahmen     |                                                                                                          |                                                 |
|-----------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| Überprüfung Gefäße und Nerven:*         | <input type="radio"/> Erledigt <input type="radio"/> Noch offen                                          | <a href="#">Bemerkung hinzufügen (optional)</a> |
| Überprüfung Fußpuls:*                   | <input type="radio"/> Erledigt <input type="radio"/> Noch offen                                          | <a href="#">Bemerkung hinzufügen (optional)</a> |
| Abstrich Wundinfektion:*                | <input type="radio"/> Erledigt <input type="radio"/> Noch offen                                          | <a href="#">Bemerkung hinzufügen (optional)</a> |
| Tumorausschluss:*                       | <input type="radio"/> Erledigt <input type="radio"/> Noch offen                                          | <a href="#">Bemerkung hinzufügen (optional)</a> |
| Behandlungsmaßnahmen                    |                                                                                                          |                                                 |
| Druckentlastung vorhanden/angefordert:* | <input type="radio"/> Erledigt <input type="radio"/> Noch offen                                          | <a href="#">Bemerkung hinzufügen (optional)</a> |
| Entlastung sichergestellt:*             | <input type="radio"/> Erledigt <input type="radio"/> Noch offen <input type="radio"/> Nicht durchführbar | <a href="#">Bemerkung hinzufügen (optional)</a> |
| Schuhversorgung sichergestellt:*        | <input type="radio"/> Erledigt <input type="radio"/> Noch offen <input type="radio"/> Nicht durchführbar | <a href="#">Bemerkung hinzufügen (optional)</a> |
| Wundtoilette mechanisch/chirurgisch:*   | <input type="radio"/> Erledigt <input type="radio"/> Noch offen                                          | <a href="#">Bemerkung hinzufügen (optional)</a> |
| Maßnahmen zur Hautpflege eingeleitet:*  | <input type="radio"/> Erledigt <input type="radio"/> Noch offen                                          | <a href="#">Bemerkung hinzufügen (optional)</a> |

Abb.1: Differentialdiagnostik für das Diabetische Fußsyndrom (Screenshot Digitale Plattform)

| Menge/Packungen                                                                                                | Produkt                                                                        |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|
| 1                                                                                                              | 09634019 - ALLEVYN LIFE 10,3X10,3 CM - 10 ST. - SMITH & NEPHEW GMBH            |
| 1                                                                                                              | 04474166 - BIATAIN SCHAUMVERBAND 10X10CM SANFT HAFTEND - 5ST. - COLOPLAST GMBH |
| 1                                                                                                              | Bitte wählen                                                                   |
| 1                                                                                                              | Bitte wählen                                                                   |
| <div>+ Weiteres Produkt hinzufügen</div>                                                                       |                                                                                |
| <p>Falls Sie Ihr Produkt nicht in der Liste (mit PZN), die Abmessung und die Anzahl der Packungen angeben.</p> |                                                                                |
| <p>noch 2000 Zeichen verfügbar</p>                                                                             |                                                                                |
| <div> <div>Neue Verordnung anlegen</div> <div>1</div> <div>2</div> </div>                                      |                                                                                |
| <div> <div>✕ Abbrechen</div> <div>💾 Speichern</div> </div>                                                     |                                                                                |

Abb. 2: Rezeptanforderungsfeld/Verordnungsfeld (Screenshot Digitale Plattform)

**Fotos\***  
([Bilder umschalten](#))







Umgebung (2)    Detail (2)    Ergänzende Aufnahmen 1 (0)    Ergänzende Aufnahmen 2 (0)

**Datum der Abmessung:\***  

**Größe (cm):\*** Länge:\*  Breite:\*  Tiefe:\*

**Exsudatmenge:\*** ☐ wenig ☐ mittel ☐ viel

**Exsudatzustand:** ☐ klar ☐ trüb

**Verbandfrequenz:\***  ▼

**Wundtaschen:** ☐

**Entzündungsanzeichen:\*** ☐ Ja ☐ Nein

**Wunde besteht seit:\***  

**Schmerzskala:**  ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10

Abb. 3: Wunddokumentation (Screenshot Digitale Plattform)

Verbandmittel entstehen. Durch den Patientenzugang habe ich immer die Möglichkeit auf Wunsch den Patient:innen ebenfalls einen Zugang anzulegen und die Transparenz zu fördern.

**PC** Wie wirkt sich die Innovative Wundversorgung auf die Vergütung von Leistungen des Arztes bzw. der Ärztin aus?

**P** Es werden in der Wundplattform alle Patient:innen eingetragen und die Wunden dokumentiert. Pro Einschreibung

von Patienten erhalte ich 25 Euro und anschließend eine Monatspauschale von 10 Euro pro Patient für die Prüfung des Wundverlaufs und Tätigen von Verordnungen. Sofern ich mich dazu entschieden habe, die Wunddokumentation selbst vorzunehmen, erhalte ich hierfür 39 Euro pro Patient und Monat.

**PC** Würden Sie Kollegen und Kolleginnen den „Vertrag der Besonderen Versorgung nach § 140a SGB V“ mit DAK-Gesundheit

oder IKK classic empfehlen und wenn ja, warum?

**P** Ja, würde ich. Ich finde, dass es keine Nachteile mit sich bringt und es besteht immer die Möglichkeit, weitere Akteure einzubinden. Ich konnte jetzt schon bei mehreren Patient:innen miterleben, wie die Wunden verheilen. Dieser kontinuierliche Prozess ist dabei sehr hilfreich. Außerdem können die Verbandstoffe budgetneutral verordnet werden und laufen nicht über Rezepte. 



# Kommentar – Neubewertung von Hygienevorgaben angesichts der Klimakrise

Ursula von Gierke

...eine „Neubewertung von Hygienevorgaben angesichts der Klimakrise“ zu unterstützen, mit dieser Bitte trat Dr. Quitterer, Präsident der Bayerischen Landesärztekammer (BLÄK) an die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (DGCH) sowie den Berufsverband der Deutschen Chirurgie e.V. (BDC) heran. Dies ist einer der ersten Schritte den gleichlautenden Beschluss des 81. Bayerischen Ärztetags [1] im Herbst 2022 umzusetzen.

Die Redaktion „*Passion Chirurgie*“ las diese Aufforderung und suchte, wer den Antrag federführend anregte und daher weitere Erläuterungen dazu abgeben kann. Die Initiatorin Ursula von Gierke stimmte zu, ein paar Gedanken zu diesem Thema vorzustellen.



**Dr. med. Ursula von Gierke**  
 Fachärztin für Innere Medizin,  
 Tropenmedizin und Infektiologie  
 Beraterin, Koordinatorin, Trainerin  
 für Ethik in der Medizin (AEM)  
 ursula\_von\_gierke@hotmail.com

von Gierke U: Kommentar - Neubewertung von Hygienevorgaben angesichts der Klimakrise. *Passion Chirurgie*. 2023 April; 13(04): Artikel 03\_06.



Weitere Artikel zum Thema „Nachhaltigkeit“ finden Sie auf BDC|Online ([www.bdc.de](http://www.bdc.de)) unter der Rubrik Wissen | Panorama | Nachhaltigkeit.

**D**ie Errungenschaften der Hygiene sind unstrittig – dies sei bei einer Neubewertung von Hygienevorgaben vorausgeschickt. Eine Neubewertung der praktizierten Vorgaben ist notwendig, um Überregulierungen, Fehlentwicklungen und ein falsches Sicherheitsgefühl zu beenden. Dabei dürfen sinnvolle Hygienemaßnahmen und Klimaschutz auch angesichts der Klimakrise nicht gegeneinander ausgespielt werden.

Ständige Verbesserungen in Pharmakologie, Anästhesie, Operationstechnik, Impfungen und Hygiene werfen ein strahlendes Licht auf die medizinischen Behandlungsoptionen. Doch dieser Fortschritt [2] hinterlässt auch eine Schattenseite, die bisher nicht ausreichend wahrgenommen, erforscht und beherrscht wird. Es ist eine Art Schmutzecke aus Unmengen an Abfall von Praxen und vor allem aus Krankenhäusern, die ausgeleuchtet und ausgeräumt werden muss. Abfall ist hässlich, lästig, toxisch bis infektiös, seine Beseitigung aufwändig und teuer. Das allein sind schon genügend Gründe für eine Reduktion. Doch angesichts der Klimakrise gibt es noch weitere, dringende Argumente: Der Verbrauch von Ressourcen wie Energie, Rohstoffe und Wasser ist hoch und bei der Produktion wie auch bei der Vernichtung wird CO<sub>2</sub> freigesetzt. Paradox ist, dass unser ärztliches Handeln zwar den einzelnen Kranken hilft, jedoch gleichzeitig und unbeabsichtigt neue Gesundheitsprobleme für alle Menschen hervorruft.

Laut WHO entstanden allein durch die Schutzmaßnahmen während der COVID-19-Pandemie zehntausende von Tonnen **Abfall** [3]. Das war Extramüll, den alltäglich anfallenden nicht eingerechnet. Bei einer aufwändigen, orthopädischen OP beispielsweise kann dieser bis zu 100 Kilogramm betragen. Einen „Müll-Tsunami“ in deutschen Krankenhäusern nennt dies Prof. Wirtz auf dem Deutschen Kongress für Orthopädie und Unfallchirurgie (DKOU) [4] in Berlin 2021, der „ökologisch nicht vertretbar ist“.

Noch gibt es keine Blaupause für ein ökologisch vertretbares Konzept, bei dem die Hygienevorgaben die Patientensicherheit wie bisher bestmöglich garantieren. Aber einige

spannende Ideen zu medizinischen Abfällen, giftigen Materialien, sichereren Chemikalien, umweltfreundlichem Bauen und Transportwesen, schadstoffärmeren Arzneimitteln, nachhaltiger Materialbeschaffung, klimaschonender Energie- und Wasserversorgung lassen sich bereits finden. Wichtige Denkanstöße zu den Themen geben u. a. Mitteilungen des o. g. DKOU-Kongresses, Vorträge des Helmholtz Instituts [5], „Greenhealthcare“ [6], „KLUG – Deutsche Allianz Klimawandel und Gesundheit“ [7] und fundierte Webinare [8] von „Heal without Harm“ [9].

## SOFORT STARTEN MIT DREI PUNKTEN

In drei Bereichen kann die Sinn- und Zweckhaftigkeit der bisherigen Hygienevorgaben ohne aufwändige Vorarbeit sofort geprüft werden:

1. die Verpackung, vor allem von Sterilgut,
2. die Wiederverwendbarkeit von Materialien, insbesondere der OP-Instrumente und
3. Vorschriften zur Verwendung unsteriler Einmalhandschuhe.

## WENIGER VERPACKUNG

Zur Reduktion von Verpackungsmaterial braucht es Mut, Abläufe zu ändern, verstärkte Forschungsprojekte der Fachgesellschaften, Erfahrungen und Kenntnisse der Teams vor Ort. Jeder Schritt muss den örtlichen Bedingungen, ja den speziellen Bedürfnissen der Fachabteilungen, angepasst sein. Als Taktgeber für die Entwicklung sind daher die Abteilungsleitungen gefragt, aber aus ihrer Alltagssituation heraus können alle Beschäftigten mit eigenen Vorschlägen beitragen, überflüssige Verpackungen abzuschaffen. Erste Denkanstöße dazu kann der Blick in den Abfalleimer einer chirurgischen Station und der OP-Räume geben.

Hilfreich – wie bei jedem Veränderungsprozess – ist, dass das Ziel quantitativ bestimmt und qualitativ kontrolliert wird. In Kilogramm

oder in Kubikmetern gemessen, spornen „gute“ Zahlen an „noch mehr“ Abfall zu vermeiden. Die Hygienekommission kann mit ihren Argusaugen unerwünschte Änderungen der Keim- und Infektionslast rasch aufspüren und besitzt dank des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) jetzt schon geeignete Surveillance-Methoden.

## WENIGER EINMALMATERIAL

Die Frage der Wiederverwendbarkeit von Materialien, insbesondere von OP-Instrumenten, ist hoch komplex. Waren bisher in erster Linie die Zweckmäßigkeit und Kosten bei der Produktauswahl ausschlaggebend, müssen jetzt auch deren schädliche Auswirkungen für Umwelt und Klima mitgerechnet werden. Der Aufwand für Sauberkeit, Hygiene, Sterilisation erfordert gut ausgebildetes, zuverlässiges Personal, das wegen Arbeits- bzw. Fachkräftemangel schwer zu organisieren ist.

Rechtliche Vorgaben wie z. B. wiederaufbereitbare Medizinprodukte verwerfen zu müssen, sind zwar hinterfragbar, jedoch bis zu einer Revision zu beachten. Es wird eng für eine Lösung allein zwischen der Fach- und der Hygieneabteilung, hier werden auch Einkauf und Klinikleitung gefordert. Der Spagat zwischen technischen Ansprüchen, Hygieneerfordernissen, grundlegenden Schutzmaßnahmen, ökologischen Notwendigkeiten und ärztlicher Verantwortung wird anspruchsvoller.

## WENIGER EINMALHANDSCHUHE

Nicht die (glücklicherweise ausreichend vorhandenen) unsterilen Einmalhandschuhe selbst – sondern ihr aktueller Gebrauch zeigt, dass einige Entscheidungen tatsächlich unzeitgemäß, nicht zweckmäßig und sogar gefährlich sein können [10].

Der Verbrauch an Einmalhandschuhen sollte nicht unterschätzt werden. Mit den 1,7 Milliarden Handschuhen, die der britische National Health Service [11] bereits vor der Covid-19-Pandemie pro Jahr verbrauchte, wird die Dimension klar: Als Kette aneinandergereiht, würden sie fast den Mond erreichen.

Noch mehr als die pure Quantität erschreckt dabei, dass zwei Drittel ohne Indikation getragen wurden, d. h. ohne Kontakt mit potenziell infektiösen Körperflüssigkeiten und ohne verletzte Haut [12]. Oft unzweckmäßig eingesetzt oder sinnlos dauerhaft getragen, vermittelt das Handschuhtragen ein trügerisches Sicherheitsgefühl [13]: Alles wird berührt, Händewaschen und Desinfektion gemieden, die natürliche Hautbarriere geschädigt und eine „Keimschleuder“ entsteht. Diese Angewohnheit wächst inzwischen – z. B. in Bäckereien – weit über den ärztlichen und pflegerischen Bereich hinaus. Grundsätzlich gilt, dass das Tragen von medizinischen, unsterilen Einmalhandschuhen nicht die hygienische Händedesinfektion im Gesundheitssektor bzw. ein sorgfältiges Händewaschen beim Brotverkauf ersetzt.

Um die fehlerhafte Verwendung durch Einzelpersonen, Krankenhäuser und sogar von Regierungsseite zu beenden, gab das Royal College of Nursing 2021 einen überarbeiteten Leitfaden heraus [14]. Diese Kampagne ist in zweierlei Hinsicht beachtlich: mit Schulungen zur Händedesinfektion verbessert sie die Hygiene und zugleich präventiv den Hautschutz. Die Reduktion der Handschuhmenge zum einen, der Anstieg des Verbrauchs an Desinfektionsmitteln zum anderen, sind validierte, einfache Methoden, den Erfolg auf einzelnen Stationen zu messen.

## LANGFRISTIGES FORMAT FÜR ENTSCHEIDUNGSTRÄGER UND VERANTWORTLICHE GESUCHT

Mit der Corona-19-Pandemie stieg der Verbrauch von persönlichen Schutzausrüstungen. Nachdem der aerogene Übertragungsweg erkannt war, blieb der Mund-Nasen-Schutz unstrittig. In den bayerischen Impfzentren wurde jedoch die „volle Montur“ mit Plastikschürze und Handschuhen beibehalten. Beim Impfen ist das nach der „Empfehlung an die Hygiene bei Punktionen und Injektionen“ der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) von 2021 nicht erforderlich [15].

Die Verschwendung dieser Millionen von Handschuhen mahnt der Artikel „Der

Handschuhberg – ein Detail beim Impfen“ [16] im Juli 2022 an. Die Reaktion der Ärztinnen und Ärzte verschiedenster Arbeitsbereiche, Impfzentren eingeschlossen, war ausnahmslos positiv. Auch die verantwortlichen Institutionen wie das Bayerische Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit, das Gesundheitsreferat der Stadt München, das Institut und Poliklinik für Arbeits-, Sozial- und Umwelt u. a. zeigten durchwegs Verständnis für das Anliegen. Der Vorschlag, gemeinsam an einem Tisch die „Handschuhfrage“ zu lösen, wurde von den beteiligten Institutionen nicht aufgegriffen. Und im Alleingang konnte, wollte oder durfte wohl keiner entscheiden. So wurde an den Vorgaben bis zur Schließung der Impfzentren am Jahresende 2022 nichts geändert.

Im Oktober 2022 forderte der Bayerische Ärztetag eine zeitnahe Revision der bisher geltenden hygienischen und arbeitsschutzrelevanten Vorschriften und Bestimmungen. Die Aufforderung richtet sich an „die für eine Entscheidung notwendigen und befugten Fachgremien, die politisch verantwortlichen und zuständigen Institutionen bzw. Gremien“. Für die Neubewertung sind neben den Gesundheitsministerien, Gesundheitsämtern der Kommunen, Arbeitsmedizinischen Einrichtungen/Fakultäten und Hygieneabteilungen, auch Berufsgenossenschaften und Arbeitnehmervertretungen [17], nicht nur wegen des Rechts auf Mitbestimmung, sondern wegen ihrer praxisnahen Kenntnisse wichtige Partner.

„Nur“ auf die Handschuhe beim Impfen zu verzichten, wäre eine einfache „Übung“ gewesen. Jedenfalls im Vergleich zur jetzt angesagten, umfassenden „Neubewertung von Hygienevorgaben angesichts der Klimakrise“. Die medizinischen Fachgesellschaften und die ärztliche Selbstverwaltung müssen ihren Einfluss nutzen, ein neues Format für die Balance von guter Medizin, Hygiene, Arbeits-, Eigen- und Fremdschutz mit ökologischen Notwendigkeiten zu schaffen.

Die Literaturliste erhalten Sie auf Anfrage via [passion\\_chirurgie@bdc.de](mailto:passion_chirurgie@bdc.de). 



# 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“

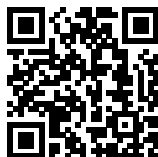
## Webinar-Reihe „Chirurgie aktuell“

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](http://www.bdc-eakademie.de/webinare)





# **SURGEONTALK**

Der BDC | Podcast



## **WIR PRÄSENTIEREN SURGEON TALK**

**Chirurgisches Wissen  
auf den Punkt.**

[www.surgeontalk.de](http://www.surgeontalk.de)



**BDC**

Berufsverband der  
Deutschen Chirurgie e.V.



