

PASSION

CHIRURGIE

PANORAMA

IN DER PROVINZ –
CHIRURGEN IN DER DDR (TEIL 1)

im Fokus

PERIOPERATIVE
PATIENTENBETREUUNG

01/02 | 2024

MITGLIEDERZEITSCHRIFT:
DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR CHIRURGIE
BERUFSVERBAND DER DEUTSCHEN CHIRURGIE

DGCH

DEUTSCHE
GESELLSCHAFT FÜR
CHIRURGIE E.V.
Gründ. 1912, Sitz Berlin



BDC

Berufsverband der
Deutschen Chirurgie e.V.

LERNEN WIE NIE ZUVOR.



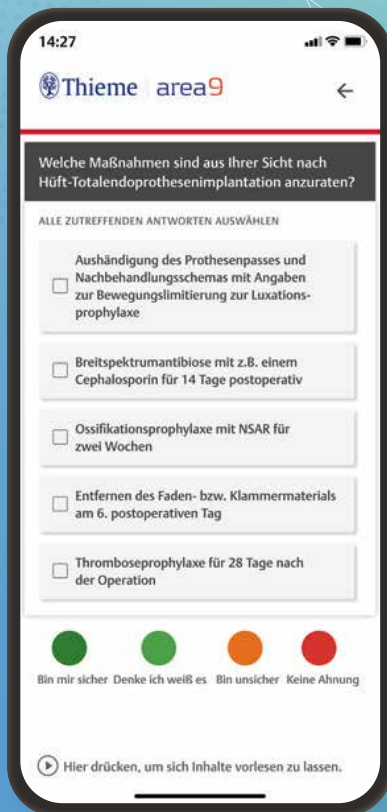
Adaptives Weiterbildungscurriculum Orthopädie und Unfallchirurgie

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



Thieme

Perioperative Medizin – das Gesamtkonzept muss stimmen

Carsten J. Krones



Prof. Dr. med. Carsten J. Krones

Leiter BDC-Themen-Referat
Presse- und Öffentlichkeitsarbeit
Preusweg 94
52074 Aachen
carsten.krones@gmx.de

Erfolgreiche Chirurginnen und Chirurgen laufen immer Gefahr sich in der operativen Handlung zu verlieren. Der Rausch der Tat lässt – frei nach Friedrich Stelzner – oft nicht nur die wissenschaftliche Überprüfung des chirurgischen Tuns in den Hintergrund treten, sondern vergisst auch die individuelle Funktionalität des Patienten als finales Primat des wahren Erfolgs. Es reicht aber nicht aus, dass der Eingriff technisch einwandfrei erfolgt. Am Anfang wie am Ende steht der ganze Mensch.

Ein Schlüssel zum umfassenden und nachhaltigen chirurgischen Erfolg stellt eine aufmerksame und individuell angepasste perioperative Betreuung. Nachdem lange Zeit Finessen in der Eingriffstechnik im Vordergrund des Strebens nach Verbesserung standen, hat sich der chirurgische Blickwinkel mittlerweile gespreizt. Nach Fast-track und ERAS präsentieren sich mit der Prähabilitation und dem Entlassmanagement jetzt zwei weitere Aspekte im Fokus des operativen Erfolgs, die vom eigentlichen Kerngeschäft nur scheinbar weit entfernt liegen.

Prähabilitation konditioniert Physis und Psyche bereits vor dem Eingriff um einen

größtmöglichen postoperativen Erfolg zu garantieren. Sie startet die Therapieschleife zu Hause. In Analogie zu üblichen Trainingseffekten scheint hier ein großes Potential zu liegen, auch wenn wissenschaftliche Vorteile zumindest für die Viszeralchirurgie noch nicht sicher erbracht sind.

Das Entlassmanagement wiederum schließt den Behandlungsbogen dann wieder mit der Rückkehr ins ambulante Umfeld. Dieser lange unterschätzte Schritt verdient eine deutliche Professionalisierung, da nichts dem genuinen Ziel der betroffenen Patienten mehr entspricht.

