

PASSION

CHIRURGIE

PANORAMA

ÜBER 100 JAHRE D-ARZT –
SCHNELLZUG DER
MEDIZINISCHEN VERSORGUNG

im Fokus

D-ARZT-SYSTEM

09 | III | 2023

MITGLIEDERZEITSCHRIFT:
DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR CHIRURGIE
BERUFSVERBAND DER DEUTSCHEN CHIRURGIE



Wissen – Fortbildung – Updates

Die Chirurgie: 12 mal im Jahr – gedruckt und digital

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

Jetzt bestellen





Am Ende braucht jede:r einen **Verband.**



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

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

Tätigkeit als Durchgangsarzt – Ritterschlag für den Unfallchirurgen oder lästiges Übel?

Peter Kalbe

Zum Zeitpunkt meiner Niederlassung als Unfallchirurg im Jahr 1989 war es undenkbar, auf den Antrag auf Zulassung (Bestellung) zum Durchgangsarzt zu verzichten. Die Versorgung und Betreuung von Verletzten aus Arbeits- und Schulunfällen spiegelt einen wesentlichen Teil der unfallchirurgischen Kernkompetenzen wider. Die Zulassung als D-Arzt habe ich damals sozusagen als Ritterschlag für den Unfallchirurgen empfunden. Und so empfehlen wir als Berufsverband auch heute noch allen Kolleginnen und Kollegen, während der Weiterbildung zum Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie die Voraussetzungen für die D-Arzt-Zulassung im Auge zu behalten.

Allerdings hat die Tätigkeit für die gesetzliche Unfallversicherung in den letzten Jahren offenbar an Attraktivität verloren.

Dies zeigt die seit Jahren rückläufige Anzahl der D-Ärzte in den Krankenhäusern und Praxen. So ist zu beobachten, dass niedergelassene Chirurgen ihre D-Arzt-Tätigkeit aufgeben oder gar nicht erst beantragen. Als Begründung wird u. a. ein unzureichendes Honorar für die BG-Grundversorgung in Anbetracht der geforderten ausführlichen Dokumentation und Bürokratie angeführt. Aber auch der Erlös für bestimmte ambulante Operationen ist unzureichend. Darüber hinaus wird die tägliche Anwesenheitspflicht von 8 bis 18 Uhr kritisiert, dies vor allem im Vergleich zu 25 Pflicht-Sprechstunden in Bereich der Krankenkassen.

Seit Anfang 2020 hat sich daher der BDC gemeinsam mit den anderen für die D-Ärzte tätigen Berufsverbänden intensiv für eine grundlegende Überarbeitung der

zugrundeliegenden D-Arzt-Bedingungen engagiert. In zahlreichen Gesprächen mit der DGUV konnten wesentliche Verbesserungen für die jetzt und zukünftig tätigen Kolleginnen und Kollegen erreicht werden. Ein besonderes Highlight erscheint mir dabei die Reduzierung auf eine durchgangsarztliche Verfügbarkeit von 9 bis 16 Uhr unter Erhalt der bisherigen Vertretungsmöglichkeiten. Auch bezüglich der partiellen Delegierbarkeit von D-ärztlichen Tätigkeiten in größeren Praxen sind Fortschritte in Sicht, die in den Auslegungsgrundsätzen weitgehend den Regelungen im Klinikbereich angenähert werden sollen. Somit wurden in einem mehrjährigen partnerschaftlichen Diskurs wesentliche strukturelle Verbesserungen des ambulanten D-Arzt-Verfahrens erreicht, die hoffentlich die Akzeptanz und Attraktivität dieser Tätigkeit fördern werden.



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

Kalbe P: Tätigkeit als Durchgangsarzt –
Ritterschlag für den Unfallchirurgen oder
lästiges Übel? Passion Chirurgie. 2023
September; 13(09): Artikel 01.



Mehr zum D-Arzt auf BDC|Online
(www.bdc.de) unter der Rubrik Wissen |
Fachgebiete | Fachübergreifend.

Aber auch die D-Ärzte in den Krankenhäusern beklagen zunehmend die erschwerte Umsetzung durchgangsärztlicher Pflichten im Kontext der Klinik-Organisation. Der D-Arzt am Krankenhaus trägt zwar die Gesamtverantwortung für alle Leistungen an BG-Patienten, hat aber teilweise nur begrenzte Einflussmöglichkeiten. Der BDC wird sich daher gemeinsam mit dem BDD und dem BVOU dafür einsetzen, die rechtliche und vertragliche Stellung der Durchgangsärzte in den Kliniken prospektiv zu verbessern. Zu all diesen Themen laden wir Sie zu einer BDC-Vortragssitzung beim diesjährigen Kongress Orthopädie und Unfallchirurgie (DKOU) in Berlin ein: Donnerstag, 26.10.2023 von 17.30 bis 18.30 Uhr, Raum New York 2.

Unabhängig von den strukturellen Änderungen ist es auch notwendig, die

Gebührenordnung für die Abrechnung mit den Berufsgenossenschaften (UV-GOÄ) zu modernisieren und anzupassen. Dabei sind wir – in Anlehnung an den ärztlich konsentierten Entwurf der Reform-GOÄ – schon auf einem guten Weg, wie Frau Berner von der KBV in ihrem Artikel erläutert. Sie können sich darauf verlassen, dass der BDC sich in allen dort erwähnten Kommissionen und Gremien für die D-Ärzte engagiert.

Nach meiner Einschätzung stellt das D-Arzt-System als einzigartiger bundesweiter „Selektivvertrag“ auf der Basis des SGB VII für Unfallchirurgen einen wahren Schatz dar und verdient es, konstruktiv weiterentwickelt zu werden. Damit in der Zukunft wieder mehr Unfallchirurginnen und Unfallchirurgen die Beteiligung am Durchgangsarztverfahren als Privileg und nicht als Belastung empfinden. ○

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/MicroStockHub

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.
Auflösung Bilderrätsel aus 06/QII/2023: Hodenhochstand



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

ISSN 2194-5586

GERICHTSSTAND UND ERFÜLLUNGORT: BERLIN

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



INHALT

2 EDITORIAL

- 2 Tätigkeit als Durchgangsarzt – Ritterschlag
für den Unfallchirurgen oder lästiges Übel?

Peter Kalbe

6 KURZNACHRICHTEN

8 CHIRURGIE

8

**TRAUMATOLOGIE IM KINDESALTER:
OP-INDIKATION BEI HÄUFIGEN
FRAKTUREN**

Boy Bohn

14

**DALE-UV – EINBAHNSTRASSE
DER DIGITALEN KOMMUNIKATION**

Peter Kalbe

16

**OSTEOSYNTHESEN IN DER
CHIRURGISCHEN PRAXIS**

Christoph W. Jaschke



22 CHIRURGIE⁺

- 22 Webinare der BDC|eAkademie
- 23 **Versicherung:** Angemessene Summen in der Haftpflichtversicherung *Nadja Bürger*
- 25 **Patientensicherheit:** Gesundheitsstadt Berlin und Ecclesia Gruppe rufen HRO-Award ins Leben *Ecclesia med*
- 28 **Hygiene-Tipp:** Welche Kontrollen einer Sterilgutverpackung (Sterilbarrieresystem) sind vor der Operation notwendig?
Lutz Jatzwauk, Klaus Wiese, Walter Popp, Wolfgang Kohnen
- 29 **Artzpraxis Tipp:** F+A: Die vorzunehmende Gebührenordnung ist bei BG-Patient:innen für alle Leistungen die UV-GOÄ *Peter Kalbe*
- 31 **Rezension:** Referenz Orthopädie und Unfallchirurgie: Becken und Hüfte
Tim Pohlemann
- 32 Personalia
- 33 **RECHT**
- 33 **F+A:** Werbung mit Focus-Ärzte-Siegel *Jörg Heberer*

34 GESUNDHEITSPOLITIK

- 34 **BDC-Praxistest:** Wo sind unsere Ärzte und Pflegekräfte hin? *Karl Blum*
- 40 Reform der D-Arzt-Bedingungen zum 1. Januar 2024 *Peter Kalbe*
- 43 Weiterentwicklung der UV-GOÄ *Barbara Berner*

46 INTERN

46 DGCH

- 46 Kommentar des Generalsekretärs
Thomas Schmitz-Rixen
- 49 Sehr persönlich nachgefragt bei Katja Schlosser
- 51 In eigener Sache: Impact-Faktoren für Innovative Surgical Sciences *Joachim Jähne*
- 53 Reisebericht „Hospital for Sick Children“ in Toronto *Carmen Kabs*
- 58 Reisebericht „Department of Plastic Surgery“ in Pittsburgh *Cornelius D. Schubert*
- 61 Bedeutende, aber (fast) vergessene Chirurgen
Michael Sachs
- 64 Rekrutierende multizentrische chirurgische Studien in Deutschland *Solveig Tenckhoff*
- 67 Spendenaufruf und neue Bausteine Langenbeck-Virchow-Haus

68 BDC

- 68 BDC|News
- 70 BDC|Schnittstelle – im Fokus: Dr. Ralf Schmitz
Olivia Päßler
- 73 Termine BDC|Akademie

76 PANORAMA

- 76 Über 100 Jahre D-Arzt – der Schnellzug in der medizinischen Versorgung *Melanie Wendling*

09 23

Kurz *Nachrichten*

WAS HAT KREBS MIT GEFÜHLEN ZU TUN?



DIE NEUE AUSSTELLUNG IM BERLINER MEDIZINHISTORISCHEN MUSEUM GIBT ANTWORTEN

„Da ist etwas.“ Dieser Satz fällt so oder so ähnlich jedes Jahr etwa 500.000-mal in Deutschland. Es ist nicht leicht, diesen Satz zu sagen. Schock, Angst, Sorge, tausend Gedanken und ein Gefühl des Kontrollverlusts sind oft die Reaktion des Gegenübers. Ohne dass das Wort überhaupt gefallen ist, werden fast alle bereits jetzt wissen, worum es hier geht: Krebs. So groß die medizinischen Fortschritte in der Therapie auch sind und in der Zukunft noch sein werden, diese Krankheit mobilisiert eine Vielzahl herausfordernder Gefühle.

Diesen Faden nimmt die Ausstellung auf und leuchtet die Hintergründe und komplexen Zusammenhänge des Verhältnisses von Krebs und Emotionen aus. Die gegenwärtige Dimension steht im zweiten Teil der Ausstellung im Zentrum. Hier geben an Krebs erkrankte Menschen und ihre Angehörigen, Pflegenden und Psychoonkologen ebenso wie namhafte Onkologen darüber Auskunft, was für sie die Heilung von Krebs bedeutet und was es heißt, mit Krebs zu leben oder an Krebs zu sterben.

Die Gegenwart trägt das „Gepäck“ der Vergangenheit mit sich. Darum beleuchtet die Ausstellung auch die Krebsgeschichte im 20. Jahrhundert. Hier ging es immer wieder um Grenzen und Grenzüberschreitungen – Grenzen des Lebens, Grenzen der Medizin, Grenzen der Leidensfähigkeit, Grenzen des Sagbaren, aber auch um vermeintliche oder tatsächliche Grenzen von Ressourcen. Ausgrenzungen, Tabuisierungen, Stigmatisierungen und moralische Schuldzuweisungen waren die Folge. Gefühle treten hier kaum jemals allein auf. Sie verweisen aufeinander, sind eingewoben in komplexe Netze aus moralischen Bewertungen, wissenschaftlichen Annahmen und politischen wie wirtschaftlichen Interessen.

Die Ausstellung wird von der Deutschen Krebshilfe und der Deutschen Krebsstiftung gefördert. Parallel zur physischen Ausstellung gibt es eine virtuelle Ausstellung (auf Deutsch und auf Englisch) sowie ab September 2023 eine begleitende Ringvorlesung.

Ort: Berliner Medizinhistorisches Museum, Virchowweg 17, 10117 Berlin

Dauer: bis einschließlich 28. Januar 2024

Idee und Beratung: Dr. Bettina Hitzer (Magdeburg) und Professor Thomas Schnalke (Berlin), Ausstellungskonzept: Anne Schmidt (Jena/Berlin)

Mehr Informationen unter: www.bdc.de/was-hat-krebs-mit-gefuehlen-zu-tun/

BMG kündigt Hybrid-DRG für Anfang 2024 an



Nach dem Treffen von Bundesgesundheitsminister Prof. Karl Lauterbach mit den Ländern in Berlin geht es voran.

Die Hybrid-DRG sollen zum 1. Januar 2024 eingeführt werden. Das geht aus der aktualisierten Arbeitsplanung des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) hervor, die dem Deutschen Ärzteblatt vorliegt.

Demnach ist eine Rechtsverordnung für die zweite Hälfte dieses Jahres geplant. Das Ziel ist die Einführung zum Jahresbeginn 2024.

Die neue Regelung der speziellen sektorengleichen Vergütung war mit dem Krankenhauspflegeentlastungsgesetz Ende

vergangenen Jahres ermöglicht worden. Dafür hatte der Gesetzgeber einen neuen Paragraphen im Sozialgesetzbuch V eingeführt.

GKV-Spitzenverband, Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) und Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) hatten sich aber nicht fristgerecht auf einen Katalog für die Hybrid-DRG einigen können. Das Bundesgesundheitsministerium ist daher nun am Zug, die Details selbst auf dem Weg der Ersatzvornahme festzulegen.

Quelle: www.aerzteblatt.de/nachrichten/144520/Hybrid-DRG-sollen-zum-Jahresanfang-kommen

TAG DES OP-MANAGEMENTS

IM OKTOBER IN BERLIN

Der Berufsverband deutscher Anästhesistinnen und Anästhesisten e.V. (BDA) lädt in Kooperation mit der Firma digimed GmbH am Mittwoch, den 11. Oktober 2023, zum Tag des OP-Managements ein, um ein Update zum OP-Management und die anstehenden Änderungen beim ambulanten Operieren zu geben. Teilnehmende haben die Gelegenheit, mit den Expertinnen und Experten und anderen Interessierten zu diskutieren und Fragen zu stellen. Diese Veranstaltung wird inhaltlich und mit kompetenten Referent:innen unterstützt durch den BDA, den BDC und den Verband für OP-Management e.V. (VOPM). Unter den Referenten des BDC mit dabei sein werden der Vizepräsident und stellvertretende Geschäftsführer Dr. Jörg-A. Rüggeberg, Professor Thomas Auhuber, Leiter des Themenreferats Vergütungssystematik und Leistungsmanagement, sowie Matthias Diemer.

Wann: 11. Oktober 2023

Wo: Estrel-Hotel, Berlin

Infos und Anmeldung: www.digimed.de

IM FOKUS

D-Arzt-System

Traumatologie im Kindesalter ...



Dr. Boy Bohn

Abteilung für Unfallchirurgie,
Orthopädie und Sporttraumatologie,
BG Klinikum Hamburg in Kooperation
mit dem Kathol. Kinderkrankenhaus
Wilhelmstift
Bergedorfer Straße 10
21033 Hamburg
b.bohn@khh-wilhelmstift.de

OP-Indikation bei häufigen Frakturen

Boy Bohn

DISTALE RADIUSFRAKTUR

70 bis 80 % aller Frakturen bei Kindern und Jugendlichen betreffen die obere Extremität, allein 45 bis 50 % die verschiedenen Lokalisationen des Unterarms [1]. Distale Radiusfrakturen sind in allen Altersgruppen des Menschen bekanntlich die häufigste Frakturlokalisation, bei Kindern mit einer Häufigkeit von 35 bis 40 % [2].

Die konservative und ambulante Therapie ist von den Kindern fast ausnahmslos erwünscht und meist auch von deren Eltern erhofft. Trotz der Häufigkeit und des damit vermeintlich verbundenen großen Erfahrungsschatzes gibt es gelegentlich Unsicherheiten bei konsultierten Ärzt:innen, die nicht täglich verunfallte Kinder behandeln, über die Grenzen der konservativen Therapiemöglichkeiten und die Indikation zur operativen Versorgung bei dislozierten Frakturen. Durch die Nähe zur distalen Radiusepiphysenfuge, die 80 % des Längenwachstums des Unterarms ausmacht, besteht bei Fehlstellungen ein sehr hohes Spontankorrekturpotenzial, das zuverlässig in die Therapieentscheidung einbezogen werden kann. Das Potenzial der Spontankorrektur ist dabei abhängig vom Reifezustand der Epiphysenfuge. Die Verknöcherung der Fuge erfolgt bei Mädchen im 13. bis 15. Lebensjahr und bei Jungen im 15. bis 17. Lebensjahr. In einigen deutschen Lehrbüchern finden sich sehr restriktive altersabhängige Grenzen der Spontankorrektur und der damit implizierten konservativen Therapie. In der neueren nordamerikanischen Literatur werden differenzierte Toleranzgrenzen beschrieben: So

werden 1,7° Spontankorrektur pro Monat bei noch offenen Fugen im Alter von 12 Jahren und älter beschrieben [3]. Bei einer Wachstumsprognose von einem Jahr oder mehr kommt es auch bei einer Fehlstellung von 15° und auch bei einer geringen Verkürzungsfehlstellung unter 1 cm zur folgenlosen Ausheilung im Verlauf [4, 5]. Durch fachgerechte Redression einer Extensionsfehlstellung und Retention in einer Oberarmschiene mit Schede-Stellung im Handgelenk kann eine operative Therapie bei Kindern häufig vermieden werden. Hierzu werden gerade neue prospektive Studien aufgelegt. Um eine operative Übertherapie zu vermeiden, müssen die Eltern verständlich und in Ruhe aufgeklärt werden. Bei nicht tolerabler Fehlstellung (**Abb. 1**) und schmerzhafter Instabilität besteht die Indikation zur Reposition in Analgosedierung oder Anästhesie und Ruhigstellung altersabhängig für 3 bis 4 Wochen.

Sollte das Repositionsergebnis durch eine adäquate Ruhigstellung nicht ausreichend stabil zu halten sein, ist die Kirschner-Draht-Osteosynthese nach meist geschlossen möglicher Reposition (**Abb. 2**) indiziert.

Die K-Drähte können dabei epikutan belassen oder subkutan versenkt werden. Relevante Unterschiede hinsichtlich Schmerzhaftigkeit, Komplikationsrate und Zufriedenheit der Eltern konnten in einer prospektiven multizentrischen Studie nicht ermittelt werden [6]. Die K-Draht-Osteosynthese ist anfänglich meist nicht ausreichend übungs- und belastungsstabil. Daher ist postoperativ eine Ruhigstellung des Handgelenks für 3 bis 4 Wochen notwendig.

Bohn B: Traumatologie im Kindesalter:
OP-Indikation bei häufigen Frakturen.
Passion Chirurgie. 2023 September; 13(09):
Artikel 03_01.



Mehr zum D-Arzt auf BDC|Online
(www.bdc.de) unter der Rubrik Wissen |
Fachgebiete | Fachübergreifend.



Abb. 1a, b: Distale Radiusfraktur, AO 23r-M/3.1 bei 14-jährigem Jugendlichen

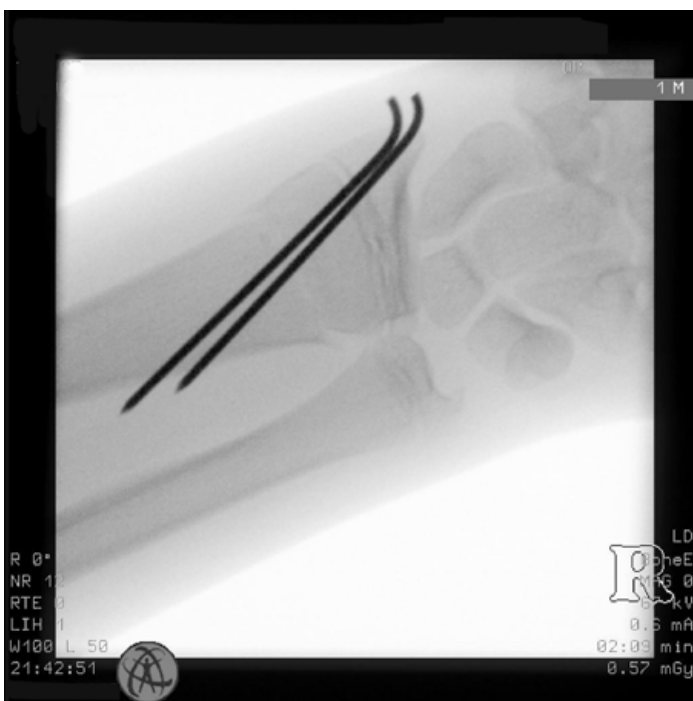


Abb. 2a, b: Intraoperative Dokumentation nach Reposition und K-Draht-Osteosynthese bei 14-jährigem Jugendlichen



Abb. 3: Dislozierte suprakondyläre Humerusfraktur, AO 13-M/3.III (IV) und operative Versorgung mit gekreuzten K-Drähten

SUPRAKONDYLÄRE HUMERUSFRAKTUR

Die suprakondyläre Humerusfraktur ist eine typische Fraktur des Wachstumsalters mit einer Inzidenz von 5 bis 18 % aller Frakturen. Sie ist die häufigste Ellenbogenverletzung [7]. Betroffen sind Kinder und Jugendliche im Alter von 2 bis 14 Jahren, das Durchschnittsalter beträgt 6 Jahre [8]. Dislozierte suprakondyläre Humerusfrakturen (Abb. 3) sind mit bis zu 36 % Komplikationen wie neurovaskulären Begleitschäden und iatrogenen Nervenläsionen behaftet [9]. In 3 % treten Gefäßschäden [10] und in 0,5 % Kompartmentsyndrome [11] auf. Die große Zahl von Schlichtungsfällen nach ellenbogennahen Frakturen im Kindesalter basiert neben Fehlstellungen auf nicht erkannten Nerven- und Gefäßschäden und Volkmann-Kontrakturen [12].

Während undislozierte suprakondyläre Humerusfrakturen unter 3- bis 4-wöchiger Ruhigstellung in einer Blount-Schlinge oder einer Oberarmschiene ausheilen, müssen dislozierte Frakturen, insbesondere bei Rotationsfehlstellung, reponiert und bei Instabilität stabilisiert werden. Das häufigste

Verfahren („Goldstandard“) ist die perkutane Kirschner-Draht-Osteosynthese mit zwei gekreuzten Drähten. Zur Verbesserung der Stabilität kann ein zweiter radialer Draht eingebracht werden. Weitere Verfahren sind die elastisch stabile intramedulläre Nagelung und der radiale Fixateur externe bei radialer Trümmerzone. Das Risiko einer iatrogenen Nervenläsion des N. ulnaris bei der K-Draht-Osteosynthese lässt sich durch intraoperative Darstellung des Nerven deutlich vermindern.

Bei nach Reposition nicht tastbarem Puls, kalter und blasser Hand und negativer intraoperativer Doppler-Sonographie muss die Arteria brachialis umgehend revidiert werden (Abb. 4).

Ein Kompartmentsyndrom kann durch Arterienverschluss, durch eine Einblutung oder durch eine Kombination beider Ursachen entstehen. Bei ersten Warnzeichen (Abb. 5) muss eine vollständige Kompartmentspaltung erfolgen, um die zwar seltene, doch schwerwiegende Volkmann-Kontraktur zu vermeiden [13]. Die Differenz zwischen diastolischem Blutdruck und Kompartiment-Druck sollte mindestens 30 mm Hg betragen. Es gibt aber

für Kinder keine EBM-Studien über die Grenzen des tolerablen Kompartiment-Drucks. Die klinische Symptomatik entscheidet über das operative Vorgehen zur Druckentlastung.

Bei bestehender Operationsindikation bei den häufigen Frakturen gilt es zudem zu entscheiden, wann der optimale Versorgungszeitpunkt ist. Hier besteht im täglichen Alltag das Spannungsfeld aus Wunschen, Erwartungshaltung (der Eltern) und Versorgungsrealität durch Transportzeiten vom Unfallort, Wartezeiten unter Triagierung bis zur exakten Diagnosestellung und Versorgungskapazitäten im Hinblick auf freie OP-Kapazitäten und operative Expertise.

ALLGEMEIN GILT ZUR OP-INDIKATION BEI HÄUFIGEN FRAKTUREN

Absolute und dringliche Indikationen sind:

- Vitale Bedrohung
- Durchblutungsstörung
- Kompartiment-Syndrom oder drohendes Kompartiment-Syndrom
- Offene Frakturen
- Luxationsfrakturen der großen Gelenke

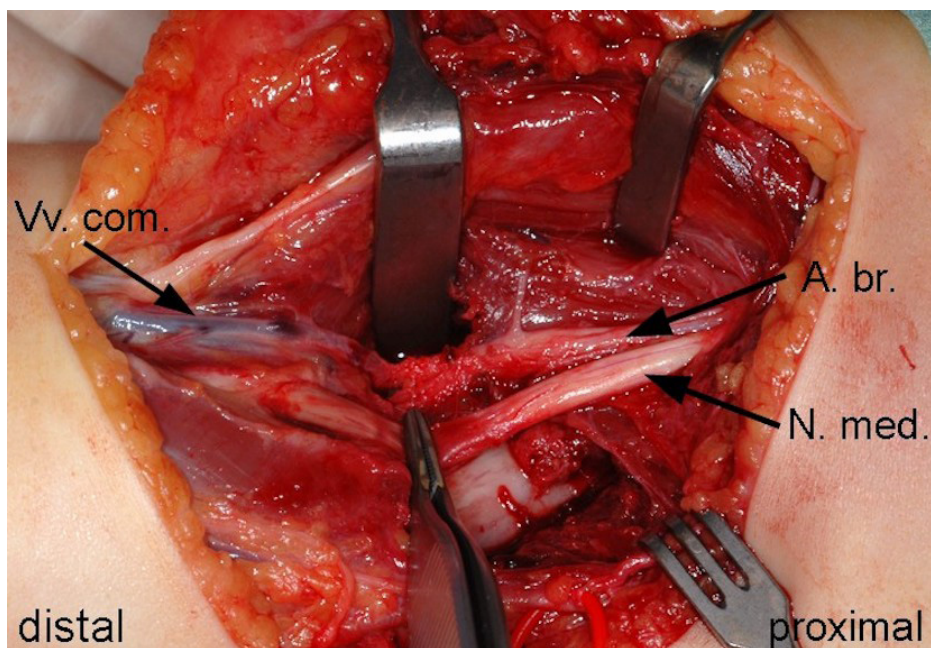


Abb. 4: Die Begleitvenen der Arteria brachialis sind im Frakturspalt eingeklemmt, die Arterie ist verzogen und abgelenkt. Infolge der Einklemmung sind die Begleitvenen distal gestaut. Die Pinzette zeigt auf die Einklemmung. A. br.: Arteria brachialis, Vv. com.: Venae comitantes, N. med.: Nervus medianus



Abb. 5: Schwellung, Ekchymose und verhärtete Beugemuskulatur sind Zeichen für ein Kompartmentsyndrom

LITERATUR

- [1] Lyons RA, Delehanty AM, Kraus D, et al. Children's fractures: a population based study. *Inj. Prev* 1999;5:129-132
- [2] Barrett IR, Bellemore Khosla S, Melton LJ et al. Incidence of childhood distal forearm fractures over 30 years: a population-based study. *JAMA* 2003; 290:1479-1485
- [3] Jeroense KT; America T; Witbreak MM et al. Malunion of distal radius fractures in children. *Acta Orthop.* 2015; 86:233-237
- [4] Greig, D; Silva, M. Management of distal radius fractures in adolescent patients. *J Pediatr Orthop.* 2021; 41:1-5
- [5] Crawford SN; Lee, Lorrin S.K.; Izuka, Byron H. Closed treatment of overriding distal Radial fractures without reduction in children. *JBS.*2012; 3:246-252
- [6] Schneidmueller D, Eijkenboom A, Brand A, Langenhan R, Kertai M, Voth M, Adrian M, Loose O, Bohn B, Wagner F, von Rüden C: To bury or not to bury- Kirschner wire fixation in children and adolescents, *Dtsch Arztebl Int* 2022; 119:818-819
- [7] Landin LA, Danielsson LG Elbow fractures of the humerus in children: an epidemiological analysis of 589 cases. *Acta Orthop Scand* 1986; 57:309-312
- [8] Weinberg A et al. Die suprakondyläre Oberarmfraktur im Kindesalter- eine Effizienzstudie. *Unfallchirurg* 2002; 105:208-216
- [9] Louahem DM, Nebanescu A, Canavese F, Dimeglio A Neurovascular complications and severe displacement in supracondylar humerus fractures in children: defensive or offensive strategy? *J Pediatr Orthop* 2006; 15:51-57
- [10] Cheng JCY, Lam P, Maffuli N Epidemiological features of supracondylar fractures of the humerus in Chinese children. *J Pediatr Orthop* 2001; 10:63-67
- [11] Blakemore LC, Cooperman DR, Thompson GH et al. Compartment syndrome in ipsilateral humerus and forearm fracture in children. *Clin Orthop Relat Res* 2000; 376:32-38
- [12] Vinz H, Neu J Arzthaftpflichtverfahren nach Frakturbehandlung bei Kindern: Erfahrungen der Schlichtungsstelle der norddeutschen Ärztekammer. *Dtsch Arztebl Int* 2009; 106:491-498
- [13] Hülsemann W, Habenicht R, Mann M Management von Nervenschädigungen und Durchblutungsstörungen bei supracondylären Humerusfrakturen im Kindesalter. *Obere Extremität* 2010:151-157

KINDERTRAUMATOLOGIE FÜR D-ÄRZTE/ÄRZTINNEN

Auch wenn die Versorgung unfallverletzter Kinder im Rahmen der durchgangsärztlichen Tätigkeit nur einen speziellen Teilaspekt darstellt, so bestimmt sie doch einen nicht unerheblichen Anteil der Tätigkeit in Praxis und Klinik. Nicht zuletzt wegen der großen Lebenserwartung, die unsere kleinen Patient:innen haben, sind wir verpflichtet, die medizinische Versorgung im Rahmen des Durchgangsarztverfahrens auf höchstem Niveau sicher zu stellen. Daher ist es unser Anliegen, die Besonderheiten in der Diagnostik und Behandlung von unfallverletzten Kindern für die Behandelnden immer wieder in den Focus zu setzen und zu aktualisieren.

In dem zweitägigen Seminar werden spezifische Verletzungen im Kindesalter aller Regionen des Körpers hinsichtlich Diagnostik, Therapie und Prognose in einführenden Referaten dargestellt. Im Anschluss daran soll dann anhand von vielen Fallbeispielen die Problematik illustriert und interaktiv bearbeitet werden.