## HYGIENE TIPP

# Versorgung chronischer Wunden

Axel Kramer, Julia Seifert

**V**oraussetzung zur Heilung kritisch kolonisierter sowie infizierter chronischer Wunden ist die antiseptische Behandlung. Deshalb ist bei jeder chronischen Wunde initial ein Screening auf MRSA durchzuführen. Für den MRSA-Nachweis wird die gesamte Wundfläche ohne vorherige Reinigung mit leichtem Druck, von innen nach außen in Spiralfarm, aus dem Zentrum unter Einbeziehung des Randes, abgestrichen. Bei Verdacht auf systemische Ausbreitung der Infektion sollen eine Biopsie oder ein Abstrich vorgenommen werden. Nach Entfernung von Belägen und Spülen der Wunde mit steriler 0,89 prozentiger NaCl- oder Ringerlösung wird der Abstrich unter leichtem Druck aus ca. 1 cm<sup>2</sup> vom klinisch infiziert erscheinenden Areal entnommen. Überschreitet die Infektion eindeutig oder fraglich das lokale Wundgebiet, kann das Ausmaß nur durch weiterführende bildgebende Diagnostik (Kontrastmittel-MRT) erfasst werden.

Bei Verdacht auf eine lokale Wundinfektion ist die antiseptische Behandlung indiziert. Eine Entscheidungshilfe ist der **therapeutische Index** für lokale Infektionen (TILI-Score). Danach ist die therapeutische Antiseptik in folgenden Situationen zu empfehlen [1]:

- Chirurgische, septische Wunde
- freier Eiter
- Kolonisation mit MRSA (präoperativ)
- Nachweis von *P. aeruginosa* und mind. zwei der folgenden Zeichen einer lokalen Infektion: rubor, calor, tumor, dolor, functio laesa oder
- Vorhandensein der folgenden sechs klinischen Parameter: periläsionales Erythem; Überwärmung; Ödem, Verhärtung, Schwellung und/oder Nekrose; spontaner Schmerz oder Druckschmerz; Stagnation der Wundheilung; Anstieg und/oder Änderung der Farbe oder des Geruchs des Exsudats.

Mittel der Wahl für die Wundantiseptik sind Polihexanid-basierte Wundantiseptika, z. B. am ersten Tag Serasept® 2 (0,04 % Polihexanid), nachfolgend Serasept® 1 (0,02 % Polihexanid). Polihexanid ist das lokal am besten verträgliche Antiseptikum [2] mit analoger Wirksamkeit wie Hypochlorit, Octenidin oder PVP-Iod [2], aber im Vergleich zu Hypochlorit remanent wirksam. Vor Beginn der antiseptischen Therapie ist die Wunde zu reinigen. Nicht belegte Wunden können ggf. vor der Applikation des Antiseptikums zur Reinigung kurz gespült werden. Hierfür sind physiologische Kochsalz- oder Ringerlösung gleichwertig. Alternativ kann eine antiseptische Wundspüllösung eingesetzt werden, z. B. auf Basis von Hypochlorit (z. B. Granudacyn®). Letzteres ist möglicherweise mit dem Vorteil verbunden, dass durch bei der Phagozytose als natürliches Biozid entstehendes Hypochlorit die Wundheilung initial stimuliert wird, was für chronische Wunden wichtig ist.



**Prof. Dr. med. Axel Kramer**  
Institut für Hygiene und Umweltmedizin  
Universitätsmedizin Greifswald



**Prof. Dr. med. Julia Seifert**  
Präsidiumsmitglied im BDC  
Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie  
Unfallklinik Berlin  
Julia.Seifert@ukb.de

*Kurztipp der Sektion Antiseptic Stewardship*

Kramer A, Seifert J: Hygiene-Tipp:  
Versorgung chronischer Wunden.  
Passion Chirurgie. 2023 April; 13(04):  
Artikel 04\_02.



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

Beläge müssen entfernt werden. Zur Verbesserung der Reinigungsleistung mittels Spülen kann die Kombination eines Tensids mit Polihexanid (Prontosan®) verwendet werden. Das Tensid Betain verstärkt die Reinigungswirkung ohne Herabsetzung der Verträglichkeit [3, 4]. Bei starkem Wundbelag empfiehlt sich eine „Einweichzeit“ von 10 bis 15 min. Nekrosen sind instrumentell abzutragen.

Die Wundreinigung durch Wischen ist sowohl aus rechtlichen wie fachlichen Gründen (Freihalten der Extrazellulärmembran von Fremdkörpern) unabhängig von der Einstufung „septisch“ oder „aseptisch“ von innen nach außen durchzuführen [5].

Die gereinigte und ggf. antiseptisch behandelte Wunde wird als Schutz vor Reinfektion, Austrocknung und mechanischer Verletzung, ggf. zur Blutstillung und zur Aufnahme von Sekret, steril abgedeckt. Hierfür ist eine der Wundheilungsphase (Reinigungs-, Granulations-, Epithelisierungsphase) angepasste Wundaufgabe auszuwählen. Bei infizierten Wunden bilden Wundaufgabe und Verband eine Barriere zwischen der Umgebung und der Erregerquelle.

Der Verbandwechsel wird in der Regel vom Pflgeteam durchgeführt. Die Zeitspanne wird vom behandelnden Arzt/der Ärztin festgelegt. Der Verbandwechsel ist mit zeitlichem Abstand zu Reinigungsarbeiten im Patientenzimmer oder im Pflege-Arbeitsraum durchzuführen. Während des Verbandwechsels sind Zugluft oder Luftverwirbelung zu vermeiden. Vor jedem Zusammenstellen der benötigten Materialien wird die Arbeitsfläche wischdesinfiziert, eine Händedesinfektion durchgeführt, die Sterilverpackung auf Ablaufdatum und Unversehrtheit überprüft und unmittelbar vor dem Einsatz geöffnet. Abhängig von der Art und Ausdehnung der Wunde kann Schutzkleidung (Mund-Nasen-Schutz, ggf. Schutzhandschuhe) erforderlich sein. Falls bei Patienten mit infizierter großflächiger Wunde eine Schutzschürze angelegt wird, ist diese nach dem Verbandwechsel und nach Kontamination mit erregerrhaltigem Material zu wechseln. Ist die Wundaufgabe mit der

Wundfläche „verbacken“, ist sie z. B. mit 0,89 prozentiger steriler NaCl-Lösung zu befeuchten. Die Wundaufgabe ist auf der Innenseite auf Durchfeuchtung, Blut und Eiterauflagerungen zu inspizieren und ohne Zwischenlagerung in einem separaten Abfallbehälter (möglichst mit Fußbedienung) zu entsorgen. Bei Verschlechterung der Wunde, z. B. Vergrößerung, starker/unangenehmer Geruch, stark nassend oder sehr trocken und bei Fieber ist ein Arzt/Ärztin zu konsultieren. Zur Wundreinigung sind ausschließlich sterile Materialien einzusetzen. Die neue Auflage wird entweder mit sterilem Instrumentarium in „non touch“ Technik oder mit sterilem Handschuh fixiert. Abschließend werden die Hände desinfiziert und der Verbandwechsel protokolliert. Tägliche sind Merkmale einer Wundinfektion, z. B. Fieber, CRP und Leukozytose, bei Sepsisverdacht Procalcitonin zu kontrollieren und zu dokumentieren.

## LITERATUR

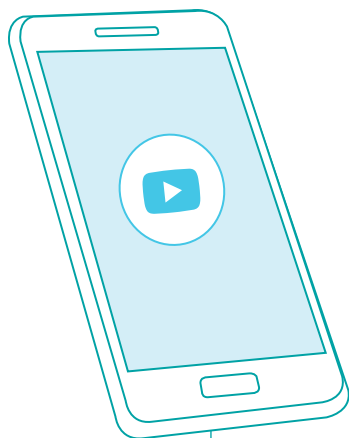
- [1] Dissemmond J, Gerber V, Lobmann R, Kramer A, Mastronicola D, Senneville E, Moisan C, Edwards-Jones V, Mahoney K, Junka A, Bartoszewicz M, Verdú-Soriano J, Strohal R. Therapeutic index for local infections score (TILI): a new diagnostic tool. J Wound Care 2020; 29 (12): 720-6.
- [2] Kramer A, Dissemmond J, Kim S, Willy C, Mayer D, Papke R, Tuchmann F, Assadian O. Consensus on wound antiseptics: Update 2018. Skin Pharmacol Physiol 2018;31(1):28-58.
- [3] Müller G, Koburger T, Jethon F, Kramer A. Vergleich der bakterioziden Wirksamkeit und In-vitro-Zytotoxizität von Lavasept® und Prontosan®. GMS Krankenhaushyg Interdisziplinär 2007;2(2):Doc42.
- [4] López-Rojas R, Fernández-Cuenca F, Serrano-Rocha L, Pascual Á. In vitro activity of a polyhexanide-betaine solution against high-risk clones of multidrug-resistant nosocomial pathogens. Enferm Infecc Microbiol Clin 2017;35(1):12-9. #
- [5] Schwarzkopf A. Wunde auswischen – aber wie? Wund Management 11 (2017): 304-5



## 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.

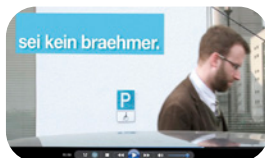
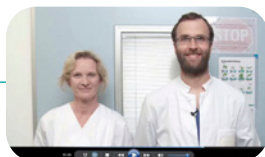
Der Berufsverband der Deutschen Chirurgen und die deutschen Hygieniker betreiben seit 2008 eine bundesweite Informationskampagne, die dazu beitragen soll, vermeidbare Infektionen in Klinik und Praxis zu reduzieren. Wir wissen, dass Sie als Chirurgin/Chirurg alles zur Infektprophylaxe und Hygiene wissen. 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)



# Neues im EBM ab 2023

Peter Kalbe, Ralf Schmitz

**K**urz vor Jahresende 2022 gab es mehrere Änderungen im EBM, die vor allem das ambulante Operieren betreffen. Die Absenkung der Bewertungen für die Operationen der Kategorien 1 und 2 hat für berechtigten Unmut bei den Kolleginnen und Kollegen geführt. Es sind aber andererseits für bestimmte höherwertige Eingriffe deutliche Honorarsteigerungen zu verzeichnen. Zurzeit führt die KBV sowohl zweiseitige Verhandlungen mit dem GKV-Spitzenverband (GKV), als auch dreiseitige Verhandlungen mit zusätzlicher Einbeziehung der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG). Der Hintergrund ist die Umsetzung von

gesetzlichen Vorgaben und von Beschlüssen zur EBM-Reform aus 2012.

Im folgenden Beitrag erläutern wir die recht komplexen und weitreichenden Änderungen und geben praktische Hinweise zu den daraus resultierenden Konsequenzen.

## NEUBEWERTUNG DER AMBULANTEN OPERATION

Der Bewertungsausschuss hat die Leistungen des ambulanten und belegärztlichen Operierens neu kalkuliert und zum 1. Januar 2023 angepasst. Aus der Wirtschaft kennen wir den



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



**Dr. med. Ralf Wilhelm Schmitz**  
Leiter des Themen-Referates  
„Niedergelassene“ im BDC  
MVZ Chirurgie Kiel  
Schönberger Str. 11  
24148 Kiel  
schmitz@bdc.de

Kalbe P, Schmitz R: Neues im EBM ab 2023.  
Passion Chirurgie. 2023 Januar/Februar;  
13(04): Artikel 04\_03.



Weitere Artikel zum Thema finden  
Sie auf BDC|Online ([www.bdc.de](http://www.bdc.de)) unter  
der Rubrik Wissen | Vergütung | EBM.

euphemisierenden Begriff der „Anpassung“ als positive Verpackung schlechter Nachrichten, und das trifft leider teilweise auch hier zu. Es konnte nämlich nicht vermieden werden, dass die Bewertung von zahlreichen in den chirurgischen Praxen durchgeführten Eingriffen der Kategorien 1 und 2 leicht abgewertet wurden. Die **Tabelle 1** zeigt die konkreten Auswirkungen auf häufig durchgeführte ambulante Operation. Die Abwertungen liegen im einstelligen Prozentbereich und werden zumindest für die häufig durchgeführten Exzisionen in der Oberflächenchirurgie (GOP 31101 und 31102) durch die Punktwertsteigerung im Jahr 2023 wieder ausgeglichen. Für die arthroskopische Meniskusteilresektion resultiert durch die zusätzliche Förderung sogar ein Plus von 16,4 %.

Es darf vor allem nicht übersehen werden, dass mit dieser Maßnahme endlich die restriktive Vorgabe der Punktsummenneutralität in der EBM-Reform vom Tisch ist. Ein entsprechender Beschluss des Bewertungsausschusses aus dem Jahr 2012 zur „EBM-Reform“ ist damit endlich auch im letzten Teil abgeschlossen. Die Beschränkung der vor mehr als zehn Jahren vereinbarten EBM-Weiterentwicklung auf Änderungen, die insgesamt nichts kosten dürfen, hatte in den letzten Jahren alle Bemühungen um sinnvolle Anhebungen der Bewertungen massiv behindert. Wenn man bedenkt, dass die Krankenkassen dazu mit Maximalforderungen für eine Verminderung der Kalkulationszeiten beim Operieren um 50 % in die Verhandlungen gegangen sind, erscheint das jetzt erreichte

**Tab. 1:** Änderungen in der Bewertung häufig durchgeführter ambulanter Operationen.

| ops      | Operation                                   | GO.-Nr. | Punkte bis 2022 | Punkte ab 2023 | Differenz | Bewertung bis 2022 | Bewertung ab 2023 | Differenz |
|----------|---------------------------------------------|---------|-----------------|----------------|-----------|--------------------|-------------------|-----------|
| 5-895.ff | Exzision mit primärem Wundverschluss        | 31101   | 881             | 865            | -1,82 %   | 99,26 €            | 99,40 €           | 0,14 %    |
|          | dto. Histographisch                         | 31102   | 1438            | 1413           | -1,74 %   | 162,01 €           | 162,37 €          | 0,22 %    |
| 5-056.40 | KTS                                         | 31242   | 1478            | 1424           | -3,65 %   | 166,51 €           | 163,64 €          | -1,72 %   |
| 5-385.70 | Crossektomie                                | 31204   | 3001            | 3057           | 1,87 %    | 338,10 €           | 351,30 €          | 3,90 %    |
| 5-849.0  | Ganglion Entfernung Hand                    | 31122   | 1542            | 1480           | -4,02 %   | 173,72 €           | 170,07 €          | -2,10 %   |
| 5-385.96 | Exhairese Seitenastvarize                   | 31201   | 1243            | 1135           | -8,69 %   | 140,04 €           | 130,43 €          | -6,86 %   |
| 5-812.5  | ASK Meniskusteilresektion*                  | 31142   | 2238            | 2193           | -2,01 %   | 252,14 €           | 252,01 €          | -0,05 %   |
| 5-640.3  | Frenulum- und Präputialplastik              | 31102   | 1438            | 1413           | -1,74 %   | 162,01 €           | 162,37 €          | 0,22 %    |
| 5-493.22 | Hämorrhoiden, z. B. Mill Morgan 3 Segmente* | 31173   | 2196            | 2191           | -0,23 %   | 247,41 €           | 251,78 €          | 1,77 %    |
| 5-492.00 | Exzision Analkanal Lokal                    | 31171   | 1229            | 1118           | -9,03 %   | 138,46 €           | 128,47 €          | -7,22 %   |
| 5-780.6w | Inzision Knochen Phalangen Fuß              | 31132   | 1947            | 1774           | -8,89 %   | 219,35 €           | 203,86 €          | -7,06 %   |
| 5-840.81 | Tenolyse Beugesehnen Finger                 | 31122   | 1542            | 1480           | -4,02 %   | 173,72 €           | 170,07 €          | -2,10 %   |
| 5-849.5  | Radikale Exzision Hand, z. B. TU            | 31122   | 1542            | 1480           | -4,02 %   | 173,72 €           | 170,07 €          | -2,10 %   |

\* Die arthroskopische Meniskusteilresektion und die Hämorrhoiden-Ops finden sich bei den zusätzlich geförderten Eingriffen mit dem Zuschlag nach der GON 31453 mit 360 Punkten = 41,37 €.

Ergebnis tolerabel, zumal im Beschluss des EBA grundsätzlich eine Weiterentwicklung mit Erhöhung der Bewertungen der AOP, z. B. durch die gestiegenen Hygienekosten, vereinbart wurde.

Sie werden sich zu Recht fragen, wo denn eigentlich die ausgelobten 60 Mio. € zur Förderung der Ambulantisierung geblieben sind. Dazu wurde im EBM ein weiteres Unterkapitel unter 31.02.20 eingefügt. Dort finden sich die GO-Positionen (GOP) 31451 (223 Punkte) bis 31457 (1.923 Punkte). Damit werden Eingriffe finanziell gefördert, für die ein besonderes Potenzial zur Verlagerung von stationär nach ambulant gesehen wird. Auf die Auswahl der dort geförderten ops-Codes hatten die Berufsverbände keinen Einfluss.

Dies hat teilweise deutliche Honorarsteigerungen zur Folge, die in der **Tabelle 2** dargestellt werden. Davon profitieren z. B. die Operation von Hernien, Pilonidalsinus, Portimplantationen und auch zahlreiche arthroskopische Eingriffe einschließlich der häufig durchgeführten Meniskusteilresektion.

Eine tabellarische Übersicht über die geförderten Eingriffe (ohne Gewähr) findet sich als pdf-Datei (nach Text durchsuchbar) auf der [Homepage des BDC](#). Es empfiehlt sich, dort oder im Anhang 2 des EBM nachzuschauen, ob die selbst durchgeführten Operationen den geförderten ops-Codes entsprechen und somit die GO-Nr. der Förderung der Abrechnungskette hinzugefügt werden kann.

Den jeweils aktuellen EBM finden Sie auf der [Homepage der KBV](#). Im Anhang 2 sind

ebenfalls alle Eingriffe einschließlich Bewertungen und ggfs. Förderung aufgeführt.

## WEITERE OPS-CODES IM ANHANG 2 DES EBM

Der Anhang 2 des EBM wurde darüber hinaus um Operationen erweitert, die jetzt ambulant erbracht und abgerechnet werden können und sollen. 196 OPS-Verfahren wurden zum 01. Januar neu aufgenommen – allesamt Eingriffe, die bislang ausschließlich stationär möglich waren. Dies umfasst einige weniger häufig erbrachte Eingriffe aus der Neuro- und Herzchirurgie, Augen Chirurgie und Proktologie. Auch hier empfiehlt sich ein Blick auf die Details, insbesondere, weil einzelne bisher als IGeL abgerechnete Positionen jetzt im EBM abgebildet sein könnten, was nicht jeden erfreuen dürfte.