Doch keines der in diesem Thema vorgestellten Konzepte funktioniert ohne Personal. Die Pflegekrise – die wievielte Personalkrise im Krankenhaus ist das eigentlich? – ist untrennbar mit allen Fortschritten in der Chirurgie verbunden. Denn von echter Robotik, also dem Ersatz menschlichen Tuns, sind wir in unserem Fach noch weit entfernt.

In diesem Sinne lohnt sich die aufmerksame Lektüre der folgenden Artikel. Wir danken allen Autorinnen und Autoren für Ihre wertvollen Beiträge. 

Krones CJ: Editorial Perioperative Medizin –
das Gesamtkonzept muss stimmen.
Passion Chirurgie. 2024 Januar/Februar;
14(01/02): Artikel 01.



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

HERAUSGEBER

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

DGCH

Präsidentin: Prof. Dr. med. Christiane Bruns
Vizepräsidenten: Prof. Dr. med. Andreas Seekamp,
Prof. Dr. med. Udo Rolle,
Prof. Dr. med. Roland Goldbrunner
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
Katrín 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/izusek

ERSCHEINUNGSWEISE UND BEZUG:

Passion Chirurgie erscheint monatlich als elektronische
Ausgabe (eMagazin via BDC/Mobile App über Apple
AppStore oder GooglePlay).
Quartalsweise erscheint sie als gedruckte Zeitschriftenausgabe.

Der Bezug ist im Mitgliedsbeitrag des Berufsverbandes
der Deutschen Chirurgie e.V. und der Deutschen
Gesellschaft für Chirurgie e.V. enthalten und den
Mitgliedern vorbehalten.

EIGENTÜMER UND COPYRIGHT:

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

eISSN 2194-5578

GERICHTSSTAND UND ERFÜLLUNGORT: BERLIN

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



INHALT

1 EDITORIAL

1 Perioperative Medizin –
das Gesamtkonzept muss stimmen *Carsten J. Krones*

4 KURZNACHRICHTEN

6 CHIRURGIE

6

**PRÄHABILITATION –
EIN KONZEPT DES PERIOPERATIVEN
MANAGEMENTS MIT POTENTIAL**

Wolfgang Schröder, Hans Fuchs

12

**VOR DEM EINGRIFF IST
NACH DEM EINGRIFF**

Jörg Zittlau

16

**ENTLASSMANAGEMENT –
UNVERZICHTBARES TOOL IN DER
SEKTORENVERBINDENDEN
VERSORGUNG**

Ralf Wilhelm Schmitz

19

**VORGABEN UND OPTIMIERUNG
DES ENTLASSMANAGEMENTS:
WAS BEDEUTET DAS IM KLINIKALLTAG?**

Ankica Gagro, Michalina Krzonkalla

22

**PFLEGENOTSTAND ÜBERWINDEN –
ABER WIE? STRATEGIEN ZUR
PERSONALBINDUNG**

Guido Schumacher



54

80

26 CHIRURGIE⁺

- 26 Das verflixte Praktische Jahr *Olivia Päßler*
- 30 Aspekte des berufsorientierenden Praktikums
Katrin Maria Halloul, Frank Meyer
- 34 WEITER+BILDUNG – Willkommen zum
Bundeskongress Chirurgie 2024 in Nürnberg!
Jan Henniger, Frank Sinning
- 36 **Hygiene-Tipp:** Abtrennung zwischen
Waschbecken und Arbeitsfläche
*Lutz Jatzwauk, Walter Popp,
Wolfgang Kohnen*
- 38 **Rezension:** Krankenhaus Rating Report 2023 –
die Revolution?! *Hans-Joachim Meyer, Olivia Päßler*
- 39 **Arztpraxis Tipp:** Durchgangsarztbericht
nach älteren oder abgeschlossenen
Behandlungen *Peter Kalbe*
- 41 Reform der D-Arzt-Bedingungen zum 1.1.2024:
Strukturelle Voraussetzungen für Eingriffsräume
Peter Kalbe
- 44 Honorarberichte der KBV 3. Quartal 2022 *KBV*
- 45 Personalia
- 46 **RECHT**
- 46 BGH-Urteil: Aufklärung muss individuell erfolgen
und darf Risiken nicht verharmlosen *Sandra Miller*
- 49 **F+A:** Behandlung eines Arbeits- oder Schulunfalls
durch Vertragsarzt ohne D-Arztanerkennung
Jörg Heberer
- 50 **F+A:** Umsatzsteuerpflicht für ärztliche
Vertretungsleistungen und polizeiliche
Blutentnahme *Jörg Heberer*