Mit dem kleinen Kreis an Referenten möchten wir Ihnen ein einheitliches Format des Seminars bieten und gleichzeitig eine hohe Wissenschaftlichkeit garantieren. Alle Referenten befassen sich seit vielen Jahren speziell mit der Traumatologie im Kindesalter und haben diese zu ihrer beruflichen Leidenschaft erklärt. Diese Veranstaltung ist als Fortbildung „Kindertraumatologie“ im Sinne der Ziffer 5.12 der Anforderungen der gesetzlichen Unfallversicherungsträger nach § 34 SGB VII zur Beteiligung am Durchgangsarztverfahren anerkannt.

Der nächste Termin:

Kindertraumatologie für D-Ärzte/Ärztinnen	Dresden	Prof. Dr. Guido Fitze	01. - 02.12.2023
---	---------	-----------------------	------------------

Informationen und Anmeldung über <https://www.bdc.de/events/kindertraumatologie-fuer-d-aerzte-aerztinnen-01-02-dezember-2023-dresden> oder via akademie@bdc.de.



An unternehmerisch denkende Praxisinhaber*innen

Es geht um das Thema Ausweitung der Praxis zum Zentrum für ambulantes Operieren.

Entscheidend ist, dass Ihr Plan sicher aufgeht und die Realisierung funktioniert. Sollten Sie Interesse haben, sind wir Ihr Partner für das gesamte Projekt: Planung, Finanzierung, Umsetzung und Begleitung.

Zu den Leistungen von Getinge / Maquet gehört die Errichtung kompletter ambulanter OP-Zentren und deren Finanzierung in wesentlichen Teilen.

Bekannt sind wir für Premium-OP-Tische, ZSVA-Ausstattung, OP-Saal-Technik und Software-Lösungen zum OP-Management.

Haben Sie bereits Pläne in diese Richtung, sollten wir miteinander sprechen.

Wir freuen uns sehr, wenn Sie Kontakt zu uns aufnehmen:

Daniel Hollenbach · Tel: +49 173 2346476 · daniel.hollenbach@getinge.com



Sprechen Sie uns an.

Code scannen und Termin vereinbaren.



DALE-UV – Einbahnstraße der digitalen Kommunikation

Peter Kalbe

Alle Durchgangssärztinnen und -ärzte kennen das DALE-UV-Verfahren. Seit 2007 ist der digitale Versand von D-Arzt- und Verlaufsberichten, Ergänzungs- und Abschlussberichten (F2222) sowie der Gebühren-Rechnungen eine der Bedingungen für die Teilnahme am Durchgangsarzt-Verfahren (Unterpunkt 5.5. der D-Arzt-Bedingungen).

Zum 1.1.2023 wurde der Versand der BG-Dokumente auf den nunmehr datenschutzrechtlich verbindlichen Weg über KIM in der Telematik-Infrastruktur (TI) umgestellt.

Dem Vernehmen nach haben die meisten Software-Hersteller dies nunmehr bewerkstelligt, sodass das an sich etablierte Verfahren wieder leidlich flüssig laufen sollte. Mit 1.716.291 gesendeten DALE-UV-Nachrichten bis zum Februar 2023 wird dies auf der Internetseite der Gematik stolz als weiterer Erfolg der TI dargestellt. Damit kann die Telematik-Infrastruktur neben der elektronischen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (e-AU) wenigstens ein weiteres weit verbreitetes und leidlich fehlerfrei laufendes Verfahren vorweisen.



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

Unabhängig von diesen technischen Details wird vom BDC jedoch seit Jahren gefordert, das DALE-UV-Verfahren auf eine echte elektronische Kommunikation zwischen den D-Ärzten und den Verwaltungen der Berufsgenossenschaften und Unfallkassen zu erweitern. Es ist vollkommen anachronistisch, dass zwar die D-Ärzte ihre Berichte digital versenden, die gesamte eingehende Kommunikation jedoch per Briefpost erfolgt. Das mag bei einfachen BG-Anfragen noch überschaubar sein, wird aber z. B. bei Gutachtenaufträgen vollkommen absurd. Da werden offenbar in den BG-Verwaltungen Hunderte von Papiausdrucken aus der digitalen Fallakte angefertigt und mit dem Gutachtenauftrag per Paket verschickt.

Es ist bekannt, dass manche Kolleginnen und Kollegen den Umgang und die Haptik einer Papierakte durchaus schätzen, weil man in diesen Ausdrucken mit „Post-it-Zetteln“ und farbigen Markern arbeiten oder auch wichtige Seiten „knicken“ kann. Aber hallo, meine lieben Kolleginnen und Kollegen, das ist wirklich Old School. Eine ordentlich strukturierte digitale Fallakte ist in dieser Hinsicht durch eine Stichwort-Suchfunktion und digitale Markierungen mindestens genauso komfortabel oder nach einer Eingewöhnungsphase sogar besser zu handhaben.

Eine direkte Kommunikation zwischen den D-Arzt-Praxen und der BG bzw. Unfallkasse über die TI und KIM hätte darüber hinaus weitere Vorteile: Direkte Anfragen bei den Sachbearbeitern wären auch auf diesem Weg möglich und würden es den D-Ärzten die oft frustrierenden und erfolglosen Versuche ersparen, eine mit dem Fall betraute und zuständige Person telefonisch zu erreichen.

Es ist also dringend eine strukturelle und technische Überarbeitung des DALE-UV-Verfahrens erforderlich. Bisher ist der Adressat sämtlicher per KIM übersandter Berichte die Datenannahme- und Verteilstelle (DAV) in

St. Augustin. Es ist zu hoffen, dass inzwischen der weitere Versand der digital per DALE-UV übermittelten Dokumente an die einzelnen UV-Träger und die Krankenkassen nicht mehr – wie in der Einführungszeit – per Briefpost erfolgt, sondern durchgängig digital. Die technischen Voraussetzungen von digitalen Annahmestellen dürften also vorhanden sein. Die gesetzlichen Krankenkassen haben es ja auch geschafft, für die e-AU Datenannahmestellen einzurichten, die recht zuverlässig funktionieren. Dies muss doch auch für die Berufsgenossenschaften möglich sein. Dann wäre eine direkte Kommunikation zwischen den berufsgenossenschaftlichen Leistungserbringern und den zuständigen Kostenträgern auch ohne Zwischenschaltung der DAV in St. Augustin möglich.

Es soll hier nicht unerwähnt bleiben, dass Gleiches natürlich auch von den Kostenträgern der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung zu fordern ist. Auch hier läuft die (deutlich sparsamere) schriftliche Kommunikation meist noch komplett analog. Im Vergleich zur DGUV gibt es aber bei diesen keine Verpflichtung der Ärzte zum digitalen Versand von Berichten.

Zusammenfassend bietet die Umstellung auf eine sichere digitale Kommunikation im Intranet der TI via KIM nicht nur die Chance einer Beschleunigung und Erleichterung des Informationsaustauschs, sondern würde auch helfen, eines der Kernziele des BDC zu unterstützen, nämlich die Nachhaltigkeit im Gesundheitswesen voranzutreiben. Wie viele Seiten unnötiger Ausdrucke mit Verbrauch von Papier, Toner und Energie wären dadurch einzusparen! Wenn wir schon alle dazu gezwungen waren, uns der ungeliebten Telematik-Infrastruktur anzuschließen, sollten wir doch wenigstens anstreben, das damit zusammenhängende Potenzial einer effizienten und ressourcenschonenden Kommunikation zu nutzen. ○

Kalbe P: DALE-UV – Einbahnstraße der digitalen Kommunikation. Passion Chirurgie. 2023 September; 13(09): Artikel 03_02.



Mehr zum D-Arzt auf BDC|Online
(www.bdc.de) unter der Rubrik Wissen |
Fachgebiete | Fachübergreifend.





Dr. med. Christoph W. Jaschke
 chirurgie.waldkirch
 Bahnhofplatz 1, 79183 Waldkirch
 info@chirurgie-waldkirch.de

Osteosynthesen in der chirurgischen Praxis

Christoph W. Jaschke

Das Erscheinungsbild der chirurgischen Praxen in Deutschland hat sich in den vergangenen Jahrzehnten erheblich verändert. Waren noch in den 80er-Jahren des vergangenen Jahrhunderts Chirurgen überwiegend allgemeinchirurgisch und konservativ tätig, so sind in den heutigen chirurgischen Praxen überwiegend Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie tätig. Der Chirurg hat damals in den meisten Fällen neben der konservativen

Frakturbehandlung eventuell kleinere Metallentfernungen und später minimalinvasive Operationen durchgeführt. Häufig war die chirurgische Praxis der verlängerte Arm der Krankenhäuser und für die Nachbehandlung zuständig. Nach meiner Einschätzung hat sich das Tätigkeitsfeld der Chirurgen dahingehend wesentlich verändert, dass die Primärversorgung, nämlich die Osteosynthesen zur operativen Frakturbehandlung, zunimmt.

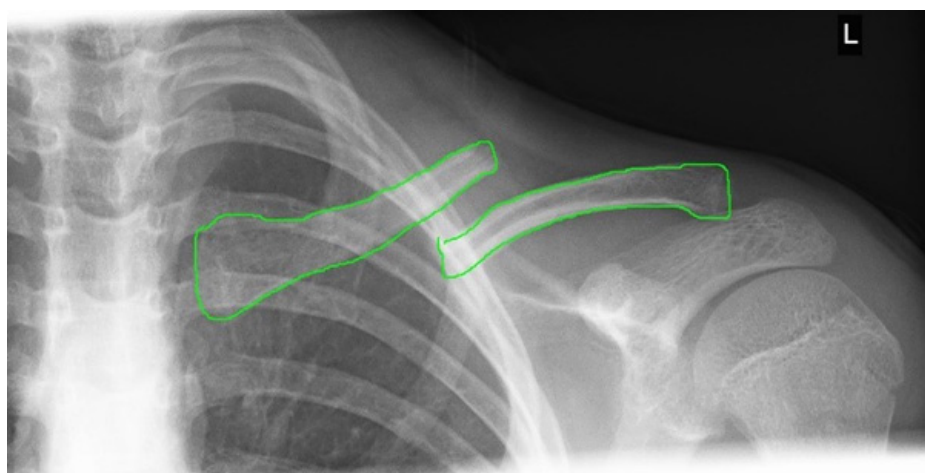


Abb. 1: Kindliche Claviculafraktur präoperativ

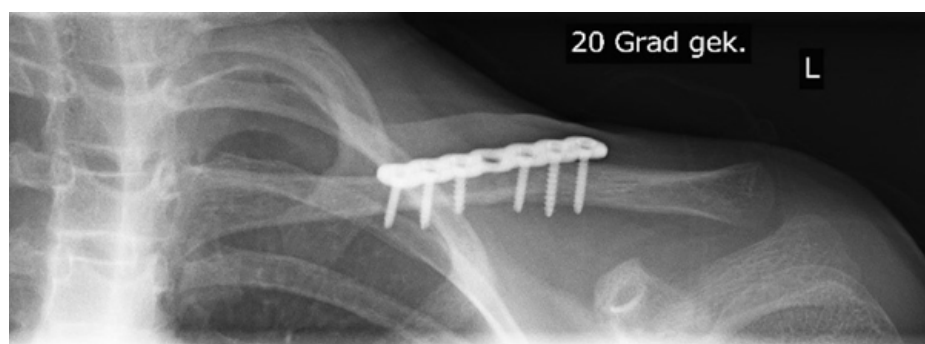


Abb. 2: Kindliche Claviculafraktur postoperativ

Jaschke CW: Osteosynthesen in der chirurgischen Praxis. *Passion Chirurgie*. 2023 September; 13(09): Artikel 03_03.



Mehr zum D-Arzt auf BDC|Online
 (www.bdc.de) unter der Rubrik Wissen |
 Fachgebiete | Fachübergreifend.

SPEZIALISIERUNG UND ERFAHRUNG SICHERN DIE QUALITÄT DER VERSORGUNG

Als wesentliche Faktoren hierfür kann man die Spezialisierung innerhalb der chirurgischen Fächer zum Facharzt für Unfallchirurgie und Orthopädie ansehen. Diese Kollegen sind durch ihre fachliche Befähigung und langjährige berufliche Erfahrung hinreichend geeignet, eine ambulante operative Frakturbehandlung ausgewählter Indikationen mindestens im gleichen qualitativen und quantitativen Umfang wie die Behandlung im Krankenhaus anzubieten.

Rechtlich wesentliche Bedingungen hierzu werden durch die Begehungen der Praxen überprüft. Insbesondere die Berufsgenossenschaften sorgen für einen hohen Qualitätsstandard in operativen chirurgischen Praxen. Der operativ tätige Unfallchirurg/Orthopäde gewährleistet die Versorgung „aus einer Hand“ in einem eingespielten Team seiner Praxis.

KOOPERATION IN GRÖßEREN EINHEITEN UND ARBEITEN IM TEAM

Durch die Zusammenlegung von mehreren chirurgischen Praxen entstehen leistungsfähige ambulante Einheiten, die auch während der operativen Tätigkeit mit mehreren Kollegen durchgehende Öffnungszeiten gewährleisten. Dies bedeutet, dass der Chirurg während der Versorgung seiner Patienten im OP, in Absprache mit den chirurgischen Kollegen, die Sprechstunden adäquat durchgehend besetzen kann.

Ein weiterer Vorteil ist die effektivere Nutzung von Räumlichkeiten, Personal und Geräten. Ein Chirurg, der als „Einzelkämpfer“ während seiner Tätigkeit im Operationssaal ist, kann selbsterklärend nicht gleichzeitig eine Sprechstunde gewährleisten. Dementsprechend stehen bei der Tätigkeit im OP sodann Räume ungenutzt und Personal mit geringerer Auslastung still. Ebenso kann bei mehreren chirurgischen Kollegen ein Röntgengerät und/oder eine OP-Einheit wesentlich effektiver genutzt werden. Dementsprechend ist



Abb. 3: Distale Radiusfraktur Typ B1.1



Abb. 4: Distale Radiusfraktur und Kahnbeinfraktur



Abb. 5: Grundgliedfraktur Großzehe



Abb. 6: Minimalinvasive Versorgung einer Kahnbeinfraktur

die Rentabilität von Personal, Räumlichkeiten und Gerätschaften wesentlich höher, sofern die Chirurgen sich für einen OP im eigenen Betrieb entschließen. Der OP im eigenen Praxisbetrieb schafft eine höhere Flexibilität bei der Versorgung akuter unfallchirurgischer Krankheitsbilder.

Bei der Überlegung und Planung für eine operativ tätige chirurgische Praxis sind nach meinem Dafürhalten wesentliche Eckpunkte essenziell:

Wie viele Chirurgen im Zusammenschluss in der chirurgischen Praxis tätig sind, bestimmt die Flexibilität bei akuten unfallchirurgischen Notfällen, sodass der durchgehende Betrieb in der Sprechstunde nicht unterbrochen werden muss.

Weiterhin gilt es zu analysieren, welche fachliche Befähigung und welche gewünschte fachliche Spezialisierung der einzelnen Kollegen in der chirurgischen Praxis berücksichtigt werden soll. Dies ist einerseits für das Erscheinungsbild („Portfolio“) nach außen und auch für die Investitionen/Anschaffung von Gerätschaften, Instrumentarien und Implantaten für den OP ausschlaggebend.

Regelhaft benötigt ein unfallchirurgisch orthopädischer Chirurg wesentlich mehr Ausrüstung für seine operative Tätigkeit. Osteosynthesen in der chirurgischen Praxis sind nur dann möglich, wenn gewährleistet ist, dass eine Lagerhaltung von Implantaten und dementsprechenden Instrumentarien vorgehalten wird. Die Instrumentarien müssen nicht nur gelagert, sondern auch gereinigt, sterilisiert, gewartet und repariert werden. Je nach Frequentierung der Nutzung der Instrumentarien und der Häufigkeit der operativen Tätigkeit (OP-Tage pro Woche) gilt es zu entscheiden, ob eine eigene Sterilisationseinheit sinnvoll ist. Auch hier gilt, dass die Nutzung durch mehrere Chirurgen die Effektivität dieser Investitionen lohnender macht. Ich selber fühle mich bei der operativen Tätigkeit mit einer OP-Schwester, die sich mit dem Instrumentarium und Implantaten hinreichend auskennt, viel sicherer und ruhiger. Diese Operationsschwester im Team kontrolliert auch die Funktionsfähigkeit und

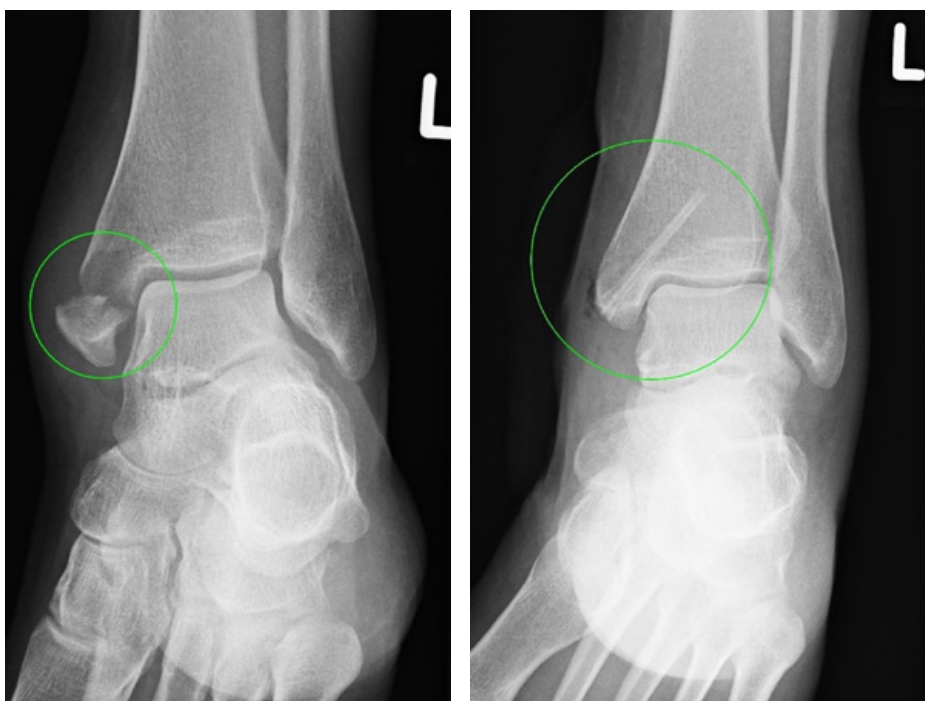


Abb. 7a, b: Innenknöchelfrakturversorgung



Abb. 8: Mittelhandfrakturversorgung

Vollständigkeit von Instrumentarien und Implantaten. Ebenso wie die Erfahrung des Chirurgen ist auch die Erfahrung der OP-Schwester nicht hoch genug zu bewerten.

Neben dem erfahrenen OP-Personal ist der Umgang mit Osteosynthesen auch der in das Team integrierte Anästhesist von großer Bedeutung. Im eingespielten Team weiß der Anästhesist die Narkose exakter zu steuern und damit auch eine adäquate Schmerztherapie zu gewährleisten. In Bezug auf die baulichen Voraussetzungen erscheint mir gerade unter den klimatischen Veränderungen die Klimatisierung der OP-Räume als unumgänglich. Die Investitionen in eine Klimatisierung für einen OP-Saal müssen auf die berufliche Tätigkeit in Jahren und die Frequentierung der OP-Räume durch die operativ tätigen Kollegen gerechnet werden. Gleiches gilt für die Investitionen und Nutzung eines C-Bogens im Operationssaal, OP-Tisch und Lagerungstechnik.

OPERATIVES SPEKTRUM

In meiner operativen ambulanten Tätigkeit hat sich das Spektrum in den letzten 15 Jahren erweitert. Seit mehreren Jahren nun ist die Versorgung von Sprunggelenkfrakturen, Mittelfußfrakturen sowie Spaltfrakturen am Tibiakopf Typ B 1 an der unteren Extremität nicht mehr außergewöhnlich. Für die Versorgung von Fingerfrakturen,



Abb. 9: Mittelfußfrakturversorgung

Mittelhandfrakturen und distalen Radiusfrakturen gilt dies ebenso. Bis zum Ellenbogengelenk mit Radiusköpfchen-Frakturen und Olekranonfrakturen kann man bei adäquater Auswahl der Patienten nach meiner Einschätzung mindestens gleichwertige Behandlungsergebnisse wie im Krankenhaus erzielen. Neben der Beschränkung auf Patienten im Stadium ASA 1-2 muss die adäquate Schmerztherapie z. B. durch eine Plexusanästhesie zusätzlich zur Narkose mit dem Anästhesisten konsentiert werden. Es gilt als selbstverständlich, dass die ambulant versorgten Patienten eine durchgängige Erreichbarkeit per Funktelefon erhalten.

Bei der Planung einer ambulanten osteosynthetischen Versorgung muss auch ein adäquates Komplikationsmanagement gewährleistet sein. Sollte die Osteosynthese nicht wie geplant durchführbar sein, weil

eventuell die Stabilität nicht ausreichend oder das Repositionsergebnis nicht annehmbar ist, müssen operative Alternativen zur Verfügung stehen. In einer größeren chirurgischen ambulanten Einheit kann man den chirurgischen Kollegen aus der Praxis hinzuziehen und das Problem gemeinschaftlich lösen, wie dies auch im Krankenhaus möglich ist. Weiterhin müssen alternative osteosynthetische Verfahren/Implantate mit den Instrumentarien zur Verfügung stehen. Ich gehe davon aus, dass die persönliche Leistungserbringung aus einer Hand eine hohe Patientenzufriedenheit zur Folge hat.

WIRTSCHAFTLICHE BETRACHTUNG

Völlig unberücksichtigt von der Politik erscheint mir der volkswirtschaftliche Effekt einer ambulanten operativen



Abb. 10: Mittelhandfrakturversorgung



Abb. 11a, b: Wintersteinfraktur mit Drähten

Frakturversorgung in der Praxis. Meiner Erfahrung nach ist die Compliance der Patienten im ambulanten Setting eng verknüpft mit einer verbesserten Wirtschaftlichkeit bei der Patientenversorgung. Der Patient hat in der chirurgischen Praxis immer einen direkten Ansprechpartner und eine unmittelbare Erreichbarkeit seines Chirurgen.

Die operative Frakturversorgung in der Praxis ist wesentlich kostengünstiger für die Krankenkassen. Vergleicht man die Abrechnung unter DRG-Bedingungen mit der Erlössituation unter EBM-Bedingungen, so kann man grob von einem Faktor 10 im Vergleich ausgehen! Dementsprechend sind die Erlöse für osteosynthetische Versorgungen nach EBM allerdings auch betriebswirtschaftlich, wenn überhaupt, nur marginal kostendeckend.

Warum die Politik und die Krankenkassen diese Vorteile ignorieren und negieren, erschließt sich mir nicht.

FAZIT

Zusammenfassend gehe ich davon aus, dass die ambulante Frakturversorgung höchst standardisiert nicht nur gleichwertige, sondern vielleicht sogar höherwertige Behandlungsergebnisse im Vergleich zu der stationären Frakturversorgung erzielen kann. Der in einer Praxis tätige Chirurg kann allerdings wirtschaftliche Überlegungen, anders als im Krankenhaus tätige Kollegen, nicht außer Acht lassen. Immerhin trägt er neben der fachlichen Verantwortung ad personam auch die wirtschaftliche Verantwortung in unmittelbarer Haftung. Aus meiner nun 15-jährigen Erfahrung als ambulant tätiger

Unfallchirurg empfehle ich die gemeinschaftliche Nutzung von Personal, Räumlichkeiten und Instrumentarium, um über die gesamte berufliche Praxistätigkeit die enormen Investitionen zu amortisieren.

Perspektivisch müssen wir davon ausgehen, dass durch die politisch gewollte Zentralisierung auf weniger Krankenhäuser im Land eine erhöhte operative Tätigkeit im ambulanten Sektor zu erwarten ist.

Die uns vertretenden Berufsverbände müssen jedoch erreichen, dass eine sektorengleiche adäquate Vergütung der ambulanten Osteosynthesen unter gleichen fachlichen und baulichen Voraussetzungen selbstverständlich sein sollte.



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“

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



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





© iStock/kyoshino

Angemessene Summen in der Haftpflichtversicherung

Nadja Bürger

Mit dem Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz (GVWG), das am 20. Juli 2021 in Kraft getreten ist, hat der Gesetzgeber eine Versicherungspflicht für Vertragsärztinnen und -ärzte festgeschrieben. Wer also mit den Kassen abrechnet, muss nachweisen, dass sie oder er gegen die Haftpflichtgefahren aus der Berufsausübung ausreichend versichert ist.

Was „ausreichend“ aus Sicht des Staates heißt, liefert das Gesetz gleich mit: Für Vertragsärztinnen und -ärzte wird eine Mindestsumme pro Versicherungsfall von 3 Millionen Euro

bzw. 6 Millionen Euro für alle Versicherungsfälle innerhalb eines Jahres vorgeschrieben. Für Medizinische Versorgungszentren sowie für Vertragsärzte und Berufsausübungsgemeinschaften mit angestellten Ärzten liegt die Mindestversicherungssumme bei fünf Millionen Euro pro Versicherungsfall bzw. 15 Millionen Euro für alle Versicherungsfälle innerhalb eines Jahres.

Aber es ist ein wenig wie in der Schule. „Ausreichend“ ist und bleibt eben eine „Vier“, es ist nicht befriedigend und schon gar nicht gut oder sehr gut. Also stellt sich die Frage: Reicht



Nadja Bürger

Ecclesia med GmbH
+49 5231 603-6363
bdc@ecclesiamed.de

diese Versicherungssumme wirklich aus? Die Antwort aus der Sicht des auf das ambulante Heilwesen spezialisierten Versicherungsmaklers Ecclesia MED lautet: Nein.

Diese Standardsummen sind in der Regel zu gering angesetzt, insbesondere in invasiven Disziplinen der Medizin wie der Chirurgie. Je nach individuellem Risikoprofil muss die Versicherungssumme der Betriebs- oder Berufshaftpflichtversicherung ein Vielfaches betragen. Ecclesia MED empfiehlt Summen zwischen 7,5 und 15 Millionen Euro.

Diese Diskrepanz ist einigen Punkten geschuldet, die für die Heilwesenhaftpflichtversicherung besonders prägend sind: Rein rechnerisch entwickelt sich von 100 Heilwesenschäden nur einer zu einem Großschaden. Aber dieses eine Prozent aller Heilwesenschäden ist für 65 Prozent der Schadenkosten verantwortlich.

Wie kommt das? Der medizinische Fortschritt und die sich stetig weiterentwickelnden Möglichkeiten der modernen Pflege führen dazu, dass die Lebenserwartung von Menschen steigt, die einen schweren geistigen oder körperlichen Schaden erlitten haben. Beispiele aus der Anästhesie oder der Geburtshilfe verdeutlichen das sehr gut: Ging man vor etwa 30 Jahren noch davon aus, dass die Lebenserwartung geistig und körperlich infolge einer Sauerstoffunterversorgung geschädigter Kinder maximal eine Dekade betrug, so können heute Lebenserwartungen angenommen werden, die nahe an denen gesunder Menschen liegen.

Das ist natürlich grundsätzlich eine positive Entwicklung. Sie zieht aber einiges nach sich: Im Fall einer Haftung nach einem Behandlungsfehler wird der Erwerbsausfall auf Basis eines normalen Berufslebens berechnet und steigt damit an. Pflege und medizinische Aufwendungen erstrecken sich über einen längeren Zeitraum als früher, der Fortschritt auf beiden Gebieten und die allgemeinen Inflationsentwicklungen verteuern die Leistungen zusätzlich, Regressansprüche der Sozialversicherungsträger und möglicherweise Unterhaltsansprüche von Angehörigen kommen hinzu. Über Jahrzehnte gerechnet, kann eine schwere Schädigung zu zweistelligen Millionenbeträgen bei den

Kompensationsaufwendungen führen. Mitgedacht werden sollte zudem, dass die Haftung des Schädigers entgegen den Versicherungssummen nach dem Gesetz unbegrenzt ist. Es erfolgt auch keine Begrenzung des Schadenersatzes. Den die vereinbarte Haftpflicht-Versicherungssumme übersteigenden Teil trägt also der Schädiger selbst. Der Versicherungsnehmer kann an den Zahlungen dabei schon beteiligt werden, wenn abzusehen ist, dass der Schadenfall die Versicherungssumme übersteigt, nicht erst, wenn die Summe erschöpft ist. Das birgt persönliche und für medizinische Einrichtungen auch bilanzielle Risiken, denn für drohende Aufwendungen aus sogenannten „Über-Limit-Schäden“ müssen dann bilanzielle Rückstellungen gebildet werden.

Hinzu kommt ein weiteres Faktum: Insbesondere der Heilwesenbereich birgt ein hohes Spätschadenrisiko. Zum Ende eines Versicherungsjahrs sind im Durchschnitt erst 40 Prozent der angefallenen Schäden aus diesem Jahr bekannt. Manche Ansprüche werden erst Jahre nach dem eigentlichen Behandlungsfehler geltend gemacht.

Um jenseits der gesetzlich ausreichenden Absicherung bei einer guten oder sehr guten Versicherung zu landen, muss also eine für das Jahr 2023 vereinbarte Versicherungssumme ausreichen, um einen schweren Personenschaden unter Umständen über Jahrzehnte abzudecken.

Auf der anderen Seite steht aber auch der berechtigte Gedanke, Überversicherungen zu vermeiden. Grundsätzlich sollte immer in einer individuellen Versicherungs- und Risikoberatung ermittelt werden, wie der Versicherungsschutz anhand des jeweiligen Risikoprofils optimal gestaltet werden kann. Es ist deshalb sinnvoll, sich professionell von einem Partner beraten zu lassen, der ausschließlich die Interessen des Versicherungsnehmers im Blick hat und die besonderen Anforderungen des Gesundheitswesens genau kennt.

Speziell für die Mitglieder des BDC hat Ecclesia med entsprechende Lösungen geschaffen. Für Fragen und Lösungsmodelle stehen die Expertinnen und Experten des Maklers den BDC-Mitgliedern exklusiv zur Verfügung. ○

Bürger N: Angemessene Summen in der Haftpflichtversicherung. Passion Chirurgie. 2023 September; 13(09): Artikel 04_02.



Mehr zum Thema „Versicherung“ auf BDC|Online (www.bdc.de) unter der Rubrik Wissen | Recht&Versicherung | Versicherungsschutz.