## LÄNGERE POSTOPERATIVE NACHBEOBACHTUNG

Neu im EBM ist die GOP 31530. Diese kann zeitlich getaktet je vollendete 30 Minuten mit 77 Punkten angesetzt werden, wenn aus medizinischen Gründen eine verlängerte Nachbeobachtung nach einer ambulanten Operation erforderlich ist. Dies allerdings erst, wenn die ohnehin schon im Kapitel 31.3. bei den postoperativen Überwachungskomplexen angesetzte Zeit überschritten wird. Darüber hinaus bestehen erhebliche Einschränkungen für die Patientengruppen, für die dies angesetzt werden kann: Somit gilt dies zunächst nur bei Kindern bis 12 Jahren und Menschen ab 70 mit geriatrischen Versorgungsbedarf und Frailty-Syndrom oder Menschen mit

bestimmten Vorerkrankungen wie Demenz oder Parkinson. Bei den Eingriffen ab einer eineinhalbstündigen Operationszeit (Zeitkategorie 5) kann die verlängerte Nachbeobachtung unabhängig von den o.g. Kriterien mit medizinischer Begründung erfolgen. Eine Ausweitung auf einen weiteren Personenkreis ist geplant. Ebenso soll eine noch umfassendere postoperative Nachbetreuung ermöglicht werden. Details dazu finden sich auf der Homepage der KBV.

Somit ist jetzt in Einzelfällen eine postoperative Beobachtung bis zu 16 Stunden möglich, so dass auch die bisherige Beschränkung auf die Leistungserbringung innerhalb eines Tages überwunden wird. Dies ist ein bedeutender struktureller Fortschritt und soll im Rahmen der weiteren Verhandlungen erweitert werden.

## DIFFERENZIERUNG DES SCHWEREGRADS: ZUSCHLÄGE FÜR REZIDIV-OPERATIONEN

Mit der verbesserten Bewertung von Rezidiv-Eingriffen gelingt ein erster Einstieg in den gesetzlichen Auftrag, eine Differenzierung nach Schweregraden zu entwickeln. Vertrags- und Klinikärzte können ab Januar 2023 Re-Operationen kennzeichnen und einen Zuschlag für einen erhöhten Zeitaufwand abrechnen. Möglich ist dies bei allen OPS-Kodes aus dem Abschnitt 1 des AOP-Katalogs nach § 115b SGBV, sofern ein OPS-Kode nicht spezifisch eine Reoperation beziehungsweise einen Rezidiv-Eingriff bereits beinhaltet. Analog zur Systematik der Simultaneingriffe ist die Abrechnung dieses Zuschlags allerdings

Tab. 2: Aufwertung häufiger ambulanter Operationen durch das EBM-Kapitel 31.2.20 ab Januar 2023

| OPS      | Operation                      | GOP   | Pt 2022 | Pt 2023 | Zuschlag | Pt Zuschlag | Erlös Zuschlag | Erlös Gesamt | Differenz |
|----------|--------------------------------|-------|---------|---------|----------|-------------|----------------|--------------|-----------|
| 5-399.5  | Port-Implantation              | 31212 | 2.028   | 1.845   | 31453    | 360         | 41,37 €        | 253,39 €     | 10,90%    |
| 5-812.5  | ASK Meniskusteilresektion      | 31142 | 2.238   | 2.193   | 31453    | 360         | 41,37 €        | 293,38 €     | 16,36%    |
| 5-814.3  | ASK subacromiale Dekompression | 31145 | 5.407   | 5.434   | 31457    | 1.923       | 220,98 €       | 845,43 €     | 38,79%    |
| 5-897.0  | Sinus pilonidalis Resektion    | 31174 | 2.818   | 2.859   | 31455    | 961         | 110,43 €       | 438,98 €     | 38,27%    |
| 5-788.56 | Hallux valgus Akin-Osteotomie  | 31132 | 1.947   | 1.774   | 31454    | 810         | 93,08 €        | 296,94 €     | 35,37%    |
| 5-847.30 | Epping o. ä. bei Rhizarthrose  | 31134 | 3.561   | 3.501   | 31456    | 1.323       | 152,03 €       | 554,35 €     | 38,18%    |
| 5-530.00 | Shouldice Leistenhernie        | 31153 | 2.223   | 2.257   | 31454    | 810         | 93,08 €        | 352,44 €     | 40,73%    |

nur dann möglich, wenn die in der entsprechenden Kategorie kalkulierte Operationszeit um mindestens 15 Minuten überschritten wird. Zur Berechnung finden sich Beispiele auf der [Homepage der KBV](#).

## ERWEITERUNG DES AOP-KATALOGS NACH § 115B SGB V ZUM 01. JANUAR 2023

208 OPS-Kodes wurden neu in den AOP-Katalog aufgenommen. Der Großteil dieser Leistungen wird von Vertragsärzten schon ambulant durchgeführt. 119 der 208 OPS-Kodes sind bereits im Anhang 2 des EBM enthalten, weitere 35, überwiegend Eingriffe der Rhythmuschirurgie, ab 01.01.2023. Diese

Änderung dürfte somit Auswirkungen vor allem für die Krankenhäuser haben.

## FAZIT

Insgesamt zeigen diese Entwicklungen eine erhebliche Dynamik bei der Bewertung ambulanter Prozeduren, die auch durch die politischen Vorgaben der vermehrten Ambulantisierung getrieben sind. Auch wenn die aktuelle Abwertung der kürzeren Operationen ärgerlich ist, so sind doch wichtige strukturelle Fortschritte erreicht worden. KBV und GKV-Spitzenverband haben sich darüber hinaus in Protokollnotizen auf weitere Maßnahmen zur Förderung des ambulanten Operierens geeinigt, die teilweise schon 2023 umgesetzt werden sollen, nämlich:

- Kostenausgleich für hohen Hygieneaufwand
- Neukalkulation von Leistungen ambulanter Operationszentren
- Weiterer Ausbau der postoperativen Nachbeobachtung

Der BDC arbeitet u.a. im Workshop „Ambulantes Operieren“ der KBV aktiv mit. Zurzeit ist allerdings noch völlig unklar, wie sich die hier aufgeführten EBM-Änderungen mit den Planungen zur Einführung so genannter „Hybrid-DRGs“ gemäß dem neuen § 115 f des SGB V koordinieren lassen. Der BDC wird die weitere Entwicklung konstruktiv und kritisch begleiten. ○

## BDC|AKADEMIE

DEUTSCHE AKADEMIE FÜR CHIRURGISCHE FORT- UND WEITERBILDUNG



Unfallbegutachtung in der gesetzlichen Unfallversicherung  
Kindertraumatologie für D-Ärzte/-Ärztinnen  
Rehabilitationsmedizin/-management  
Berlin, 12.–13. Mai 2023



Geeignet für Ärztinnen/Ärzte in Weiterbildung,  
Fach- und Niedergelassene Ärztinnen/Ärzte  
Anerkannt durch die  
Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV)

### SEMINAR FÜR UNFALLBEGUTACHTUNG, REHAMANAGEMENT UND KINDERTRAUMATOLOGIE

An zwei aufeinander folgenden Tagen (12.–13. Mai 2023) bieten wir Ihnen in **einer** Präsenzveranstaltung in Berlin die **drei** von den Regularien der DGUV vorgesehenen Kurse Unfallbegutachtung, Rehamanagement und Kindertraumatologie an. Alle drei Kurse sind als Fortbildung im Sinne der Ziffer 5.12 der Anforderungen der Gesetzlichen Unfallversicherung nach §34 SGB VII zur Beteiligung am Durchgangsarztverfahren anerkannt.

|                                                           |        |                                               |            |
|-----------------------------------------------------------|--------|-----------------------------------------------|------------|
| Unfallbegutachtung in der gesetzlichen Unfallversicherung | Berlin | Prof. Dr. med. Julia Seifert                  | 12.05.2023 |
| Kindertraumatologie für D-Ärzte/-Ärztinnen                | Berlin | Prof. Dr. med. Michael Paul Hahn              | 13.05.2023 |
| Rehabilitationsmedizin/-management                        | Berlin | Dr. med. Sybille Larsen; Dr. med. Peter Kalbe | 13.05.2023 |

Mehr Informationen und Anmeldung über [www.bdc.de](http://www.bdc.de) (Rubrik BDC|Akademie, Fachgebiet Orthopädie/Unfallchirurgie)

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**

Klingenbergstr. 1-4, 32758 Detmold

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

E-Mail: [bd-versicherungsservice@ecclesia.de](mailto:bd-versicherungsservice@ecclesia.de)

# Honorarberichte der KBV

## Quartal 2 und 3/2021

KBV



**Kassenärztliche Bundesvereinigung  
KdöR (KBV)**  
Herbert-Lewin-Platz 2  
10623 Berlin

**D**ie Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) hat jetzt den Bericht des zweiten und dritten Quartals 2021 zur Honorarentwicklung im Vergleich zu den entsprechenden Vorjahreszeiträumen veröffentlicht.

Hier geht es zum Download:

**Zweites Quartal 2021**

**Drittes Quartal 2021**

Alle Honorarberichte der KBV – auch für die Vorjahre –, Kennzahlen der Abrechnungsgruppen, Fragen und Antworten zum Honorarbericht sowie grafische Darstellungen dazu finden Sie [hier](#).

(Quelle: <http://www.kbv.de/html/honorarbericht.php>).

Der Honorarbericht und die Kennzahlen erscheinen quartalsweise. Das Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (VStG) überträgt der KBV die Aufgabe, einen Bericht über die Ergebnisse der Honorarverteilung, über die Gesamtvergütungen, über die Bereinigungssummen und über den Honorarumsatz je Arzt und je Arztgruppe zu veröffentlichen. ○



©iStock/utrecht



Weitere Artikel zum Thema finden  
Sie auf BDC|Online ([www.bdc.de](http://www.bdc.de))  
in der Rubrik Wissen | Vergütung.

# 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](mailto:passion_chirurgie@bdc.de).

## APRIL 2023

**PD Dr. med. Peter Gaßmann** ist seit Februar 2023 neuer Chefarzt der Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie am Städtischen Krankenhaus Pirmasens. Der Facharzt für Chirurgie, Viszeralchirurgie mit der Zusatzbezeichnung Spezielle Viszeralchirurgie, war zuvor an der Universitätsmedizin Mainz beschäftigt.

**Dr. med. Dietmar Huss** ist seit Februar 2023 neuer Leiter der chirurgischen Abteilung der Albklinik in Münsingen. Huss war zuletzt leitender Arzt der am SRH-Krankenhaus Bad Saulgau, das geschlossen wurde.

**Jan Kolomaznik** ist neuer Chefarzt der Allgemein- und Viszeralchirurgie im DRK-Krankenhaus Lichtenstein, wo er zuvor als Oberarzt tätig war. Er ist Nachfolger von **Dr. med. Ulrich Kleta**, der an die Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie der Zeisigwaldkliniken Bethanien Chemnitz wechselte.

**Prof. Dr. med. Emile Jan M. Rijcken** ist seit Februar 2023 neuer Chefarzt der Chirurgie I am Klinikum Mutterhaus der Borromäerinnen in Trier.

**PD Dr. med. Nick Spindler** ist seit Februar 2023 Chefarzt der Plastischen-, Hand- und Rekonstruktiven Chirurgie der Kliniken des Main-Taunus-Kreises in Bad Soden am Taunus. Zuvor war Spindler Oberarzt der Abteilung für Plastische Chirurgie am Universitätsklinikum Leipzig.

**Matthias Trede** ist seit Mitte Februar 2023 Chefarzt der Klinik für Gefäßchirurgie des AMEOS Klinikum Mitte Bremerhaven. Er war zuvor langjähriger Oberarzt und Sektionsleiter der Gefäßchirurgie am Klinikum Bremen Nord.

**Dr. med. Sönke von Weihe** hat die Leitung der Thoraxchirurgie der Lungen Clinic Großhansdorf vom langjährigen Chef **Dr. med. Christian Kugler** übernommen.

**Dr. med. Frank Wanka** ist Nachfolger von **Dr. med. Ralf Junghanns** als Chefarzt der Unfall- und Orthopädischen Chirurgie im HELIOS St. Elisabeth Krankenhaus in Bad Kissingen. Der langjährige Chefarzt Junghanns ging in den Ruhestand. ○



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

# Frage & Antwort



## Haftung bei Oberarztstätigkeit an zwei Standorten



**Antwort von Dr. jur. Jörg Heberer:**

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

### FRAGE:

Ein Oberarzt fragt an, ob er haftbar gemacht werden kann, wenn der Krankenhausträger möchte, dass er an einem zweiten Standort tätig wird und während der Tätigkeit am zweiten Standort er am ersten Standort seiner Rufbereitschaftsverpflichtung nachkommen müsste.

### ANTWORT:

Nach Auffassung des Verfassers kann in dem geschilderten Fall der Oberarzt nicht persönlich haftbar gemacht werden, wenn er seiner Rufbereitschaftsverpflichtung am ersten Standort nicht oder nicht rechtzeitig

nachkommen kann, weil er beispielsweise am zweiten Standort operiert und hierdurch dann ein Patientenschaden eintritt. Denn schließlich kann er sich nicht zerteilen.

Hier kommt aus Sicht des Verfassers lediglich eine Haftung des Krankenhausträgers sowie des Chefarztes aus Organisationsverschulden in Betracht. Denn der Krankenhausträger ist verantwortlich dafür, dass ausreichend Personal zur Behandlung der Patienten unter Einhaltung des Facharztstandards vorgehalten wird. Hierauf hat der Oberarzt ja keinen Einfluss. ○

Heberer J: F+A: Haftung bei Oberarztstätigkeit an zwei Standorten. 2023 April; 13(04): Artikel 04\_06.



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

# Frage & Antwort



## Einsichtnahme in Patientenakte durch betäubungsmittelrechtliche Kontrollbehörde zulässig



**Antwort von Dr. jur. Jörg Heberer:**

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

Heberer J: F+A: Einsichtnahme in Patientenakte durch betäubungsmittelrechtliche Kontrollbehörde zulässig, 2023 April; 13(04): Artikel 04\_07.



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

### FRAGE:

Ein niedergelassener Chirurg fragt an, ob im Rahmen einer betäubungsmittelrechtlichen Kontrolle die zuständige Landesgesundheitsbehörde Einsicht in die ärztliche Patientenakte nehmen darf.

### ANTWORT:

Gemäß § 22 Abs. 1 Nr. 1 Gesetz über den Verkehr mit Betäubungsmitteln (BtMG) sind die mit der Überwachung beauftragten Personen befugt, Unterlagen über den Betäubungsmittelverkehr einzusehen und hieraus Abschriften oder Ablichtungen anzufertigen, soweit sie für die Sicherheit oder Kontrolle des Betäubungsmittelverkehrs von Bedeutung sein können. Entsprechend regelt § 24 Abs. 1 BtMG, dass jeder Teilnehmer am Betäubungsmittelverkehr verpflichtet ist, die Maßnahmen nach § 22 BtMG zu dulden und die mit der Überwachung beauftragten Personen bei der Erfüllung ihrer Aufgaben zu unterstützen, insbesondere ihnen auf Verlangen Einsicht in Unterlagen zu ermöglichen.

Allerdings hat das Bundesverwaltungsgericht mit Urteil vom 10.03.2022 – 3 C 1.21 nunmehr entschieden, dass ärztliche Patientenakten keine Unterlagen im Sinne des § 22 Abs. 1 Nr. 1 BtMG sind, sodass der zuständigen Behörde kein Einsichtsrecht zukommt.

Der Entscheidung lag zusammengefasst folgender Sachverhalt zu Grunde (s. zu Nachfolgendem unter <https://www.bverwg.de/100322U3C1.21.0>):

Nachdem der Behörde im Rahmen routinemäßiger betäubungsmittelrechtlicher Kontrollen in einer Apotheke vom klagenden Arzt ausgestellte Betäubungsmittelverschreibungen für seinen erwachsenen Sohn (geb. 1986) sowie für andere Patienten über den Wirkstoff Methylphenidat bzw. Fentanyl aufgefallen waren, forderte sie den Arzt auf, die medizinische Begründetheit der Verschreibungen durch die Vorlage der entsprechenden Patientenunterlagen nachzuweisen. Dies lehnte der Arzt unter Hinweis auf seine ärztliche Schweigepflicht ab. Daraufhin führte die Behörde eine unangekündigte Kontrolle in der Arztpraxis durch. Jedoch verweigerte der Arzt auch hier die Herausgabe der Patientenakten aufgrund seiner Schweigepflicht (vgl. BVerwG, a. a. O., Rn. 2).

Daraufhin erließ die Behörde einen Bescheid, mit dem dem Arzt aufgegeben wurde, für vierzehn bestimmte Patienten und Zeiträume Betäubungsmittelrezepte und Patientenunterlagen (z. B. Patientendokumentation, Arztbriefe, Befunde etc.) vorzulegen, die die Verschreibungen für die

genannten Patienten medizinisch begründen könnten. Für den Fall der Zuwiderhandlung gegen die Anordnungen wurde jeweils ein Zwangsgeld in Höhe von 1.000,00 EUR pro Patient angedroht. Begründet wurde der Bescheid damit, dass die Patientenunterlagen im Sinne des § 22 Abs. 1 Nr. 1 BtMG seien und die für eine Verschreibung von Betäubungsmitteln gemäß § 13 Abs. 1 BtMG erforderliche Begründetheit der Anwendung ohne Einsicht in Patientenunterlagen nicht durch die Behörde überprüft werden könne. Die ärztliche Schweigepflicht werde durch § 22, § 24 BtMG eingeschränkt (vgl. BVerwG, a. a. O., Rn. 3).

Gegen diesen Bescheid erhob der Arzt Klage. Das Verwaltungsgericht gab dem Arzt in Bezug auf die fehlende Befugnis zur Einsichtnahme in die Patientenakten, die keine Unterlagen i. S. d. § 22 Abs. 1 Nr. 1 BtMG aus seiner Sicht seien, Recht. Im Berufungsverfahren kippte der Verwaltungsgerichtshof aber diese Entscheidung und vertrat die Rechtsauffassung der Behörde. Der Arzt erhob daraufhin die Revision zum Bundesverwaltungsgericht und hatte diesbezüglich Erfolg.

Die für die Überwachung des Betäubungsmittelverkehrs bei Ärzten zuständigen Behörden sind nach § 22 Abs. 1 Nr. 1 BtMG aus Sicht des BVerwG nicht befugt, Einsicht in ärztliche Patientenakten zu nehmen. Denn nach detaillierter Auseinandersetzung des BVerwG ergibt die Auslegung von § 22 Abs. 1 Nr. 1 BtMG aus dessen Sicht, dass die Vorschrift auf ärztliche Patientenakten gerade keine Anwendung findet. Weder ihr Wortlaut, ihre Entstehungsgeschichte noch die gesetzliche Systematik bieten Anknüpfungspunkte dafür, dass Patientenakten nach dem Willen des Gesetzgebers von dem Begriff „Unterlagen über den Betäubungsmittelverkehr“ umfasst sein sollen. Die teleologische Betrachtung führt nach Ansicht des BVerwG ebenfalls zu keinem anderen Auslegungsergebnis, für das zudem verfassungsrechtliche Gründe sprechen (vgl. BVerwG, a. a. O., Rn. 19). Letzteres wurde damit begründet, dass Eingriffe in das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient einer gesetzlichen Grundlage bedürfen, aus der sich die Voraussetzungen und der Umfang der Grundrechtsbeschränkung klar und für die Grundrechtsträger erkennbar ergeben. § 22 Abs. 1 Nr. 1 BtMG erfüllt nach Auffassung des

BVerwG diese Anforderungen in Bezug auf eine Befugnis zur Einsicht in Patientenakten jedenfalls nicht (vgl. BVerwG, a. a. O., Rn. 44). Arzt und Patient können der Vorschrift nämlich nicht entnehmen, dass und unter welchen Voraussetzungen die Überwachungsbehörde befugt ist, die Patientenakte einzusehen, um die Begründetheit der Verschreibung des Betäubungsmittels zu kontrollieren. Weder Wortlaut und Entstehungsgeschichte der Norm noch die Gesetzessystematik geben - wie dargelegt - Anhaltspunkte dafür, dass mit dem Begriff der Unterlagen über den Betäubungsmittelverkehr auch Patientenakten gemeint sind. Die Festlegung der Eingriffsschwelle für die Maßnahme ergibt sich aus Sicht des BVerwG aus § 22 BtMG ebenfalls nicht (vgl. BVerwG, a. a. O., Rn. 48).

Um für die zuständigen Behörden die Möglichkeit zu schaffen, im Rahmen betäubungsmittelrechtlicher Kontrollen Einsicht in die Patientenakten verlangen zu können, müsste folglich der Gesetzgeber durch Anpassung der gesetzlichen Regelung tätig werden. Solange dies nicht geschieht, kann die Einsichtnahme in die Patientenakte durch Ärzte verweigert werden. ○

## BDC|AKADEMIE

DEUTSCHE AKADEMIE FÜR CHIRURGISCHE FORT- UND WEITERBILDUNG



Viszeralchirurgie Kompakt  
Hepatobiliäre Chirurgie  
Berlin, 23. – 25. Mai 2023

Empfohlen für  
Fachärztinnen/-Ärzte, Chirurgen/-Ärzte,  
Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung und  
Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte

### BDC|SEMINAR – VISZERALCHIRURGIE KOMPAKT: HEPATOBIILIÄRE CHIRURGIE

Das Seminar richtet sich an Chirurginnen und Chirurgen mit Erfahrung in der Chirurgie der Leber und Gallenwege. Es bietet als zweitägiges interaktives Kompaktseminar aktuelles, theoretisches Wissen zu Behandlungsstrategien sowie operativen Techniken der hepatobiliären Chirurgie und einen Tag mit aktiver Beteiligung an Live-OPs. Dabei wird ein breites Spektrum etablierter und neuer Operationstechniken demonstriert und aktuelle Entwicklungen der minimal-invasiven Leberchirurgie vorgestellt.

|                    |                                                                                                                             |
|--------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Termin:            | 23.05. bis 25.05.2023                                                                                                       |
| Veranstaltungsort: | Berlin                                                                                                                      |
| Referenten:        | Prof. Dr. med. Johann Pratschke; PD Dr. med. Georg Lurje;<br>Prof. Dr. med. Robert Öllinger; Prof. Dr. med. Wenzel Schöning |

Informationen und Anmeldung über [www.bdc.de](http://www.bdc.de) (Rubrik BDC|Akademie, Fachgebiet Viszeralchirurgie)



# Offener Brief – Den Deutschen Irrweg in der Organspendepolitik beenden

Bündnis ProTransplant

## KATASTROPHALE BILANZ NACH DREI JAHREN NEUER GESETZGEBUNG

Laut dem Bündnis ProTransplant sind drei Jahre nach Abstimmung des Bundestages über die neue Gesetzgebung weitere 3.000 Menschen verstorben, die mit einer Organspende hätten gerettet werden können. Statt der erhofften Verdopplung der Organspendezahlen gebe es einen schlimmeren Einsturz als je zuvor. Jetzt hat das Bündnis sich in einem offenen Brief am 01. März 2023 an den Bundesgesundheitsminister Professor Karl Lauterbach gewandt und in fünf Punkten seine Forderungen formuliert.

Das Bündnis ProTransplant ist ein Zusammenschluss von Patientenverbänden und Selbsthilfegruppen. Die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie e.V. (DGCH) und die Deutsche Gesellschaft für Kinderchirurgie e.V. (DGKCH) unterstützen seine Initiativen.


**Bündnis ProTransplant**

Bündnis von aktiven Selbsthilfevereinen  
im Bereich Transplantation &  
Organspende

**Kontakt:**

Zazie Knepper  
info@warteliste-eurotransplant.de

**Mario Rosa-Bian**

IG Niere NRW e.V.  
mario@pro-transplant.de

**Ute Oppen**

transplantiert e.V.  
kontakt@pro-transplant.de

Sehr geehrter Herr Bundesgesundheitsminister Prof. Dr. Karl Lauterbach,  
sehr geehrte Damen und Herren Gesundheitsminister:innen der Bundesländer,  
sehr geehrte Damen und Herren Bundestagsabgeordnete!

Laut Grundgesetz Artikel 2 hat jeder Mensch das Recht auf Leben. Dies gilt offenbar nicht für die Patient:innen auf der Warteliste für eine Organspende. Drei Jahre nach Abstimmung des Bundestages über die neue Gesetzgebung beklagen wir weitere 3.000 Verstorbene, die mit einer Organspende hätten gerettet werden können. Statt der erhofften Verdopplung der Organspendezahlen erleben wir einen schlimmeren Absturz als je zuvor. In einem der reichsten Länder der Welt gelingt es nicht, die betroffenen Patient:innen medizinisch angemessen zu versorgen. Der deutsche Irrweg in der Organspendepolitik ist endgültig in eine Sackgasse geraten.

Wir fordern eine radikale Umkehr mit folgenden Maßnahmen:

### 1. Doppelte Widerspruchsregelung

Viele Expert:innen haben 2020 vor einem verkappten „Weiter so“ in Form der Entscheidungsregelung gewarnt – sie wurden nicht gehört. Übergangen wurden die Bevölkerung und die Anhänger:innen aller demokratischen Parteien, die mehrheitlich hinter einer Widerspruchsregelung (WSR) stehen. Ein Opt-out-Modell ist kostengünstig, stärkt die Patient:innenautonomie und entlastet die Angehörigen. In 29 von 35 europäischen Ländern gilt es bereits oder wird eingeführt [1]. Neu ist, dass Bündnis 90/Die Grünen auf ihrem Bundesparteitag im Oktober 2022 beschlossen haben, die WSR endlich auch in Deutschland einzuführen [2]. Die Deutsche Stiftung Organtransplantation (DSO) spricht sich angesichts der katastrophalen Situation ebenso dafür aus wie der Bundesverband Niere e.V. [3]. Auch von allen relevanten medizinischen Fachgesellschaften und dem Nationalen Ethikrat wird die WSR befürwortet [4]. Deutschland „importiert“ hunderte Organe/Jahr aus den Eurotransplant-Partnerländern; in all diesen Ländern gilt die WSR [5].

### 2. Reform der Organisations-Strukturen und Prozesse in der Organspende

Die zentralen Probleme des deutschen Gesundheitssystems wirken sich auch auf die Organ- und Gewebespende aus. Aus Sicht der Transplantationsbeauftragten stehen Personalmangel in der Pflege und bei den Ärzt:innen sowie fehlende Kapazitäten an Intensivbetten ganz oben auf der Liste der Ursachen der Missstände [6]. Diese Defizite sind so gravierend, dass nicht immer die Möglichkeit einer Organspende geklärt wird, eine infauste Prognose zur vorzeitigen Therapielimitierung führt und die verbesserte Vergütung von Organentnahmen nicht greift. Die Erkennung möglicher Spender:innen mithilfe digitaler Tools (z. B. das DETECT-Programm) muss Teil der Routineversorgung werden.

### 3. Organspende nach Kreislauftod

In Deutschland sind Organspenden nur nach Hirntod möglich. In den meisten anderen europäischen Ländern kann auch nach Kreislauftod (Donation after circulatory Death; DCD) gespendet werden, was dort zu mehr Organspenden geführt hat [6, 7]. Daraus ergibt sich eine paradoxe Situation: Organe von Menschen, die aufgrund von Kreislaufversagen gestorben sind, dürfen deutschen Wartepatient:innen von Eurotransplant nicht vermittelt werden. DCD gilt bereits in 17 europäischen Ländern, in acht Ländern ist die Einführung geplant – warum nicht in Deutschland? [6]

### 4. Crossover- und Ketten-Lebendspende

Auch die Crossover-Lebendspende muss – wie in den europäischen Nachbarstaaten – endlich in Deutschland etabliert werden. Wenn eine Lebendorganspende zwischen Personen, die Organe spenden dürfen, aus medizinischen Gründen nicht infrage kommt, soll es ermöglicht werden, ein solches Spender:innen-Empfänger:innen-Paar mit weiteren geeigneten Paaren anonym zusammenzubringen und Lebendorganspenden kreuz- und kettenweise durchzuführen.

Bündnis ProTransplant: Offener Brief -  
Den Deutschen Irrweg in der Organspendepolitik  
beenden. Passion Chirurgie. 2023 April;  
13(04): Artikel 05\_01.



Mehr Artikel zum Thema Organspende  
finden Sie auf BDC|Online unter der  
Rubrik Politik.

## 5. Altruistische Organspende

Lebendspenden einer Niere sind in Deutschland auf einen eng gefassten familiären oder Freundes-Empfängerkreis beschränkt. Bei einer altruistischen Spende wäre es möglich, dass eine Person eine Niere freiwillig und unentgeltlich an eine unbekannte Person spendet.

## POLITISCHEN WILLEN ZEIGEN

In Deutschland fehlt es an einer Kultur der Organspende. Angesichts einer sehr hohen Organspende-Bereitschaft in der Bevölkerung erwarten wir von unseren Politikern Haltung [8]. Wer von Ethik spricht und gleichzeitig tatenlos zusieht, wie jeden Tag drei Patient:innen auf der Warteliste sterben, handelt nicht ethisch. Die Politik muss sich bekennen, indem sie das von der breiten Mehrheit der Bevölkerung und von allen Expert:innen erwünschte Verhalten zum Wohle aller durch die Umsetzung der o. g. Punkte 1 bis 5 gesetzgeberisch beschließt. Neben diesen

Forderungen sollten Menschen, die postmortal Organe gespendet haben, besser gewürdigt werden, beispielsweise indem der Staat die Bestattungskosten übernimmt.

Setzen Sie die weltweit bekannten und bewährten Erfolgskonzepte endlich um!

Die Unterzeichner finden Sie [HIER](#).

## LITERATUR

- [1] <https://www.organspende-info.de/gesetzliche-grundlagen/entscheidungsloesung> (Abruf am 26.11.2022); Mittlerweile wurde in Irland die WSR eingeführt und in der Schweiz die Einführung der WSR beschlossen.
- [2] <https://antraege.gruene.de/48bdk/widerspruchslosung-in-der-organspende-implementieren-19962> (Abruf am 29.11.2022)
- [3] <https://dso.de/SiteCollectionDocuments/Pressemeldungen%20PDFs%20>

und%20Anh%C3%A4nge/DSO%20Kongress%202022/PM\_PK\_DSO-Jahreskongress\_2022\_final.pdf (Abruf am 29.11.2022)

- [4] [https://www.ethikrat.org/fileadmin/Publikationen/Stellungnahmen/Archiv/Stellungnahme\\_Organmangel.pdf](https://www.ethikrat.org/fileadmin/Publikationen/Stellungnahmen/Archiv/Stellungnahme_Organmangel.pdf)
- [5] <https://www.eurotransplant.org> (Abruf am 29.11.2022)
- [6] DSO-Kongress 2022; Bericht des Vorstandes, 3.11.2022: <https://www.dso.de/DSO-Kongress/Pages/R%C3%BCckblick.aspx>
- [7] de Jonge et al. [Organ donation after circulatory death]. *Nervenarzt*. 2016 Feb;87(2):150–6
- [8] [https://www.bzga.de/fileadmin/user\\_upload/PDF/pressemitteilungen/daten\\_und\\_fakten/BZgA\\_Infoblatt\\_Studie\\_Organspende\\_2022\\_final.pdf](https://www.bzga.de/fileadmin/user_upload/PDF/pressemitteilungen/daten_und_fakten/BZgA_Infoblatt_Studie_Organspende_2022_final.pdf)

[HIER](#) geht es zum offenen Brief auf der Webseite vom Bündnis ProTransplant. 

## BDC|AKADEMIE

DEUTSCHE AKADEMIE FÜR CHIRURGISCHE FORT- UND WEITERBILDUNG



Viszeralchirurgie Kompakt  
Kolorektale Chirurgie  
Berlin, 14. – 15. Juni 2023

Empfohlen für  
Fachärztinnen/-Ärzte, Chefärztinnen/-Ärzte  
und Niedergelassene Ärztinnen/Ärzte

### BDC|SEMINAR – VIZERALCHIRURGIE KOMPAKT: KOLOREKTALE CHIRURGIE

Das Seminar richtet sich an Chirurginnen und Chirurgen mit Erfahrung in der kolorektalen Chirurgie. Als zweitägiges interaktives Kompaktseminar bietet es aktuelles, theoretisches Wissen zu Behandlungsstrategien und operativen Techniken der Proktologie, bei entzündlichen Darmerkrankungen sowie kolorektalen Karzinomen und einen Tag mit Live-OPs, bei denen etablierte und neue Operationstechniken demonstriert und mit den Operateuren diskutiert werden können.

|                    |                                                                                           |
|--------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|
| Termin:            | 14.06. bis 15.06.2023                                                                     |
| Veranstaltungsort: | Berlin                                                                                    |
| Referenten:        | Dr. med. Oliver Haase; Prof. Dr. med. Johann Pratschke;<br>Prof. Dr. med. Katharina Beyer |

Informationen und Anmeldung über [www.bdc.de](http://www.bdc.de) (Rubrik BDC|Akademie, Fachgebiet Viszeralchirurgie)

# KV-Wahlen: BDC-Mitglieder in den Vertreterversammlungen

Olivia Päßler



**Olivia Päßler**  
Presse- & Öffentlichkeitsarbeit  
Berufsverband der Deutschen  
Chirurgie e.V. (BDC)  
paessler@bdc.de

**I**m vergangenen Jahr fanden wieder Wahlen zu den Vertreterversammlungen der 17 Kassenärztlichen Vereinigungen statt. In der Liste unten stehen alle BDC-Mitglieder, die sich zur Wahl aufgestellt hatten und in die jeweilige Vertreterversammlung gewählt wurden.

Der BDC gratuliert noch einmal herzlich und wünscht viel Erfolg und Freude bei der Ausübung dieser wichtigen Funktion.

## KV Baden-Württemberg

- Dr. med. Anton Radlmayr, Ulm
- Dr. med. Matthias Szabo, Tuttlingen (auch BNC)

## KV Berlin

- Dr. med. Volker Lacher, Berlin

## KV Bremen

- Dr. med. Björn Ackermann, Bremen

## KV Hamburg

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

## KV Hessen

- Jan Henniger, Frankfurt/Main (auch HCV Hessen)

## KV Mecklenburg-Vorpommern

- Dr. med. Thomas Nowotny, Anklam (auch BNC)

## KV Niedersachsen

- Dr. med. Florian Barth, Rinteln

## KV Nordrhein

- Dr. med. Siamak Pourhassan, Meerbusch

## KV Rheinland-Pfalz

- Dr. med. Jörg Fischböck, Haßloch (auch BNC)

## KV Saarland

- Dr. med. Daniel Bastian, St. Wendel

## KV Sachsen

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

## KV Thüringen

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

## KV Westfalen-Lippe

- Dr. med. Holger Brinkmann, Soest (auch BNC)
- Prof. Dr. med. Michael Aufmkolk, Ahaus (auch BNC)



Päßler O: KV-Wahlen: BDC-Mitglieder in den Vertreterversammlungen. *Passion Chirurgie*. 2023 April; 13(04): Artikel 05\_02.



Mehr berufspolitische Artikel finden Sie auf BDC|Online unter der Rubrik Politik.



© iStock/izusek



## SEHR PERSÖNLICH NACHGEFRAGT BEI JÖRG HECKENKAMP

### Was ist das Schönste an Ihrem Beruf?

Die Vielschichtigkeit. Man ist mit medizinischen, wissenschaftlichen, sozialen, wirtschaftlichen und politischen Fragen beschäftigt. Dabei steht für mich immer im Mittelpunkt, Menschen durch eine gute Behandlung zu helfen.

### Welche Forschungsrichtung inspiriert Sie?

Arterioskleroseforschung. Die Erforschung klinischer Fragestellungen, die uns täglich beschäftigen.

### Welche Publikation der letzten vier Jahre halten Sie für einen Game Changer in Ihrem Fach?

Farber A., Menrad MT, et al.: Surgery or Endovascular Therapy for Chronic Limb-Threatening Ischemia (Best-CLI). NEJM: 2022

### Was war für ihr berufliches Fortkommen besonders hilfreich?

Eigenes Engagement und Mentoren, die mir Wege gezeigt und geebnet haben, mich sowohl klinisch, als auch wissenschaftlich weiterzuentwickeln.

### In der Krankenhauspolitik gibt es viele Baustellen. Was sollte als Erstes angepackt werden?

Eine Krankenhausstrukturreform und eine engere Verzahnung der verschiedenen Versorgungssektoren.

### Was haben Sie erst vor kurzem in Ihrer Klinik implementiert?

Eine digitale Spracherkennung.

### Welche persönlichen Visionen möchten Sie gerne umsetzen?

Eine holistische Therapie vaskulärer Patient:innen mit individuell optimaler Behandlung und guter Verzahnung der verschiedenen medizinischen Sektoren.

### Wann sind Sie glücklich?

Nach einem erfüllten Tag in der Klinik (es gibt leider auch nicht erfüllende Tage), auf einer Segelyacht im Mittelmeer oder auch bei einem Gang durch die Natur mit meiner Frau und unserem Hund.

### Wann platzt Ihnen der Kragen?

Bei fehlender Kollegialität. Auch fehlende Einsicht bei konstruktiver Kritik steht einer guten Zusammenarbeit im Weg.

### Welche Hoffnung haben Sie aufgegeben?

Dass man frei von Regularien und Zwängen die bestmögliche Medizin machen kann.