Gesundheitsstadt Berlin und Ecclesia Gruppe rufen HRO-Award ins Leben

Ecclesia med

Ecclesia med GmbH
+49 5231 603-6363
bdc@ecclesiamed.de

Die Gesundheitsstadt Berlin e. V. und die Ecclesia Gruppe zeichnen in diesem Jahr zum ersten Mal Gesundheitsprojekte aus, die maximale Sicherheit in Diagnostik, Therapie und Pflege bieten. Der HRO-Award (High Reliability Organizations) richtet sich an Teams in Krankenhäusern und Gesundheitseinrichtungen, die in ihren täglichen Routineprozessen beispielsweise bei der Geburtshilfe, der Behandlung von Schlaganfällen oder im Operationssaal nachweislich nicht nur ein Höchstmaß an Zuverlässigkeit sicherstellen, sondern zusätzlich dazu kontinuierlich ihre Prozesse verbessern. **Der Preis wird am 9. November 2023 auf dem 17. Nationalen Qualitätskongress Gesundheit in Berlin verliehen.**

High Reliability Organizations, „Hochzuverlässigkeitsorganisationen“, zeichnen sich durch eine extrem niedrige Fehler- und Komplikationsrate in ihren Prozessen aus, die kontinuierlich weiter gesenkt wird, obwohl ein hohes Risiko besteht. Dabei spielt nicht nur die Qualifikation der Mitarbeitenden eine entscheidende Rolle, sondern auch eine maximale Prozessorientierung, das permanente Identifizieren von Fehlerpotenzialen sowie ein kontinuierliches Training von kritischen Situationen. Mit diesen Maßnahmen kann die Behandlungs- und Pflegequalität sowie die Sicherheit für die Patientinnen und Patienten nachweislich gesteigert werden.

„Als Ecclesia helfen wir Krankenhäusern und Gesundheitseinrichtungen dabei, den für

sie passenden Versicherungsschutz zu finden – für den Fall der Fälle, dass es zu Fehlern kommt. Die Dienstleistung der Ecclesia-Tochter GRB Gesellschaft für Risikoberatung setzt aber schon viel früher an, nämlich bereits bei der Sicherheits- und Risikoanalyse mit dem Ziel, Fehler gar nicht erst entstehen zu lassen. Fakt ist, dass schon kleine kritische Ereignisse und Fehler die Patientensicherheit gefährden können“, erklärt Dr. Peter Gausmann, Geschäftsführer der GRB. „Fehlerprävention und sichere Prozesse sind daher für uns von großer Bedeutung und korrelieren direkt mit hoher Zuverlässigkeit. Deshalb unterstützen wir die HRO-Initiative und freuen uns, den Award mit der Gesundheitsstadt Berlin ausrichten zu können.“

„Die Siegerprojekte werden einen hohen Standard in Gesundheit und Pflege setzen und sind für andere Einrichtung sicherlich vorbildhaft“, erläutert Dr. Daniel Dettling, Geschäftsführer Gesundheitsstadt Berlin e.V. „Sie können zu einer spürbaren Verbesserung der Gesundheitsversorgung beitragen, indem sie die Dreh- und Angelpunkte einer Hochzuverlässigkeit in Medizin und Pflege plakativ aufzeigen.“ Das zählt auch auf den Globalen Aktionsplan für Patientensicherheit 2021-2030 ein, mit dem die Weltgesundheitsorganisation (WHO) vermeidbare Schäden durch unsichere und unzuverlässige Prozesse in Medizin und Pflege minimieren und die sichere Versorgung von Patientinnen und Patienten sicherstellen will. ○

Ecclesia med: Gesundheitsstadt Berlin und Ecclesia Gruppe rufen HRO-Award ins Leben.
2023 September; 13(09): Artikel 04_03.



Mehr zum Thema „Patientensicherheit“ auf BDC|Online (www.bdc.de) unter der Rubrik Wissen | Qualität&Patientensicherheit.

HRO-AWARD



bungsunterlagen via kongress@qualitaetskongress-gesundheit.de

Auszeichnung: 9. November 2023 auf dem 17. Nationalen Qualitätskongress Gesundheit der Gesundheitsstadt Berlin (www.qualitaetskongress-gesundheit.de)

Preis: Mitgliedschaft in der Gesundheitsstadt Berlin e.V. mit kostenfreiem Zugang zu allen Veranstaltungen des Vereins im Wert von mehr als 5.000 € (für das folgende Kalenderjahr) sowie Reichweite in den Kanälen unserer Medienpartner

Teilnehmer: alle Einrichtungen der Gesundheitswirtschaft und ihre interprofessionellen Teams, die in der unmittelbaren Versorgung von Patientinnen und Patienten tätig sind: Akut- und Fachkrankenhäuser, Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen der Rehabilitation. Die Teilnahme ist kostenlos.

Bewerbung: aussagekräftige Beschreibung der definierten Kriterien sind bis 30. September 2023. Einzureichen und Bewerber



WIR PRÄSENTIEREN SURGEON TALK

Chirurgisches Wissen
auf den Punkt.

www.surgeontalk.de



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: bdv-versicherungsservice@ecclesia.de



Prof. Dr. rer. nat. et rer. medic. habil. Lutz Jatzwauk
Krankenhaushygiene/Umweltschutz
Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden

Klaus Wiese
Vorstandsvorsitzender
Deutsche Gesellschaft für Sterilgutversorgung e.V.
(DGSV)

Prof. Dr. med. Prof. h. c. (MNG) Walter Popp
Ärztlicher Leiter
HyKoMed GmbH
Vizepräsident der Deutschen Gesellschaft für
Krankenhaushygiene e.V. (DGKH)
popp@hykomed.de

Dr. rer. nat. Wolfgang Kohnen
Stellvertretender Abteilungsleiter Krankenhaushygiene
Beauftragter für das Qualitätsmanagement
Abteilung für Hygiene und Infektionsprävention
Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität
Mainz
Vorstand der Deutschen Gesellschaft für
Krankenhaushygiene e.V. (DGKH)

Jatzwauk L, Wiese K, Popp W, Kohnen W: Hygiene-Tipp:
Welche Kontrollen einer Sterilgutverpackung
(Sterilbarrieresystem) sind vor der Operation notwendig?
Passion Chirurgie. 2023 September; 13(09): Artikel 04_04.



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

HYGIENE TIPP

Welche Kontrollen einer Sterilgutverpackung (Sterilbarrieresystem) sind vor der Operation notwendig?

Lutz Jatzwauk, Klaus Wiese, Walter Popp, Wolfgang Kohnen

Vor der Operation sind verschiedene Kontrollen der Sterilgutverpackung notwendig, um sicherzustellen, dass das Instrument oder das medizinische Gerät, das darin enthalten ist, steril ist und somit keine Infektionsrisiken für den Patienten darstellt. Zu den Kontrollen gehören:

- **Verfalldatum und Sterilgutlagerfrist:** Überprüfen Sie die Verwendbarkeit anhand des Verfalldatums und der Sterilgutlagerfrist. Wenn das Datum abgelaufen ist, darf das Instrument oder das medizinische Gerät nicht verwendet werden. Verfalldatum ist das im Sinne des vom Hersteller angegebene Datum, bis zu dem eine gefahrlose Anwendung des Medizinprodukts nachweislich möglich ist; die Sterilgutlagerfrist bezieht sich auf das Sterilbarrieresystem und die angegebene Lagerzeit und kann davon abweichen.
- **Integrität der Verpackung:** Sterilgutverpackungen aus Papier oder Papier/Folie sind per Augenschein auf Defekte (Löcher) oder defekte Siegelnähte zu prüfen. Sollten Verschlussiegel (Plomben) an Containern angebracht sein, müssen diese unversehrt sein. Filter müssen unbeschädigt sein. Zwischen den Dichtungen von Containern darf die Inneumhüllung nicht eingeklemmt sein. Vliesverpackungen dürfen nicht beschädigt und müssen ordnungsgemäß mit Klebeband verschlossen sein.
- **Behandlungsindikatoren:** (Farbmarkierungen auf dem Etikett, Klebestreifen oder der Plombe) sind auf den erforderlichen Farbumschlag zu prüfen. Ein fehlender Farbumschlag der Behandlungsindikatoren zeigt, dass die enthaltenen Instrumente keinem Sterilisationsverfahren ausgesetzt waren. Eine ungenügende Sterilisationswirkung zeigen sie leider nicht an.
- **Transport- und Lagerungsbedingungen:** Stellen Sie sicher, dass die Sterilgutverpackung während des Transports und der Lagerung unter geeigneten Bedingungen aufbewahrt wurde, um die Sterilität zu gewährleisten. Die Lagerung ist eher ereignis- als zeitbezogen zu betrachten. Vor dem Öffnen einer Sterilgutlagerverpackung, z. B. ein Staubschutzbeutel oder ein Umkarton, ist möglicher Staub zu entfernen. In der Praxis kann dies z. B. mit einem feuchten, mit Desinfektionsmittel getränkten Einmaltuch geschehen.
- **Chargennummer:** Überprüfen Sie die Chargennummer, um sicherzustellen, dass das Instrument oder das medizinische Gerät einer gültigen Charge zugeordnet werden kann, um im Einzelfall auf die Dokumentation der Aufbereitung zurückgreifen zu können.

Der Kurztipp im Auftrag der DGKH gibt die Meinung der Autoren wieder.



ARZTPRAXIS TIPP

Frage & Antwort



Die vorzunehmende Gebührenordnung ist bei BG-Patient:innen für alle Leistungen die UV-GOÄ



Antwort von Dr. med. Peter Kalbe:
Vizepräsident BDC
kalbe@bdc.de

Kalbe, P: Arztpraxistipp: Gebührenordnung für alle Leistungen bei BG-Patienten ist die UV-GOÄ.
Passion Chirurgie. 2023 September; 13(09):
Artikel 04_02.



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

FRAGE:

Ein niedergelassener Gefäßchirurg erklärt, dass er kein D-Arzt sei und sehr selten BG-Fälle behandle. Ein Patient mit einem Postthrombotischen Syndrom (PTS) komme nunmehr seit drei Jahren jährlich einmal zur Kontrolle. Die ersten beiden Rechnungen nach GOÄ hat der Patient selbst bei seiner zuständigen BG eingereicht und erstattet bekommen. Die dritte Rechnung wiederum nach GOÄ wurde von der Praxis direkt an die BG gerichtet. Diese wurde abgelehnt mit dem Verweis, es müsse nach der UV-GOÄ unter Verwendung des DALE-Verfahrens abgerechnet werden. Der Arzt sieht keine Möglichkeit, nach UV-GOÄ abzurechnen, da er sich damit nicht auskenne. Leider gebe es in seinem Praxisverwaltungssystem (PVS) auch keine UV-GOÄ Erweiterung und seine Praxis sei nicht an DALE-UV angeschlossen. Ein Versuch, mit der BG im Gespräch eine Lösung zu finden, scheiterte. Die BG weigert sich die Rechnung zu begleichen. Die Frage: Besteht für nicht D-ärztlich tätige Fachärzte eine Pflicht zur Abrechnung nach UV-GOÄ? Der Arzt benennt weitere Fachrichtungen, wie die Augenheilkunde oder Dermatologie, wo nach GOÄ abgerechnet würde.

ANTWORT:

Tatsächlich ist die gültige Gebührenordnung für alle Leistungen bei BG-Patienten die UV-GOÄ. Diese beruht im Wesentlichen auf der (Uralt-)GOÄ und dürfte somit für die meisten vom Kollegen erbrachten Leistungen (außer für Untersuchungen und Beratungen) nicht nennenswert abweichen. Die stets aktuelle Fassung der UV-GOÄ stellt die KBV auf ihrer Homepage zur Verfügung: <https://www.kbv.de/html/uv.php>

Wenn die BG in den letzten Jahren die Rechnung des Kollegen nach der klassischen GOÄ beglichen hat, ist dies wahrscheinlich aus Kulanz erfolgt. Einen Rechtsanspruch kann man daraus nicht ableiten. Auch andere Fachärzte, beispielsweise Dermatologen, Anästhesisten, Neurologen und auch die Hausärzte, müssen ihre Leistungen gegenüber den Unfallversicherungsträgern nach der zwischen der KBV und der DGUV vertraglich vereinbarten UV-GOÄ geltend machen.

Wenn die Praxis-EDV diese Möglichkeit nicht bietet, müsste der Kollege die Leistungen auf dem ebenfalls vertraglich vereinbarten Formular in der Anlage geltend machen. Wir

empfehlen aber nochmals eine Nachfrage beim PVS-Anbieter. Denn für die Abrechnung ist kein „D-Arzt-Modul“ vonnöten, sondern nur der Zugriff auf die UV-GOÄ, das dürfte eigentlich bei allen PVS kein Problem darstellen, zumal viele Fachgruppen nach der UV-GOÄ abrechnen.

Wenn die BG den Kollegen allerdings aufgefordert hat, die Rechnung per DALE-UV zu senden, so gibt es dafür keine Rechtsgrundlage, denn der Anschluss an das interne

EDV-System DALE-UV ist nur für die Durchgangsärzte verpflichtend. Sollte sich die betreffende BG uneinsichtig zeigen und weiterhin mit dieser Begründung die Begleichung der Rechnung verweigern, empfehlen wir dem Kollegen, den Fall an die bei der KBV eingerichtete Clearingstelle zu melden.

So funktioniert die Clearingstelle: Bei Streitigkeiten übersenden die Ärzte ihre Anträge schriftlich mit einer ausführlichen Darstellung des Problems und unter Beifügung der

anonymisierten entscheidungserheblichen Unterlagen (z. B. Berichte, Rechnungen, bisheriger Schriftwechsel) möglichst auf elektronischem Weg an Clearingstelle-unfallversicherung@kbv.de.

Ein als Rechnung verwendbares editierbares pdf-Dokument kann hier heruntergeladen werden: www.dguv.de/medien/formtexte/aerzte/f_9990/f9990-2.pdf 

Referenz Orthopädie und Unfallchirurgie: Becken und Hüfte

REZENSION

Tim Pohlemann



Referenz Orthopädie und Unfallchirurgie: Becken und Hüfte

Paul Grützner, Reinhard Hoffmann, Maximilian Rudert
1. Auflage 2023
820 S., 784 Abb., Mixed Media Product
ISBN 9783132435438
€ 299,99

Beim Verlag bestellen: www.shop.thieme.de/Referenz-Orthopaedie-und-Unfallchirurgie-Becken-und-Huefte/9783132435438

Rezensent:

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

Pohlemann T: Rezension: Referenz Orthopädie und Unfallchirurgie: Becken und Hüfte. *Passion Chirurgie*. 2023 September; 13(09): Artikel 04_06.



Weitere Rezensionen finden Sie auf [BDC\[Online\]\(www.bdc.de\)](http://BDC[Online](www.bdc.de)), Rubrik Wissen | Aus-, Weiter- & Fortbildung | Rezensionen.

Kürzlich wurde die im Thieme Verlag erscheinende „Referenz-Reihe“ um den Band Orthopädie und Unfallchirurgie – Becken und Hüfte, herausgegeben von Grützner, Hoffmann und Rudert, ergänzt. Es ist neben den Themengebieten Knie und Wirbelsäule die dritte Referenzausgabe für das Fachgebiet Orthopädie und Unfallchirurgie. Mit einem Umfang von 820 Seiten und der Möglichkeit, eine internetbasierte Ausgabe zu nutzen, ist ein umfassendes Kompendium zu Verletzungen und muskuloskelettalen Erkrankungen in den anatomischen Regionen Becken und Hüfte entstanden. Die der Reihe typische hohe Standardisierung der Kapitel mit kurzen zusammenhängenden Textpassagen, vielen Stichworten und tabellarischen Aufzählungen, verbunden mit ausgewählt guter Bebilderung ergibt eine gute Lesbarkeit und Übersicht und vermeidet so elegant Stilbrüche.

Etwas gewöhnungsbedürftig ist die Grobgliederung in Krankheitsbilder (degenerative und rheumatische Erkrankungen, Beinlängendifferenzen, Verletzungen des Beckenrings, Verletzungen des Acetabulums, Verletzungen des Hüftgelenkes, Verletzungen des Femurs, Komplikationen bei Frakturen, Komplikationen bei Endoprothetik, Tumore und synovialen Erkrankungen) und abgesetzt davon Methoden (operative Zugänge, Spongiosagewinnung, Osteotomien, operative Therapien von Deformitäten und Hüftkopfnekrosen, perkutane Stabilisierungstechniken, Osteosynsetechniken, Primärendoprothetik, Revisionsendoprothetik, Therapieverfahren bei periprotetischen Frakturen und periprotetischen Infektionen sowie Resektionen, Rekonstruktionen und Arthrodesen). Auch wenn dadurch eine systematische Betrachtung von Krankheitsbild, Differentialdiagnose, Indikationsstellung und Therapieverfahren erschwert wird, erleichtert eine derartige Gliederung die kurzfristige Orientierung im klinischen Alltag, wenn es um Fragen wie Operationsplanungen,

Aufklärungen und Operationsdurchführungen, inklusive der notwendigen Zugänge geht. Die aus Online-Publikationen gewohnte selektive und sequentielle Gewinnung von Informationen wird damit auch in der Printform unterstützt.

Die Kapitel selbst sind alle gleichmäßig aufgebaut. Die Informationen werden stichwortartig abgehandelt, wesentliche Inhalte tabellarisch dargestellt, ergänzt durch gute, teilweise aus anderen Publikationen bekannte Grafiken und Fallbeispiele. Hervorhebungen in Merkkästen und Warnhinweise unterstützen eine gezielte und schnelle Informationsakquise. Jedes Kapitel wird mit einer repräsentativen, teilweise sehr aktuellen Literaturliste ergänzt und bietet somit die Möglichkeit einer vertiefenden Lektüre.

Zusammenfassend ist es den Herausgebern gelungen, einen aktuellen, sehr systematisch präsentierten Überblick über Krankheits- und Verletzungsbilder im Bereich des Beckens und der Hüfte zu geben und aktuelle Behandlungsstrategien stichpunktartig aufzuzeigen. Bei vorhandenen Grundkenntnissen ist dieses Werk sicherlich eine gute Ergänzung und ein verlässliches Repetitorium, um sich schnell einen Überblick zu verschaffen. Für den klinischen Alltag häufig notwendige Informationen lassen sich schnell und zielgerichtet rekapitulieren. Das Werk ist somit allen praktisch tätigen operativen Orthopäden/innen und Unfallchirurgen/innen zu empfehlen und auch für den erfahrenen Facharzt wird es in speziellen Fällen eine wertvolle Ergänzung darstellen. Von seiner Präsentationsform her kann es aber gerade im Bereich der komplexen Becken- und Acetabulumchirurgie ein intensives und detailliertes Eigenstudium nicht ersetzen. Die Onlinemöglichkeit bietet allerdings den großen Vorteil, auch im klinischen Alltag jederzeit kurzfristig valide Referenzinformationen zum Thema recherchieren zu können.

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.

SEPTEMBER 2023

PD Dr. med. Sven Eisold ist neuer Chefarzt der Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie am Asklepios Klinikum Uckermark in Schwedt. Er wechselte vom Krankenhaus Stockach, wo er Chefarzt der Chirurgie war.

Dr. med. Christine Wurst ist neue Chefärztin der Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie des St. Anna Klinikum Sulzbach-Rosenberg. Sie wechselte im August 2023 vom Klinikum Crailsheim, wo sie als Oberärztin der Allgemein-, Viszeral- und Gefäßchirurgie tätig war.

Prof. Dr. med. Gero Puhl, der als leitender Arzt unter anderem robotisch-assistierte Operationen in der Viszeralchirurgie an den DRK Kliniken Berlin Westend einführte und etablierte, hat im Juli 2023 die Position des Chefarztes der Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie in den DRK Kliniken Berlin Westend übernommen. **Prof. Dr. Thomas Steinmüller** wird ihm bis Oktober 2024 als „Senior Consultant“ zur Seite stehen.

Prof. Dr. med. Jens Martin Rothenberger übernahm im August 2023 die Chefarztstelle der Fachabteilung Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie im Diakonie Krankenhaus Bad Kreuznach. Rothenberger ist Facharzt für Plastische und Ästhetische Chirurgie und ein ausgewiesener Experte auf dem Gebiet der Mikrochirurgie und geschlechtsangleichender Operationen. ○



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

Frage & Antwort



Werbung mit Focus-Ärzte-Siegel



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

FRAGE:

Ein niedergelassener Chirurg fragt an, ob eine Werbung mit den Focus-Ärzte-Siegeln „TOP-Mediziner“ und „Focus-Empfehlung“ zulässig ist.

ANTWORT:

Das LG München I hat mit Urteil vom 13.02.2023 - 4 HKO 14545/21 entschieden, dass sowohl die Verleihung als auch die Publizierung der Ärzte-Siegel „TOP-Mediziner“ und „Focus-Empfehlung“ durch den Burda-Verlag rechtswidrig, weil wettbewerbsrechtlich irreführend, sind.

Denn hierdurch werde bei den angesprochenen Lesern der Eindruck erweckt, dass die betreffenden Ärzte aufgrund einer neutralen und sachgerechten Prüfung anhand objektiver Kriterien ausgezeichnet wurden und dadurch eine Spitzenstellung unter den Ärzten gleicher Fachdisziplin einnehmen, obwohl die Vergabe der Siegel gegen Bezahlung einer nicht unerheblichen Lizenzgebühr und die Aufnahme in die Empfehlungsliste teils auch aufgrund ausschließlich subjektiver Kriterien erfolgt.

Das Gericht vergleicht die Aufmachung der Siegel mit einem Prüfzeichen und vertritt die Auffassung, dass die angesprochenen Verkehrskreise die Siegel, die vom Verlag lizenziert werden, ähnlich wie Prüfsiegel der

Stiftung Warentest auffassen und davon ausgehen, die betreffenden Ärzte seien aufgrund einer neutralen und sachgerechten Prüfung ausgezeichnet worden. Nach der Lebenserfahrung habe der Hinweis auf ein Prüfzeichen für die geschäftliche Entscheidung des Verbrauchers allerdings eine erhebliche Bedeutung, da der Verbraucher erwarte, dass ein mit einem Prüfzeichen versehenes Produkt oder eine Dienstleistung von einer neutralen und fachkundigen Stelle auf die Erfüllung von Mindestanforderungen anhand objektiver Kriterien geprüft wurde und bestimmte, von ihm für die Güte und Brauchbarkeit der Ware als wesentlich angesehene Eigenschaften aufweisen.

Tatsächlich ist dies nach Auffassung des Gerichts hier aber nicht gegeben, da sich zum einen die Qualität ärztlicher Dienstleistungen nicht mit Messgeräten im Testlabor ermitteln und vergleichen lasse. Zum anderen seien bei den Kriterien, die bei den Empfehlungslisten berücksichtigt würden, Kriterien dabei, die auf ausschließlich subjektiven Elementen beruhten, wie z. B. die Kollegenempfehlung oder die Patientenzufriedenheit (vgl. LG München I unter www.justiz.bayern.de/gerichte-und-behoerden/landgericht/muenchen-1/presse/2023/6.php, abgerufen 29.03.23).

Auch wenn das Urteil des LG München I noch nicht rechtskräftig ist, ist Ärzten aus juristischer Sicht des Verfassers derzeit aus Gründen der Rechtssicherheit zu raten, nicht mit diesen Siegeln durch Aushang in der Praxis oder auf der Homepage zu werben, um sich ihrerseits nicht dem Vorwurf einer berufs- und wettbewerbswidrigen Werbung auszusetzen, der die Geltendmachung von Unterlassungsansprüchen zur Folge haben kann. ○

Heberer J: F+A: Werbung mit Focus-Ärzte-Siegel.
2023 September; 13(09): Artikel 04_08.



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



WIR SUCHEN MITARBEITER!

© iStock/caelestiss

Wo sind unsere Ärzte und Pflegekräfte hin?

Karl Blum

VORWORT

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen,

im deutschen Gesundheitswesen spitzt sich der Fachkräftemangel Jahr für Jahr zu. So wird prognostiziert, dass 2035 ca. 1,8 Millionen Stellen nicht mehr besetzt werden können, was einem Engpass von 35 % entsprechen würde. Darüber hinaus können sich nur 30 % der Ärzt:innen und Pflegekräfte in unseren Krankenhäusern vorstellen, ihren Beruf bis zu Rente auszuüben. Diese besorgniserregenden Prognosen lassen zukünftig eine bundesweite Gefährdung unserer Gesundheitsversorgung vermuten.



Dr. Karl Blum
Vorstand
Deutsches Krankenhausinstitut e. V.
Hansaallee 201, Haus 1
40549 Düsseldorf
karl.blum@dkl.de
www.dkl.de

Zwei Hauptursachen sollen für den Fachkräftemangel im Gesundheitswesen verantwortlich sein: zum einen der demografische Wandel und zum anderen die harten Arbeitsbedingungen in der Pflege bzw. Ärzteschaft.

Was sollen also Krankenhäuser tun, um diesen Problemen entgegenzuwirken? Sind sie überhaupt in der aktuellen Zeit von „Lauterbach und Laumann“ in der Lage dazu, wenn man bedenkt, dass im Jahr 2023 ca. 20 % der Krankenhäuser Insolvenzgefährdet sind? Oder wird doch die Rechnung von „Bundes-Karl“ aufgehen und durch den Wegfall von ca. ein Fünftel der Krankenhäuser so viel Personal verfügbar, sodass wir gar keinen Mangel mehr haben?

Der vorliegende Artikel soll Ihnen einen Überblick geben, wie die Stellenbesetzungsprobleme in der Pflege und im Ärztlichen Dienst aussehen und welche Handlungsoptionen sich anbieten.

Spannende Lektüre

Prof. Dr. med. C. J. Krones und



Prof. Dr. med. D. Vallböhmer



STELLENBESETZUNGSPROBLEME IN KRANKENHÄUSERN

Der Fachkräftemangel bzw. Stellenbesetzungsprobleme bilden eine zentrale Herausforderung für die aktuelle und künftige Krankenhausversorgung in Deutschland. Der folgende Beitrag zeigt auf, dass sich die Stellenbesetzungsprobleme in den letzten Jahren berufsgruppenübergreifend massiv verschärft haben. Grundlage der Analysen bildet das Krankenhaus Barometer des Deutschen Krankenhausinstituts (DKI).

Beim Krankenhaus Barometer handelt es sich um eine jährlich durchgeführte Repräsentativbefragung deutscher Krankenhäuser zu aktuellen gesundheits- und krankenhauspolitischen Themen. Die Ergebnisse des Barometers beruhen auf einer schriftlichen Befragung einer repräsentativen Stichprobe von zugelassenen Allgemeinkrankenhäusern ab 100 Betten in Deutschland.

Der Fachkräftemangel wird im Krankenhaus Barometer darüber gemessen, dass offene Stellen (wieder) besetzt werden sollen, aber mangels (geeigneter) Bewerber kurzfristig nicht besetzt werden können bzw. längere Zeit vakant bleiben. Aussagen dazu, inwieweit die aktuellen Stellenpläne bedarfsgerecht sind, werden – auch mangels objektiver und weitestgehend konsensfähiger Maßstäbe – somit ausdrücklich nicht getroffen. Nachfolgend werden Zeitreihen für die Ärzte, die Pflege und das OP-Personal präsentiert, der Beobachtungszeitraum beträgt jeweils 12 Jahre (2011–2022).

STELLENBESETZUNGSPROBLEME IM ÄRZTLICHEN DIENST

Im Frühjahr 2022 hatten 72 % der Krankenhäuser Probleme, offene Stellen im ärztlichen Dienst zu besetzen. Im Vergleich zum Jahr 2019, als die Stellenbesetzungsprobleme bei Ärzten letztmalig erhoben wurden, ist die

Blum K: BDC-Praxistest: Wo sind unsere Ärzte und Pflegekräfte hin? Passion Chirurgie. 2023 September; 13(09): Artikel 05_01.



Mehr Artikel zum Thema „Ärztemangel“ finden Sie auf BDC|Online (www.bdc.de) unter der Rubrik Wissen | Karriere | Arbeitsmarkt.

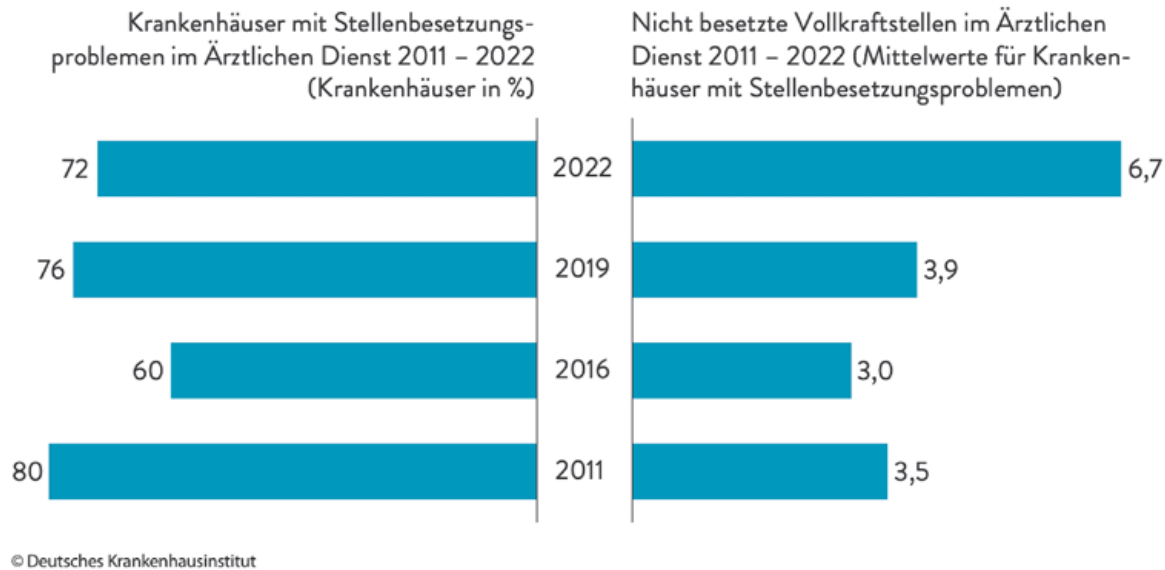


Abb. 1: Stellenbesetzungsprobleme im Ärztlichen Dienst

Entwicklung leicht rückläufig (**Abb. 1**). Jedoch hat sich im Zeitvergleich mit 2019 die Zahl der offenen Arztstellen je betroffenes Krankenhaus auf durchschnittlich fast sieben Vollkraftstellen nahezu verdoppelt (**Abb. 1**).