### Was frustriert Sie?

Unsinnige politische Debatten, zu viel Bürokratie im Klinikalltag und unkollegiales Verhalten.

### Wie gehen Sie mit Frustrationen um?

Gespräche im Kreise der Familie und mit Freund:innen. Zudem durch Diskussionen im Kollegium und durch eine medizinische Beratung der Geschäftsführung.

### Ihr wichtigstes Hobby?

Die Entdeckung der Natur mit Hund und Familie/Freunden, das Segeln und die Kulinarik.

### Wo werden sie schwach?

Bei guten Gesprächen, gutem Wein und auch bei einem Wochenende mit Kultur oder Natur.

### Was bringt Sie zum Lachen?

Situationskomik, ein gelungener Witz.

### Wie gehen Sie mit fehlender Teamfähigkeit bei einer/m Mitarbeiter:in um?

Ich versuche das im Vorfeld zu klären, ansonsten durch Gespräche und Förderung. Lässt

AUS DER  
DGCH

sich keine gemeinsame Grundlage finden, dürfen sich auch Wege trennen.

### Wie fördern Sie die persönliche und fachliche Entwicklung in Ihrem Team?

Neue Mitarbeiter:innen stellen sich zu Beginn der Tätigkeit bei uns mit einem Ego-Bericht mit anschließendem gemeinsamen Frühstück vor, das fördert ungemein Verständnis und Kollegialität. Fachlich durch tägliche Besprechungen, interne Fortbildungen und Kongressbesuche sowie externe Weiterbildungsveranstaltungen wie z. B. die Sommerakademie der DGG.

### Muss eine Chirurgin/ein Chirurg Optimismus ausstrahlen?

Das geht nicht immer, halte ich dennoch für sehr wichtig. Vielleicht ergänzend: Empathie und Optimismus.

#### Prof. Dr. med. Jörg Heckenkamp

Direktor des Zentrums für Gefäßmedizin  
Niels-Stensen-Kliniken, Marienhospital Osnabrück  
Akademisches Lehrkrankenhaus der Medizinischen Hochschule Hannover  
Präsident der Deutschen Gesellschaft für Gefäßchirurgie und Gefäßmedizin e.V.

Verheiratet, 2 erwachsene Kinder, Segler und Kulinariker

Preisträger von Forschungspreisen der Europäischen Gesellschaft für Gefäßchirurgie (ESVS) und der Deutschen Gesellschaft für Gefäßchirurgie und Gefäßmedizin (DGG)

Die Fragen stellte Univ.-Prof.  
Dr. med. Thomas Schmitz-Rixen.

# 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/<br>STATUS DER STUDIE | FINANZIERUNG<br>DER STUDIE/FALLGELD | ANSPRECHPARTNER/<br>KONTAKT                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Studientitel ARMANI<sub>1</sub>*</b><br><b>Registrierungsnummer: NCT04678583, DRKS00023792</b> |                                                                   |                                        |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| Prof. Dr. med. Jürgen Weitz, MSc.                                                                 | Exper. Gruppe anatomische Resektion der Lebermetastase(n).        | FPI: 12.03.2021                        | DKTK Joint Funding                  | Ulrike Neckmann, PhD<br>Studienkoordinatorin<br>Klinik und Poliklinik für Viszeral-, Thorax- und Gefäßchirurgie<br>Universitätsklinikum Carl Gustav Carus<br>an der Technischen Universität Dresden<br>Anstalt des öffentlichen Rechts des Freistaates Sachsen<br>Fetscherstraße 74<br>01307 Dresden<br>T: +49 (0)351 458 18130<br>F: +49 (0)351 458 7273<br>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/<br>STATUS DER STUDIE       | FINANZIERUNG<br>DER STUDIE/FALLGELD | ANSPRECHPARTNER/<br>KONTAKT                                                                                                                                                                                                                            |
|------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Studientitel: BariSurg<sub>2</sub>*</b><br><b>Registriernummer: DRKS00004766</b>      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                              |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                        |
| Prof. Dr. B.P. Müller                                                                    | Patienten mit einem BMI von 35–40 kg/m <sup>2</sup> und mit mindestens einer assoziierten Begleiterkrankung sowie Patienten mit einem BMI von 40–60 kg/m <sup>2</sup><br><br>Experimentelle Gruppe: Magenschlauch-OP<br><br>Kontrollgruppe: Magenbypass-OP                                                                                       | FPI: 27.11.2013<br><br>179 von 248 Patienten | –<br><br>Kein Fallgeld              | Prof. Dr. B. P. Müller<br>Viszeralchirurgie Clarunis<br>Universitäres Bauchzentrum Basel<br>T: +41 61 777 75 75<br>E: beat.mueller@clarunis.ch                                                                                                         |
| <b>Studientitel: DISPACT-2<sub>3</sub>*</b><br><b>Registrierungsnummer: DRKS00014011</b> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                              |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                        |
| Dr. med. Rosa Klotz                                                                      | Patienten mit benignen und malignen Veränderungen des Pankreaskörpers und des -schwanzes mit Indikation zur elektiven distalen Pankreatektomie<br><br>Exper. Gruppe<br>Minimalinvasive distale Pankreatektomie<br><br>Kontrollgruppe<br>Offene distale Pankreatektomie                                                                           | 13.08.2020<br><br>101 von 294 Patienten      | DFG<br><br>1.250 € / Patient        | Dr. med. Rosa Klotz<br>Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Transplantationschirurgie<br>Universitätsklinikum Heidelberg<br>Im Neuenheimer Feld 420<br>T: 06221/56-6980<br>F: 06221/56-33850<br>E: rosa.klotz@med.uni-heidelberg.de                    |
| <b>Studientitel: HULC<sub>4</sub>*</b><br><b>Registrierungsnummer: DRKS00017517</b>      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                              |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                        |
| 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<br><br>Kontrollgruppe: Verschluss der medianen Laparotomie mit einem langsam resorbierbaren monofilen Faden in Small-Stitches-Technik | 08.08.2019<br><br>432 von 812 Patienten      | DFG<br><br>500 € / Patient          | Dr. Solveig Tenckhoff<br>Studienzentrum der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (SDGC)<br>Marsilius-Arkaden Turm-West<br>Im Neuenheimer Feld 130.3<br>69120 Heidelberg<br>06221-56-36839<br>06221-56-33850<br>solveig.tenckhoff@med.uni-heidelberg.de |
| <b>Studientitel: PONIY<sub>5</sub>*</b><br><b>Registrierungsnummer: DRKS00006199</b>     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                              |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                        |
| Dr. med. Rebekka Schirren                                                                | Elektiver offener kolorektaler Eingriff<br><br>Experimentelle Gruppe: Abdeckung der Operationswunde mittels postoperativem Wundinzisions-Unterdrucktherapie System (PIUT) für 5–7 Tage postoperativ.<br><br>Kontrollgruppe: Abdeckung der Operationswunde mittels sterilem Verbandsmaterial für 5–7 Tage postoperativ.                           | 23.10.2017<br><br>317 von 340 Patienten      | KCI USA, Inc.<br><br>50 € / Patient | Dr. med. R. Schirren<br>Chirurgische Klinik und Poliklinik<br>Klinikum rechts der Isar der<br>Technischen Universität München<br>T: 089/4140-5138<br>E: rebekka.schirren@tum.de                                                                        |

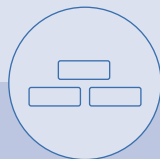
- [1] Anatomical Resection of liver MetAstases in patients with RAS-mutated colorectal cancer  
 [2] Sleeve gastrectomy versus Roux-en-Y gastric bypass in obese patients with BMI 35–60 kg/m<sup>2</sup> – a multicenter randomized trial  
 [3] Distal Pancreatectomy – A randomised controlled trial to compare 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

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

Stand: März 2023

# 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  
Ideengeber und Mentor  
Herr SR Dr. med. Rudolf Jakob Peter Blandfort, Friedrichsthal  
(2 Bausteine)  
Herr Prof. Dr. med. Reinhard Friedrich Gustav Hoffmann, Frankfurt/Main  
Herr Dr. med. Jochen Reichmann, Herford  
in memoriam Prof. Dr. med. Joachim Reichmann, Halle/Saale

## BAUSTEIN IN SILBER

Herr Prof. Dr. med. Leonhard Schweiberer, München  
 Herr Prof. Dr. med. Klaus Junghanns, Ludwigsburg  
 Herr Prof. Dr. med. Hartwig Bauer, Neuötting  
 Herr Prof. Dr. med. Hendrik Dienemann, Thoraxklinik Heidelberg  
 Herr Prof. Dr. med. habil. Dr.-Ing. Dr. med. h.c. Michael Ungethüm,  
 Tuttlingen  
 Herr Prof. Dr. med. Hartmut Siebert, Schwäbisch-Hall  
 Herr Prof. Dr. med. Karl Herbert Welsch, München  
 Herr Prof. Dr. med. Stefan Wysocki, Heidelberg  
 Herr Dr. med. Jürgen Meier zu Eissen, Hannover  
 Herr Prof. Dr. med. Stefan Post, Mannheim  
 Herr Prof. Dr. med. Wolf Mutschler, München  
 Frau Prof. Dr. med. Ursula Schmidt-Tintemann, Vaterstetten  
 Herr Prof. Dr. med. Matthias Rothmund, Marburg  
 Herr Prof. Dr. med. Christian H. Siebert, Hannover  
 Herr Prof. Dr. med. Volker Bühnen, Murnau  
 Herr Dr. med. Abdullah Mury, Heide  
 Herr Dr. med. Andreas Ungeheuer, München  
 Herr Prof. Dr. med. Wolf Schellerer, Bamberg  
 Herr Prof. Dr. med. Tilman Mischkowsky, Berlin  
 Herr Prof. Dr. med. Hans-Joachim Wiendl, Bamberg  
 Herr Prof. Dr. med. Klaus Roosen, Würzburg  
 Herr Prof. Dr. med. Dr. h.c. Gert Carstensen, Mülheim  
 Herr Prof. Dr. med. Peter M. Vogt, Hannover  
 Herr Prof. Dr. med. Fritz L. Ruëff, München  
 Herr Prof. Dr. med. Karl-Joseph Paquet, Bad Kissingen  
 Herr Prof. Dr. med. Dr. h.c. Volker Schumpelick, Aachen  
 Herr Prof. Dr. med. Yoshiki Hiki, Tokio/Japan  
 Herr Prof. Dr. med. Hans-Bernd Reith, Konstanz  
 Herr Dr. med. Goswin von Mallinckrodt, München  
 Herr Prof. Dr. med. Lothar Kinzl, Ulm  
 Frau Ingrid und Herr Dr. med. Robert Raus, Riedlingen  
 Frau Dr. med. Ursula Engel, Hamburg  
 Enddarm-Zentrum Bietigheim,  
 Herr Dr. med. Wolfgang Pfeiffer,  
 Herr Dr. med. Markus Piro-Noack,  
 Herr Dr. med. Edgar Kraft  
 Herr Prof. Dr. med. Thomas Rüedi, Maienfeld/Schweiz  
 in memoriam Prof. Dr. med. Martin Allgöwer, Chur/Schweiz  
 Herr Prof. Dr. med. Gert Specht, Berlin  
 Herr Prof. Dr. med. Henning Weidemann, Berlin  
 Herr Prof. Dr. med. Otto Scheibe, Stuttgart  
 in memoriam Prof. Dr. med. Helmut Remé, Lübeck  
 Herr Prof. Dr. med. Stephan Langer, Mönchengladbach  
 Herr Dr. med. José Luis Narro, Köln  
 Herr Prof. Dr. med. Wolfgang Ulf Wayand, Linz  
 Herr Prof. Dr. med. Werner Grill, Starnberg  
 Herr Prof. Dr. med. Fritz Kümmerle, Mainz  
 Herr Prof. Dr. med. Dr. h.c. mult. Friedrich Stelzner, Bonn

Herr Prof. Dr. med. Günther Vetter, Bad Vilbel  
 in memoriam Prof. Dr. med. Hans-Bernhard Sprung, Dresden  
 Frau Dr. med. Eva Böhlau, Bad Soden  
 1991–2011 DGT in memoriam  
 Prof. Dr. med. Ingolf Vogt-Moykopf zum 80. Geburtstag  
 Herr Prof. Dr. med. Gerhard Krönung, Wiesbaden  
 in memoriam Prof. Dr. med. Johannes Christian Dobroschke,  
 Regensburg  
 Herr Prof. Dr. med. Alois Fürst  
 Herr Dr. med. Arthur Heiligensetzer  
 Herr Dr. med. Peter Sauer  
 Herr Dr. med. Bernfried Pikal  
 Herr Dr. med. Johannes Winfried Pruy  
 in memoriam Prof. Dr. med. Johannes Christian Dobroschke,  
 Regensburg  
 Herr Prof. Dr. med. Christian Müller, Hamburg  
 Herr Dr. med. Friedrich Klee, Heidelberg  
 Herr Prof. Dr. med. Karl Dinstl, Wien  
 in memoriam Prof. Dr. med. K. Keminger  
 Herr Prof. Dr. med. Axel Richter, Hildesheim  
 Herr Prof. Dr. med. Ernst Teubner, Göppingen  
 Herr Prof. Dr. med. Martin Büsing, Recklinghausen  
 Herr Dr. med. Helge Hölzer, Stuttgart  
 in memoriam Prof. Dr. med. Gerhard Köveker, Sindelfingen und  
 Böblingen  
 Herr Dr. med. Friedemann Schreiter, Hamburg  
 Herr Prof. Dr. med. Dr. h.c. Hans-Joachim Meyer, Hannover  
 Herr Prof. Dr. med. Konrad Schwemmler, Linden  
 Herr Dr. med. Frank U. Zittel, Frankenthal  
 in memoriam Prof. Dr. med. Richard Xaver Zittel  
 Herr Prof. Dr. med. Wulf Brands, Karlsruhe  
 in memoriam Dr. med. Hartmut Wirth, Mannheim  
 Herr Prof. Dr. med. habil. Dieter Bokelmann, Essen  
 in memoriam Dr. med. Ottmar Kohler, Idar-Oberstein  
 Herr Prof. Dr. med. Hermann Bünthe, Münster  
 Frau Dr. Eva Appel, Frankfurt/Main  
 in memoriam Prof. Dr. med. Alexander Appel  
 Herr Prof. Dr. med. Gerhard Schönbach, Freiburg  
 Frau Prof. Dr. med. Dorothea Liebermann-Meffert, Freiburg  
 in memoriam Prof. Dr. med. Martin Allgöwer, Basel  
 Herr Dr. med. Andreas Dörmer, Frankfurt/Main  
 Herr PD Dr. med. habil. Klaus H. Fey, Berlin  
 in memoriam Prof. Dr. med. Fritz Linder, Heidelberg,  
 Prof. William P. Longmire Jr., Los Angeles  
 Herr Prof. Dr. med. Dr. h.c. Wolfgang Köle, Graz  
 in memoriam Prof. Dr. med. Adolf Winkelbauer und  
 Prof. Dr. med. Franz Spath  
 Herr Prof. Dr. med. Dr. h.c. Helmut Wolff, Berlin  
 Deutsche Gesellschaft für Kinderchirurgie e.V.  
 in memoriam Prof. Dr. med. Fritz Rehbein

Herr Prof. Dr. med. E. Ulrich Voss, Karlsruhe  
 in memoriam Herr Prof. Dr. med. Jörg F. Vollmar  
 Herr Dr. med. Christoph Bubb, Landshut  
 Herr Dr. med. Bernhard Arlt, Herne  
 Herr Prof. Dr. Axel Laczkovics, Bochum  
 in memoriam Prof. Waldemar Kozuschek, Bochum  
 Herr Prof. Dr. med. Hans Ulrich Steinau, Bochum  
 in memoriam Prof. Dr. med. Hans Hellmuth Hirsch  
 Herr Prof. Dr. med. Otto-Andreas Festge, Greifswald, Herr Dr. med.  
 Reinhold Festge, Oelde, Frau Dr. med. Brigitte Festge, Greifswald  
 in memoriam Dr. med. Otto Festge  
 Herr Prof. Dr. med. Martin Büsing, Recklinghausen  
 Herr Prof. Dr. med. Horst Hamelmann, Kiel  
 Herr Prof. Dr. med. Paul Hahnloser, Zürich  
 in memoriam Prof. Dr. med. Åke Senning  
 Herr Dr. med. Christoph Schüürmann, Bad Homburg  
 Dres. med. Hermann und Beate Sons, Kassel  
 in memoriam Dr. med. Paula Rotter-Pool, Berlin  
 Herr PD Dr. med. Stefan Welter, Hemer  
 Herr Prof. Dr. med. Rolf Schlumpf, Zürich  
 Herr Prof. Dr. med. Reinhart T. Grundmann, Burghausen  
 in memoriam Margarethe Grundmann, Burghausen

Herr Prof. Dr. med. Helmut Witzigmann  
 von seinen Mitarbeitern der Chirurgischen Klinik  
 Dresden-Friedrichstadt  
 Herr Dr. med. Claus Müller, Dresden  
 Herr Prof. Dr. med. Wolfgang Hartig, Leipzig  
 Herr Dr. med. Klaus Schellerer, Bamberg  
 in memoriam Dr. med. Heinrich Schellerer und  
 Prof. Dr. med. Gerd Hegemann  
 Prof. Dr. med. Dieter Rühland, Singen  
 Herr Dr. med. Jürgen Hofmann, Innsbruck  
 in memoriam Dr. med. Werner Pfafferott und  
 Dr. med. Hermann Wiesinger  
 Herr Prof. Dr. med. Wolf Otto Bechstein, Frankfurt/Main  
 Herr Dr. med. Nikolaos Mastragelopoulos, Heinsberg  
 „Primum non nocere.“  
 Herr 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

## BAUSTEIN IN BRONZE

Herr Dr. med. Holger Barenthin, Celle  
 Herr Prof. Dr. med. Gernot Feifel, Homburg  
 Herr Prof. Dr. med. Alfred Lamesch, Gotzingen/Luxemburg  
 Herr Prof. Dr. med. Dr. h.c. Jakob R. Izbic, Hamburg  
 Herr Prof. Dr. med. Hans 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. 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. Horeyseck, C. D. Stahl-  
knecht, R. A. Wahl  
Herr Dr. med. Marc-Ulrich Helber, Bad Boll  
Die Chirurgeninnen e.V.  
Prof. Dr. med. Dr. h.c. Karsten Vilmar, Bremen  
in memoriam Prof. Dr. med. Wilhelm  
Rieder  
Deutsche Gesellschaft für Thoraxchirurgie e.V.  
in memoriam Prof. Dr. med. Ingolf  
Vogt-Moykopf  
Deutsche Gesellschaft für Thoraxchirurgie e.V.  
in memoriam Prof. Dr. med. Werner  
Maaßen

Deutsche Gesellschaft für Thoraxchirurgie e.V.  
in memoriam Prof. Dr. med. Albrecht  
Encke  
Deutsche Gesellschaft für Thoraxchirurgie e.V.  
in memoriam Prof. Dr. med. Martin Bartel  
Deutsche Gesellschaft für Thoraxchirurgie e.V.  
in memoriam Prof. Dr. med. Heikki Toomes  
Deutsche Gesellschaft für Thoraxchirurgie e.V.  
in memoriam Prof. Dr. Joachim Hasse  
Deutsche Gesellschaft für Thoraxchirurgie e.V.  
in memoriam Prof. Dr. Heinz Neef  
Deutsche Gesellschaft für Thoraxchirurgie e.V.  
in memoriam Prof. Mikhail Perelman  
Deutsche Gesellschaft für Thoraxchirurgie e.V.  
in memoriam Prof. Dr. Pál Keszler

# DGCH-PRÄSIDIUM

*ab 01. März 2023*



## KORRESPONDENZADRESSE

Deutsche Gesellschaft für Chirurgie e.V.  
Luisenstraße 58/59  
10117 Berlin  
Tel.: 030/28876290  
[info@dgch.de](mailto:info@dgch.de)  
[www.dgch.de](http://www.dgch.de)

## REDAKTION MITTEILUNGEN DER DGCH

Prof. Dr. med. Th. Schmitz-Rixen (i.S.d.P.),  
[info@dgch.de](mailto:info@dgch.de)  
Dipl.-Kffr. Canan Kilci,  
[referentin@dgch.de](mailto:referentin@dgch.de)

## VORSTAND

|                    |                                   |
|--------------------|-----------------------------------|
| Präsident          | A. Seekamp, Kiel                  |
| 1. Vizepräsident   | H. Lang, Mainz                    |
| 2. Vizepräsidentin | C. Bruns, Köln                    |
| 3. Vizepräsidenti  | U. Rolle, Frankfurt/Main          |
| Schatzmeister      | J. Werner, München                |
| Generalsekretär    | Th. 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                       | V. Falk, Berlin                           |
| 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<br>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 |
| Th. 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](mailto:info@dgch.de)

## BDC-SITZUNGEN UND WORKSHOPS

### AUF DEM DEUTSCHEN CHIRURGIE KONGRESS 2023



Vom 26. bis 28. April findet der Präsenzteile des Deutschen Chirurgie Kongresses zum 140sten Mal statt. Der BDC ist wieder mit zahlreichen Veranstaltungen vertreten. Am BDC-Stand informieren Mitglieder des Verbandsteams Interessierte über Vorteile einer Mitgliedschaft und die BDC-Akademie. Der Vorstand und das Team des BDC laden alle teilnehmenden Mitglieder herzlich ein, vorbei- und ins Gespräch zu kommen.