Rechnet man die Ergebnisse auf die Grundgesamtheit der Allgemeinkrankenhäuser ab 100 Betten hoch, konnten bundesweit rund 5.200 Vollkraftstellen im Ärztlichen Dienst nicht besetzt werden. Das entspricht einem Anteilswert von rund 3 % der ärztlichen Vollkraftstellen in der genannten Grundgesamtheit.

STELLENBESETZUNGSPROBLEME IM PFLEGEDIENST AUF ALLGEMEINSTATIONEN

89 % der Krankenhäuser hatten im Frühjahr 2022 Probleme, offene Pflegestellen auf Allgemeinstationen zu besetzen. Die Stellenbesetzungsprobleme im Pflegedienst der Allgemeinstationen haben seit 2011

kontinuierlich zugenommen (**Abb. 2**). In den letzten Jahren sind sie auf ohnehin hohem Niveau noch weiter gestiegen.

Die von Stellenbesetzungsproblemen betroffenen Krankenhäuser konnten im Mittel rund 21 Vollkraftstellen nicht besetzen (**Abb. 2**). Hochgerechnet auf die Grundgesamtheit der Allgemeinkrankenhäuser ab 100 Betten blieben bundesweit rund 20.600 Vollkraftstellen im Pflegedienst der Allgemeinstationen unbesetzt. Bezogen auf die Vollkraftstellen im Pflegedienst auf den Allgemeinstationen der Allgemeinkrankenhäuser ab 100 Betten insgesamt sind knapp 8 % der Pflegestellen derzeit vakant.

STELLENBESETZUNGSPROBLEME IN DER INTENSIVPFLEGE

Im Frühjahr 2022 hatten drei von vier Krankenhäusern mit Intensivstationen Probleme, offene Intensivpflegestellen zu besetzen. Der Anteil der vom entsprechendem

Fachkräftemangel betroffenen Krankenhäuser hat sich in den letzten Jahren auf hohem Niveau stabilisiert (**Abb. 3**).

Die von Stellenbesetzungsproblemen betroffenen Krankenhäuser konnten im Mittel fast elf Vollkraftstellen in der Intensivpflege nicht besetzen (**Abb. 3**). Hochgerechnet auf die Grundgesamtheit der Allgemeinkrankenhäuser ab 100 Betten mit Intensivstationen blieben bundesweit rund 9.500 Vollkraftstellen in der Intensivpflege unbesetzt. Bezogen auf die Vollkraftstellen in der Intensivpflege der Allgemeinkrankenhäuser ab 100 Betten insgesamt sind rund 14 % der Pflegestellen derzeit vakant.

STELLENBESETZUNGSPROBLEME IM OP- UND ANÄSTHESIEDIENST

Das nicht-ärztliche Personal im Operationsdienst umfasst Operationstechnische Assistenten (OTA), weitergebildete OP-Pflegefachkräfte sowie nicht entsprechend

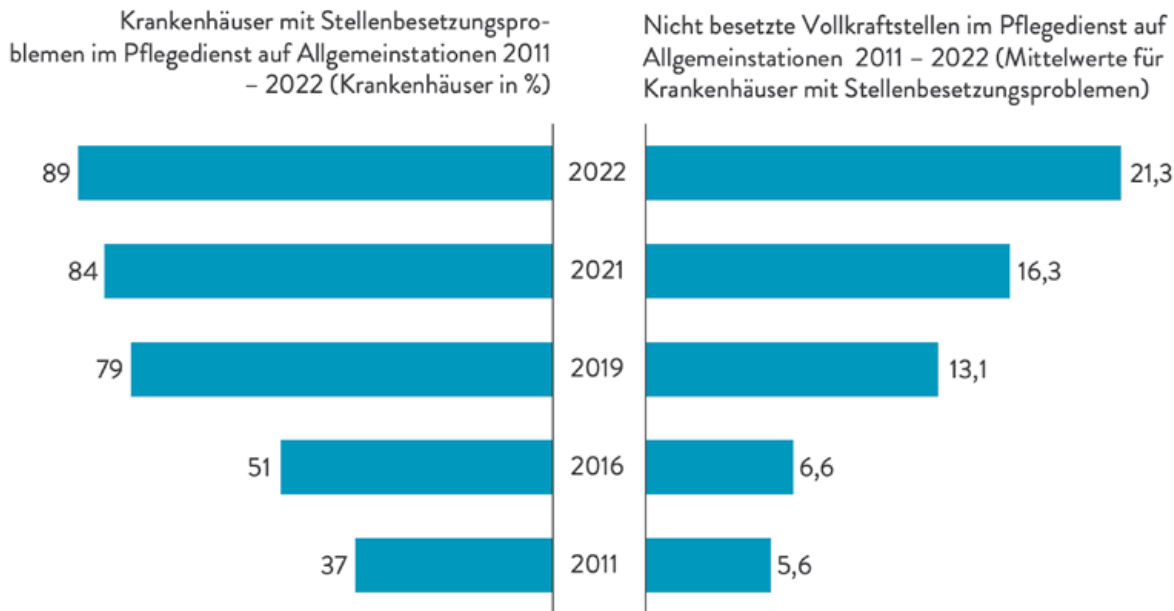


Abb. 2: Stellenbesetzungsprobleme im Pflegedienst auf Allgemeinstationen

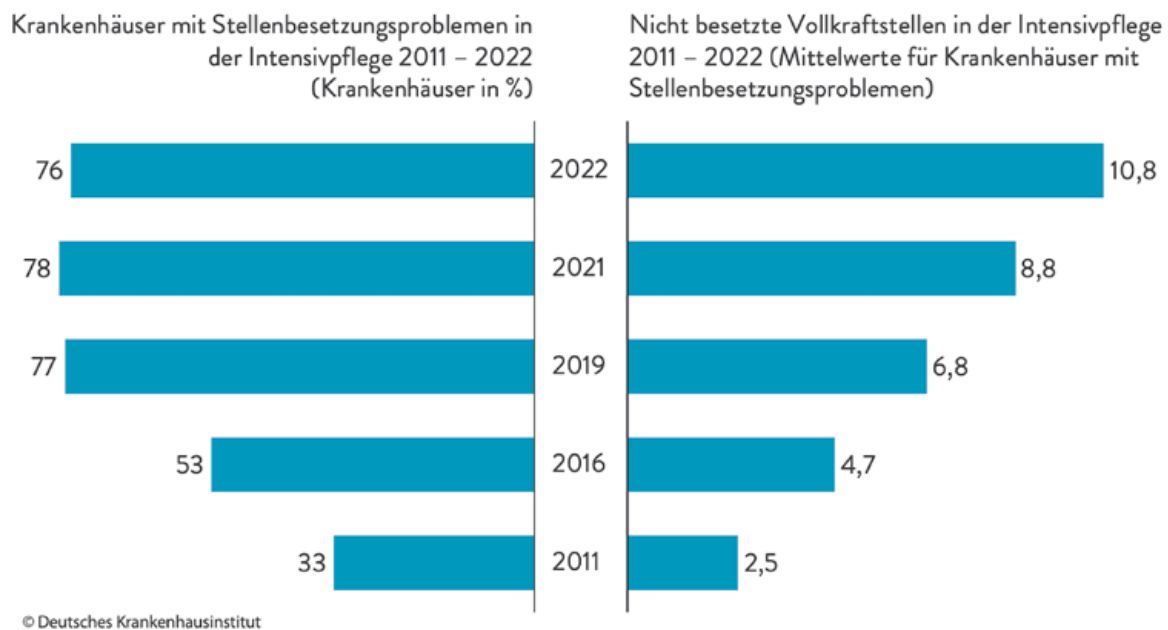
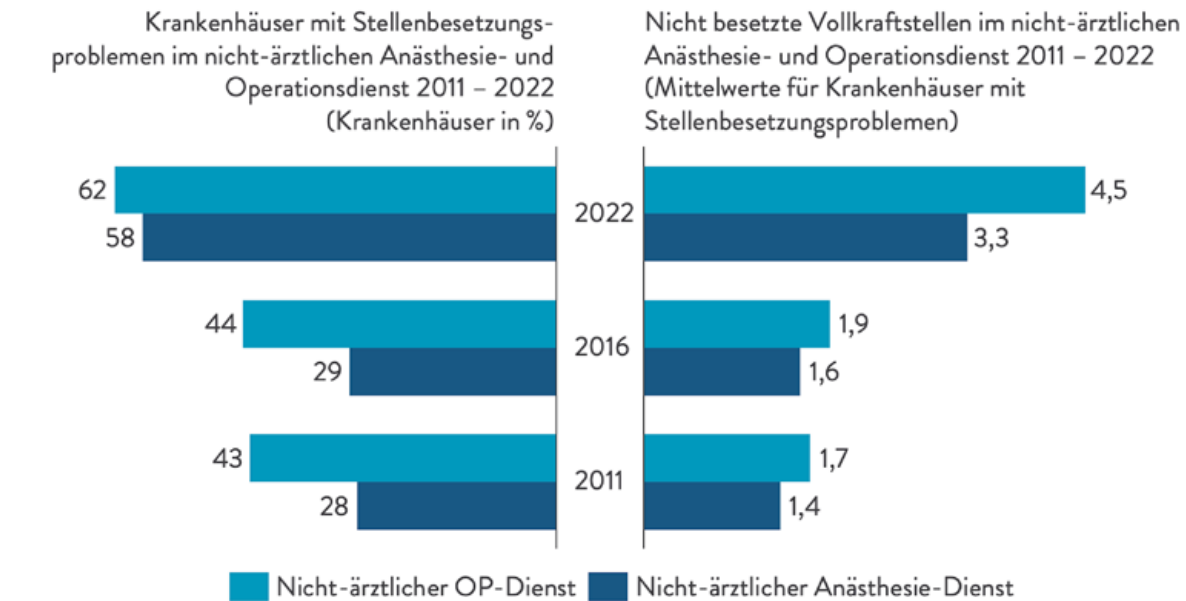


Abb. 3: Stellenbesetzungsprobleme in der Intensivpflege



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 4: Stellenbesetzungsprobleme im OP- und Anästhesiedienst

aus- oder weitergebildetes OP-Personal. Das nicht-ärztliche Personal in der Anästhesie umfasst Anästhesietechnische Assistenten (ATA), weitergebildete Anästhesie- und Intensivfachpflegekräfte sowie Anästhesiepersonal ohne Aus- oder Weiterbildung.

62 % der Krankenhäuser hatten im Frühjahr 2022 Probleme, offene Stellen beim nicht-ärztlichen Personal im Operationsdienst zu besetzen (Abb. 4). Beim nicht-ärztlichen Personal im Anästhesiedienst waren 58 % der Krankenhäuser von Stellenbesetzungsproblemen betroffen. Die Krankenhäuser mit Stellenbesetzungsproblemen konnten im Mittel 4,5 Vollkraftstellen im Operationsdienst nicht besetzen. Für das nicht-ärztliche Personal in der Anästhesie lag der Durchschnittswert bei 3,3 Stellen (Abb. 4).

Rechnet man die Stichprobenergebnisse auf die Grundgesamtheit der Allgemein-krankenhäuser ab 100 Betten hoch, blieben

bundesweit rund 2.500 Vollkraftstellen im Operationsdienst unbesetzt. Beim nicht-ärztlichen Personal in der Anästhesie konnten hochgerechnet rund 1.700 Vollkraftstellen nicht besetzt werden. Bezogen auf die Vollkraftstellen im OP- und Anästhesiedienst insgesamt sind jeweils knapp 8 % der Stellen derzeit vakant.

DISKUSSION

In allen betrachteten Berufsgruppen hat der Fachkräftemangel, gemessen an der Anzahl und dem Anteil vakanter Vollkraftstellen, zwischen 2011 und 2022 deutlich zugenommen. Im Beobachtungszeitraum fällt die Zunahme vakanter Stellen im Pflegedienst auf den Allgemein- und Intensivstationen im Vergleich zu den anderen Berufsgruppen besonders stark aus.

Gemessen am Anteil der von Stellenbesetzungsproblemen betroffenen Häuser ist in den letzten Jahren im Ärztlichen Dienst ein

leichter Rückgang, in der Pflege auf den Allgemeinstationen ein moderater Anstieg und in der Intensivpflege eine weitgehend stabile Entwicklung zu beobachten. Der steigende Fachkräftemangel bei Ärzten und in der Pflege ist daher maßgeblich auf die deutliche Zunahme vakanter Stellen pro Krankenhaus pro Berufsgruppe zurückzuführen.

Im Unterschied zum Pflege- und Ärztlichen Dienst hat der Fachkräftemangel bei den nicht-ärztlichen OP- und Anästhesieberufen erst in den letzten Jahren des Beobachtungszeitraums merklich zugenommen. Hier sind sowohl der Anteil der betroffenen Häuser als auch die Anzahl der offenen Stellen deutlich angestiegen.

Angesichts von massiven Stellenbesetzungsproblemen und des signifikanten Personalmehrbedarfs im Krankenhaus, insbesondere bei wünschenswert verbesserten Personalschlüsseln, stellt sich die Frage, welche

grundsätzlichen Handlungsoptionen für eine verbesserte Personalausstattung bestehen. Hier bieten sich im Wesentlichen die folgenden Handlungsoptionen an:

- Die Aus- und Weiterbildungskapazitäten in den Gesundheitsberufen sind kontinuierlich auszubauen. Für die Bekämpfung des Fachkräftemangels und perspektivisch verbesserte Personalschlüssel ist dieser Kapazitätsausbau erforderlich.
- Durch einen längeren Berufsverbleib und einen verzögerten Renteneintritt können beim vorhandenen Personal zusätzliche Vollzeitäquivalente gewonnen werden. Für diese Zwecke bieten sich vor allem Maßnahmen des altersgerechten Arbeitens, der Personalentwicklung und ein betriebliches Gesundheitsmanagement an.
- Durch Arbeitszeitverlängerungen bei Teilzeitkräften bzw. reduzierte Teilzeitquoten in den Gesundheitsberufen können zusätzliche Vollzeitäquivalente

generiert werden. Zu diesem Zweck sind Arbeitszeitmodelle und Arbeitsbedingungen zu entwickeln, die es Teilzeitkräften erleichtern, länger und flexibler zu arbeiten.

- Viele Beschäftigte, vor allem in den nicht-ärztlichen Berufen, steigen vorzeitig oder längerfristig aus dem Beruf aus, etwa während der Phase der Elternzeit und Kindererziehung. Durch entsprechende Akquiseaktivitäten, wie Kontakthalte-, Wiedereinstiegs- und Qualifizierungsprogramme sowie familienorientierte Angebote, kann diese „stille Reserve“ gezielt angesprochen werden.
- Durch einen gezielten Abbau von Dokumentation und Administration in den Gesundheitsberufen und eine weitreichende Digitalisierung der Dokumentation und anderen Prozessen im Krankenhaus haben die Mitarbeiter mehr Zeit für patientennahe Tätigkeiten. Damit verbessert sich Versorgungsqualität für die Patienten sowie die

Berufszufriedenheit der Mitarbeiter und ihre Bindung an das Krankenhaus.

Politik und Selbstverwaltung sind gefordert, die rechtlichen und finanziellen Rahmenbedingungen für eine angemessene Personalsituation im Krankenhaus zu schaffen, etwa über die Kalkulation der Leistungsentgelte, die Erhöhung der Ausbildungsbudgets, Bürokratieabbau und bedarfsorientierte Personalregelungen. Die Krankenhäuser können ihrerseits durch eine erhöhte Arbeitgeberattraktivität zusätzliche Fachkräfte generieren bzw. einen längeren Verbleib in den Gesundheitsberufen begünstigen.

LITERATUR

- [1] Deutsches Krankenhausinstitut (2011 ff.): Krankenhaus Barometer. <https://www.dki.de/barometer/krankenhaus-barometer> (27.03.2023) 



© iStock/ andrei_r

Reform der D-Arzt-Bedingungen zum 1. Januar 2024

Peter Kalbe

Wie schon in der [Passion Chirurgie 10/2021](http://www.bdc.de/anpassungen-der-ambulanten-d-arzt-versorgung/) (www.bdc.de/anpassungen-der-ambulanten-d-arzt-versorgung/) dargestellt wurde, besteht dringender Bedarf, die Bedingungen zur Teilnahme am Durchgangsarztverfahren insbesondere für die niedergelassenen D-Ärzte zu modifizieren. Auch durch das Engagement des BDC ist es in mehrjährigen Gesprächen mit der DGUV gelungen, wesentliche Verbesserungen und Erleichterungen zu erreichen. Diese sind in der D-Ärzteschaft weitgehend konsentiert, stehen allerdings seitens der DGUV noch unter dem Vorbehalt, dass alle Gremien und

der Vorstand zustimmen. Damit ist aber zu rechnen, sodass die in der Folge erläuterten wesentlichen Verbesserungen zum 1.1.2024 in Kraft treten dürften. Die Zahlen in Klammern beziehen sich auf die jetzt gültigen D-Arzt-Anforderungen von 2011.



QR-Code: D-Arzt-Anforderungen aus 2011



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

NEU: D-ÄRZTLICHE VERFÜGBARKEIT VON 9 BIS 16 UHR

Die wichtigste Änderung betrifft die Verminderung der zeitlichen Belastung (5.3). Diese wurde von den bisher geforderten 10 Stunden täglich auf die Kernzeit von 9 bis 16 Uhr reduziert. Dies unter Erhalt der bisherigen Vertretungsregelung (ein Tag oder zwei halbe Tage). Neu eingeführt wird damit der Begriff der „D-ärztlichen Verfügbarkeit“. Dies bedeutet eine wesentliche Erleichterung, insbesondere auch für die Dienstplanung der MFA, und eine weitgehende Anpassung an die Sprechstundenverpflichtung (25 Stunden) für die Kassenpatienten.

NEU: ERLEICHTETER ZUGANG ZUM AMBULANTEN D-ARZT-VERFAHREN

Nach wie vor Zulassungsvoraussetzung ist die Facharztanerkennung als Orthopäde und Unfallchirurg (2.2.) Wie bisher sind danach 12 Monate weitere Tätigkeiten an einem SAV- oder VAV-Krankenhaus nachzuweisen. Abweichend von der bisherigen Regelung können davon sechs Monate auch an einem DAV-Krankenhaus oder sogar in einer D-Arzt-Praxis abgeleistet werden. Dies dürfte die Übergabe von D-Arzt-Praxen an Nachfolger erleichtern. Für die D-Arzt-Tätigkeit an einem Krankenhaus und für ein uneingeschränktes Operations-Spektrum bleibt nach wie vor die Zusatzweiterbildung „Spezielle Unfallchirurgie“ unverzichtbar. In der Zukunft wird die Ableistung der genannten Pflicht-Fortbildungen auch in Teilzeit (unter Verlängerung der jeweiligen Dauer) möglich sein.

NEU: ANPASSUNG DER STRUKTURELLEN VORAUSSETZUNGEN IN DEN D-ARZT-PRAXEN

Mit der Reduzierung der strukturellen Vorgaben wird ein wesentliches Hindernis für Niederlassungen und Praxis-Übergaben im Bestand beseitigt. Sofern nur Wundversorgungen und ein begrenztes Operationsspektrum mit sehr geringem Infektionsrisiko

angestrebt werden, ist nunmehr die Vorhaltung eines einzigen Eingriffsraums (Kategorie „B“) ausreichend. Wenn allerdings unbeschränkt ambulante Operationen durchgeführt werden sollen, muss zusätzlich mindestens ein vollwertiger Operationsraum (Eingriffsraum der Kategorie „A“) vorgehalten werden. Die Umstellung auf die jeweils aktuellen KRINKO-Empfehlungen zur Hygiene beim ambulanten Operieren (4.1) ist ebenso zu begrüßen wie die Festlegung von reduzierten Anforderungen an einen Eingriffsraum der „Kategorie B“. Details dazu finden sich im **Entwurf der ab 1.1.2024 gültigen Vorgaben der DGUV**.



QR-Code: Entwurf der ab 1.1.2024 gültigen Vorgaben der DGUV

NEU: SONOGRAPHIE VERPFLICHTEND AB 1.1.2024, ÜBERGANGSFRIST FÜR JETZT ZUGELASSENE D-ÄRZTE

Neu aufgenommen wurde die Verpflichtung, dass ab 1.1.2024 auch ein Sonographie-Gerät in der D-Arzt-Praxis vorzuhalten ist (4.3). Für bereits zugelassene D-Ärzte gilt dies mit einer Übergangsfrist von fünf Jahren, Umsetzung also bis spätestens zum 31.12.2028. Dies spiegelt die zunehmende Bedeutung der Ultraschalldiagnostik wider und entspricht dem Inhalt der Weiterbildungsordnung zum Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie.

NEU: ANPASSUNG DER FORTBILDUNGSVERPFLICHTUNG

Alternativ zur Pflicht-Fortbildung „Gutachten“ kann nunmehr eine Fortbildung zu „versicherungsrechtlichen Aspekten des SGB VII“ nachgewiesen werden. Dies kommt denjenigen D-Ärzten entgegen, die keine Gutachtenaufträge erhalten und bisher trotzdem die aufwändige Gutachten-Fortbildung alle 5 Jahre nachweisen mussten. Ansonsten bleibt die Fortbildungsverpflichtung unverändert (5.12).

Kalbe P: Reform der D-Arzt-Bedingungen zum 1.1.2024. *Passion Chirurgie*. 2023 September; 13(09): Artikel 05_03.



Mehr zum D-Arzt auf BDC|Online
(www.bdc.de) unter der Rubrik Wissen |
Fachgebiete | Fachübergreifend.

FORMALE UND REDAKTIONELLE ANPASSUNGEN

Zahlreiche Regelungen werden aktualisiert und angepasst. So beträgt die Aufbewahrungsfrist der Unterlagen nunmehr zehn Jahre (statt 15 Jahre) wie in der Berufsordnung festgelegt (5.6). Die Altersbegrenzung der D-Ärzte auf 68 Jahre fällt weg (6.3.1). Bedeutsam ist auch die Streichung der Mindestfallzahl von 250 D-Fällen im Jahresdurchschnitt (6.5). Alternativ zur Vorhaltung einer Sterilisationseinheit kann jetzt auch auf externe Aufbereitung oder Einweginstrumente verwiesen werden (4.3).

ÜBERARBEITUNG DER AUSLEGUNGSGRUNDSÄTZE DER DGUV

In den Auslegungsgrundsätzen finden sich wesentliche Detailregelungen, z. B. zur D-ärztlichen Vertretung. Vonseiten des BDC hatten wir darüber hinaus großen Wert daraufgelegt, die Delegationsmöglichkeiten von Teilen der D-Arzt-Tätigkeit auch für die niedergelassenen D-Ärzte anzupassen. Dies ist vor allem für die

zunehmende Anzahl von größeren Gemeinschaftspraxen und MVZ von Bedeutung. Hierdurch soll es nunmehr möglich werden, analog zum Krankenhaus z. B. die Anamneseerhebung, Untersuchung und Erstversorgung im Sinne der Aufklärung, Beratung und Medikamentenverordnung an fachlich geeignete Ärzte, auch in der Weiterbildung zum Orthopäden und Unfallchirurgen, zu **delegieren**. Abweichend von der Regelung für Krankenhäuser muss jedoch während der D-ärztlichen Verfügbarkeit (s. o.) verpflichtend stets mindestens ein D-Arzt persönlich in der Praxis anwesend sein und für die folgenden **nicht delegierbaren Tätigkeiten** zur Verfügung stehen: Festlegung der definitiven Diagnose, Entscheidung über allgemeine oder besondere Heilbehandlung, Durchführung der besonderen Heilbehandlung und von invasiven Therapien, Verordnung von Heil- und Hilfsmitteln. Die Vertretungsregelungen sollen unverändert bleiben.

FAZIT

Insgesamt waren die Gespräche mit den Vertreterinnen und Vertretern der DGUV ausgesprochen konstruktiv und haben nach Einschätzung

des BDC-Vorstands zu deutlichen Verbesserungen der Arbeitsbedingungen der D-Ärzte unter Sicherung einer anhaltend hohen Qualität geführt. Die wesentlichen Forderungen aus dem gemeinsamen Eckpunktepapier des BDC, BVOU und BDD aus dem Jahr 2020 konnten umgesetzt werden. Für die nächsten Jahre streben wir auch eine zunehmende Vernetzung der D-ärztlichen Versorgungsstrukturen und Verbesserungen für die Durchgangsarzte an Krankenhäusern an. Dazu wird der Präsident des Bundesverbands der Durchgangsarzte, Herr Dr. Jens-Peter Stahl, in einer der nächsten Ausgaben der Passion Chirurgie Stellung nehmen.

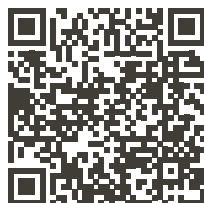
Darüber hinaus setzt sich Ihr Berufsverband auch kontinuierlich für eine Verbesserung der Vergütung nach der UV-GOÄ ein. Hierzu ist über die aktuelle lineare Gebührenanhebung um 5 % zum 1.7.2023 hinaus schon bald mit substanziellen Aufwertungen einzelner Leistungsbereiche zu rechnen.

Insgesamt dürfte somit die Tätigkeit als niedergelassener Durchgangsarzt auch in der Zukunft attraktiv bleiben. ○

Innovative Medizintechnik für Chirurgen

Alles aus einer Hand

- OP-Tische
- OP-Leuchten
- Versorgungseinheiten



Weiterentwicklung der UV-GOÄ

Barbara Berner

U ngefähr 3.700 Durchgangsärztinnen und Durchgangsärzte sind Stand Anfang 2023 für die gesetzliche Unfallversicherung tätig. Sie versorgen Unfallverletzungen und Berufskrankheiten in Kliniken oder in ambulanter Praxis und rechnen nach einer einheitlichen Gebührenordnung ab. Damit ist schon eine Besonderheit genannt, die das Durchgangsarztssystem von der Versorgung gesetzlich Krankenversicherter unterscheidet. Während im ambulanten Bereich nach dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) abgerechnet wird, gilt im stationären Bereich das Prinzip der Fallpauschalen. Die Partner des Vertrages Ärzte/Unfallversicherung haben sich dagegen bei der Vergütung in Anlehnung an die GOÄ 1996 für eine Einzelleistungsvergütung entschieden, was seinerzeit einen erheblichen Fortschritt darstellte.

I. DIE GRUNDLAGEN DER ABRECHNUNG IN DER UNFALLVERSICHERUNG

Jeder Arzt oder Ärztin rechnet seit 2002 auf der Grundlage des zwischen der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und dem Spitzenverband der landwirtschaftlichen Sozialversicherung (SVLFG) vereinbarten Vergütungsverzeichnis gemäß § 51 Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger ab. Die UV-GOÄ als Anlage 1 zum Vertrag bildet alle Leistungen ab, die in der Unfallversicherung erbracht und abgerechnet werden können. Anders als die GOÄ gibt es bei der UV-GOÄ keine Steigerungsfaktoren, auch die Unterscheidung von Besonderer und Allgemeiner Heilbehandlung sowie die Ausweisung von Kosten (Besondere Kosten, Allgemeine Kosten und Sachkosten), die dem Unfallversicherungsträger in Rechnung gestellt werden können, unterscheiden die

UV-GOÄ von der GOÄ, die im privatärztlichen Bereich gilt (Einzelheiten im Handbuch **UV-GOÄ – Abrechnung und Kommentierung der Heilbehandlung in der Gesetzlichen Unfallversicherung**, Deutscher Ärzteverlag 2022).

II. WEITERENTWICKLUNG VON GEBÜHREN IN DER STÄNDIGEN GEBÜHRENKOMMISSION

Schon früh waren sich die Vertragspartner darüber einig, dass die UV-GOÄ zwar in Anlehnung an die GOÄ konzipiert wurde, gleichwohl ein eigenständiges Gebührenverzeichnis darstellt. Dies ermöglicht den Vertragspartnern, gebührenmäßig das abzubilden, wonach die Unfallversicherungsträger nach SGB VII verpflichtet ist, nämlich eine möglichst frühzeitig nach dem Versicherungsfall einsetzende und sachgemäße Heilbehandlung mit allen Maßnahmen sicherzustellen. Mit dieser besonderen Aufgabe der Unfallversicherungsträger geht auch eine Verantwortung der für die Unfallversicherung tätigen Ärzte und Ärztinnen einher. Dies betrifft in besonderem Maße die Durchgangsärzte und Durchgangsärztinnen, die durch den Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger und ihre Beteiligung am Durchgangsarztverfahren verpflichtet sind, Unfallverletzte optimal zu versorgen und durch das System der Unfallversicherung zu steuern. Aber eine zeitnahe und zeitintensive Versorgung bedarf einer guten Vergütung, angepasst an die Aufgaben und Herausforderungen, die sich bei der täglichen Durchgangsarztstätigkeit stellen. Hierfür setzen sich die ärztlichen Mitglieder in der Ständigen Gebührenkommission nach § 52 Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger bei den Beratungen mit den Vertretern und Vertreterinnen der gesetzlichen Unfallversicherung ein.

III. DEUTLICHE GEBÜHRENANPASSUNGEN SEIT 2017

Nach wichtigen Anpassungen einzelner Gebühren, beispielsweise bei den Gutachten, gelang es, in der Sitzung der Gebührenkommission am 22. August 2017 eine stufenweise Gebührenanpassung um 18 Prozent bis zum Jahr 2020 zu vereinbaren. Eine weitere Verbesserung ist zum 1. Januar 2023 durch die Höhervergütung für Durchgangsarztberichte erfolgt. Damit sollten in einem ersten Schritt die in den letzten Jahren gestiegenen Kosten ausgeglichen und die Wertschätzung der durchgangsarztlichen Tätigkeit für die Unfallversicherungsträger ausgedrückt werden.

Auch die Zuschläge für ambulante Operationen (Nr. 442 und 442a bis 445 UV-GOÄ) sind um rund zehn Prozent angehoben worden. Darüber hinaus sind neue Leistungen in die UV-GOÄ aufgenommen worden, damit Unfallverletzte auch weiterhin telemedizinisch beraten werden können. Eine wichtige Weiterentwicklung der UV-GOÄ konnte dann in diesem Frühjahr erreicht werden.

Um einen Ausgleich der gestiegenen Energie- Lohn- und Hygienekosten zu erreichen, ist im April 2023 eine lineare Gebührenerhöhung über fünf Jahre ausgehandelt worden. Die Gebührensätze der UV-GOÄ erhöhen sich zum 1. Juli dieses Jahres um fünf Prozent.

In den folgenden vier Jahren werden die Gebühren für ärztliche Leistungen entsprechend der Grundlohnsummenentwicklung angehoben werden – maximal um 5 Prozent jährlich. Die Erhöhung aller Gebühren wird immer zum 1. Juli eines Jahres erfolgen. Dies garantiert Ärztinnen und Ärzten Honorarsicherheit im Bereich der gesetzlichen Unfallversicherung.

**Barbara Berner**

Rechtsanwältin

(Syndikusrechtsanwältin)

Kassenärztliche Bundesvereinigung

Herbert-Lewin-Platz 2, 10623 Berlin

bberner@kbv.de

IV. BERÜCKSICHTIGUNG DES MEDIZINISCHEN FORTSCHRITTS

Wichtig ist auch die am 5. April 2023 in der Ständigen Gebührenkommission getroffene Vereinbarung, dass die UV-GOÄ an die aktuellen medizinischen Weiterentwicklungen angepasst werden soll. Dafür werden einzelne Bereiche der UV-GOÄ an die Strukturen der vorliegenden Reform-GOÄ der Bundesärztekammer angepasst werden, um eine moderne und aktuelle Gebührenordnung im Bereich der Unfallversicherung zu erreichen. Kurzfristig beraten werden sollen relevante Bereiche wie die Arthroskopie oder ambulantes Operieren, mittelfristig die Kapitel Beratungen und Untersuchungen sowie Verbände und Wundversorgungen. Damit wird sichergestellt, dass es bei der Weiterentwicklung der UV-GOÄ keinen Stillstand gibt, sondern dass es sich um ein dynamisches Werk handelt. KBV und Unfallversicherung haben großes Interesse daran, die Tätigkeit für Durchgangsärzte und Durchgangsarztinnen attraktiv zu gestalten und für junge Ärztinnen und Ärzte Anreize zu setzen, sich

in diesem Fachgebiet weiterzubilden. Dazu gehört neben der Reform der Durchgangsarztbedingungen durch Flexibilisierungen auch ein modernes zeitgemäßes Vergütungssystem, das den medizinischen Fortschritt abbildet. Ein guter Seismograph ist dabei die Tätigkeit der Clearingstelle nach § 66 Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger. Hier erreichen die KBV Beschwerden von Ärztinnen und Ärzten, die mit einer Rechnungskürzung durch einen Unfallversicherungsträger unzufrieden sind. Der Antrag an die Clearingstelle mit den notwendigen Unterlagen wie Schriftwechsel, Berichte und Rechnungskürzungen, D-Arztbericht wird in der Geschäftsstelle bei der KBV erfasst und an einen ärztlichen Sachverständigen zur Prüfung übergeben. Dieser entscheidet, ob der Sachverhalt im Rahmen einer Sitzung der Clearingstelle diskutiert werden muss. Hierbei zeigt sich dann, ob es erforderlich ist, Gebühren anzupassen oder Unklarheiten in den Leistungslegenden zu korrigieren. Von der Clearingstelle profitieren somit alle im System der Unfallversicherung, denn es dient neben der Befriedung eines Streitfalles auch der kontinuierlichen Weiterentwicklung der UV-GOÄ. ○



Berner B: Weiterentwicklung der UV-GOÄ.
Passion Chirurgie. 2023 September; 13(09):
Artikel 05_04.



Mehr zum D-Arzt auf BDC|Online
(www.bdc.de) unter der Rubrik Wissen |
Fachgebiete | Fachübergreifend.

LERNEN WIE NIE ZUVOR.

eRef

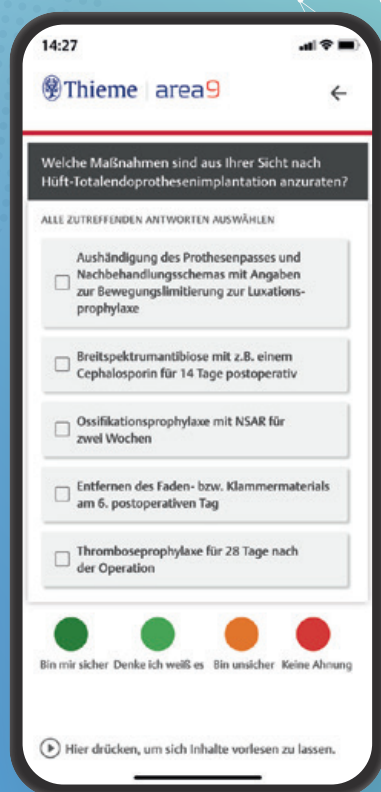
Adaptives Weiterbildungscurriculum Orthopädie und Unfallchirurgie

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

Kommentar des Generalsekretärs

AUS DER
DGCH



**Prof. Dr. med. Thomas
Schmitz-Rixen**

Generalsekretär der Deutschen
Gesellschaft für Chirurgie e.V.
(DGCH)
Luisenstr. 58/59
10117 Berlin

Während das Bundesgesundheitsministerium die Parlaments Sommerpause und auch den Urlaub ihres Ministers nutzt, um das von der Bund-Länder-Konferenz abgesegnete Eckpunkte-Papier zur Krankenhausfinanzierungsreform in ein Gesetz zu gießen, sorgt der gemeinsame Bundesausschuss für Aufregung mit einer Verordnung zu den Notfallmaßnahmen. Doch dazu später.

Ob die Ministerialen sich jetzt mit dem Gesetzestext einfacher tun, da die vom Gesundheitsminister Professor Karl Lauterbach angekündigte Revolution, wie die FAZ titelte, ja jetzt abgesagt ist, bleibt Spekulation. Jedenfalls vernimmt man zurzeit keinen Ton aus dem Ministerium. Eigentlich war alles gut ausgedacht: Eine Krankenhausreform, die von einer hochkarätigen wissenschaftsorientierten Kommission vorgeschlagen und nicht von Interessensvertretern oder Beamten beeinflusst wurde. Eine Krankenhausreform, die sich am Patientenwohl orientieren sollte und deutliche Qualitätsmaßstäbe setzt, und die nicht wieder wie der kleinste gemeinsame Nenner aussieht – wie in den vergangenen 30 Jahren praktiziert.

Wie wir alle wissen, kam es anders. Die Eckpunkte, auf die sich Bund und Länder dann kurz vor der Sommerpause verständigt haben, bleiben hinter den Ansprüchen zurück. Die Idee, die Kliniken in Level zu unterteilen und damit dem Patienten auch eine Qualitätsrichtschnur zu geben, ist gründlich zerredet worden. Lauterbach hat die Revolution geplant und die Länder haben sie abgesagt. Zwar haben die Länder, Bayern an der Spitze, zu Beginn mit Recht auf mögliche Probleme hingewiesen, doch anstatt Probleme zu lösen, haben sie sich auf das Verhindern beschränkt. Vor allen Dingen wollen die Länder verhindern – und man verzeihe mir, wenn ich jetzt alle über einen Kamm schere,

was sicherlich nicht den Tatsachen entspricht –, dass Transparenz für den Patienten entsteht. Jeder Patient hätte sehen sollen, welches Haus welchen Eingriff oder welche Behandlung besonders gut kann. Die Länder haben erstmal unterbunden, Bürgern diese Informationen zugänglich zu machen. Dahinter steckt wohl die Sorge, dass diese Angaben für einige Häuser rufschädigend sein könnten. Damit waren die ursprünglich vorgesehenen Level abgeschafft. Auch scheint das System durch Einrichtung von Vorhaltepauschalen nicht grundlegend reformiert. Marketing und Imagekampagnen gehen offensichtlich über die Ergebnisqualität von Gesundheitsbehandlungen. Der Minister möchte jetzt trotzdem ein Transparenzregister einführen, um den Bürgern und den zuweisenden Hausärzten die notwendige Transparenz für die Entscheidungsfindung zur Krankenhauswahl zu bieten. Übrigens auch ein wichtiger Aspekt für die Arbeit der Rettungsdienste.

Erfreulich an dem Reformprozess ist, dass Minister Lauterbach neben der Expertenkommission, in der leider kein Chirurg beziehungsweise keine Chirurgin vertreten ist, auch die medizinischen Fachgesellschaften an dem Beratungsprozess beteiligt. Hierzu ist bei der AWMF eine ad hoc-Kommission gegründet worden, in der wir auch als Chirurgen unseren Sachverstand einbringen können. Auch das wird nicht immer gehört, sodass sich die AWMF jetzt mit einem Kritikscheitern am letzten Eckpunktepapier gemeldet hat. Grundsätzlich haben wir (ich vertrete als Generalsekretär die DGCH) begrüßt, dass Bund und Länder sich auf ein gemeinsames Vorgehen für die Krankenhausreform geeinigt haben. Allerdings haben sich mit der Entscheidung der Bund-Länder-Beratungen, die NRW-Matrix als Grundlage der Reform zu nehmen, Fehlentwicklungen mit möglichen Qualitätseinbußen in der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung eingeschlichen. Kern

der Kritik ist, dass relevante Leistungsbereiche und Leistungsgruppen nicht berücksichtigt sind. Die jetzt zugrunde gelegte NRW-Matrix ist als Planungsinstrument entwickelt worden und nicht als Instrument zur Vergütung. Diese auch kleinere Matrix bildet die stationäre Krankenversorgung nicht in ihrer ganzen Breite ab und innerhalb der einzelnen Leistungsgruppen fehlt bei vielen von ihnen noch eine deutlich qualitative Differenzierung. So werden fehlende Leistungsbereiche für die interventionelle Radiologie, die Nuklearmedizin und die Strahlentherapie, für die internistischen Schwerpunkte etwa die Angiologie sowie die Beteiligung an onkologischen Zentren durch Fächer wie Innere Medizin und Chirurgie und weiterer Fächer wie etwa Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Dermatologie, die Schmerzmedizin, Ernährungsmedizin und die Schlafmedizin später Kalkulationsschwierigkeiten bieten. Für die Chirurgie ist die fehlende Differenzierung innerhalb der Leistungsgruppen sehr problematisch.

Fachliche Inhomogenitäten in der bestehenden NRW-Matrix müssen korrigiert werden, weil sie nicht mehr dem heutigen Stand der Wissenschaft entsprechen. Dies gilt unter anderem für zelluläre und hochkomplexe Therapien, Leukämie und Lymphome und solide Tumore, dann für komplexe periphere Gefäße, Ösophagus-Magen-Eingriffe, komplexe kolorektale Eingriffe und gynäkologische Tumore.

Die Definition von Qualitätskriterien für Leistungsgruppen muss sich an der Komplexität der erforderlichen Diagnostik und Therapie orientieren. Es ist selbsterklärend, dass für eine Leistungsgruppe, die sowohl in Krankenhäusern der Grund- und Regelversorgung, der Schwerpunktversorgung und der Maximalversorgung einschließlich Universitätskliniken erbracht wird, differenzierte und gestufte Qualitätsanforderungen zu stellen sind. Diese Qualitätsanforderungen benötigen eine zugrundeliegende einheitliche und nachvollziehbare Logik und müssen genau definiert werden, wie es die wissenschaftlichen Fachgesellschaften der AWMF bereits im Frühjahr formuliert haben.

Die vielfach von den Ländern eingeforderten Ausnahmetatbestände von der Erfüllung von Qualitätskriterien müssen zeitlich eng begrenzt werden, da sonst die Reform ins

Leere läuft. Bei Zulassung zur Krankenversorgung bei Unterschreiten der Qualitätskriterien muss eine Zukunftsstrategie bestehen, die das Erreichen der Qualitätskriterien zeitnah erlaubt. Bei den Qualitätskriterien sollte das Institut für Qualität und Transparenz in der Medizin zur Formulierung von Qualitätsindikatoren herangezogen werden.

Die Definition von Qualitätskriterien für Fachkliniken muss bei Bedarf aufgrund des besonderen Spektrums an Diagnosen und Interventionen angepasst werden.

Schon seit Anfang der Diskussion haben wir Weiterbildungsprobleme immer wieder angesprochen. Eine Weiterbildungsberechtigung für eine Leistungsgruppe ist in jedem Fall einzufordern, sonst werden in der Leistungsgruppe nur Fachärzte arbeiten. Das System der leitenden Ärzte von Abteilungen und Sektionen (Leistungsgruppen), denen man jeweils eine Weiterbildungsberechtigung zuordnen kann, wird ja nicht abgeschafft. In vielen Fällen wird man die Weiterbildungsordnung anpassen müssen. Da die Leistungsgruppen den Hauptteil der klinischen Medizin abdecken, ist die Zuordnung einer Weiterbildungsberechtigung eine unverzichtbare Aufgabe beziehungsweise Forderung. Auch die Weiterbildungsprobleme in der ambulanten Chirurgie müssen gelöst werden. In der Weiterbildungsfrage müssen wir zeitnahe Reaktionen der Bundes- und Landesärztekammern einfordern. Die ad hoc-Kommission der AWMF erwartet nicht umsonst einen arbeitsreichen Herbst und Winter.

MEDIZINISCHER NOTFALL ODER NICHT? – G-BA DEFINIERT VORGABEN FÜR DIE ERSTEINSCHÄTZUNG IN NOTAUFNAMEN

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat jetzt Vorgaben für ein Ersteinschätzungsverfahren in Notaufnahmen von Krankenhäusern definiert. Er beschloss unter anderem Mindestanforderungen an das Verfahren, das das digitale Assistenzsystem und die Qualifikation des beteiligten medizinischen Personals regelt. Nur wenn ein sofortiger Behandlungsbedarf festgestellt wird, soll die Patientin oder der Patient ambulant im Krankenhaus behandelt oder

gegebenenfalls auch stationär aufgenommen werden. In allen anderen Fällen soll die Behandlung grundsätzlich in der vertragsärztlichen Versorgung erfolgen. Der Beschluss des G-BA sieht für die Krankenhäuser verschiedene Übergangsfristen vor, um etwa das benötigte Personal weiterzubilden und ein digitales Assistenzsystem zu implementieren. Die generellen Anforderungen an Notfallstrukturen in Krankenhäusern, die unter anderem eine zentrale Notaufnahme vorsehen, greifen bereits seit 2018.

KERNPUNKT DES BESCHLUSSES IST DIE WEITERLEITUNG IN DIE VERTRAGSÄRZTLICHE VERSORGUNG

Bereits jetzt wird in Notaufnahmen die Dringlichkeit einer ärztlichen, unmittelbar notwendigen Behandlung mit Hilfe von sogenannten Triage-Systemen festgestellt: So werden Hilfesuchende mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung oder Verletzung schnellstmöglich identifiziert und behandelt.

Bei Hilfesuchenden, bei denen kein sofortiger Behandlungsbedarf besteht, schließt sich zukünftig ein erweitertes Ersteinschätzungsverfahren an, das aufbauend auf dem Ergebnis der Triage das Zeitfenster bis zur Behandlung und die Versorgungsebene vorgibt. Je nachdem, ob eine ärztliche Behandlung innerhalb von 24 Stunden beginnen sollte oder nicht, werden zwei sogenannte Dringlichkeitsgruppen unterschieden.

Bei **Dringlichkeitsgruppe 1** sollte die Behandlung innerhalb von 24 Stunden beginnen: Entweder ambulant im Krankenhaus oder in einer im oder am Krankenhaus gelegenen Notdienstpraxis der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) beziehungsweise einem entsprechenden medizinischen Versorgungszentrum des Krankenhauses.

Bei **Dringlichkeitsgruppe 2** ist keine Behandlung innerhalb von 24 Stunden erforderlich. Die Versicherten erhalten einen Vermittlungscodex, mit dem sie über die Terminservicestelle der KV einen Termin buchen können.

Dieser G-BA Beschluss hat heftige Reaktionen von Fachgesellschaften und Verbänden hervorgerufen: Die DIVI kritisiert eine

Patientensteuerung in ebenfalls überlastete Sektoren und dass die erste Einschätzung nur noch durch Pflegepersonal mit Zusatzqualifikation „Notfallpflege“ oder „Notfallsanitäter“ möglich ist, auch weil Pflegepersonal mit der Zusatzqualifikation „Notfallpflege“ für die Versorgung benötigt wird und nicht für das Triagieren. Auch wird ein zusätzlicher Bedarf an Fachärzten mit Zusatzqualifikation „Klinische Akut- und Notfall Medizin“ für die Patientenweiterleitung befürchtet. Zudem wirkt der Fokus ausschließlich auf GKV-Patienten befremdlich.

Für die Gesellschaft für Notfall- und Akutmedizin (DGINA) lässt der vorliegende Beschluss viele Fragen offen und es bleibt in einigen gravierenden Punkten fraglich, ob die Richtlinie nach Inkrafttreten von den Notfallkliniken objektiv überhaupt erfüllbar ist. Obwohl der Beschluss auch positive Aspekte beinhaltet, die die DGINA ausdrücklich unterstützt, schlussfolgert die DGINA, dass die Einschätzungsrichtlinie keine mögliche Verbesserung erkennen lässt und deshalb die Aussetzung der Richtlinie und grundlegende Überarbeitung durch GBA und BMG fordert.

Der G-BA Beschluss hat ja zum Ziel, die Notfallaufnahmen zu entlasten. Alternative Ideen zur Entlastung der Notfallaufnahme treiben momentan auch mehrfach Blüten, bei denen der Patient, der ohne Bedarf die Notfallaufnahme besucht, zur Kasse gebeten werden soll. So der Präsident des Berufsverbandes der Kinder- und Jugend-Ärzte, der eine Gebühr für Eltern vorschlagen hat, die ihr Kind bei Bagatellerkrankung ins Krankenhaus bringen. Auch die Unionsfraktion im Bundestag machte den Vorschlag, dass Patienten 20 € zahlen sollen, wenn sie ohne vorherige medizinische erste Einschätzung in

die Notaufnahme kämen. Auch der Vorstandsvorsitzende der kassenärztliche Bundesvereinigung hat eine ähnliche Idee ins Spiel gebracht. Diese Vorschläge sind schlichtweg inakzeptabel, denn gesundheitliche Notfallversorgung darf nie eine Frage des Geldes sein, auch dann nicht, wenn sich der vermeintliche Notfall, den der Patient oft gar nicht einschätzen kann, als nicht so dringliche Angelegenheit herausstellt. Der Bundesgesundheitsminister spricht sogar von unethischen Vorschlägen. Es sind aber nicht nur Fragen der sozialen Gerechtigkeit, die eine Rolle spielen. Die Vorschläge dürften auch praktisch scheitern, denn der Vorgang müsste auch in jedem Fall rechtsicher dokumentiert werden und diese Dokumentation würde die angespannte Situation in den Notfallaufnahmen weiter belasten. Fehlendes Fachwissen und Ängste der Patienten sowie Engpässe in den Arztpraxen sind die Ursache für die Überlastung der Notfallaufnahmen. In der Debatte geht es aber auch um die Frage, wie Patienten im Gesundheitswesen intelligent gesteuert werden können. Bei diesen Strukturproblemen könnte KI helfen. In den Notfallaufnahmen prallen die Sektorengrenzen der ambulanten und stationären Versorgung nicht nur in der Strukturdiskussion aufeinander.

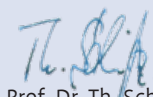
Die Sektorengrenzen sind politisch gewollt und müssen demnach auch politisch gelöst werden. Vielleicht benötigen wir zentrale Einrichtungen, die Patienten beraten und in die entsprechende Versorgung schicken.

DGCH-intern gibt es zu berichten, dass sich der geschäftsführende Vorstand zu einer Satzungsänderung und zu den Ausschreibungsbedingungen der vielfältigen Preise der DGCH im Retreat beraten hat. Hierbei wurden Ziele und Eckpunkte einer Satzungsänderung diskutiert. Eine neue Satzung sollte folgendes bieten:

- Bedürfnisse einer Mitgliedsgesellschaft als Dachgesellschaft
- Verschlankung der Entscheidungsgremien
- Stärkung der Rolle der Fachgesellschaften in kooperativer Partizipation
- Stärkung der DGCH als wissenschaftliche Fachgesellschaft und als weltweit bekannte Marke
- Verbreiterung des Profils der DGCH durch Einführung von Chapters
- Digitale Wahlmöglichkeiten
- Anpassung an die Moderne
- Beschränkung auf das Notwendige

Ich denke, wir haben eine vernünftige Strukturänderung gefunden, die dem Präsidium im Herbst vorgestellt werden kann. Der weitere Zeitplan sieht nach juristischer Prüfung die Information der Mitglieder und dann die Beschlussfassung in der Mitgliederversammlung während des DCK 2024 vor. Die Einreichungsfrist für die regelmäßig vergebenen Preise der DGCH wird ab diesem Jahr auf den 31. Dezember gelegt, so eine weitere Beschlussfassung. Dies reicht aus, um bis zum DCK die Entscheidungen über die Preisvergabe zu treffen.

Schon jetzt freue ich mich auf den DCK 2024 in Leipzig, einer Stadt von der Goethe sagte: „Mein Leipzig lob ich mir! Es ist ein klein Paris und bildet seine Leute.“ In dem Sinne darf ich auch im Namen unserer Präsidentin Frau Professor Christiane Bruns auf die Abstract-Deadline am 1. Oktober 2023 hinweisen und um rege Beteiligung bitten.



Prof. Dr. Th. Schmitz-Rixen
Generalsekretär der DGCH



DCK 2024

Gemeinsam lernen und heilen

141. Deutscher Chirurgie Kongress

16. – 18. April 2024, DCK.digital | 24. – 26. April 2024, Leipzig





SEHR PERSÖNLICH NACHGEFRAGT BEI KATJA SCHLOSSER

Was ist das Schönste an Ihrem Beruf?

Die Sinnhaftigkeit der Arbeit an sich, das Arbeiten im Team und der Patient:innenkontakt

Welche Forschungsrichtung inspiriert Sie?

Derzeit: KI und Chirurgie

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

Aspirin or Low-Molecular-Weight Heparin for Thromboprophylaxis after a Fracture

Major Extremity Trauma Research Consortium (METRC), N Engl J Med 388:203, January 19, 2023

Was war für Ihr berufliches Fortkommen besonders hilfreich?

Der eigene Wille und die Unterstützung durch fördernde Kolleg:innen

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

Digitalisierung und eine Krankenhausreform

Was haben sie erst vor kurzem in Ihre chirurgische Praxis implementiert?

ICG

Welche persönlichen Visionen möchten Sie gerne umsetzen?

Medizin muss trotz aller Wirtschaftlichkeit menschlich bleiben und den Nachwuchs für die Chirurgie begeistern

Wann sind Sie glücklich?

Wenn ich ein Ziel erreicht habe oder an einem Fehler gewachsen bin

Wann platzt Ihnen der Kragen?

Wenn sich jemand nicht kümmert, unkollegial oder faul ist

Welche Hoffnung haben Sie aufgegeben?

Keine

Was frustriert Sie?

Ignoranz, überbordende Bürokratie und Datenschutz, fehlende Empathie

Wie gehen Sie mit Frustrationen um?

Change it, accept it or forget it

Was ist Ihre größte Inspiration?

Die Frauen in unserem Netzwerk „Die Chirurgeninnen e.V.“

Ihr wichtigstes Hobby?

Die Chirurgeninnen e.V.

Wo werden Sie schwach?

Bei Lakritz

Was bringt Sie zum Lachen?

Der Platz hier reicht nicht zur Aufzählung

Was gehört für Sie zu einem gelungenen Tag?

Der gemeinsame Kaffee mit meinem Mann morgens, zufriedene, gesundende Patienten, ein funktionierendes Team und spannende Operationen sowie sinnhafte Meetings mit Outcome im Arbeitsalltag, nach dem Nachhausekommen eine Runde in der Lahn schwimmen und den Abend mit meiner Familie ausklingen lassen

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

Durch Kommunikation und Spiegelung des Verhaltens

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

In dem ich Stärken stärke

Muss eine Chirurgin/ein Chirurg Optimismus ausstrahlen?

Auf jeden Fall

Prof. Dr. med. Katja Schlosser

Präsidentin des Vereins Die Chirurgeninnen e.V.

CÄ der Klinik für Allgemeine, Viszeral-, Endokrine & Gefäßchirurgie,

Ärztl. Direktorin Agaplesion Ev. KH Gießen

FÄ für Chirurgie, Viszeralchirurgie & Spezielle Viszeralchirurgie

& Gefäßchirurgie, EBSQ Endocrine Surgery

Verheiratet, 2 Kinder, imkert & hat Hühner

Liebt sämtliche endokrinen Operationen, Carotiden & knifflige Bäuche

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



DCK 2024

Gemeinsam lernen und heilen

141. Deutscher Chirurgie Kongress

16. – 18. April 2024, DCK.digital

24. – 26. April 2024, Congress Center Leipzig

**MUT ZUR VERÄNDERUNG –
ZUKUNFT MITGESTALTEN**



www.dck2024.de

In eigener Sache: Impact-Faktoren für Innovative Surgical Sciences



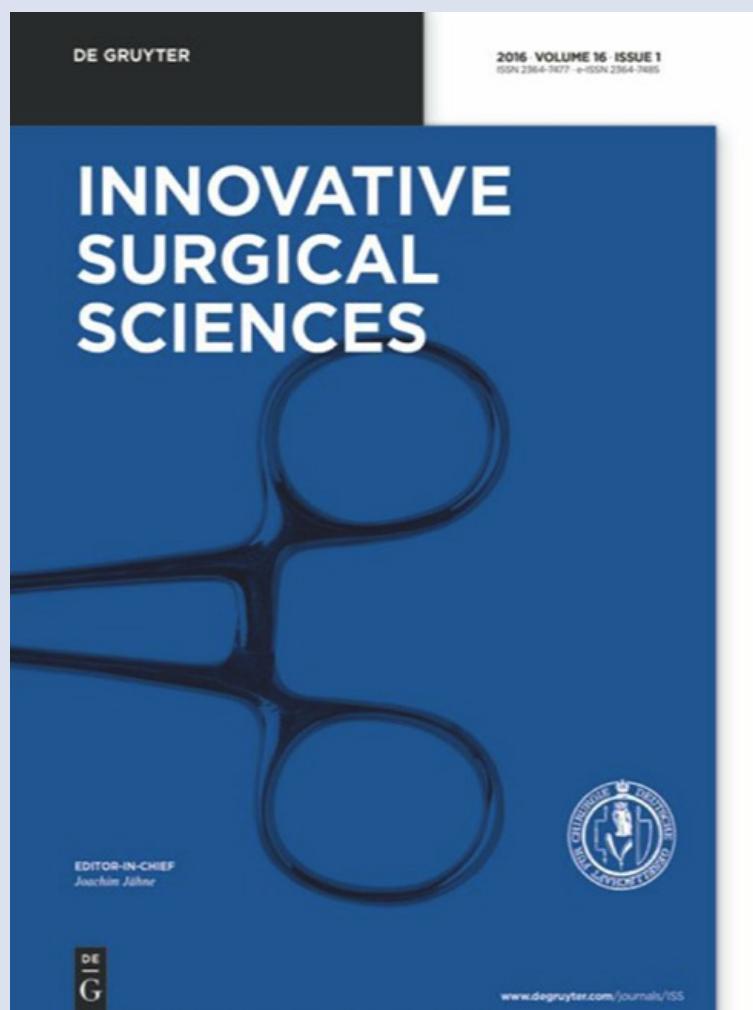
Prof. Dr. med. Joachim Jähne, FACS, MBA

Senator der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie
Chefarzt der Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie
Diakovere Friederikenstift und Henriettenstift
Marienstrasse 72-90
30171 Hannover
joachim.jaehne@diakovere.de

Sehr geehrte Mitglieder der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie, liebe Kolleginnen und Kollegen,

wie Sie sich vielleicht erinnern werden, hat die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (DGCH) im Jahr 2016 das Gold Open Access Journal „Innovative Surgical Sciences“ inauguriert ([Innovative Surgical Sciences \(degruyter.com\)](https://www.degruyter.com/journals/ISS)).

Nach nunmehr siebenjähriger Publikationstätigkeit hat dieses Journal von Clarivate Analytics erstmals einen Impact-Faktor von 1,3 zugewiesen bekommen. Für ein so junges Journal ist dies ein sehr gutes Ergebnis. Es unterstreicht, dass Open Access die Zukunft des wissenschaftlichen Publizierens darstellt. Zugleich ist es eine Herausforderung und wesentliche Motivation für die Zukunft, die Zeitschrift weitergehend im Feld der chirurgischen Zeitschriften



Jähne J: In eigener Sache: Impact-Faktoren für Innovative Surgical Sciences. *Passion Chirurgie*. 2023 September; 14(09): Artikel 06_02.

☐ Page ☐ Export to Excel ☐ Save to source list			View metrics for year: 2022		
Source title ↓	CiteScore ↓	Highest percentile ↓	Citations 2019-22 ↓	Documents 2019-22 ↓	% Cited ↓
☐ 1 Innovative Surgical Sciences <i>Open Access</i>	4.5	80% 96/495 Surgery	614	137	72

Abb. 1: Innovativ Surgical Sciences auf Scopus (Quelle: Scopus preview – Scopus – Sources, abgerufen am 29.06.2023)

international zu platzieren und den Impact-Faktor schrittweise zu erhöhen.

In den letzten Jahren hat das Journal, dessen Rechte komplett bei der DGCH liegen, einige Veränderungen durchlaufen. So wurde das Layout an die neue Farbgebung der DGCH und des deutschen Chirurgiekongresses (DCK) angepasst. Darüber hinaus werden die Abstracts des DCK als Sonderheft der Zeitschrift ebenfalls Open Access publiziert und sind somit einem großen Leserkreis zugänglich. Darüber hinaus wurde in diesem Jahr ein National Editorial Board etabliert, in dem von den Fachgesellschaften benannte Repräsentant:innen tätig sind. Es liegt im Interesse der DGCH, die in ihr vertretenen Fachgesellschaften umfassend, transparent und in gegenseitiger Wertschätzung umfänglich in die Belange und zukünftigen Aufgaben zur weiteren Entwicklung des Journals einzubinden.

Innovativ Surgical Sciences ist seit der Gründung im Jahr 2016 in allen großen

Datenbanken und Repositorien hinterlegt. Seit mehreren Jahren ist die Zeitschrift zudem bei PubMed gelistet und weithin sichtbar. Dies ist mit großer Wahrscheinlichkeit auch der Grund für den jetzt zugewiesenen Impact-Faktor. Darüber hinaus ist die Zeitschrift natürlich auch bei Scopus gelistet. In **Abbildung 1** zeigen sich aktuell ebenfalls sehr vielversprechende Ergebnisse.