#### Die Sitzungen in der Übersicht

- Donnerstag, 27. April, 11:15-12:15 Uhr: Roboterprogramme (in Kooperation mit DGCH). Vorsitz: Prof. Hans Fuchs
- Donnerstag, 27. April, 17:15-18:15 Uhr: Führung 4.0 – Kult vs. Kultur. Vorsitz: Dr. Silke Mertmann, PD. Dr. Benedict Braun
- Donnerstag, 27. April, 15:30-17:00 Uhr: Ist die heutige chirurgische Weiterbildung noch zeitgemäß (einschl. Digitalisierung)? Vorsitz: Prof. Hans-Joachim Meyer, Prof. Michael Betzler, Dr. Florentine Huettl

- Freitag, 28. April, 9:15-10:45 Uhr: Prähabilitation in der Chirurgie: Implementierung in den Klinikalltag. Vorsitz: Prof. Michael Betzler, Prof. Wolfgang Schröder
- Freitag, 28. April, 08:00-09:00 Uhr: Prozessmanagement von operative Eingriffen + Personalbedarf (Arbeitstitel). Vorsitz: Dr. Annika Hättich, Dr. Jörg-A. Rüggeberg, Dr. Matthias Diemer
- Freitag, 28. April, 11:15-12:45 Uhr: Ambulantisierung der Chirurgie: Konsequenzen aus dem "IGES-Gutachten". Vorsitz: Dr. Kristina Götzky, Dr. Jörg-A. Rüggeberg, Prof. Hans-Joachim Meyer
- **Freitag, 28. April, 13:00-14:00 Uhr: Mitgliederversammlung. Vorsitz: Prof. Hans-Joachim Meyer**
- Freitag, 28. April, 14:00-15:30 Uhr: Krankenhausstrukturen im Wandel – the future is now. Vorsitz: Dr. Julia Gump, Prof. Carsten Krones, Prof. Daniel Vallböhmer

#### Am Freitag finden außerdem zwei Workshops statt:

- Freitag, 28. April, 09:15 – 10:45 Uhr, Saal 21a: DRG-System: Dokumentation, Kodierung und Abrechnung, Vorsitz: Prof. Thomas Auhuber(angefragt)
- Freitag, 28. April, 11:15 – 12:45 Uhr, Saal 21a: Vorbereitung auf die Niederlassung. Vorsitz: Dr. Jörg-A. Rüggeberg, Dr. Peter Kalbe, Dr. Kerstin Schick

Für Mitglieder bietet der BDC-Justitiar, Dr. Jörg Heberer, am Freitag, 28. April 2023, 9:00 – 10:45 Uhr, Saal 21b, eine kostenlose Rechtsberatung vor Ort an. Bitte melden Sie sich verbindlich via [justitiar@bdc.de](mailto:justitiar@bdc.de) an.

Mehr Informationen: [www.dck2023.de](http://www.dck2023.de)



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

# BDC|Pressemitteilung

## Ausschreibung

## Journalistenpreis 2023



### BDC SCHREIBT JOURNALISTENPREIS 2023 AUS

**Berlin, den 28.02.2023 – Der Berufsverband der Deutschen Chirurgie e.V. (BDC) schreibt bereits zum zehnten Mal seinen Journalistenpreis aus. Mit diesem Preis möchte der Verband die Berichterstattung in den Publikumsmedien auszeichnen, die die Chirurgie und ihre Facetten auf interessante und faszinierende Art beschreibt. Der Preis wird jährlich im Herbst verliehen. Das Preisgeld beträgt 1.500 Euro.**

Die Auszeichnung ist für Beiträge in Print, Radio und TV sowie für Podcasts, Online-Videos und Blogs vorgesehen. Die Beiträge sollen – fachlich fundiert und dennoch allgemeinverständlich – die Leistungen des Fachs Chirurgie, Entwicklungen auf diesem Gebiet oder die Chirurgie betreffende gesundheitspolitische Aspekte thematisieren. Alle Beiträge müssen den professionellen Standards der journalistischen Arbeit und Sorgfaltspflicht genügen. Jeder Autor beziehungsweise jede Autorin kann nur einen Beitrag

einreichen, Autoren-Teams für jeweils einen Beitrag sind möglich. „Die Einreichungen der letzten zehn Jahre waren qualitativ hochkarätig. Wir sind gespannt, welche Themen die Journalistinnen und Journalisten im neuen Ausschreibungszeitraum aufgreifen und in welchem Format sie sie umsetzen“, erklärt der Präsident des BDC, Professor Dr. Dr. h.c. Hans-Joachim Meyer.

Die Beiträge müssen in einem deutschsprachigen Publikumsmedium im Zeitraum vom 1. Juli 2022 bis 30. Juni 2023 erschienen sein oder noch erscheinen. Senden Sie Ihre aussagekräftige Bewerbung bitte bis spätestens 31. August 2023 bevorzugt per E-Mail an [presse@bdc.de](mailto:presse@bdc.de).

Über die Vergabe des Preises entscheidet der BDC-Vorstand. Der Gewinner oder die Gewinnerin wird schriftlich informiert. Der Rechtsweg ist ausgeschlossen. Weitere Informationen zum Verfahren, insbesondere zu den Formaten der Beiträge, und die bisherigen Preisträger finden Sie auf unserer Themenseite zum Journalistenpreis. Wir freuen uns auf Ihren Beitrag!



Presse-Kontakt BDC: Olivia Päßler, Telefon  
030/28004-203, [presse@bdc.de](mailto:presse@bdc.de)

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

# Dr. Peter Kalbe jetzt im Ruhestand

Kerstin Lange

**Kerstin Lange**

Redakteurin

Schaumburger Zeitung

la@szlz.de

Quelle: Schaumburger Zeitung



**Abb. oben:** Dr. Peter Kalbe arbeitete über Jahre mit den medizinischen Fachangestellten Vera Behrens (links) und Nicole Baake zusammen.

## PATIENTENBETREUUNG WAR IHM IMMER DAS WICHTIGSTE

„Damit musst du zu Kalbe gehen“ – wer in Rinteln und Umgebung hat diesen Satz nicht schon einmal gehört. Als sogenannter Durchgangsarzt ist Dr. Peter Kalbe in Rinteln auch für Arbeits- und Schulunfälle zuständig gewesen – und egal welche Knochen gebrochen waren, welche Gelenke schmerzten und welche Wunde klaffte, die Praxis Dr. Kalbe am Josua-Stegmann-Wall war jahrzehntelang die richtige Adresse.

Mit Beginn des Jahres 2023 ist Dr. Peter Kalbe, nach 33 Jahren Praxis-Tätigkeit, aus dem Praxisbetrieb ausgestiegen und will nun seinen Ruhestand genießen. „Tennis und vermehrte Reisen stehen jetzt auf der Bucket-List. Ich möchte alle vier Grand-Slam-Tennis-Turniere als Zuschauer besuchen und außerdem viel

mehr Zeit mit der Familie verbringen“, erzählt Kalbe gegenüber dieser Zeitung.

Von 1974 bis 1980 hat Kalbe in Berlin, Hannover und New York studiert und an der Medizinischen Hochschule Hannover eine Weiterbildung zum Unfallchirurgen absolviert. Als leitender Hubschrauberarzt hob er von 1982 bis 1987 mit „Christoph 4“ ab, um Menschenleben zu retten. Eine handchirurgische Spezialisierung erfolgte von 1987 bis 1989 im Friederikenstift in Hannover.

„Unter Abwägung der persönlichen und familiären Interessen fiel damals der Entschluss, die akademische Karriere nicht weiter zu verfolgen und nach Rinteln zurückzukehren, um dort als niedergelassener Chirurg mit ambulanten Operationen in einer eigenen Praxis zu arbeiten“, so Kalbe.

Lange K: Dr. Peter Kalbe jetzt im Ruhestand.  
Passion Chirurgie. 2023 April;  
13(04): Artikel 07\_03.



Mehr über den BDC lesen auf  
BDC|Online unter der  
Rubrik BDC|News.



Abb. 2: Von Anfang an ein Team: Dr. Peter Kalbe und Vera Behrens (links) und Nicole Baake

1989 übernahm er die alteingesessene chirurgische Praxis des Vaters Dr. Fritz Kalbe auf dem Josua-Stegmann-Wall 7. „Der Patientenansturm war überwältigend und daher musste Entlastung her. Als Einzelpraxis konnte man den Ansturm auf Dauer nicht bewältigen“, erzählt Kalbe.

1994 wurde die Praxis durch den Eintritt von Dr. Claus-Joachim Kant zur Gemeinschaftspraxis. Trotzdem war der Andrang noch riesig und eine Lösung musste her. Bei einer Reise nach Straubingen besuchte der Rintelner Chirurg ein ärztliches Zentrum und das Konzept überzeugte ihn. „Es hat allerdings lange gedauert, bis ich das umsetzen konnte“, so Kalbe.

2010 trat Dr. Karl-Heinz Thielke mit in die Praxisgemeinschaft ein und erweiterte das Angebot um belegärztliche Operationen in der Innenstadtlinik in Minden. 2012 kamen die Chef- und Oberärzte der Unfallchirurgie des Krankenhauses Bethel in Bückeburg, Dr. Stefan Bartsch und Dr. Florian Bartz, dazu.

„Im deutlich größeren und gestärkten Team konnte schließlich das ‚Gelenkzentrum Schaumburg‘ gegründet werden“, erinnert sich Kalbe. Außerdem wurde eine eigene

Krankenhausabteilung als „Schulter- und Gelenkchirurgie“ aufgebaut und betrieben.

„Diese enge Zusammenarbeit einer chirurgischen Klinik mit niedergelassenen Chirurgen hat Modellcharakter für ganz Deutschland“, sagt Kalbe.

2015 trat Andreas Müller als Nachfolger von Dr. Kant in das Team ein und verstärkte die Hüftchirurgie. Als Verstärkung für das Schulter-Team kam 2017 Dr. Katja Tegtmeier dazu und seit 2019 Gohar Harutyunyan als angestellte Fachärztin für die chirurgische Grundversorgung.

2021 erfolgte der Umzug der Praxis von den zu eng gewordenen Räumen auf dem Josua-Stegmann-Wall in das neue Gebäude im Gewerbegebiet Süd in der Stückenstraße 3. Dort sind mittlerweile auf 420 Quadratmetern acht Ärztinnen und Ärzte und mehr als 30 medizinische Fachangestellte tätig. Das Gelenkzentrum betreibt darüber hinaus eine Zweigpraxis im Ev. Agaplesion Klinikum Schaumburg in Vehlen und hat mittlerweile ein weitaus überregionales Einzugsgebiet.

„Es gibt doch diesen Spruch, fünf Freunde müsst ihr sein“. Der trifft auf uns im

Gelenkzentrum zu. Die Chemie stimmt, das Betriebsklima ist gut und wir bieten attraktive Arbeitsbedingungen“, erzählt Kalbe. Gründe, warum die medizinischen Fachangestellten Vera Behrens (seit 1983) und Nicole Baake (seit 1986) schon so lange in der Praxis tätig sind. Und Ausbildungsbetrieb ist das Gelenkzentrum ebenfalls. Derzeit sind dort sechs Auszubildende beschäftigt.

Und was bleibt dem „Ruheständler“, der noch Gutachten machen will, von seiner 33-jährigen Praxiszeit in Erinnerung. „Naja, die Patientin, die ich während meiner Weiterbildung in Hannover erfolgreich an Magenkrebs operiert habe und die 25 Jahre später in meiner Praxis als Patientin war, und auch der 22-jährige Handballer, der auf dem Spielfeld mit Herzinfarkt zusammengebrochen war und den ich reanimiert und in stabilem Zustand in die Klinik gebracht habe, das sind schon besondere Geschehnisse gewesen“, erzählt Kalbe.

Aber auch gerade erst am Neujahrsmorgen konnte er helfen. Seine zweijährige Enkelin war vom Sofa gefallen und konnte den Arm nicht mehr bewegen. „Da hat Opa etwas am Arm gedreht und klack, war die Enkelin wieder gesund. Das geht eben mit viel Erfahrung“, freut sich Kalbe.

# BDC | Landesverbände

## BDC | Westfalen-Lippe

Vorsitzender  
Dr. med. Björn Schmitz, MHBA

Stellv. Vorsitzender  
Prof. Dr. med. Waldemar Uhl, MHSA

Regionalvertreter NL  
Prof. Dr. med. Michael Aufmkolk

Stellv. Regionalvertreter NL  
Jerzy Wielowiejski

## 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](http://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. Stellv. Vorsitzender  
Jan Henninger

2. Stellv. Vorsitzender  
Dr. med. Alexander Buia

3. Stellv. Vorsitzende  
Nathalena Hein

Regionalvertreter NL  
Dr. med. Jörg Schrödter

Stellv. Regionalvertreter NL  
Dr. med. Detlev Grapentin

## 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. Daniel Bastian, Ph.D.

Stellv. Vorsitzender  
Prof. Dr. med. Tim Pohlemann

Regionalvertreterin NL  
Dr. med. Serpil Koc

\* 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

Vorsitzende  
Dr. med. Katharina Paul-Promchan

Vorsitzender  
Dr. med. Ralph Lorenz

Stellv. Vorsitzende  
Dr. med. Marie Samland

Regionalvertreter NL  
Dr. med. Max Freiherr von Seebach

Stellv. Regionalvertreter NL  
Dr. med. Karsten Mann

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-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 | Sachsen