Neben Leitthemen publiziert die Zeitschrift eine Fülle von frei eingereichten, mehrheitlich internationalen Originalbeiträgen, wobei die sog. Rejection-Rate in den Jahren 2021 und 2022 bei 52 % lag. Dies ist auf einen stringenten Double-Blind-Peer-Review-Prozess zurückzuführen, und die DGCH ist allen Gutachter:innen für ihre Tätigkeit sehr dankbar. Erwähnenswert ist in diesem Zusammenhang, dass alle Reviews als Supplement zu den publizierten Beiträgen ebenfalls veröffentlicht werden. Dies ist bei den meisten Zeitschriften in dieser Form nicht der Fall, für Innovative Surgical Sciences allerdings Teil

der Philosophie des Journals, die eine größtmögliche Transparenz im Hinblick auf die Publikationen gewährleisten möchte.

Im Namen der DGCH möchte ich alle Mitglieder der DGCH und der assoziierten Fachgesellschaften herzlich einladen, für Publikationen Innovative Surgical Sciences zu erwägen. Als Gold Open Access Journal sind die Inhalte im Internet für jeden zu jedem Zeitpunkt und kostenfrei abrufbar, so dass eine maximale Sichtbarkeit der jeweiligen Beiträge gegeben ist. Unverändert übernimmt die DGCH die so genannten Article Processing Charges, so dass für die Autor:innen keine zusätzlichen Kosten entstehen. Im Interesse unseres Fachgebietes würde ich mich daher sehr freuen, möglichst zahlreiche Beiträge in der Zukunft zu erhalten.

Mit den besten kollegialen Grüßen
Joachim Jähne (Editor-in-Chief)



Reisebericht „Hospital for Sick Children“ in Toronto

Das „Hospital for Sick Children“ in Toronto, das sich selbst „Sickkids“ nennt, widmet sich als Universitätskrankenhaus ausschließlich der Behandlung von Kindern und Jugendlichen.

Mit derzeit 453 Betten, ein Erweiterungsbau ist bereits geplant, und einem überregionalen Patienteneinzug ist es das landesweit größte Krankenhaus dieser Art und zählt zu den besten Kinderkrankenhäusern weltweit. Es verfügt über jede denkbare spezifische Fachabteilung für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen. So auch über eine eigenständige Kinderurologie, die

seit langem in der Behandlung von Kindern mit urogenitalen Fehlbildungen über die landesweiten Grenzen hinaus renommiert ist.

Ich hatte die Möglichkeit, im Rahmen eines Lernprogramms über einen Zeitraum von vier Wochen in der Abteilung für Kinderurologie zu hospitieren und Routinen und Abläufe zu beobachten sowie OP-Techniken zu erlernen.

Im Vorfeld hatte ich die organisatorischen Prozesse mit Einweisung in den Verhaltenscodex des Krankenhauses und Einführung



Dr. med. Carmen Kabs
 Oberärztin Kinderchirurgie
 Schwerpunkt urogenitale und
 anorektale Fehlbildungen
 Klinik für Kinderchirurgie
 München Klinik Schwabing
 Kölner Platz 1
 80804 München
carmen.kabs@muenchen-klinik.de



Abb. 1: Alter Zugang und Ansicht über University Avenue



Abb. 2: Neuer Haupteingang über Elizabeth Street

in die Corporate Identity zu durchlaufen. Da viele der Programmpunkte auf einer passwortgeschützten Plattform zur Verfügung gestellt wurden, konnte ich mir einen großen Teil im Vorfeld und innerhalb der ersten Tage erarbeiten. Die organisatorische Betreuung meiner Hospitation erfolgte über das International Education Team des Learning Institute und ich wurde bei meiner Ankunft im Krankenhaus von meiner Kontaktperson in ihrem Office begrüßt. Nach einer Tour durch das „Sickkids“ mit Erläuterungen aller Do's and Dont's erreichte ich das Department for Pediatric Urology.

Der wöchentliche Ablauf ist sehr strukturiert, was aufgrund der überwiegend elektiven Patientenlientel gut möglich ist. Die Abteilung besteht aus fünf „Staff Members“, die voll ausgebildete und selbstverantwortlich tätige Kinderurolog:innen sind. Jedes Staff Member verfügt über eine Spezialisierung innerhalb der kinderurologischen Bandbreite und ist neben der klinischen Tätigkeit auch in Forschung und Lehre an der University of Toronto mit einer beeindruckenden Anzahl an Veröffentlichungen tätig. Ihnen vorstehend ist Prof. Armando Lorenzo als Head of the Department. Da er

Kabs C: Reisebericht „Hospital for Sick Children“ in Toronto. *Passion Chirurgie*. 2023 September; 13(09): Artikel 06_04.

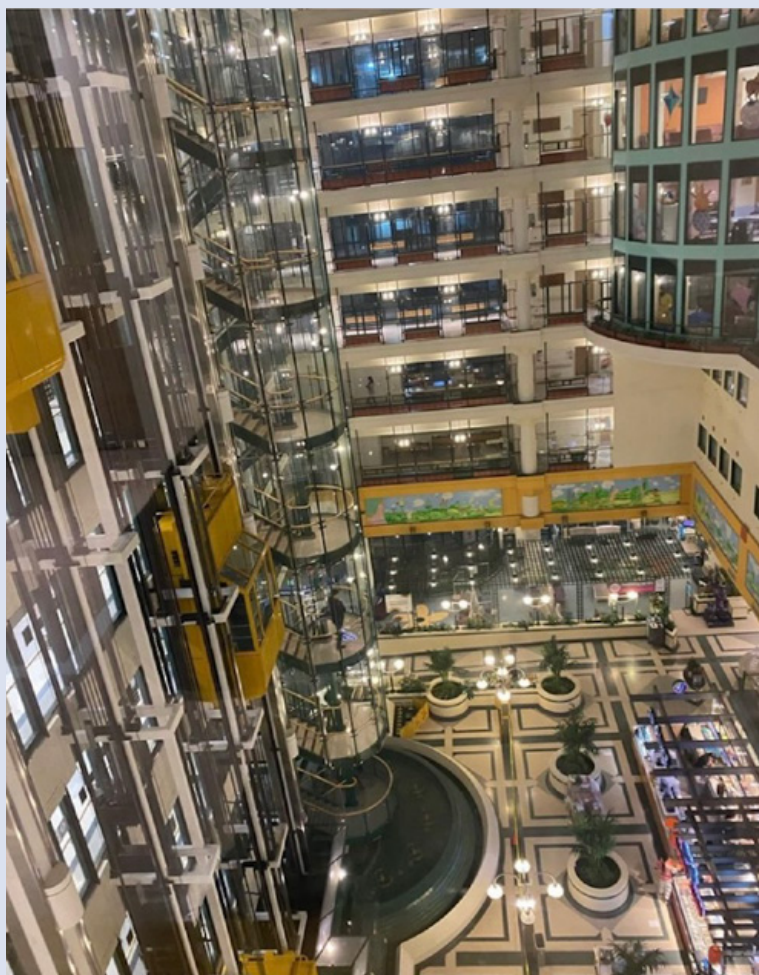


Abb. 3: Atrium des Hospital for Sick Children mit Food Corner im Ground Floor

es gewohnt ist, Gäste in seiner Abteilung zu empfangen und sich diesen sehr verantwortlich fühlt, erhielt ich ein 1:1-Mentoring von ihm.

Die Ausbildung in der Klinik und im Operationssaal fokussiert sich hauptsächlich auf die sogenannten Fellows. Dies sind ausgebildete Urolog:innen oder Kinderchirurg:innen, die ein zweijähriges Ausbildungsmodul zum Kinderurologen durchlaufen. Die Ausbildungsplätze sind international sehr begehrt und unterliegen einem komplexen Auswahlverfahren. Entsprechend ist eine hohe Vielfalt an Nationalitäten im gesamten „Sickkids“ vorzufinden.

Einen großen Teil der Sprechstundenarbeit bewältigen sogenannte „Nurse Practitioners“. Dies sind Krankenschwestern mit einem dreijährigen Studium nach erfolgreicher Ausbildung und weitreichenden Aufgaben und Kompetenzen. Man kann sie als Bindeglied zwischen Arzt und Pflegekraft verstehen. Die Durchführung von Blasendruckmessungen, urotherapeutischer Beratung und Indikationsstellung zu weiterführenden chirurgischen Maßnahmen fallen in den Aufgabenbereich der Nurse Practitioners. Die Sprechstunden sind jeweiligen Tagen



Abb. 4, 5: Mit Prof. Armando Lorenzo und Teilen des Teams in der Sprechstunde

und Staff Members mit ihren Schwerpunkten zugeordnet. Die hohen Fallzahlen erlauben eine Bündelung der Patient:innen in Sprechstunden für Hydronephrose, Urethralklappen, Blasenentleerungsstörung, Hypospadie, komplexe Fehlbildung/Syndrom, Steinleiden oder pränatale Beratung.

Strukturierte Behandlungspfade mit komplexen Aufzweigungen, sogenannte Clinical Pathways, wurden gemeinsam von Nurse Practitioners und Staff Members für Leitsymptome und typische Krankheitsbilder ausgearbeitet und dienen den Mitarbeitern als rasche Entscheidungshilfe während der Sprechstunden. So können auch komplexe Patient:innen mit einer gleichbleibend hohen Versorgungsqualität betreut werden.

Ein großes Highlight stellte für mich als Chirurgin der Operationsbereich im „Sickkids“ dar. Zwei der Operationssäle entfallen hierbei auf die Kinderurologie. Das operative Spektrum deckt die gesamte Kinderurologie einschließlich der Steinbehandlung ab. Auch Nierentransplantationen werden in Kanada, anders als in Deutschland, von Kinderurolog:innen durchgeführt. Operative Schwerpunkte im „Sickkids“ liegen unter anderem in der Korrektur angeborener Fehlbildungen der Harnwege und der Tumorchirurgie. Je nach Eingriff werden hierfür offene wie auch minimalinvasive Techniken angewendet. Die hohe Verbundenheit der Chirurgen zur klinischen Chirurgie zeigt sich in ausgelasteten Operationssälen bis in die Abendstunden und an den Wochenenden.

Die Staff Members sind hierbei maßgeblich für die operative Entwicklung der Fellows verantwortlich. Beeindruckend waren die operativen Fertigkeiten der Chirurgen, die durch ihre exzellente Ausbildung auf höchstem chirurgischem Niveau arbeiten.

Ausreichende und im jeweiligen Fachgebiet gut ausgebildete OP-Pflegekräfte ermöglichen flexibles Arbeiten und rasches Vorhalten des entsprechenden Instrumentariums auch bei kurzfristigen Planänderungen. Aufgefallen ist mir eine hohe Kollaborationsbereitschaft zwischen den Abteilungen. So erfolgen ausgedehnte Nierentumoresektionen in Zusammenarbeit mit Kinder- oder Leberchirurg:innen,



Abb. 6: Gute Stimmung im kinderurologischen OP mit Scrub Nurse Michael



Abb. 7: Eishockey ist der absolute Lieblingssport der Kanadier



Abb. 8: Die nahegelegenen Niagarafalls laden zum Ausflug am Wochenende ein

um maximale Expertise zu gewährleisten. Komplexe Fehlbildungen, die den Urogenital- und auch Anorektaltrakt betreffen, wie beispielsweise Kloakenekstrophien, werden in langer und akribischer Feinarbeit gemeinsam mit Kinderchirurg:innen rekonstruiert. Die Eingriffe werden mittels OP-Kamera auf fünf Monitore übertragen und damit können die einzelnen Operationsschritte aus jeder Perspektive genau beobachtet werden.

Insgesamt war es mir möglich, während meines vierwöchigen Aufenthalts das gesamte

kinderurologische Spektrum auf höchstem Niveau zu sehen. Da sich das „Sickkids“ als internationales Ausbildungs Krankenhaus betrachtet und die Kanadier sehr freundlich und offen sind, war meine Hospitation ausgesprochen lehrreich.

Beobachtete Operationstechniken, nützliche Hilfsmittel, interessante Behandlungsmethoden und erlernte Behandlungspfade können zukünftig in mein Arbeitsumfeld eingebaut und damit die Versorgung der uns anvertrauten Patient:innen verbessert werden.

Die Hospitation im „Sickkids“ und die damit verbundene Erweiterung meines Horizonts wird für mich unvergesslich bleiben. Mein ganz besonderer Dank gilt dem Vorstand der Klaus-Junghanns-Stiftung und dem Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie für die Gewährung des Reisestipendiums und der damit verbundenen finanziellen Unterstützung meiner Hospitation. Ebenfalls danke ich Prof. Stuart Hosie, der mich zu dieser Erfahrung motiviert hat, und meinen Oberarztkollegen, die meine Arbeit während meiner Abwesenheit kompensiert haben.



© iStock/HazhanZheng

Reisebericht „Department of Plastic Surgery“ in Pittsburgh

In unserer Gesellschaft stellt die Adipositas permagna ein zunehmend verbreitetes Krankheitsbild dar. Mittels unterschiedlicher Ansätze streben Patientinnen und Patienten hierbei mehr oder weniger erfolgreich eine deutliche Gewichtsreduktion an. Bei besonders ausgeprägten Fällen können bariatrische Operationen z. B. in Form einer Sleeve-Gastrektomie helfen, das Körpergewicht möglichst dauerhaft und drastisch zu reduzieren. Mit der steigenden Anzahl adipöser Patientinnen und Patienten kommt es entsprechend zu einer stetigen Zunahme an bariatrischen Operationen. Als Folge des massiven Gewichtsverlusts kommt es bei den Patientinnen und Patienten zumeist zu mechanisch und dermatologisch störenden, aber auch ästhetisch stigmatisierenden Haut-Weichteil-Überschüssen am gesamten Körper. Im Rahmen postbariatrischer

plastischer Straffungsoperationen kann ein individuelles Body Contouring erfolgen, um diese ungewünschten Nebeneffekte der Gewichtsreduktion gezielt zu therapieren. Hierdurch kann sowohl die mechanische als auch die dermatologische Symptomatik massiv gelindert wie auch der Schritt in ein neues Lebensgefühl deutlich erleichtert werden. Dieses wachsende Feld der postbariatrischen Chirurgie mit all seinen Straffungsoperationen betrachte ich als eine überaus spannende Sub-Spezialität meines Fachgebietes der Plastischen und Ästhetischen Chirurgie. Konsequenterweise konnten wir in den vergangenen zwei Jahren unsere Klinik zu einem der führenden postbariatrischen Zentren im Großraum Hamburg ausbauen und somit den steigenden Bedarf in dieser Patientengruppe adressieren.



Dr. med. Cornelius D. Schubert

Oberarzt

Fellow of EBOPRAS

Klinik für Plastisch-Ästhetische,
Rekonstruktive und Handchirurgie
Zentrum für Muskuloskelettale und
Plastische Chirurgie

Asklepios Klinikum Harburg

Asklepios Klinik St. Georg

Asklepios Klinik Barmbek



Abb. 1: Shadyside Hospital, University of Pittsburgh Medical School, USA

In meiner täglichen Arbeit ist es mir ein besonderes Anliegen, meine klinischen Fähigkeiten sowie mein theoretisches Fachwissen kritisch zu hinterfragen und gezielt zu optimieren. Um diese Einstellung konsequent zu verfolgen und um den Fokus noch gezielter auf die postbariatrische Chirurgie zu legen, hatte ich die Möglichkeit, im November 2022 für eine einwöchige Hospitation zu Professor Peter Rubin, dem damaligen Präsidenten der American Society of Plastic Surgeons (ASPS) und zugleich Direktor des Department of Plastic Surgery am University of Pittsburgh Medical Center, zu reisen. Weltweit gibt es nur wenige Zentren, die sich sowohl klinisch als auch wissenschaftlich in solch fundiertem Ausmaß mit der Thematik der postbariatrischen Chirurgie befassen. Das Department von Professor Rubin gehört mit seinem UPMC Life After Weight Loss Program und dem Adipocyte Biology Laboratory zu den weltweit führenden Einrichtungen seiner Art (**Abb. 1**). Die Chance, solch ein internationales Zentrum besuchen zu dürfen und zu lernen, wie postbariatrische Patienten auf wissenschaftlichem und klinischem Spitzen-Niveau therapiert werden, stellte für unser Team und mich daher eine einmalige professionelle Gelegenheit dar, dieses Wissen auch in Deutschland für unsere Patienten zu etablieren und weiter auszubauen.

Ziel meiner Reise war es also, zu verstehen, wo wir mit unserem aktuellen postbariatrischen Behandlungskonzept im internationalen Vergleich stehen. Was machen wir bereits richtig? Wo können wir uns verbessern? Was machen wir evtl. sogar schon besser? Welche Details werden in den USA anders gelöst? Und am wichtigsten: Wie können unsere Patienten davon profitieren?

DAS DEPARTMENT OF PLASTIC SURGERY AN DER UNIVERSITY OF PITTSBURGH MEDICAL CENTER

Das Life After Weight Loss Program sowie das renommierte Body Contouring Fellowship werden von Professor Rubin und Professor Gusenoff geleitet. Innerhalb der Hospitationswoche konnte ich beiden Kollegen sowohl in der ambulanten Sprechstunde und auf Station als auch im OP-Saal folgen. Professor Rubin und Professor Gusenoff stellten sich hierbei als absolut sympathische, hochprofessionelle Kollegen und überaus fähige Operateure dar. Das gesamte Team, von der OP-Pflege über die Anästhesie bis hin zu sämtlichen chirurgischen Kollegen, war unfassbar freundlich, hilfsbereit und offen, sodass man sich ab dem ersten Tag weniger als Hospitant, sondern vielmehr als Team-Mitglied gefühlt hat. Selbst zum monatlichen Dinner-Meeting der

Plastischen Chirurgen aus dem Großraum Pittsburgh wurde ich als externer Gast eingeladen. Eine solche Wertschätzung und Offenheit hat mich unglaublich beeindruckt.

Sowohl während der Sprechstunde als auch während des OPs war es ständig möglich, Fragen zu stellen. Stets wurden mir diese konstruktiv und wissenschaftlich fundiert beantwortet und anhand neuester Forschungsergebnisse begründet.

Der Ablauf der ambulanten Sprechstunde war im Großen und Ganzen vergleichbar mit den Abläufen in Deutschland mit Anamnesege spräch, Fotodokumentation, klinischer Untersuchung und Aufklärung. Interessante Unterschiede, Tipps und Tricks sowie innovative Detaillösungen zeigten sich insbesondere i. R. der operativen Eingriffe selbst, aber auch i. R. des perioperativen Patientenmanagements.

Während der eigentlichen Operation wurden einzelne Schritte detailliert erklärt, zentrale anatomische Strukturen hervorgehoben und das intraoperative Vorgehen ausführlich begründet. Bei postbariatrischen Operationen besteht oftmals ein erhöhtes Risiko für Wundheilungsstörungen. Ein besonderer Fokus wurde daher darauf gelegt, das Risiko für potenzielle Wundheilungsstörungen zu minimieren. Hierzu zählten z. B. entsprechend schonende Schnittführungen, eine penible Blutstillung, zusätzliche Zugentlastungen durch Pexienähte an Fasziensstrukturen, Minimierung von Nahtmaterial mit einem Fokus im Bereich mechanisch beanspruchter Bereiche, aber auch die konsequente prä- und postoperative Kontrolle von Albumin- und Präalbuminwerten.

Auch die postoperative Schmerzprophylaxe wurde z. B. bei Abdominoplastiken konsequent mittels TAP-Blockade adressiert. Die Liste an hilfreichen und spannenden Details lässt sich hier noch deutlich weiter ausführen, soll sich aber bewusst nur auf einzelne exemplarische Details beschränken.

Erfreulicherweise konnten wir bereits viele dieser Detail-Lösungen erfolgreich in unser Therapiekonzept für postbariatrische Patienten integrieren, sodass das im Ausland erlernte Wissen direkt

in eine weiter optimierte Patientenversorgung an unserer Hamburger Klinik mündete.

FAZIT

Es macht einfach Spaß, von erfahrenen, hochprofessionellen und schlichtweg sympathischen Kollegen lernen zu dürfen. Zu sehen, wo man als Chirurg im internationalen Vergleich steht und spannende Detail-Lösungen kennenzulernen, war eine unglaublich bereichernde Erfahrung. Viele Details konnten wir inzwischen auch erfolgreich in unserer Therapie von postbariatrischen Patienten implementieren, sodass wir durch die Erfahrungen aus dieser Reise direkt die Versorgungsqualität unserer Patienten in Deutschland weiter verbessern konnten. Ganz herzlich möchte ich

daher Professor Rubin und Professor Gusenoff sowie dem gesamten Team des Department of Plastic Surgery am University of Pittsburgh Medical Center für diese herausragende professionelle Erfahrung danken. Herzlichen Dank auch an mein Team der Klinik für Plastisch-Ästhetische, Rekonstruktive und Handchirurgie der Hamburger Asklepios Kliniken St. Georg, Barmbek und Harburg um Chefarzt Dr. Elsner. Zuletzt und ganz ausdrücklich möchte ich mich auch bei der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie und all ihren Mitgliedern für die überaus großzügige finanzielle Unterstützung i. R. des DGCH-Stipendiums als Fortbildungshilfe bedanken. Ein tolles und wichtiges Programm, das gerade uns jungen Chirurginnen und Chirurgen bei spannenden Erfahrungen wie dieser sehr unterstützt – besten Dank.



Abb. 2: Übergabe der Stipendium Urkunde



© iStock/digicomphoto

Bedeutende, aber (fast) vergessene Chirurgen

Im Vordergrund der populären Darstellungen der Chirurgiegeschichte stand die Darstellung der Persönlichkeit von „berühmten“ Chirurgen und des technisch-apparativen Fortschritts. Die deutschsprachige Chirurgie-Geschichtsschreibung war dementsprechend eine Art Heldenepos, in dem niemals die Namen Langenbeck-Billroth-Mikulicz-Sauerbruch fehlen durften. „*Hinter uns steht nur der Herrgott*“ war passend dazu auch der Titel der Lebenserinnerungen des Chirurgen Hans Killian. Killians Erinnerungen erlebten in den sechziger Jahren zahlreiche Auflagen. 1960/61 war er übrigens der erste Vorsitzender des neugegründeten BDC.

Matthias Lorenz (1953-2003), langjähriger chirurgischer Oberarzt des Verfassers dieser Zeilen an der Universitätsklinik zu Frankfurt am Main, pflegte seine Kollegen in „*Arbeitspferde*“ und „*Zirkuspferde*“ einzuteilen. Wir wollen uns in dieser Artikelserie vor allem den

„Arbeitspferden“ zuwenden, die durch ihre klinisch-operative Arbeit Großes geleistet haben und wichtige Beiträge zur Entwicklung der modernen Chirurgie geliefert haben. Sie sind heute (fast) vergessen, da sie zur ihren Lebzeiten nicht im Zentrum der Öffentlichkeit standen oder stehen wollten.

DR. MED. MAX TIEGEL (1877–1952) UND SEIN ÜBERDRUCK-NARKOSEAPPARAT

Max Tiegel entwickelte 1907 als chirurgischer Assistent an der Chirurgischen Universitätsklinik Breslau (Direktor: Johann von Mikulicz-Radecki) die seinerzeit weitverbreitete, sog. „*Tiegel-Kanüle*“ (Ventilkanüle) zur Therapie des Spannungspneumothorax). Als Ventil diente eine bewegliche Gummimembran, die zwischen einer gelochten Metallplatte (siehe **Abb. 1 „P“**) und einem Metallring (siehe **Abb. 1 „R“**) beweglich fixiert wurde.



Prof. Dr. med. Michael Sachs

Komm. Leiter des
Dr. Senckenbergischen
Instituts für Geschichte und Ethik der
Medizin
Goethe-Universität Frankfurt am Main
Paul-Ehrlich-Str. 20-22
60590 Frankfurt am Main

Außerdem konstruierte Tiegel bereits 1908 gemeinsam mit seinem Chef Adolf Henle (1864-1936) in der Chirurgischen Klinik des Luisenhospitals in Dortmund einen

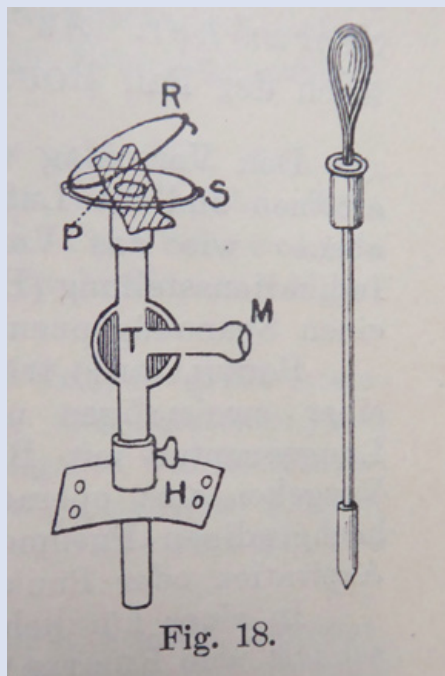


Fig. 18.

Abb. 1: Die von Tiegel 1907 publizierte „Tiegel-Kanüle“ (Ventilkanüle) zur Therapie des Spannungs-Pneumothorax [aus: Tiegel 1907].

Maskenüberdruckapparat für Narkosen bei thoraxchirurgischen Eingriffen, bei dem die Druckluft bei der Beatmung mit Hilfe einer Mund und Nase luftdicht abschließenden Maske in die Luftwege eingeblasen wurde (siehe **Abb. 2 und 3a-b**). Das Tiegelsche Verfahren war demnach das Gegenteil zu dem von Johann v. Mikulicz-Radecki (1850-1905) und von Ferdinand Sauerbruch (1875-1951) inaugurierten Unterdruckverfahren in einer Unterdruckkammer. Trotzdem hat Sauerbruch diesen Tiegel-Henleschen Maskenapparat in seinem Standardwerk „Die Chirurgie der Brustorgane“ [Bd. 1 (1920), p. 389f.] ausführlich gewürdigt. Der Überdruck wurde in diesem Apparat nicht schon primär durch die zugeführte Luft erzeugt, sondern kam erst dadurch zustande, dass die ausströmende Luft einen Widerstand durch Verdrängung einer Wassersäule ausgesetzt wurde. Die Gesichtsmaske (**Abb. 3b**) musste dabei natürlich dicht dem Gesicht ansitzen. Über zwei kleine Glaskammern (Narkosemischgefäße; „M“ in **Abb. 3a**) konnte das Narkotikum (meist Äther) abgestuft in das System eingetropt werden. Mit der Konstruktion dieses Narkoseapparats wurde Tiegel zu einem der fast vergessenen Pioniere der modernen Anästhesie.

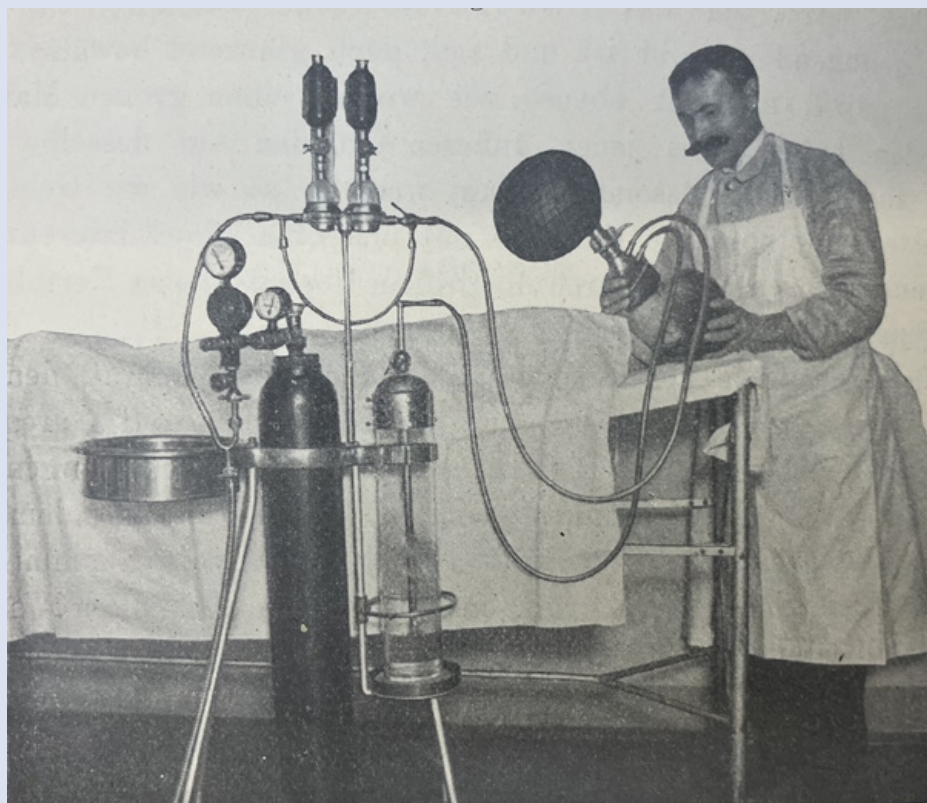


Abb. 2: Max Tiegel (1877-1952) arbeitet mit seinem Überdruck-Narkoseapparat um 1909 am Patienten [aus: Tiegel 1909].

Sachs M: Bedeutende, aber (fast) vergessene
Chirurgen. *Passion Chirurgie*.
2023 September; 13(09): Artikel 06_06.

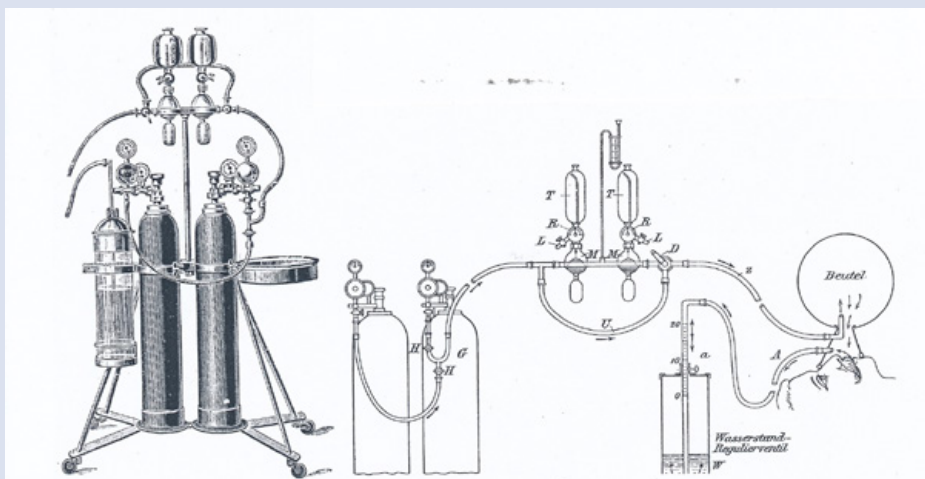


Abb. 3a-b: Der „Tiegel-Henleschen Maskenapparat“ [aus: Sauerbruch 1920, I p. 386].

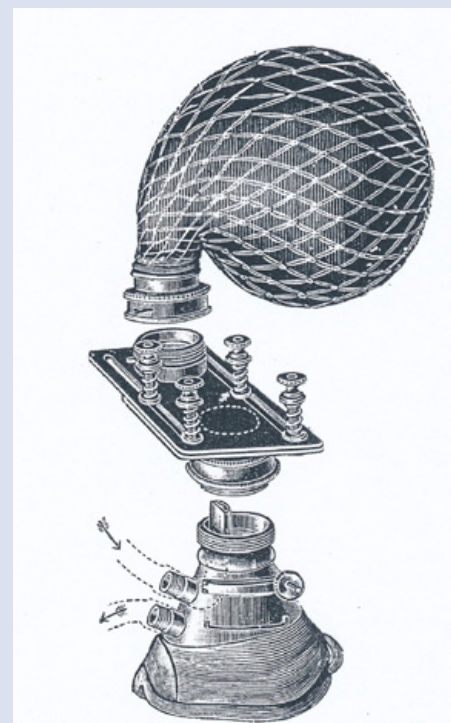
Tiegel wurde 1877 in dem Dorf Wansen (im Kreis Ohlau, in der damaligen preußischen Provinz Schlesien) als Sohn eines praktischen Arztes geboren. Nach dem Studium der Medizin an den Universitäten Kiel und Breslau arbeitete er dann 1901–1902 als Assistent am Pathologisch-Anatomischen Institut der Dr. Senckenbergischen Stiftung in Frankfurt am Main (Dir.: Carl Weigert), die dortige Universität war damals noch nicht gegründet.

Tiegel war danach 1902–1905 als Assistent an der Chirurgischen Universitätsklinik Breslau beschäftigt und 1906–1907 bei Johannes Pfannenstiel (1862–1909) an der gynäkologischen Universitätsklinik in Gießen. Seit 1907 war er

Assistenzarzt an der Chirurgischen Klinik des Luisenhospitals in Dortmund unter Henle, seinem ehemaligen Oberarzt in Breslau. Tiegel war schließlich 1919–1937 Chefarzt des Marienkrankenhauses in Trier und Oberarzt der chirurgischen Abteilung des Krankenhauses der Barmherzigen Brüder in Trier. Er verstarb 1952 im Ruhestand.

LITERATUR

[1] Sauerbruch, F.: Die Chirurgie der Brustorgane. Bd. I. Die Erkrankungen der Lunge. Berlin: J. Springer 1920, p. 389f. (Abb. 336, 337):



- [2] Tiegel, M.: Experimentelle Studien über Lungen- und Pleurachirurgie. Kausch; Walter [Red.], Gedenkband für J. von Mikulicz, herausgegeben von seinen Schülern. Jena: G. Fischer 1907, p. 789–862 (mit 18 Textabb.). (Mitt. Grenzgeb. Med. Chir., Suppl. 3).
- [3] Tiegel, M.: Ueberdrucknarkose. Beiträge zur klinischen Chirurgie 64 (1909), 356–386.

WIR GEDENKEN UNSERER VERSTORBENEN MITGLIEDER

Herr Prof. Dr. med. Dieter Waldmann, Müllheim
 Herr Dr. med. Burkhard Oellers, Mannheim
 Herr Dr. med. Dr. med. Johannes Hardt, Poppenbüll
 Herr Prof. Dr. med. Prof. Dr. med. Heinrich Krebs, Karlsruhe
 Herr Dr. med. Moustafa Mahjoub, Berlin
 Herr Dr. med. Paul Büdenbender, Hagen
 Herr Dr. med. Leopold Mihaljevic, Bensheim
 Herr MR Dr. med. Jürgen Bohl, Pritzwalk
 Herr Prof. Dr. med. August Schmitt-Köppler, Offenburg
 Herr Prof. Dr. med. Walter Dürr, Urbar

*16.04.1943 †02.05.2023
 *31.10.1942 †13.11.2022
 *22.04.1932 †30.09.2022
 *15.12.1927 †11.11.2022
 *15.11.1937 †31.05.2023
 *28.02.1947 †10.07.2023
 *15.11.1939 †29.04.2023
 *16.05.1940 †19.06.2023
 *03.05.1928 †23.07.2023
 *27.01.1930 †07.07.2023

Rekrutierende multizentrische chirurgische Studien in Deutschland

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

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

KONTAKT

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

MULTIZENTRISCH RANDOMISIERT KONTROLLIERTE STUDIEN				
STUDIENLEITER	PATIENTEN/OP.-VERFAHREN	FIRST PATIENT IN/ STATUS DER STUDIE	FINANZIERUNG DER STUDIE/FALLGELD	ANSPRECHPARTNER/ KONTAKT
Studientitel ARMANI ₁ *				
Registrierungsnummer: NCT04678583, DRKS00023792				
Prof. Dr. med. Jürgen Weitz, MSc.	Exper. Gruppe anatomische Resektion der Lebermetastase(n).	FPI: 12.03.2021	DKTK Joint Funding	Ulrike Neckmann, PhD Studienkoordinatorin Klinik und Poliklinik für Viszeral-, Thorax- und Gefäßchirurgie Universitätsklinikum Carl Gustav Carus an der Technischen Universität Dresden Anstalt des öffentlichen Rechts des Freistaates Sachsen Fetscherstraße 74 01307 Dresden T: +49 (0)351 458 18130 F: +49 (0)351 458 7273 E: ulrike.neckmann@uniklinikum-dresden.de
Prof. Dr. med. Nuh Rahbari	Kontrollgruppe nicht-anatomische Resektion der Lebermetastase(n).	30 von 240 Patienten	1530 € / Patient	
Studientitel: BariSurg ₂ *				
Registriernummer: DRKS00004766				
Prof. Dr. B.P. Müller	Patienten mit einem BMI von 35–40 kg/m ² und mit mindestens einer assoziierten Begleiterkrankung sowie Patienten mit einem BMI von 40–60 kg/m ²	FPI: 27.11.2013	–	Prof. Dr. B. P. Müller Viszeralchirurgie Clarunis Universitäres Bauchzentrum Basel T: +41 61 777 75 75 E: beat.mueller@clarunis.ch
	Experimentelle Gruppe: Magenschlauch-OP	182 von 248 Patienten	Kein Fallgeld	
	Kontrollgruppe: Magenbypass-OP			

MULTIZENTRISCH RANDOMISIERT KONTROLLIERTE STUDIEN

STUDIENLEITER	PATIENTEN/OP.-VERFAHREN	FIRST PATIENT IN/ STATUS DER STUDIE	FINANZIERUNG DER STUDIE/FALLGELD	ANSPRECHPARTNER/ KONTAKT
Studientitel: DISPACT-2₃*				
Registrierungsnummer: DRKS00014011				
Dr. med. Rosa Klotz	Patienten mit benignen und malignen Veränderungen des Pankreaskörpers und des -schwanzes mit Indikation zur elektiven distalen Pankreatektomie Exper. Gruppe Minimalinvasive distale Pankreatektomie Kontrollgruppe Offene distale Pankreatektomie	13.08.2020 118 von 294 Patienten	DFG 1.250 € / Patient	Dr. med. Rosa Klotz Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Transplantation- schirurgie Universitätsklinikum Heidelberg Im Neuenheimer Feld 420 T: 06221/56-6980 F: 06221/56-33850 E: rosa.klotz@med.uni-heidelberg.de
Studientitel: HULC₄*				
Registrierungsnummer: DRKS00017517				
Prof. Dr. med. André L. Mihaljevic	Experimentelle Gruppe: Verschluss der medianen Laparotomie mit einem langsam resorbierbaren monofilen Faden in Small-Stitches-Technik und zusätzlicher Onlay-Mesh-Augmentation mit einem Polypropylen-Netz Kontrollgruppe: Verschluss der medianen Laparotomie mit einem langsam resorbierbaren monofilen Faden in Small-Stitches-Technik	08.08.2019 463 von 812 Patienten	DFG 500 € / Patient	Dr. Solveig Tenckhoff Studienzentrum der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (SDGC) Marsilius-Arkaden Turm-West Im Neuenheimer Feld 130.3 69120 Heidelberg 06221-56-36839 06221-56-33850 solveig.tenckhoff@med.uni-heidelberg.de
Studientitel: PONIY₅*				
Registrierungsnummer: DRKS00006199				
Dr. med. Rebekka Schirren	Elektiver offener kolorektaler Eingriff Experimentelle Gruppe: Abdeckung der Operationswunde mittels postoperativem Wundinzisions-Unterdrucktherapie System (PIUT) für 5-7 Tage postoperativ. Kontrollgruppe: Abdeckung der Operationswunde mittels sterilem Verbandsmaterial für 5-7 Tage postoperativ.	23.10.2017 342 von 340 Patienten Rekrutierung beendet	KCI USA, Inc. 50 € / Patient	Dr. med. R. Schirren Chirurgische Klinik und Poliklinik Klinikum rechts der Isar der Technischen Universität München T: 089/4140-5138 E: rebekka.schirren@tum.de
Studientitel: SELREC₆*				
Registrierungsnummer: DRKS00030567				
PD Dr. med. Rosa Klotz	Experimentelle Gruppe: Totale mesorektale Exzision (TME) ohne neoadjuvante (Chemo-)Radiotherapie Kontrollgruppe: Leitlinienkonforme neoadjuvante (Chemo-) Radiotherapie (5x5 Gy oder insgesamt 50,4Gy) und ggf. begleitende 5-FU-basierte Chemotherapie gefolgt von TME innerhalb von 12 Wochen	04.05.2023 3 von 1.074 Patienten	BMBF 1.762,39€/Patient	Dr. S. Tenckhoff Studienzentrum der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (SDGC) T: 06221/56-36839 F: 06221/56-33850 E: solveig.tenckhoff@med.uni-heidelberg.de
Studientitel: RECOPS₇*				
Registrierungsnummer: DRKS00024364				
Prof. Dr. med. Daniel Reim	Experimentelle Gruppe: Patienten mit pyloruserhaltender Pankreaskopfresektion, Child-Rekonstruktion und zusätzlicher Braun'scher Fußpunktanastomose zwischen der zu- und abführender Schlinge der Duodenojejunostomie Kontrollgruppe: Patienten mit pyloruserhaltender Pankreaskopfresektion und Child-Rekonstruktion	05.05.2022 145 von 606 Patienten	675 €/Patient	Prof. Dr. Daniel Reim Klinikum Rechts der Isar der TU München Klinik und Poliklinik für Chirurgie Ismaninger Str 22 81675 München T: 089 4140 5019 F: 089 4140 2184 E: Daniel.reim@tum.de

MULTIZENTRISCH RANDOMISIERT KONTROLLIERTE STUDIEN

STUDIENLEITER	PATIENTEN/OP.-VERFAHREN	FIRST PATIENT IN/ STATUS DER STUDIE	FINANZIERUNG DER STUDIE/FALLGELD	ANSPRECHPARTNER/ KONTAKT
Studientitel: MICkey_® Registriernummer: DRKS00027927				
Prof. Dr. A. L. Mihaljevic	Experimentelle Gruppe: Totale minimal-invasive Ösophagektomie (MIN-E; entweder über „klassische“ minimal-invasive Laparoskopie + Thorakoskopie; oder über Roboter-assistierte minimal-invasive Ösophagektomie [RAMIE] oder eine Kombination aus beidem) Kontrollgruppe: Hybrid-Ösophagektomie (HYBRID-E; laparoskopische/robotische Bauchchirurgie und offene Thoraxchirurgie)	14.06.2023 1 von 152 Patienten	BMBF 850 €/Patient	Prof. Dr. A. L. Mihaljevic Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Transplantationschirurgie Universitätsklinikum Tübingen T: +49-(0)7071 29-86619 E: andre.mihaljevic@med.uni-tuebingen.de
Studientitel: P.E.L.I.O.N._® Registriernummer: DRKS00027921				
Prof. Dr. André Mihaljevic	Experimentelle Gruppe: Verschluss der Bauchwand während des Loop-Ileostoma-Verschlusses mit fortlaufendem, langsam resorbierbaren Nahtmaterial in small-stitch-Technik, der mit einem retromuskulären, nicht resorbierbaren, makroporigen leichten Monofilament- oder Mixed Structure-Netz verstärkt wird. Kontrollgruppe: Bauchwandverschluss beim Loop-Ileostoma-Verschluss mit fortlaufendem langsam resorbierbaren Nahtmaterial in small-stitch-Technik ohne Netzverstärkung.	20.01.2023 2 von 304 Patienten	BMBF 650 €/Patient	Prof. Dr. André Mihaljevic Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie Albert-Einstein-Allee 23 89081 Ulm T: 0731 50053502 F: 0731 50053503 E: andre.mihaljevic@uni-ulm.de

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

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

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

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

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

[6] Selective Neoadjuvant Therapy of Rectal Cancer Patients: SELREC a randomized controlled, open, multicentre non-inferiority trial

[7] The effect of an additional Braun anastomosis in patients after pancreas head resections

[8] Eine multizentrisch randomisierte Studie zum Vergleich der postoperativen Morbidität nach total minimal invasiver Chirurgie mit der Hybrid Chirurgie bei der Ösophagektomie - MICkey Studie

[9] Prophylactic Effect of retromuscular mesh placement during Loop Ileostomy closure On incisional hernia incidence - a multicentre randomized patient- and observer-blind trial (P.E.L.I.O.N Trial)

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

Stand: Juli 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 Eingangsflur 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 Ärztebank 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. Ch. Bruns

Präsidentin

Prof. Dr. med. Th. Schmitz-Rixen

Generalsekretär

Prof. Dr. med. J. Werner

Schatzmeister

NEUE BAUSTEINE

GOLDENE BAUSTEINE:

Herr Dr. med. Jochen Reichmann, Herford

Herr Prof. Dr. med. Günther Winde, Herford

BRONZENE BAUSTEINE:

Deutsche Gesellschaft für Thoraxchirurgie e.V.

in memoriam Prof. Mikhail Perelman

Deutsche Gesellschaft für Thoraxchirurgie e.V.

in memoriam Prof. Dr. Pál Keszler

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

DER BDC MACHT SICH BEREIT



FÜR DEN DKOU 2023

Der Deutsche Kongress für Orthopädie und Unfallchirurgie (DKOU) findet dieses Jahr vom 24. bis 27. Oktober in Berlin statt. Der Fachkongress unter dem Motto „Kompetent in Qualität und Fortschritt“ bietet für den medizinischen und wissenschaftlichen Austausch ein umfassendes und vielseitiges Programm. Im Fokus stehen neben der ärztlichen Nachwuchsförderung auch Ansätze für ein nachhaltiges, ressourcenschonendes

Gesundheitswesen sowie Fragen zum Einsatz von Digitalisierung und künstlicher Intelligenz in O und U. Der BDC wird wieder mit einem Stand vor Ort sein, sowie zwei Sitzungen anbieten.

Mehr Informationen: www.dkou.org

BDC|SEMINAR BASISCHIRURGIE



NÖTIGES GRUNDWISSEN IN FÜNF TAGEN

„Basischirurgie“ vermittelt das nötige Grundwissen und die chirurgischen Basisfertigkeiten für den Berufsalltag auf Station, im Nachtdienst und in der Notaufnahme. Bei der fünftägigen Veranstaltung geht die Vermittlung praxisrelevanter und praxisnaher Theorie eng mit Hands-On-Workshops einher. Die Teilnehmenden erlernen und optimieren Schlüsseltechniken in praktischen Übungen. Das Seminar gehört zum Curriculum Basischirurgie. Nach Teilnahme an einem Common Trunk-Seminar sowie Durchführung eines weiterführenden Seminars beziehungsweise Workshops verleiht die BDC|Akademie das BDC-Zertifikat Basischirurgie.

Empfohlen für: Assistenzärztinnen und Assistenzärzte im ersten und zweiten Jahr der chirurgischen Weiterbildung

Wann: 27. November bis 1. Dezember 2023

Wo: Langenbeck-Virchow Haus Berlin Aeskulap Akademie, Luisenstr. 58/59, 10117 Berlin

Programm und Anmeldung: www.bdc.de/events/basischirurgie-27-november-01-dezember-2023-berlin/

LANDESVIRBAND



BDC|BADEN-WÜRTTEMBERG HAT GEWÄHLT

Die Mitgliederversammlung des Landesverbands BDC|Baden-Württemberg hat im Mai dieses Jahres getagt. Themen waren Mindestmengen, Ambulantisierung, die Krankenhausreform sowie die Weiterbildungsordnung. Die Wahl der Vorsitzenden 2023 bis 2027 ergab, dass alle bisherigen Vorsitzenden einstimmig in ihrem Amt bestätigt wurden: Den Vorsitz behält Professor Dr. med. Michael Schäffer, Stellvertretender Vorsitzender ist Dr. med. Christoph Jaschke, Regionalvertreter bleiben Dr. med. Mathias Szabo sowie Dr. med. Christoph Jaschke

Zum Landesverband BDC|Baden-Württemberg: www.bdc.de/bdc-landesverbände

BDC|SEMINAR ORTHOTRAUMA



VERSORGUNGSKONZEPTE UND ZUGANGSWEGE UNTERE EXTREMITÄT

An zwei Tagen dreht sich alles um Zugangswege und die Versorgung von Verletzungen der unteren Extremität. Im OP dann haben die Teilnehmer:innen die Möglichkeit, die in Vorträgen besprochenen Zugangswege an einer Leiche selbst praktisch durchzuführen. Ein weiteres Highlight ist die Integration eines Lagerungskurses als praktische Übung und zur Vertiefung vorhandenen Wissens. Nach Teilnahme an diesem Kurs sowie an den beiden Osteosynthese-Workshops Obere Extremität und Untere Extremität erhalten Sie das BDC-Zertifikat Osteosynthese.

Empfohlen für: Ärztinnen/Ärzte in Weiterbildung und Fachärztinnen/-ärzte der Unfallchirurgie, Orthopädie aber auch anderer chirurgischen Disziplinen

Wann: 18. – 19. September 2023

Wo: Johnson&Johnson Institute, Hummelsbütteler Steindamm 71, 22851 Norderstedt

Programm und Anmeldung: www.bdc.de/events/orthotrauma-versorgungskonzepte-und-zugangswege-untere-extremitaet-18-19-september-2023-norderstedt



Weitere Artikel finden Sie auf BDC|Online
(www.bdc.de, Rubrik BDC-News).

BDC|Schnittstelle – im Fokus: Dr. Ralf Schmitz

» Unser Neues Format BDC|Schnittstelle präsentiert ab sofort im monatlichen Turnus Persönlichkeiten aus den BDC|Landesverbänden. Den Anfang macht Dr. Ralf Schmitz, Vorsitzender des Landesverbands BDC|Schleswig-Holstein und Sprecher der Landesverbände. Das Interview führte Olivia Päßler vom BDC.

Passion Chirurgie Herr Dr. Schmitz, welchen Auftrag haben Sie sich für Ihren Landesverband auf die Fahne geschrieben?

Ralf Schmitz Die medizinische Versorgung ist in Deutschland föderal organisiert. Dies bedeutet, dass sich sowohl die Krankenhausstrukturen als auch die vertragsärztliche Versorgung regional in den einzelnen Ländern deutlich unterschiedlich darstellen können. Meine

Aufgabe als Landesverbandsvorsitzender des BDC ist es, den Mitgliedern in Schleswig-Holstein die Auswirkungen der Gesundheitspolitik zu kommunizieren und Hilfestellung bei unterschiedlichen Projekten zu geben, wie etwa die Organisation von Weiterbildungsverbünden oder die Gestaltung einer intersektoralen Versorgung. Als Sprecher der Landesverbandsvorsitzenden wiederum fällt es mir zu, die großen Themen der Gesundheitsversorgung und die regional unterschiedliche Ausgestaltung im Rahmen von Veranstaltungen zu thematisieren, zu diskutieren und Leuchttürme zu identifizieren, die als Vorbild für eine verbesserte Versorgung in den übrigen Regionen dienen könnten.

» ZUR PERSON



Dr. med. Ralf Schmitz

Vorsitzender des BDC|Landesverband
Schleswig-Holstein
Referatsleiter Niedergelassene Chirurgeninnen und
Chirurgen im BDC
Chirurg Unfallchirurg Orthopäde D-Arzt
Ltd. Arzt MVZ Chirurgie
Schönberger Str. 11 24148 Kiel
schmitz@bdc.de
www.chirurgie-kiel.de

Geboren 1962 in Kleve am Niederrhein. Nach dem
Abitur 1981 Aufnahme des Medizin-Studiums 1982
in Kiel. 1986 Auslandssemester an der University
of Southern California in Los Angeles, USA. Ameri-
kanisches medizinisches Staatsexamen 1987 und
deutsches Staatsexamen 1988.

Beginn der chirurgischen Ausbildung im Kreis-
krankenhaus Eckernförde unter Leitung von Dr.
O.F. Besch im Jahr 1989. Im gleichen Jahr Promo-
tion zum Doktor der Medizin. 1990 truppenärzt-
liche Tätigkeit im Marinestützpunkt Kiel und

Ausbildung zum Taucherarzt am Schifffahrts-
medizinischen Institut der Marine in Kronsha-
gen. 1991 Wiederaufnahme der Weiterbildung in
Eckernförde. Über viele Jahre Tätigkeit als Not-
arzt. 1996 Facharztanerkennung Chirurgie. Ein
Jahr später Wechsel in die Unfallchirurgische
Klinik der Christian-Albrechts-Universität (CAU)
Kiel, heute UKSH. Dort Weiterbildung unter Pro-
fessor Dr. D. Havemann und Professor Dr. H.-J.
Egbers. Anerkennung als Arzt für Unfallchir-
urgie 1999. 2007 Anerkennung als Facharzt für
Orthopädie.

Dr. Schmitz ist seit Januar 2000 als Vertragsarzt
in Kiel niedergelassen und hat 2006 das MVZ Chi-
rurgie mitgegründet. Mit der Unfallchirurgischen
Klinik des UKSH Campus Kiel besteht eine enge
Kooperation. Es liegt eine gemeinsame Verbund-
weiterbildungsermächtigung (Modellprojekt Kiel)
vor und es besteht eine enge Zusammenarbeit im
TraumaNetzwerk Nord.

Dr. Schmitz engagiert sich stark auf berufspoliti-
scher Ebene. Im BDC ist er seit 2011 der Landes-
vorsitzende in Schleswig-Holstein. Seit 2019 ist er
Sprecher aller Landesverbandsvorsitzenden und
leitet zudem das Referat Niedergelassene Chirur-
gen (RNC). Als solcher ist er Mitglied im erweiter-
ten Vorstand des BDC. Im neuen Themenreferat
Krankenhausstrukturen, intersektorale Versor-
gung und Nachhaltigkeit engagiert er sich für
eine bessere Zusammenarbeit über die Sektoren-
grenzen hinweg.



Olivia Päßler

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

Schmitz R: BDC|Schnittstelle – im Fokus:
Dr. Ralf Schmitz. Passion Chirurgie.
2023 September; 13(09): Artikel 07_02.



Mehr Interviews gibt es bald auf BDC|Online
(www.bdc.de).

PC Welches Thema liegt Ihnen für Ihre Region
in den nächsten Jahren besonders am Her-
zen?

RS Ganz klar zwei Themenblöcke, die eng
miteinander verbunden sind: Zum einen
ist es die Ausgestaltung der Weiterbil-
dung unseres chirurgischen Nachwuch-
ses, zum anderen die Verbesserung der
medizinischen Versorgung über die
Sektorengrenzen hinweg. Ganz konkret
geht es mir um eine bessere Vernetzung
und Kooperation zwischen Krankenhaus,
MVZ und Praxis auf kollegialer Basis.

PC Wie möchten Sie Ihre Themen mit Ihrem
Verband anpacken? Was sind die Hürden?

RS Auch wenn ich selbst als niedergelassener
Vertragsarzt in einem MVZ dem ambu-
lanten Versorgungssektor zugehörig bin,
so habe ich immer Wert daraufgelegt, die
klinikspezifischen Probleme in gleichem
Umfang zu adressieren. Um eine signi-
fikante Verbesserung der intersektoralen
Versorgung zu erreichen, braucht es han-
delnde Personen in den beiden Sektoren,
die sich vertrauen und offen sind für
Veränderungen. Problematisch wird es

immer dann, wenn pekuniäre Interessen im Vordergrund stehen und das Gefühl aufkommt, der andere Sektor will einem etwas wegnehmen. Erfreulicherweise mache ich die Erfahrung, dass von beiden Seiten eine engere Kooperation immer mehr gewünscht wird.

PC Welche Verantwortung und welchen Einfluss auf die Politik haben die Landesvertretungen des BDC aus Ihrer Sicht?

RS Die Landesverbände des BDC können und sollen Einfluss in den ärztlichen Standesorganisationen ausüben, also in Ärztekammer, Kassenärztlicher Vereinigung und Krankenhausgesellschaft. Zudem sollte auch immer der Kontakt zu Landespolitikern und Abgeordneten des Bundestages gesucht werden, letztendlich also den politischen Entscheidern. Diese zugegebenermaßen begrenzten Gestaltungsräume gilt es zu nutzen. Nur durch eine solche Art von Lobbyismus besteht die Möglichkeit, Verbesserungen in der medizinischen Versorgung in unserem Sinne zu erreichen.

PC Was wünschen Sie sich für Ihren Landesverband und die BDC-Landesverbände in den nächsten Jahren?

RS Nach innen gilt es mehr denn je zu einer Einheit zu finden. Die Chirurgie ist sehr vielfältig, nicht nur wegen der acht Säulen und einer zunehmenden Zahl an Subspezialisierungen. Es gibt den ambulanten Bereich, den Krankenhaussektor, die Einsatzchirurgie in der Bundeswehr und immer größer werdende intersektorale Versorgungsbereiche. Eine sinnvolle und zielorientierte Ausgestaltung dieser verschiedenen Felder ist nur möglich, wenn wir uns in der Chirurgie als Einheit begreifen und dies auch nach außen kommunizieren. Nur so werden wir wahrgenommen. Ist dies nicht der Fall, kommt der alte Caesar wieder ins Spiel: divide et impera – und damit würde uns die Gestaltungsmöglichkeit genommen.

PC Warum lohnt sich als BDC-Mitglied ein Engagement in den Landesverbänden? Wer kann für ein Mandat kandidieren?

RS Nicht meckern – sondern machen! Das ist meine Devise. Ich kann nur jeder Kollegin und jedem Kollegen empfehlen, die eigene Kreativität und die eigenen Ideen nicht für sich zu behalten, sondern in diversen Gremien publik zu machen und Mitstreiter zu suchen. Das muss nicht immer eine Mitarbeit im Vorstand eines Landesverbandes des BDC, sondern darf auch eine Kandidatur in Ärztekammer oder KV sein. Natürlich bedeutet ehrenamtliches Engagement immer auch eine zeitliche Belastung, und auch eine gewisse Frustrationstoleranz sollte idealerweise mitgebracht werden. Dann aber kann berufspolitisches Engagement durchaus befriedigend sein und zu positiven Veränderungen führen. Nur eins ist sicher: Eine Veränderung in die gewünschte Richtung ist nur mit dem Engagement möglichst vieler möglich, ohne ein solches ist eine Besserung ausgeschlossen!

Der BDC|Landesverband Schleswig-Holstein

Der Landesverband Schleswig-Holstein des BDC hat etwas mehr als 500 Mitglieder. Die jährlich stattfindenden Jahrestagungen befassen sich seit vielen Jahren mit den Themen Weiterbildung und Verbesserung der Versorgung über die Sektorengrenzen hinweg. In diesem Zusammenhang wurde schon 2015 mit Unterstützung der Ärztekammer Schleswig-Holstein das Modellprojekt Chirurgische Verbundweiterbildung Kiel implementiert, ein Projekt, das bundesweit Beachtung gefunden hat. Der Verband wird aktuell geleitet durch den niedergelassenen Unfallchirurgen Dr. Ralf Schmitz und seinen Stellvertreter Dr. Michael Müller, leitender Oberarzt der Klinik für Unfallchirurgie am UKSH Kiel. Die niedergelassenen Chirurginnen und Chirurgen werden vertreten durch den Handchirurgen Professor Dr. Tobias Kisch, den Viszeralchirurgen Dr. Bertram Wittrin und auch Dr. Schmitz.