Vorsitzender  
Dr. med. Ludwig Schütz

Stellv. Vorsitzender  
Dr. med. Jörg Hammer

Regionalvertreter NL  
Dr. med. Jörg Hammer

### BDC | Thüringen

Vorsitzender  
Dr. med. Arndt Voigtsberger

Stellv. Vorsitzender  
Steffen Minner

Regionalvertreter NL  
Dr. med. Arndt Voigtsberger

Stellv. Regionalvertreter NL  
Dipl. Med. Ingo Menzel

### BDC | Niedersachsen

Vorsitzender  
Prof. Dr. med. Guido Schumacher

Stellv. Vorsitzender  
Prof. Dr. med. Ulf Culemann

Regionalvertreter NL  
Dr. med. Florian Barth

Stellv. Regionalvertreter NL  
Dr. med. Raymond Young

Stellv. Regionalvertreterin NL  
Dr. med. Annina Donner

### 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:  
Olivia Päßler  
Telefon 030/28004-203  
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;<br>PD Dr. med. Dirk Pappert;<br>Dr. med. Susanne Kanter | 300,00 €       | 500,00 €        |
| 04.05.2023                | 06.05.2023 | Hamburg    | 2023-21666 | Basischirurgie                                                 | PD Dr. Dr. Uwe Johannes Roblick;<br>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 €        |
| 15.06.2023                | 16.06.2023 | Berlin     | 2023-21509 | Praktischer Workshop: Orthopädie und Unfallchirurgie           | PD Dr. med. Theresa Diermeier;<br>Stephanie Schneider                                        | 300,00 €       | 500,00 €        |
| 22.06.2023                | 24.06.2023 | Bochum     | 2023-21665 | Basischirurgie                                                 | Dr. med. Jörg Sauer                                                                          | 400,00 €       | 600,00 €        |

| FACHARTZTVORBEREITUNG |            |         |            |                                                  |                                                                                 |                |                 |
|-----------------------|------------|---------|------------|--------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|----------------|-----------------|
| DATUM                 |            | ORT     | KURS-NR.   | SEMINARTITEL                                     | WISSENSCHAFTLICHE/R LEITER/IN                                                   | PREIS MITGLIED | PREIS NICHT-MGL |
| 08.05.2023            | 12.05.2023 | Hamburg | 2023-23820 | Facharztseminar Orthopädie/ Unfallchirurgie      | Prof. Dr. med. Lars Gerhard<br>Großterlinden;<br>Prof. Dr. med. Frank Timo Beil | 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. med. Matthias Anthuber                                                | 250,00 €       | 450,00 €        |
| 14.06.2023            | 16.06.2023 | online  | 2023-23711 | Facharztseminar Thoraxchirurgie                  | PD Dr. med. Aris Koryllos                                                       | 250,00 €       | 450,00 €        |
| 04.09.2023            | 08.09.2023 | Leipzig | 2023-22550 | Facharztseminar Allgemeinchirurgie               | Dr. med. Ludwig Schütz                                                          | 350,00 €       | 550,00 €        |

| FACHBEZOGENE SEMINARE, WORKSHOPS UND HOSPITATIONEN |            |                       |            |                                                                                      |                                                                                                                                   |                |                 |
|----------------------------------------------------|------------|-----------------------|------------|--------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|-----------------|
| DATUM                                              |            | ORT                   | KURS-NR.   | SEMINARTITEL                                                                         | WISSENSCHAFTLICHE/R LEITER/IN                                                                                                     | PREIS MITGLIED | PREIS NICHT-MGL |
| 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;<br>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;<br>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;<br>Prof. Dr. med. Dieter Bussen;<br>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;<br>Dr. med. Sybille Larsen                                                                                  | 135,00 €       | 165,00 €        |
| 23.05.2023                                         | 25.05.2023 | Berlin                | 2023-23671 | Viszeralchirurgie Kompakt: Hepatobiliäre Chirurgie                                   | Prof. Dr. med. Johann Pratschke;<br>PD Dr. med. Georg Lurje;<br>Prof. Dr. med. Robert Öllinger;<br>Prof. Dr. med. Wenzel Schöning | 300,00 €       | 500,00 €        |
| 24.05.2023                                         | 25.05.2023 | Köln                  | 2023-23864 | Fußchirurgie IV                                                                      | Prof. Dr. med. Jonas Andermahr                                                                                                    | 500,00 €       | 650,00 €        |
| 09.06.2023                                         | 10.06.2023 | Templin OT Groß Dölln | 2023-23682 | 14. Brandenburger Viszeralchirurgisches Update                                       | PD Dr. med. Rainer Kube;<br>Prof. Dr. med. habil. Frank Marusch                                                                   | 30,00 €        | 50,00 €         |
| 14.06.2023                                         | 15.06.2023 | Berlin                | 2023-23678 | Viszeralchirurgie Kompakt: Kolorektale Chirurgie                                     | Dr. med. Oliver Haase;<br>Prof. Dr. med. Johann Pratschke;<br>Prof. Dr. med. Katharina Beyer                                      | 300,00 €       | 500,00 €        |
| 16.06.2023                                         |            | Hamburg               | 2023-23780 | Facharzt-Seminar Hand zur Prüfungsvorbereitung Orthopädie und Unfallchirurgie        | Dr. med. Jan Cruse;<br>Dr. med. Okka Eva Pfisterer                                                                                | 130,00 €       | 160,00 €        |
| 17.08.2023                                         | 19.08.2023 | Gent                  | 2023-28075 | ORSI Summer School                                                                   | Prof. Dr. med. Hans Fuchs;<br>Dr. med. Stefano Puliatti                                                                           | 249,00 €       | 249,00 €        |
| 23.08.2023                                         | 25.08.2023 | Strasbourg            | 2023-24632 | Robotik-/Laparoskopie im IRCAD Module 1-3                                            | Prof. Dr. med. Hans Fuchs;<br>Dr. Dr. med. Barbara Seeliger                                                                       | 500,00 €       | 620,00 €        |
| 07.09.2023                                         | 08.09.2023 | online                | 2023-23680 | Spezielle Unfallchirurgie Teil II                                                    | Prof. Dr. med. Frank Hildebrand                                                                                                   | 300,00 €       | 500,00 €        |

## FACHÜBERGREIFENDE SEMINARE

| DATUM      |            | ORT               | KURS-NR.   | SEMINARTITEL                                            | WISSENSCHAFTLICHE/R LEITER/IN                               | PREIS MITGLIED | PREIS NICHT-MGL |
|------------|------------|-------------------|------------|---------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|----------------|-----------------|
| 12.05.2023 | 13.05.2023 | Berlin und online | 2023-24707 | Abschlusscolloquium für hygiene-beauftragte Ärzte (HBA) | Prof. Dr. med. Julia Seifert;<br>Prof. Dr. med. Axel Kramer |                |                 |

## SOFTSKILL- &amp; MANAGEMENTSEMINARE

| DATUM      |            | ORT     | KURS-NR.   | SEMINARTITEL                                                                    | WISSENSCHAFTLICHE/R LEITER/IN                       | PREIS MITGLIED | PREIS NICHT-MGL |
|------------|------------|---------|------------|---------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|----------------|-----------------|
| 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;<br>Dr. med. Peter Kalbe |                |                 |
| 03.05.2023 |            | online  | 2023-27837 | Praxis-Optimierung Modul 1: Betriebswirtschaft für Chirurgen                    | Dr. med. Peter Kalbe;<br>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 €        |
| 13.05.2023 |            | Berlin  | 2023-25590 | Begutachtung im Behandlungsfehlerprozess                                        | Prof. Dr. med. Heiner Wenk                          | 250,00 €       | 400,00 €        |
| 24.05.2023 |            | online  | 2023-27830 | Praxis-Optimierung Modul 3: Kooperation und Marketing                           | Dr. med. Peter Kalbe                                |                |                 |
| 09.06.2023 | 10.06.2023 | Berlin  | 2023-26534 | Führungsseminare: Modul 4 - Gesprächsstrategie - Souverän Klartext reden        | Dr. med. Gunda Leschber; Sabine Schicke             | 500,00 €       | 700,00 €        |

## BDC|Akademie

Information und Anmeldung:

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

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

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

## EXTERNE VERANSTALTUNGEN

| DATUM      |            | ORT            | SEMINARTITEL                                                                      | WISSENSCHAFTLICHE/R LEITER/IN                                                                                        | PREIS MG | PREIS NICHT-MG |
|------------|------------|----------------|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|----------------|
| 04.05.2023 | 06.05.2023 | Langen         | 2. ASKLEPIOS VASCULAR CONFERENCE (AVC)                                            | Akademie für ärztliche Fortbildung – Ärzteakademie                                                                   | 120,00 € | 120,00 €       |
| 13.05.2023 | 13.05.2023 | Baden bei Wien | Zertifikatskurs Update Fraktursonografie                                          | durchblicken.org                                                                                                     | 300,00 € | 300,00 €       |
| 24.05.2023 | 24.05.2023 | Köln           | Kommunikation mit schwerhörigen und gehörlosen Patienten in Praxis und MVZ        | Frielingsdorf Consult GmbH                                                                                           | 464,10 € | 583,10 €       |
| 08.06.2023 | 10.06.2023 | Itzehoe        | 205. NDCH Tagung und 28. Norddeutsche Gefäßtage                                   | Vereinigung Norddeutscher Chirurgen (NDCH e. V.) und Vereinigung Norddeutscher Gefäßmediziner (NGM e. V.)            |          |                |
| 16.06.2023 | 17.06.2023 | Lembruch       | 94. Neuwerker Nahtkurs - Workshop für minimalinvasive Chirurgie und Nahttechniken | Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie, Adipositaszentrum, Zentrum für minimalinvasive Chirurgie, Klinik Bassum | 550,00 € | 550,00 €       |
| 20.06.2023 | 24.06.2023 | Praha 4-Nusle  | 15th European Pediatric Neurology Society Congress 2023                           | Intercongress GmbH                                                                                                   |          |                |
| 22.06.2023 | 24.06.2023 | Berlin         | 49. Jahrestagung der DGPR                                                         | Intercongress GmbH                                                                                                   |          |                |
| 23.06.2023 | 23.06.2023 | Kassel         | Zertifikatskurs Fraktursonografie im Wachstumsalter                               | durchblicken.org                                                                                                     | 250,00 € | 250,00 €       |
| 29.06.2023 | 01.07.2023 | Hamburg        | 28. Jahreskongress der D-A-CH Vereinigung für Schulter- und Ellenbogenchirurgie   | Intercongress GmbH                                                                                                   |          |                |
| 02.08.2023 | 04.08.2023 | Tegernsee      | 13. Tegernseer Schulter- und Ellenbogenkurs                                       | Intercongress GmbH                                                                                                   |          |                |

# 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 April 2023*

%

30 %



**SAMSUNG: BIS ZU 30 %**  
RABATT FÜR BDC-MITGLIEDER

35 %



**ODLO: BIS ZU 35 %**  
RABATT FÜR BDC-MITGLIEDER

35 %



**MAC: 35 %**  
RABATT FÜR BDC-MITGLIEDER

22 %



**ILLY: BIS ZU 22 %**  
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](mailto:mail@bdc.de) oder telefonisch unter 030/28004-150 für Fragen zur Verfügung.

PANORAMA

# BDC- Praxistest

## BDC-PRAXISTEST





**Korrespondierende Autorin:**  
**Prof. Anja Lüthy**  
 Schwerpunkten  
 Dienstleistungsmanagement und  
 -marketing  
 TH Brandenburg  
 Trainerin und Coach



**Julia Böttcher**  
 HR-Marketing Managerin  
 Techniker Krankenkasse  
 Social Recruiting Beraterin und  
 Trainerin

Lüthy A, Böttcher J: BDC-Praxistipp:  
 Die Generationen Z und Alpha ticken digital.  
 Passion Chirurgie. 2023 April;  
 13(04): Artikel 09\_01.



Weitere BDC-Praxistipps finden  
 Sie auf BDC|Online  
 (www.bdc.de).

# Die Generationen Z und Alpha ticken digital

Anja Lüthy, Julia Böttcher

## VORWORT

### Employer Branding und digitales Recruiting für Krankenhäuser in Zeiten von Instagram & Co

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

Krankenhäuser sind Orte, an denen Menschen in schwierigen Situationen häufig auch ihre letzte Hoffnung verlieren. Dennoch müssen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in diesem Bereich jeden Tag positiv und leidensfähig sein. Das ist nicht immer einfach und doch ist es eines der wichtigsten Aufgaben von Krankenhäusern, dass die Patientinnen und Patienten sich wohlfühlen. Doch auch für die Arbeitgeber selbst stellt die Tätigkeit als Mitarbeiter oder Personaler in einem Krankenhaus oft große Herausforderungen dar. Hier findest du Tipps zum Employer Branding für Krankenhäuser sowie digitale Tools zum digitalen Recruiting für die Branche.

Instagram, Snapchat, Facebook & Co. - die sozialen Medien sind aus unserem Alltag nicht mehr wegzudenken. Auch im Recruiting und Employer Branding spielen sie eine immer größere Rolle. Doch wie können Krankenhäuser diese Kanäle für sich nutzen? Wir geben einen Überblick über die Möglichkeiten und zeigen Beispiele auf.

Heutzutage gewinnen soziale Medien und vor allem Bildplattformen wie Instagram immer mehr an Bedeutung auf dem Arbeitsmarkt. Employer Branding und digitales Recruiting spielen dabei eine zentrale Rolle, um Krankenhäuser und andere Unternehmen schnell, effizient und erfolgreich bei potentiellen Kandidaten zu positionieren. In unserem Blog beschäftigen wir uns näher mit diesem Thema und blicken speziell auf die Anforderungen von Krankenhäusern in Zeiten von Instagram & Co. Wir untersuchen hierbei interessante Fragestellungen, Strategien sowie Technologien, hinterfragen bestehende Herausforderungen und bieten Ideen für praktische Umsetzungsmöglichkeiten.

Genussvolle Lektüre wünschen

Prof. Dr. med.  
 C. J. Krones

und

Prof. Dr. med.  
 D. Vallböhmer



## PERSONALMARKETING, EMPLOYER BRANDING UND SOCIAL MEDIA- RECRUITING FÜR KRANKENHÄUSER IN ZEITEN VON INSTAGRAM, TIKTOK UND CO.

Der sogenannte „war for talents“ ist in Deutschland in vollem Gange. Im Jahr 2030 werden rund 4 Millionen Babyboomer den Arbeitsmarkt verlassen. Dem gegenüber stehen im Jahr 2030 über 900.000 Menschen, die älter als 90 Jahre und zum Großteil auf medizinische Versorgung angewiesen sind. Bis 2035 werden sogar 7 Millionen offene Stellen prognostiziert. Schon heute fehlen rund 15.000 Ärztinnen und Ärzte in der Bundesrepublik. Experten gehen davon aus, dass 2030 jedes fünfte bis sechste Krankenhausbett wegen des zunehmenden Fachkräftemangels unbesetzt sein wird.

Die Kinder und die Enkel der Babyboomer kommen nun in den nächsten Jahren mehr und mehr auf den Arbeitsmarkt. Mit all ihren Bedürfnissen, die sie als sogenannte Generationen Z und Alpha in Bezug auf ihren Arbeitsplatz bzw. ihr Arbeitsleben haben.

Insbesondere die Suche nach Bewerber:innen der begehrten Zielgruppen wie Fachärzt:innen, Krankenpfleger:innen und Arzthelfer:innen muss über Social Media Kanäle geführt werden. Sonst erreicht eine Klinik den jungen Nachwuchs gar nicht mehr, weil sie gar nicht wahrgenommen wird. Social Recruiting, also das Suchen von Bewerber:innen über Social Media Kanäle, ist bereits seit einigen Jahren problemlos möglich, da die technologischen Voraussetzungen vorhanden sind. Zu viele Krankenhäuser zögern aber immer noch, diese Möglichkeiten umzusetzen. In Gesprächen mit Vorständen und Geschäftsführer:innen der Babyboomer Generation wird immer wieder die Frage gestellt, wer denn überhaupt Social Media Kanäle wie Instagram, Facebook oder TikTok nutze und ob unter diesen Nutzern auch die Zielgruppen vertreten sind, die Krankenhäuser als zukünftig Beschäftigte suchen.

Die weiter unten aufgeführten Zahlen und Fakten belegen, dass das Nutzungsverhalten weitaus höher ist, als sich viele Babyboomer

vorstellen können. Der folgende Beitrag soll Kliniken dazu ermutigen, Social Media Kanäle für Employer Branding, Recruiting und Personalmarketing zu nutzen, um neue Ärzt:innen beziehungsweise Vetreter:innen aller Berufsgruppen zu finden und zu binden.

## MERKMALE DER GENERATIONEN Z UND ALPHA

In der Marketing-Kommunikation bestimmen die Geburtsjahrgänge, zu welcher Generation wir gehören und welche technologischen und popkulturellen Einflüsse unsere Entwicklung wesentlich prägen. Während die meisten gegenwärtigen Teenager noch der Generation Z angehören (alle zwischen ca. 1995 und 2009 Geborenen), folgt bereits die Generation Alpha. Der Generation Alpha wird überwiegend zugerechnet, wer von etwa 2010 bis 2025 geboren wurde oder wird.

Der Begriff „Generation Alpha“ geht auf McCrindle (2020) zurück. Er bezeichnet die Generationen Z und Alpha auch als „Generationen Internet“, da sie die ersten Generationen sind, die komplett mit digitalen Standards aufwachsen.

Einen sehr guten **Überblick zu den Bedürfnissen und der Mediennutzung der Generationen Z und Alpha** gibt McCrindle (2020) in **Abbildung 1**.

## WIE JUNGE MENSCHEN HEUTE SOZIALE MEDIEN NUTZEN

Wie jede Generation vor ihr, treibt auch die Generation Z die aktuelle Medienentwicklung voran. Diese Jugendlichen und jungen Erwachsenen nutzen Video-on-Demand, Podcasts und neue Social Media Plattformen rund um die Uhr. Der durchschnittliche junge User verfügt dabei über fünf verschiedene Social Media Accounts. **Der meistbesuchte Social Media Kanal der Generation Z ist Instagram.** Jede:r zweite 14- bis 29-Jährige in Deutschland nutzt Instagram täglich – keine andere Altersgruppe nutzt eine Social Media Plattform so häufig (vgl. ARD/ZDF-Onlinestudie (2022): Reichweiten von Social-Media-Plattformen und Messengern, <https://www.ard-zdf-onlinestudie.de/>).

Da die Generation Z über die Social Media Kanäle sehr viel (Video-)Content konsumiert und auch selbst produziert, steigen auch die Ansprüche an den Social Media Content an ihre zukünftigen Arbeitgeber. Ein qualitativ ansprechender Content unter Einbindung der entsprechenden Social Media Features (z. B. Filter, Memes, Schriften, Sticker etc.) wird deshalb zukünftig auch für Krankenhaus-Accounts sehr wichtig werden.

**TikTok ist wohl der Social-Media-Kanal, den die Generation Alpha am meisten nutzen wird.** 2021/2022 war TikTok das wertvollste Start-up der Welt und die erfolgreichste App in den App-Stores – noch vor Facebook, Instagram und Snapchat. Die Contentansprüche der Generation Alpha gehen gerade hinsichtlich „Schnelligkeit“ noch einen Schritt weiter. Laut McCrindle (2020) wird Realtime-Content für die Generation Alpha eine noch größere Rolle spielen als für ihre Vorgängergeneration Z.

Belegt wird dieser Trend aktuell auch durch neue Social-Media-Apps, wie zum Beispiel „BeReal“. BeReal ist eine französische Social Media App. Das Ziel von BeReal ist es, einen spontanen Schnappschuss aus dem eigenen Alltag zu senden und diesen möglichst unverfälscht mit seinen Freunden zu teilen. Dazu erhalten Nutzer:innen der App täglich eine Aufforderung zu einer zufälligen Uhrzeit. Anschließend haben sie zwei Minuten Zeit, ein Foto zu machen und hochzuladen. Diese App setzt – im Vergleich zu Instagram und Co. – also auf kurzfristige, unerwartete und „ungeschönte“ Bilder statt auf lang geplanten Content.