Hier geht's zu den BDC|Landesverbänden: www.bdc.de/bdc-landesverbande/

Termine BDC | Akademie*

CURRICULUM BASISCHIRURGIE

DATUM		ORT	KURS-NR.	SEMINARTITEL	WISSENSCHAFTLICHE/R LEITER/IN	PREIS MITGLIED	PREIS NICHT-MGL
27.09.2023	29.09.2023	Kaiserslautern	2023-21667	Basischirurgie	PD Dr. med. habil. Christian Mönch; Dr. med. Martin Veit	400,00 €	600,00 €
17.10.2023	18.10.2023	Berlin	2023-21523	Basis Surgery - Learn and Chat	Prof. Dr. med. Wolfgang Schröder; Dr. med. Lena Rivera Cerezo	300,00 €	400,00 €
27.11.2023	01.12.2023	Berlin	2023-21664	Basischirurgie	Dr. med. Christian Müller; Prof. Dr. med. Stephan Gretschel	400,00 €	600,00 €

FACHARTZTVORBEREITUNG

DATUM		ORT	KURS-NR.	SEMINARTITEL	WISSENSCHAFTLICHE/R LEITER/IN	PREIS MITGLIED	PREIS NICHT-MGL
06.11.2023	10.11.2023	Dortmund	2023-22530	Facharztseminar Allgemein-chirurgie	Dr. med. Jens-Peter Stahl; Prof. Dr. med. Maximilian Schmeding	350,00 €	550,00 €
06.11.2023	09.11.2023	Hamburg	2023-23672	Facharztseminar Viszeralchirurgie	Prof. Dr. med. h.c. Jakob R. Izbicki; PD Dr. med. Matthias Reeh	350,00 €	550,00 €

FACHBEZOGENE SEMINARE, WORKSHOPS UND HOSPITATIONEN

DATUM		ORT	KURS-NR.	SEMINARTITEL	WISSENSCHAFTLICHE/R LEITER/IN	PREIS MITGLIED	PREIS NICHT-MGL
22.09.2023	23.09.2023	Aachen	2023-23860	Fußchirurgie I	Dr. med. Thorsten Randt	500,00 €	650,00 €
12.10.2023	13.10.2023	Tuttlingen	2022-23683	Spezielle Viszeralchirurgie	Prof. Dr. med. Michael Schäffer	300,00 €	500,00 €
16.11.2023	17.11.2023	online	2023-22409	Masterclass Hernienchirurgie	Prof. Dr. med. Ferdinand Köckerling	150,00 €	190,00 €
16.11.2023	17.11.2023	Köln	2023-24633	Robotische Chirurgie: Modul 4 – Hospitation oberer Gastrointestinaltrakt	Prof. Dr. med. Christiane J. Bruns; Prof. Dr. med. Hans Fuchs	300,00 €	500,00 €
23.11.2023	24.11.2023	Köln	2023-23635	VATS OP Kurs: Anatomische Segmentresektion	Prof. Dr. med. Erich Stoelben	400,00 €	500,00 €
23.11.2023	24.11.2023	Mannheim	2023-23674	Viszeralchirurgie Kompakt: Adipositas- und Metabolische Chirurgie	Dr. med. Sylvia Weiner; Prof. Dr. med. Mirko Otto	300,00 €	400,00 €
24.11.2023		Berlin	2023-23685	Viszeralchirurgie Kompakt: Beckenbodenchirurgie	PD Dr. med. Annett Gauruder-Burmester	300,00 €	500,00 €
30.11.2023	01.12.2023	Berlin	2023-22406	CAMIC 4: Laparoskopische kolorektale Chirurgie	Dr. med. Panagiotis Fikatas	400,00 €	600,00 €
30.11.2023	01.12.2023	Köln	2023-23684	Viszeralchirurgie Kompakt: Pankreaschirurgie	Prof. Dr. med. Christiane J. Bruns; PD Dr. med. Felix Popp; Prof. Dr. med. Florian Gebauer; Prof. Dr. med. Thomas Schmidt	300,00 €	500,00 €
01.12.2023	02.12.2023	Dresden	2023-23631	Kindertraumatologie für D-Ärzte/-Ärztinnen	Prof. Dr. med. Guido Fitze	300,00 €	500,00 €

FACHÜBERGREIFENDE SEMINARE

DATUM		ORT	KURS-NR.	SEMINARTITEL	WISSENSCHAFTLICHE/R LEITER/IN	PREIS MITGLIED	PREIS NICHT-MGL
06.10.2023	07.10.2023	Berlin und online	2023-24708	Abschlusscolloquium für hygienebeauftragte Ärzte (HBA)	Prof. Dr. med. Julia Seifert; Prof. em. Dr. med. Axel Kramer		
03.11.2023	04.11.2023	Hannover	2023-24710	Abschlusscolloquium Fortbildung für Hygienebeauftragte(r) Arzt/Ärztin (HBA) Spezialkurs für Niedergelassene Ärzte/Ärztinnen	Dr. med. Peter Kalbe		

SOFTSKILL- & MANAGEMENTSEMINARE

DATUM		ORT	KURS-NR.	SEMINARTITEL	WISSENSCHAFTLICHE/R LEITER/IN	PREIS MITGLIED	PREIS NICHT-MGL
11.11.2023		online	2023-27703	Abrechnungsseminar GOÄ und BG	Dr. med. Peter Kalbe	50,00 €	80,00 €
11.11.2023		online	2023-27708	Abrechnungsseminar EBM	Dr. med. Jörg-Andreas Rüggeberg	50,00 €	80,00 €
17.11.2023	18.11.2023	Berlin	2023-24600	Die Chirurgin als Leitende Ärztin / Der Chirurg als Leitender Arzt	Prof. Dr. med. Heinz-Jochen Gassel	400,00 €	600,00 €
18.11.2023		Berlin	2023-27834	Alltägliche Chirurgie in der Praxis: how I do it	Dr. med. Peter Kalbe; Dirk Farghal; Dr. med. Arndt Voigtsberger	290,00 €	370,00 €
01.12.2023	02.12.2023	Berlin	2023-26536	Refresherkurs: Chirurginnen auf dem Weg nach oben	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
26.09.2023	26.09.2023		Studie zur Prävalenz der Mangelernährung in der zentralisierten Versorgung von Darmkrebspatientinnen und -patienten Ergebnisse und mögliche ernährungstherapeutische Interventionen	PubliCare WissWerk		
27.09.2023	30.09.2023	Osnabrück	39. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Gefäßchirurgie und Gefäßmedizin	m:con – mannheim:congress GmbH		
04.10.2023	06.10.2023	Wiesbaden	Elbow 2023	Intercongress GmbH		
11.10.2023	11.10.2023	Berlin	Tag des OP-Managements	digmed GmbH	95,00 €	95,00 €
12.10.2023	14.10.2023	Leipzig	63. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Handchirurgie & 27. Kongress der DAHTH	Intercongress GmbH		
12.10.2023	13.10.2023	Bern	15th Congress of the European Hip Society	Intercongress GmbH		
20.10.2023	21.10.2023	Stuttgart	Facharzt und nun? Durchstarten in die eigene Praxis	Sportpraxis Stuttgart – ZSH Jens-Frederik Becker	100,00 €	100,00 €
24.10.2023	27.10.2023	Berlin	DKOU 2023	Intercongress GmbH		
10.11.2023	10.11.2023	Köln	Kommunikation mit schwerhörigen und gehörlosen Patienten in der Notfallmedizin	Frielingsdorf Consult GmbH	464,10 €	583,10 €
11.11.2023	11.11.2023	Offenbach	50 Jahre Schwerbrandverletzten Zentrum Offenbach – 20 Jahre Klinik für Plastische Chirurgie	Klinik für Plastische, Ästhetische Chirurgie und Handchirurgie Schwerbrandverletztenzentrum		

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.



PANORAMA

100 Jahre D-Arzt





Melanie Wendling
Geschäftsführerin
Bundesverband Gesundheits-IT –
bvitg e.V.
Friedrichstraße 200
10117 Berlin
melanie.wendling@bvitg.de

Über 100 Jahre D-Arzt – der Schnellzug in der medizinischen Versorgung

Melanie Wendling

Am 1. Mai 1892 ist es soweit: Der D 31/32 rollt vom heutigen Potsdamer Platz, dem damaligen Berlin-Potsdamer Bahnhof vom Gleis. Das Ziel: der Kölner Hauptbahnhof.

Neben den Fahrgästen versammeln sich auf dem Gleis auch zahlreiche Schaulustige. Denn die Möglichkeit des Durchschreitens der Waggon während der Fahrt ist eine kleine Sensation. In den Vorläufermodellen des D-Zugs müssen die Reisenden nämlich noch jedes einzelne Abteil von außen durch Türen betreten. Längs aller Wagen sind Laufbretter mit Haltestangen angebracht, über die der Schaffner zur Fahrkartenkontrolle balancieren und die Türen in akrobatischen Aktionen öffnen muss. Selbst als die früher gemächlich vor sich hin tuckenden Züge Geschwindigkeiten von 100 Stundenkilometern erreichen, ist das noch so. Entsprechend hoch sind die Unfallzahlen: vor allem auch, weil sich in überfüllten Zügen immer wieder Reisende auf die Trittbretter stellen. Es gibt nicht nur Verletzte, sondern auch Tote. [2]

Und nun, der D-Zug! So wurden ausschließlich Züge bezeichnet, deren Wagen durch mit Faltenbälgen geschützte Übergänge untereinander verbunden waren, die sogenannten Durchgangswagen. [3] Zudem sollte der D-Zug besonders pünktlich und bequem sein. Und nicht mehr an jeder „Milchkanne“, sondern nur noch an den wichtigsten Stationen halten.

Leider wissen wir nicht, ob der Begriff „Durchgangsarzt (D-Arzt)“ [1] in Anlehnung an den Durchgangszug gewählt wurde. Vorstellbar ist es aber durchaus: der D-Arzt als

Ansprechpartner für die wichtigsten Stationen für gesetzliche Unfallversicherte und Berufserkrankte. Der D-Arzt, der die Behandlungsübergänge überwacht, der dafür sorgt, dass die Behandlungen für die Versicherten bequem und pünktlich durchgeführt werden.

Benutzt wurde der Begriff „Durchgangsarzt“ zum ersten Mal in § 3 der Reichsversicherungsverordnung (RVO) am 29. November 1921, also fast 30 Jahre, nachdem der erste D-Zug durch Deutschland rollte. Danach hatte die Krankenkasse auf Wunsch der Berufsgenossenschaft deren Unfallverletzte anzuhalten, sofort nach der Krankmeldung und vor der ersten Inanspruchnahme des Kassenarztes einen von der Berufsgenossenschaft bezeichneten Facharzt (Durchgangsarzt) zurate zu ziehen.

Es ist leider nicht nur unbekannt, vor welchem Hintergrund der Begriff „D-Arzt“ gewählt wurde. Auch der Anlass für die Überlegungen zur Einführung eines Durchgangsarztes in der gesetzlichen Unfallversicherung ist nicht genau überliefert. Vielleicht aber steht die Einführung des Durchgangsarztes im Zusammenhang mit dem bislang schwersten Unglück in der Geschichte der deutschen chemischen Industrie und der größten zivilen Explosionskatastrophe in Deutschland: „Am Morgen des 21. Septembers 1921 ereigneten sich im Oppauer Werk der Badischen Anilin- und Sodafabrik im Laboratorium 53 zwei schwere Explosionen. Das ganze Gebäude wurde durch den Luftdruck emporgehoben und stürzte in sich zusammen. In dem Gebäude waren etwa 800 Mitarbeiter beschäftigt, von denen keiner mit dem Leben davongekommen ist. Durch den Luftdruck sind in der weiteren Umgebung von

Wendling M: Über 100 Jahre D-Arzt – der Schnellzug in der medizinischen Versorgung. *Passion Chirurgie*. 2023 September; 13(09): Artikel 09_01.



Mehr Artikel zum D-Arzt finden Sie auf BDC|Online (www.bdc.de) unter der Rubrik Wissen | Fachgebiete | Fachübergreifend.

Mannheim bis Heidelberg zahlreiche Fensterscheiben zertrümmert worden. In Mannheim, das vom Explosionsherd weit entfernt ist, sind bis jetzt ein Toter, 36 Schwer- und 20 Leichtverletzte festgestellt worden. Sämtliche Lazarette und Mannheim und Ludwigshafen sind von Verwundeten überfüllt.“ [4]

Dieses schwere Unglück in der chemischen Industrie könnte tatsächlich der Auslöser für die Implementierung des D-Arzt-Systems gewesen sein – denn die speziellen schweren (Brand-)Verletzungen erforderten eine spezielle medizinische Versorgung.

Und der D-Arzt beurteilte seinerzeit bereits, ob die Fürsorge der Krankenkasse ausreicht oder ob besondere Heilmaßnahmen notwendig sind – Kriterien, die man in ähnlicher Weise noch immer im Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger wiederfindet. Schon damals musste der Durchgangsarzt in der Beurteilung und Behandlung von Unfallverletzten besonders erfahren, fachärztlich ausgebildet (Chirurg oder Orthopäde) und ausschließlich fachärztlich tätig sein. [5]

HOHE ANFORDERUNGEN AN D-ÄRZTE GERECHTFERTIGT

Auch heute noch ist es im Zusammenhang mit Arbeitsunfällen die Aufgabe der Unfallversicherung, für den Verletzten durch geeignete Behandlungsmaßnahmen sowie durch Geld- oder Sachleistungen die schnellstmögliche Rückführung zur Leistungsfähigkeit sicherzustellen (§§ 26 ff. SGB VII). Hierzu werden in erster Linie Durchgangsarzte (D-Ärzte) bestellt, die nach Diagnosestellung über den weiteren Therapieverlauf entscheiden und den weiterbehandelnden Arzt bestimmen. Nach § 26 Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger hält der Arzt „den Unfallverletzten an, sich unverzüglich einem Durchgangsarzt vorzustellen, wenn die Unfallverletzung über den Unfalltag hinaus zur Arbeitsunfähigkeit führt oder die Behandlungsbedürftigkeit voraussichtlich mehr als eine Woche beträgt ... Eine Vorstellung beim Durchgangsarzt hat auch dann zu erfolgen, wenn nach Auffassung des behandelnden Arztes die Verordnung von Heil- oder Hilfsmitteln oder außerhalb der Berechtigung nach § 12 die Hinzuziehung eines anderen

Facharztes erforderlich ist. Bei Wiedererkrankung ist in jedem Fall eine Vorstellung erforderlich. Der Unfallverletzte hat grundsätzlich die freie Wahl unter den Durchgangsarzten.“

Bundesweit sind über 3.700 niedergelassene sowie an Krankenhäusern und Kliniken tätige Ärzte in dieses Verfahren vertraglich eingebunden. Jährlich werden ca. 2,8 Millionen Versicherte der gesetzlichen Unfallversicherungsträger im Durchgangsarztverfahren versorgt.

Auch wenn sich das D-Arzt-System in den vergangenen 100 Jahren mit leichten Modifikationen bewährt hat: Die hohen fachlichen und persönlichen Anforderungen an die Durchgangsarzte sind immer wieder Diskussionspunkt in der Ärzteschaft.

Denn der Durchgangsarzt muss zum Führen der deutschen Facharztbezeichnung „Orthopädie und Unfallchirurgie“ berechtigt und als solcher fachlich und fachlich-organisatorisch

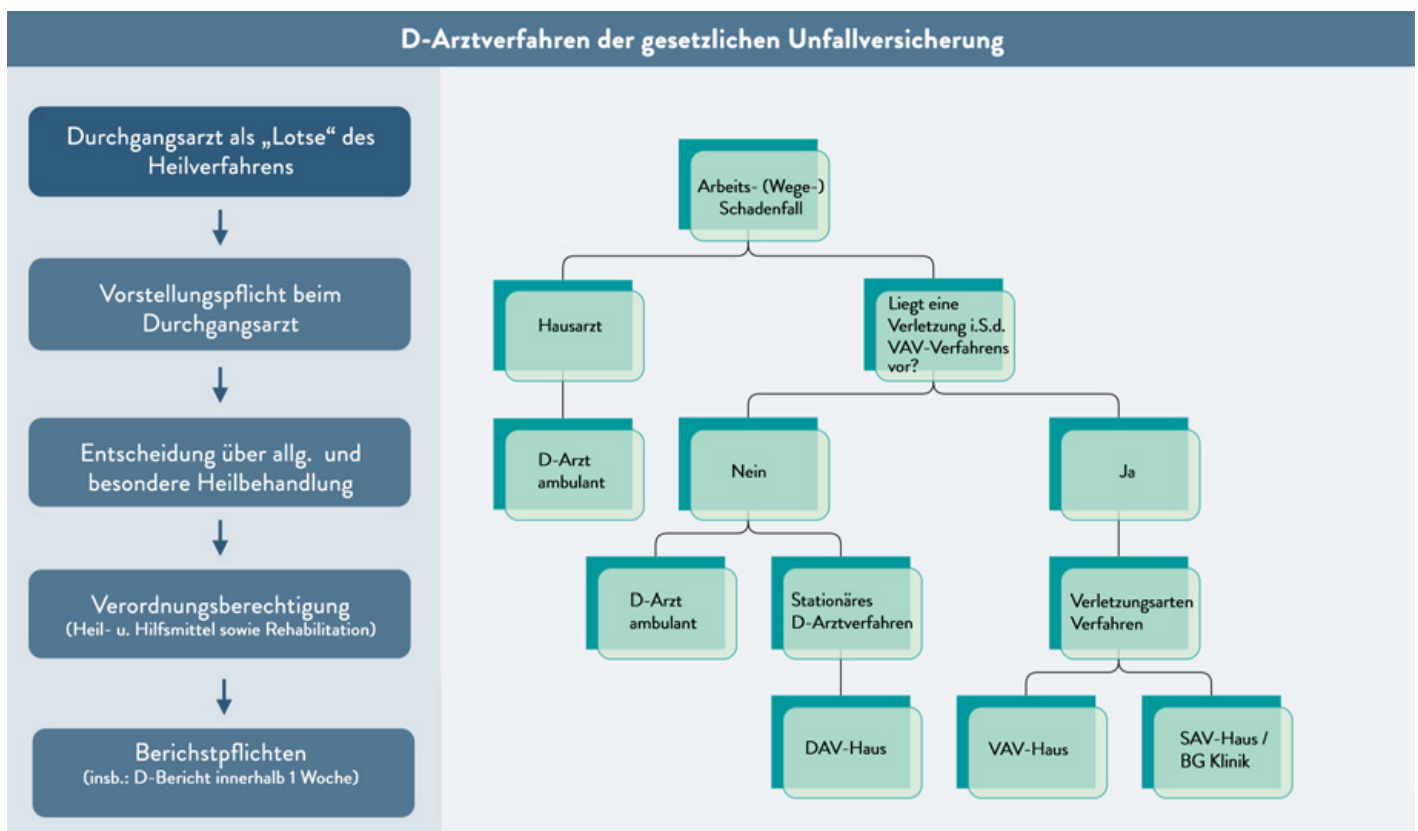


Abb. 1: D-Arztverfahren der gesetzlichen Unfallversicherung

weisungsfrei tätig sein. Der Durchgangsarzt muss zudem nach der Facharztanerkennung mindestens ein Jahr in einer Abteilung zur Behandlung Schwer-Unfallverletzter eines zum Verletzungsartenverfahren zugelassenen Krankenhauses vollschichtig unfallchirurgisch tätig gewesen sein. Dies ist durch ein qualifiziertes Zeugnis des für diese Abteilung verantwortlichen Durchgangsarztes nachzuweisen. Ist der Durchgangsarzt an einem Krankenhaus oder einer Klinik tätig, muss er darüber hinaus über die Zusatzbezeichnung „Spezielle Unfallchirurgie“ verfügen. [6] Der Durchgangsarzt ist grundsätzlich verpflichtet, seine Tätigkeiten persönlich zu erbringen. Ferner müssen Durchgangsarzte zusätzlich personelle, apparative und einrichtungsmäßige Voraussetzungen erfüllen und zur Übernahme weiterer Pflichten (insbesondere im Bereich der Berichterstattung, des Reha-Managements und auf dem Gutachtensektor) bereit sein. [7]

Die Landesverbände der DGUV beteiligen demnach ausschließlich fachlich geeignete Ärzte mit entsprechender Ausstattung der Praxis/Klinik am Durchgangsarztverfahren. Die hohen Anforderungen an den D-Arzt sind aber gewollt und gerechtfertigt, weil die Unfallversicherungsträger nach § 34 Abs. 1, 2 SGB VII alle Maßnahmen zu treffen haben, um eine möglichst frühzeitige und sachgemäße Heilbehandlung Versicherter zu gewährleisten. Diese Anforderungen sind gesetzestkonkretisierende Berufsausübungsregelungen zur Sicherung der Gleichbehandlung, die zur Qualitätssicherung gerechtfertigt sind, wie auch das Bundessozialgericht 2006 entschied. [8]

In einem späteren Urteil hat der Bundesgerichtshof zudem entschieden, dass „wegen des regelmäßig gegebenen inneren Zusammenhangs der Diagnosestellung und der sie vorbereitenden Maßnahmen mit der Entscheidung über die richtige Heilbehandlung ... jene Maßnahmen ebenfalls der öffentlich-rechtlichen Aufgabe des Durchgangsarztes zuzuordnen [ist] mit der Folge, dass die

Unfallversicherungsträger für etwaige Fehler in diesem Bereich haften“. [9] Was nichts anderes heißt, als dass sich die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung das Handeln der Durchgangsarzte als eigenes Handeln zurechnen lassen müssen.

Die Anforderungen an den Durchgangsarzt sind aber auch deshalb so hoch, weil er als „Lotse“ durch den gesamten Behandlungsablauf als Generalist fungieren muss, gleichzeitig aber einen hohen Spezialisierungsgrad im Bereich der in der gesetzlichen Unfallversicherung vorkommenden Verletzungsarten haben muss.

Eine Übernahme dieses Konzeptes zur Versorgung von Unfallverletzten im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung würde sich anbieten. Im Bundesministerium für Gesundheit wird allerdings das D-Arzt-System nicht in den Blick genommen – auch heute nicht. Somit sind nicht nur die Versorgungsbrüche über Sektorengrenzen hinweg im Deutschen Gesundheitssystem ein Problem – sondern auch die unterschiedliche Zuständigkeit der Ministerien (BMG = SGB V/BMAS = SGB VII). Dies führt dazu, dass die Best-Practice-Beispiele zwar quasi vor der Haustür liegen, aber keine Beachtung finden.

ZUKUNFT DES D-ARZTES

Die Gemeinsame BG-Kommission der unfallchirurgisch-orthopädischen Berufsverbände hat gemeinsam mit der DGUV eine weitgehende Reform der ambulanten D-Arzt-Versorgung auf den Weg gebracht. Ausgangspunkt war die Sorge um die weitere Akzeptanz der derzeitigen, in den Anforderungen der gesetzlichen Unfallversicherungen mit Geltung vom 01. Januar 2011 festgelegten Pflichten und die damit verbundene zukünftige flächendeckende Versorgung mit D-Ärzten. Auch die Altersstruktur der D-Ärzte spielt bei den Überlegungen eine Rolle, wobei dazu gesagt werden muss, dass die fachliche Befähigung zum D-Arzt eine jahrelange Ausbildung mit sich bringt. Zudem ist die Altersstruktur

ähnlich der von Ärzten in der gesetzlichen Krankenversicherung.

Für die DGUV war bei den weiteren Diskussionen aber auch von Bedeutung, dass sich nicht nur die Medizinerwelt, sondern die Arbeitswelt insgesamt verändert:

Klassische Arbeits- und Beschäftigungsformen werden zunehmend verändert oder gar abgelöst werden. Und nicht erst seit Corona besteht der Wunsch der jüngeren Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer nach alternativen Arbeits- und Beschäftigungsformen. Die Möglichkeiten des Nutzens des technologischen Fortschritts für den eigenen Arbeitsplatz, die Vereinbarkeit von Beruflichem und Privatem sowie Aspekte der Nachhaltigkeit führen ebenso wie verstärkte Aktivitäten im Bereich von Arbeitsschutz und Prävention zu einem gewünschten Rückgang der Arbeitsunfälle.

Bei allen Diskussionspunkten muss gemeinsames Ziel der Berufsverbände und der DGUV sein: Es gilt, in allen Teilen Deutschlands das seit über 100 Jahren bewährte D-Arzt-System zu erhalten oder dort, wo dies nicht immer möglich ist, neue Wege zu suchen, damit die Unfallversicherung weiterhin durch ein flächendeckendes Netzwerk von spezialisierten Ärztinnen und Ärzten, Therapeutinnen und Therapeuten sowie Unfall- und Rehabilitationskliniken die medizinische Versorgung sicherstellen kann!

Vielleicht ist die Bahn ja auch bei der Weiterentwicklung des D-Arzt-Verfahrens Impulsgeber: Ab 2023 sollen neue Züge mit dem Arbeitstitel „ECx“ die DB-Fahrzeugflotte erweitern. Das Innovative an diesen Zügen: Sie sind sehr flexibel einsetzbar, bieten WLAN sowie Fahrgastinformation mit Echtzeitdaten und sind barrierefrei. Im übertragenen Sinne: Mit Flexibilität, dem Einsatz von digitalen Hilfsmitteln und dem Blick auf die Versicherten wird der D-Arzt noch weitere 100 Jahre das System der gesetzlichen Unfallversicherung bereichern!

Altersstruktur beteiligter D-Ärztinnen und D-Ärzte

Gesamtzahl beteiligte D-Ärztinnen und D-Ärzte: 3.793 (Stand April 2021)

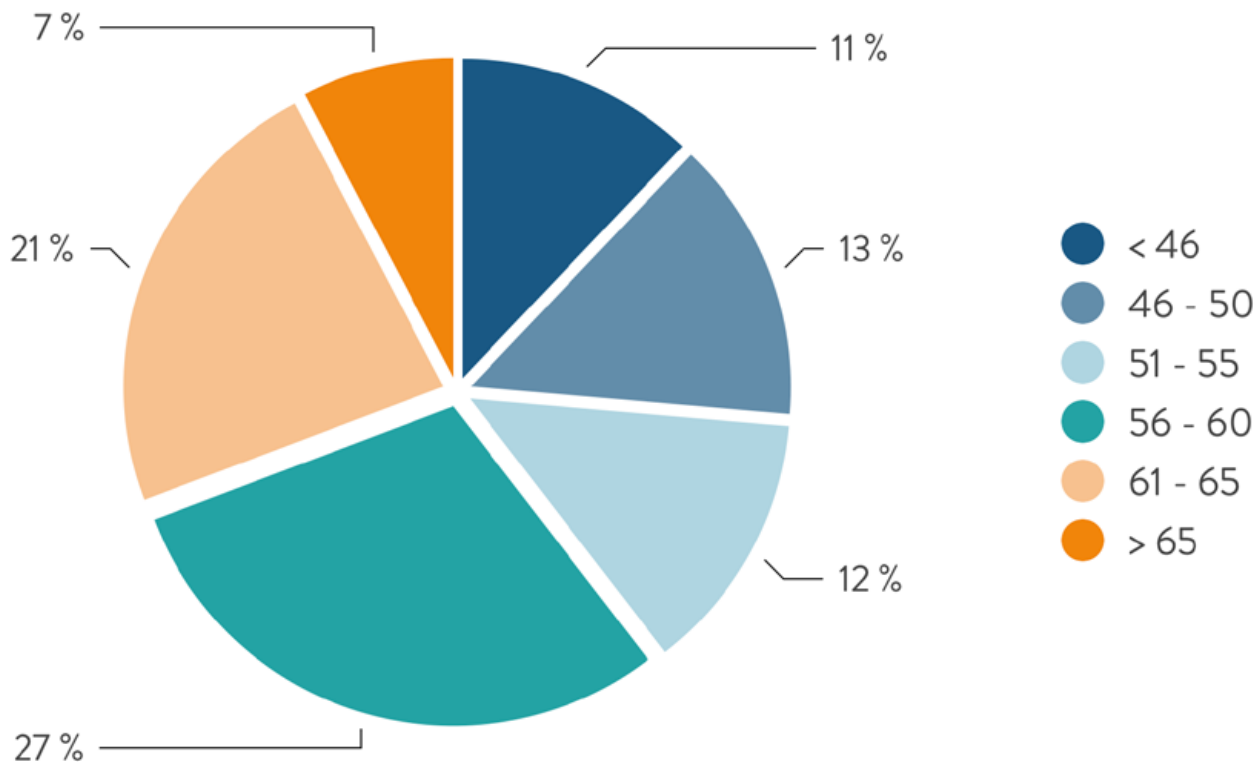


Abb. 2: Altersstruktur beteiligter D-Ärztinnen und D-Ärzte – Stand April 2021

LITERATUR

- [1] Offiziell heißt es Durchgangsarzt-Verfahren. Natürlich sind aber auch alle Ärztinnen gemeint, die diesen Beruf ausüben. Die DGUV setzt sich dafür ein, dass sich auch Frauen diese spezielle Facharzttrichtung ausüben. Deshalb sind mit dem Begriff D-Arzt alle Geschlechter einbezogen.
- [2] <https://www1.wdr.de/stichtag/stichtag-d-zug-100.html>
- [3] <https://de.wikipedia.org/wiki/Schnellzug>
- [4] <https://dfg-viewer.de/show/?set%5Bmets%5D=https://content.staatsbibliothek-berlin.de/zefys/SNP27112366-19210921-1-0-0-0.xml>
- [5] K.-H. Andro, Trauma und Berufskrankheit 9 aus 2007, Seite S339-S345
- [6] Vgl. https://www.dguv.de/medien/landesverbaende/de/med_reha/documents/d_arzt3.pdf
- [7] Arzt und BG, 6. Auflage, S. 112.
- [8] BSG vom 05.09.2006 – B 2 U 8/05 R
- [9] BGH Urteil v. 29.11.2016 – VI ZR 208/15 

BILDERRÄTSEL



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

Schicken Sie Ihre Antwort unter dem Stichwort „Passion Chirurgie 09/QIII/2023“ an bilderraetsel@bdc.de. Einsendeschluss ist der 01. November 2023. Die Auflösung dieses Rätsels finden Sie in der nächsten gedruckten Ausgabe im Dezember 2023.

Unter allen richtigen Einsendungen der ersten drei Quartalsausgaben (QI, QII, QIII) verlosen wir Ende 2023 wieder ein Android-Tablet. Die Auslosung wird Anfang November stattfinden und der Gewinner in der QIV/2023 bekannt gegeben.

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

TachoSil[®]

SEALANT
MATRIX



EVERYDAY HERO

Das Zeug zur
echten Heldin.

TachoSil[®]
Blutstillung und
Versiegelung
in einem.

 **corzamedical**



TachoSil[®] Versiegelungsmatrix

Quantitative und qualitative Zusammensetzung: TachoSil[®] enthält pro cm² Fibrinogen vom Menschen 5,5 mg, Thrombin vom Menschen 2,0 I.E., **Sonstige Bestandteile:** Kollagen vom Pferd, Albumin vom Menschen, Riboflavin (E 101), Natriumchlorid, Natriumcitrat (E 331), L-Arginin-Hydrochlorid. **Pharmakotherapeutische Gruppe:** Lokales Hämostatikum, ATC-Code: B02BC30.

Anwendungsgebiete: Bei Erwachsenen und Kindern ab einem Alter von 1 Monat zur unterstützenden Behandlung in der Chirurgie zur Verbesserung der Hämostase, zur Unterstützung der Gewebversiegelung und zur Nahtsicherung in der Gefäßchirurgie, wenn Standardtechniken insuffizient sind, sowie bei Erwachsenen zur unterstützenden Versiegelung der Dura mater, um postoperative Liquorleckagen nach neurochirurgischen Eingriffen zu vermeiden. **Gegenanzeigen:** Intravaskuläre Anwendung, Überempfindlichkeit gegen die Wirkstoffe oder einen der sonstigen Bestandteile.

Nebenwirkungen (Häufigkeit nicht bekannt): Anaphylaktischer Schock, Überempfindlichkeit, Thrombose, Darmverschluss (in der Bauchchirurgie), Adhäsionen, Bildung eines Fremdkörpergranuloms.

Weitere Warnhinweise: Nach Öffnen der äußeren Folie sofort verwenden. Nicht resterilisieren. Chargendokumentationspflichtig. **Inhaber der Zulassung:** Corza Medical GmbH, Speditionstraße 21, 40221 Düsseldorf, Deutschland. **Stand der Information:** 03./2023. **DE:** Verschreibungspflichtig. **AT:** Rezept- und apothekenpflichtig, wiederholte Abgabe verboten.

Weitere Informationen entnehmen Sie bitte der Fachinformation von TachoSil[®] Versiegelungsmatrix.

corza.com

2023060089