Neben einer Vielzahl an Social-Media-Kanälen wächst die Gen Alpha als erste Generation von Anfang an mit Sprachsteuerungsassistenten, wie zum Beispiel Alexa, auf. Damit erlebt sie als sogenannte „Early Adopter“ die Abkehr vom (Touch-)Screen. Obwohl die Generation Alpha digitale Medien selbstverständlich nutzt, werden ihre Augen nicht so stark belastet. Ihr Alltag mit Assistenten wie Alexa verändert auch ihr Verständnis von Wissen. Aufgrund der ständigen Verfügbarkeit von Wissen und dem direkten Austausch im Social Web ist klug nicht mehr derjenige,

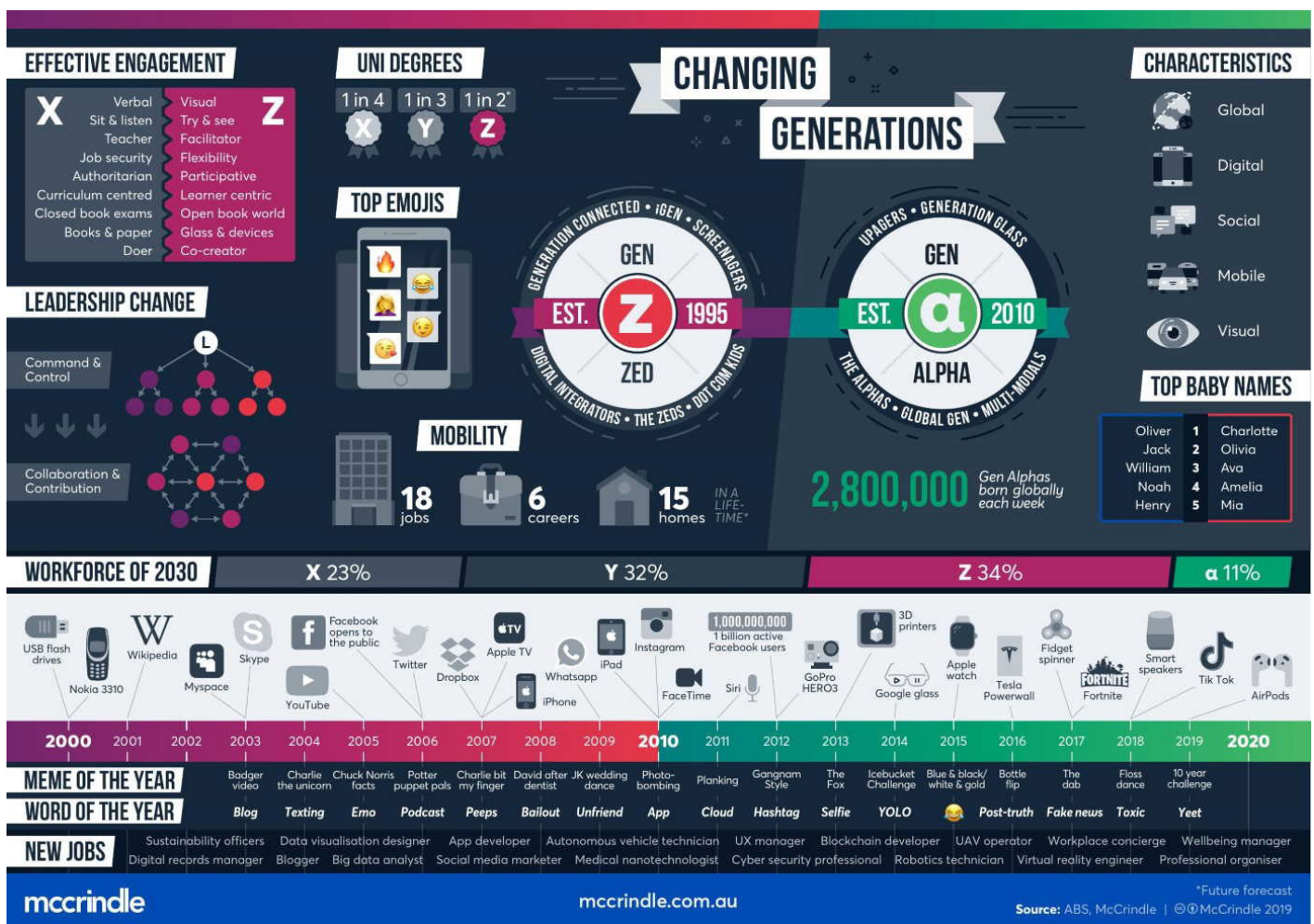


Abb. 1: Infografik (vgl. McCrindle Research, (2020): <https://mccrindle.com.au/article/topic/generation-z/gen-z-and-gen-alpha-infographic-update/>)

der alle Informationen im Kopf hat, sondern der, der weiß, wie man sie möglichst schnell findet.

## EMPLOYER BRANDING UND RECRUITING VIA SOCIAL MEDIA IN KRANKENHÄUSERN

Im Jahr 2030 stellen die Generationen Z und Alpha laut McCrindle (2020) rund 45 Prozent der arbeitenden Bevölkerung dar. Darauf müssen sich auch Krankenhäuser einstellen und ihre Employer Branding und Recruiting Aktivitäten entsprechend digital anpassen. Sicherlich ist es sinnvoll, sich schon jetzt mit den Ansprüchen, die beide Generationen an die Stellensuche und an ihre Arbeitgeber haben, auseinanderzusetzen.

Es ist gut vorstellbar, dass spätestens 2035 Vertreter:innen der Generation Alpha sich

hauptsächlich via Voice-Nachricht bewerben wollen, wenn sie über Google oder ChatGPT auf offene Stellen stoßen.

Um als moderner Arbeitgeber aufzufallen und sich die passenden Talente „sichern“ zu können, ist ein sehr schneller, absolut digitaler, transparenter und zuverlässiger Bewerbungsprozess Pflicht. Krankenhäuser liegen hier – bis auf sehr wenige Ausnahmen – noch deutlich zurück.

Die folgenden ausgewählten Best Practice Beispiele belegen, dass bereits einige Kliniken vor der Pandemie, also 2018/2019, angefangen haben, zu erkennen, welche hohen Stellenwert Social Media Kanäle und ihre eigenen Mitarbeiter:innen bzw. deren Communities haben, wenn es um digitales Personalmarketing, Employer Branding und Recruiting geht. Die Einbindung der eigenen

Mitarbeiter:innen geht sogar so weit, dass sie als Job-Botschafter „ausgebildet“ und systematisch bei Recruiting und Onboarding Aktivitäten eingebunden werden (vgl. Lüthy, 2023).

Im besten Fall kommunizieren die Klinikmitarbeiter:innen als sogenannte Corporate Influencer in Ergänzung zur zentralen Unternehmenskommunikation in ihren eigenen sozialen Netzwerken und repräsentieren ihre Klinik in der Öffentlichkeit. Diese sogenannten Klinik – Botschafter:innen berichten kontinuierlich auf ihren eigenen Social-Media-Kanälen oder auf dem Account des Arbeitgebers aus ihrer Abteilung und von ihrem Arbeitsplatz. Sie können auf diese Weise als Ko-Recruiter aktiv werden und sogar Stellenanzeigen ihrer Klinik selbst auf einem Social-Media-Kanal ihrer Wahl (z. B. bei LinkedIn oder Instagram) posten.

## DREI BEST PRACTICE KRANKENHAUS – BEISPIELE

Die Cheförztn der **Klinik für Gynäkologie des Berliner Auguste Viktoria Krankenhaus**, Prof. Dr. med. Mandy Mangler, richtete zum 01. Juni 2019 selbst einen Account auf Instagram mit dem Namen Gyn Magazin ein, da die Vivantes Klinikgruppe hierfür kein Personal zur Verfügung stellte (vgl. [https://www.instagram.com/gyn\\_magazin/](https://www.instagram.com/gyn_magazin/))

Innerhalb von gut vier Jahren ist die Community auf über 10.000 Follower gewachsen, die diesen Account besuchen. Die Cheförztn und ihr Team posten fast täglich einerseits Fotos von Neugeborenen ihrer Klinik, andererseits Storys von Kolleginnen und Kollegen der verschiedenen Berufsgruppen. Auf lustige Art und Weise, mit kurzen, umgangssprachlich formulierten Botschaften, gelingt es Mandy Mangler, ihre Klinik als attraktiven Arbeitsplatz für Pflegekräfte, Hebammen und Ärzte beziehungsweise Ärztinnen zu präsentieren. Während der Pandemie fanden sogar die Informationsabende für werdende Eltern regelmäßig live auf Instagram statt. Der Fachkräftemangel ist in dieser Klinik kein Thema mehr.

**Das Klinikum Dortmund** begann 2018 TikTok sehr erfolgreich für sein Employer Branding und Recruiting zu nutzen. Dieses Vorgehen war Teil einer umfassenden Social-Media-Strategie mit kreativen Filmen auf Youtube und Live-Chats mit Cheförzt:innen auf Instagram und Facebook.

Marc Raschke, der damalige Leiter der Unternehmenskommunikation, traute sich, im Klinikum herumzufragen, ob Mitarbeiter:innen (zunächst nur aus der Pflege) für kurze Filmsequenzen auf TikTok tanzen würden. Viele haben mitgemacht. In einem Video stellten sie Desinfektionsmittel als Parfüm dar, unterlegt mit Musik. Die Botschaft des 20-Sekunden-Filmclips lautete: Arbeite mit uns, wir sind eine coole Klinik und du lernst bei uns, kranke Menschen zu pflegen. Nach vier Wochen hatte der TikTok-Account 100.000 Follower. Das Klinikum Dortmund bekam damals mehr Bewerbungen in der Krankenpflege, als es offene Stellen hatte.

**Die DRK Kliniken Berlin** haben Anfang 2020 eine neue Stelle geschaffen. Maja Schäfer wurde Leiterin Strategisches Recruiting und entwickelte in Zusammenarbeit mit einer Agentur innerhalb von sechs Monaten ein Karriereportal und bekam dafür sogar den HR Excellence Award 2020.

Das Karriereportal wurde mitten in der Corona-Pandemie von März bis Juli 2020 konzipiert und online gestellt. Mit dem Slogan „Wir bedeuten einander etwas“ beziehungsweise Employer Branding und der Einbindung von sehr vielen authentischen Mitarbeitervideos (die von ihren Arbeitsplätzen in der Klinik erzählen) ist es den DRK Kliniken gelungen, eine Karriereseite zu entwickeln, die zu einer signifikanten Steigerung der Bewerberzahlen, zu einer Senkung der Cost per Hire und zur Senkung der Kosten für die Schaltung von Stellenanzeigen führte. Schon im November 2020 berichtete Maja Schäfer, dass die Bewerberzahlen 116 Prozent angestiegen waren (von 3.248 auf 7.035 Bewerbungen) und die Page Views sich auf der Karriereseite verdreifacht hatten.

Dieser Erfolg ist sicherlich auch darauf zurückzuführen, dass auf der Karriereseite die Gehälter transparent gemacht werden und für jede ausgeschriebene Stelle die jeweilige Verdienstspanne auf Heller und Cent angegeben ist.

Darüber hinaus können sich interessierte Bewerbende sowohl über Whats-app als auch über ein Online-Formular oder via Sprachnachricht bei den DRK Kliniken bewerben. Eine Kommunikation über Whats-app zu ausgeschriebenen Stellen mit Maja Schäfer ist tagsüber ebenso möglich wie ein Dialog mit einem Chatbot, der erste Fragen zur Klinik beantwortet.

Ende 2021 wurde bei YouTube ein einhalbinsütiger Arbeitgeberfilm hochgeladen, der sehr gut und mit einem Augenzwinkern den Spirit der Berliner DRK Kliniken zeigt (vgl. <https://www.youtube.com/watch?v=KhIClQnMR9k>). Der Filmclip dient letztlich dazu, den Zielgruppen Lust auf das Arbeiten in den DRK Kliniken zu machen.

## AUCH DIE ERWARTUNGEN AN DIE VORGESETZTEN WERDEN SICH VERÄNDERN

Neben vielen interessanten Aspekten, wie beispielsweise der Entwicklung der unterschiedlichen Automarken, Spielzeugen oder Musikgeräten macht McCrindle (2020) auch deutlich, dass sich entlang der Generationen ebenfalls das Thema „Führung“ stark verändert hat.

Statt einer kontrollierenden, hierarchisch und autoritär geprägten Führung (wie sie beispielsweise noch bei den „Baby Boomern“ üblich war), wünscht sich die Generation Z ein „Empowering Leadership“. Generation Z scheint sich zu wünschen, dass die Vorgesetzten Verantwortung an das Team abgeben und es befähigen, Prozesse, To-Dos und Lösungen von Aufgaben **selbst** zu bestimmen.

Die Generation Alpha wird voraussichtlich noch einen Schritt weiter gehen wollen und sogenanntes „Inspiring Leadership“ einfordern: Hierbei soll der oder die Vorgesetzte als Teammitglied inspirieren, motivieren und individuell unterstützen beziehungsweise das Team professionell begleiten. Auch deshalb wird sich Führung im Zusammenhang mit dem immer mehr diskutierten „New Work-Ansatz“ in den nächsten Jahren stark verändern (vgl. Lüthy, 2020).

Auch das Thema „Feedback“ spielt schon jetzt für die Generationen Z und Alpha eine wichtige Rolle. Bei Instagram, Facebook und TikTok sind sie es gewohnt, sehr rasch „echtes“ Feedback zu bekommen. In Form von Likes und/oder Kommentaren bekommen sie beispielsweise nach wenigen Sekunden bereits ein unmittelbares Feedback zu ihren veröffentlichten Inhalten. Dieses unmittelbare Feedback wünschen sie sich nun auch von ihren Vorgesetzten. Ein Mitarbeitergespräch, das nur einmal im Jahr geführt wird, ist der Generation Z schon heute viel zu „oldschool“. Sie wünschen sich ein hochfrequentes, kontinuierliches Feedback zu ihren Leistungen - sei es nur der Daumen, der nach oben gestreckt wird.

Die jungen Generationen betrachten ihre Vorgesetzten eher als Coaches, die sie – zum Beispiel als angehende Chirurg:innen im OP – für komplexe Operationen trainieren.

## AUSBLICK

Krankenhäuser werden bei ihrer Personalgewinnung über Social-Media-Kanäle in Zeiten des Fachkräftemangels nicht erfolgreich sein, wenn sie nicht in einem ersten Schritt ihre Personalabteilungen aufrüsten und Stellen für Personalmarketing, Employer Branding, Social Recruiting, Active Sourcing und das Talentmanagement schaffen. Unserer

Meinung nach sind diese Investitionen sinnvoll und notwendig, weil Krankenhäuser damit das dringend benötigte Fachpersonal aufspüren und damit ihre Zukunft sichern.

In einem zweiten Schritt sollten sie ihre Strategie festlegen, um danach die ausgewählten Social-Media-Kanäle mit kreativem, ansprechendem Content unter Einbeziehung ihrer Mitarbeiter:innen „bespielen“. Dabei sollten sie sich ein Beispiel an denjenigen Kliniken nehmen, die bereits seit einigen Jahren mit Social Recruiting erfolgreich Personal finden und sogar binden.

## LITERATUR

- [1] Lüthy, Anja (2023, im Druck) **Recruiting und Employer Branding mit den Mitarbeitern: Corporate Influencer als Unternehmensbotschafter** in: Dannhäuser, R. (Hrsg.): Praxishandbuch Social Media Recruiting. Springer Gabler. 5. Auflage
- [2] Lüthy, Anja (2020): Vom Leitbild zur wertorientierten Unternehmensführung in: Lange, J. (Hrsg.): Werteorientierte Führung in Theorie und Praxis. Springer Gabler, 1. Auflage 

## ANJA LÜTHY

Anja Lüthy (geboren 1962, Dipl.-Psych. und Dipl.-Kauffrau (FH)) ist Professorin am Fachbereich Wirtschaft der TH Brandenburg mit den Schwerpunkten Dienstleistungsmanagement und-marketing. Nebenberuflich ist sie Trainerin und Coach für Führungskräfte aller Berufsgruppen in Krankenhäusern und Universitätskliniken. Außerdem ist sie Verfasserin mehrerer Lehrbücher und tritt als Keynote Speakerin zu den Themen Employer Branding, Social Media-Recruiting und Personalmarketing auf. Im Mittelpunkt ihrer Arbeit steht das Ziel, in Krankenhäusern eine Unternehmenskultur so zu entwickeln, dass diese attraktive Arbeitgeber werden. Sie ist Gründerin des Frauennetzwerkes #FemaleHRexcellence.

[www.luethy.de](http://www.luethy.de), [www.femaleHRexcellence.de](http://www.femaleHRexcellence.de)

## JULIA BÖTTCHER

Julia Böttcher ist als HR-Marketing Managerin bei der Techniker Krankenkasse tätig. Dort ist sie vor allem für den Aufbau und die strategische Weiterentwicklung des Personalmarketings in der Online-Kommunikation zuständig. Sie ist Mitglied im Netzwerk #FemaleHRexcellence und gibt als Speakerin und Trainerin ihre Erfahrungen im Bereich Online-Kommunikation und Social Recruiting weiter. Sie ist davon überzeugt, dass ein umfassendes Zielgruppenverständnis und die Beobachtung von Veränderungen im Spannungsfeld „Medien und Kommunikation“, maßgeblich dafür sind, zielgruppenspezifische Bedürfnisse zu erkennen, um auf den richtigen (Kommunikations-)Kanälen besser auf sie einzugehen.

<https://www.jbsocialrecruiting.com/>

# LERNEN WIE NIE ZUVOR.

**eRef**

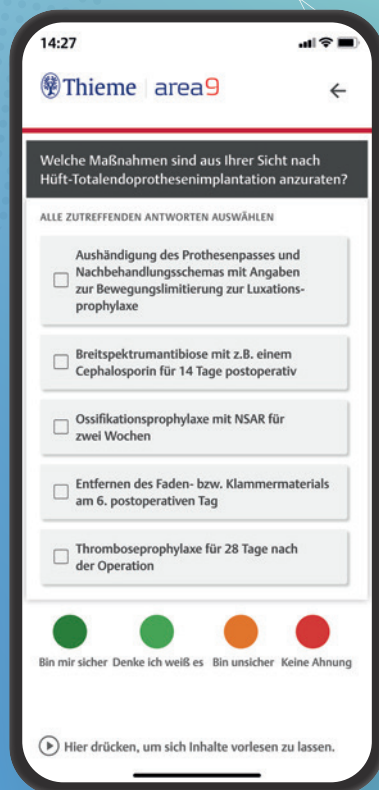
## Adaptives Weiterbildungscurriculum Orthopädie und Unfallchirurgie

### 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](http://www.thieme.de/lernen-wie-nie-zuvor)

# TachoSil<sup>®</sup> SEALANT MATRIX



# EVERYDAY HERO

Das Zeug zum  
echten Helden.

Weitere Infos >>

 **corzamedical**

**TachoSil<sup>®</sup>**  
Blutstillung und  
Versiegelung  
in einem.



#### TachoSil<sup>®</sup> Versiegelungsmatrix

**Quantitative und qualitative Zusammensetzung:** TachoSil<sup>®</sup> enthält pro cm<sup>2</sup> Fibrinogen vom Menschen 5,5 mg, Thrombin vom Menschen 2,0 I.E., **Sonstige Bestandteile:** Kollagen vom Pferd, Albumin vom Menschen, Riboflavin (E 101), Natriumchlorid, Natriumcitrat (E 331), L-Arginin-Hydrochlorid. **Pharmakotherapeutische Gruppe:** Lokales Hämostatikum, ATC-Code: B02BC30. **Anwendungsgebiete:** Bei Erwachsenen zur unterstützenden Behandlung in der Chirurgie zur Verbesserung der Hämostase, zur Unterstützung der Gewebeversiegelung und zur Nahtsicherung in der Gefäßchirurgie, wenn Standardtechniken insuffizient sind, sowie zur unterstützenden Versiegelung der Dura mater, um postoperative Liquorlecks 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<sup>®</sup> Versiegelungsmatrix.

corza.com