54 GESUNDHEITSPOLITIK

- 54 **BDC-Praxistest:** Kreislaufwirtschaft – von Anfang
an partnerschaftlich denken und handeln
Jörn Vollmann, Carsten J. Krones, Olivia Päßler
- 58 Die Kinderchirurgie fordert die Sicherstellung
der Notfallversorgung und eine realistische
Bedarfsplanung *Joachim Suß, Olivia Päßler*
- 60 Reform der D-Arzt-Versorgung – Was tut sich, und
was ist weiter notwendig? *Peter Kalbe*
- 62 **Berufspolitik aktuell:** Satire oder Absicht?
Jörg-A. Rüggeberg

63 INTERN

- 63 **DGCH**
- 63 Sehr persönlich nachgefragt bei Karin Pfister
- 64 Nachruf auf Prof. Dr. med. Hubert Scheidbach
- 65 Rekrutierende multizentrische chirurgische
Studien in Deutschland *Solveig Tenckhoff*
- 68 Spendenaufruf Langenbeck-Virchow-Haus
- 69 **BDC**
- 69 BDC|News
- 71 Einladung zur BDC-Mitgliederversammlung 2024
Hans-Joachim Meyer
- 72 BDC|Landesverbände
- 74 Termine BDC|Akademie
- 78 Lifestyle-Angebote im Februar 2024

80 PANORAMA

- 80 Chirurgie in der DDR – In der Provinz (Teil 1)
Volker Klimpel

1/2 24

Kurz Nachrichten

„BRANDHEISS! BRANDGEFÄHRLICH! BRANDVERLETZT!“

TAG DES BRANDVERLETZTEN KINDES IM DEZEMBER 2023

Zum Aktionstag angemeldet hatten sich rund einhundert Aktionspartner:innen. Darunter waren Brandverletztencentren, Spezialkliniken für brandverletzte Kinder, Feuerwehren, Kindertagesstätten und viele Weitere. Sie zeigten die schwerwiegenden und oft unterschätzten Folgen von Verbrennungen und Verbrühungen im Kindesalter auf und gaben Tipps zur Prävention und zu Erste-Hilfe Maßnahmen.

Der BDC hat im Rahmen des Aktionstags auf den Verein Paulinchen e.V. und sein Engagement für brandverletzte Kinder und Jugendliche aufmerksam gemacht. Anlässlich seines 30jährigen Bestehens hat der Verein kürzlich eine Fotoausstellung gezeigt. Die künstlerischen Fotografien zeigen 17 heute erwachsene „Paulinchen-Kinder“, die vor Jahren eine Verbrennung oder Verbrühung erlitten haben. Bilder davon zeigt der BDC auf seinem Instagram-Profil.

Mehr Informationen:

- [Tag des brandverletzten Kindes](#)
- [30 Jahre Paulinchen](#)

[Zur Kampagne auf Instagram...](#)



KINDERBETREUUNG

AUF DEM DCK 2024 IN LEIPZIG



Geben Sie Ihre Kinder ab und lassen sich Zeit für Seminare, Workshops und netzwerken: Auf dem Chirurгиеkongress 2024 gibt es wieder die Möglichkeit, Kinder ab 12 Monaten und bis zu zehn Jahren an allen Kongresstagen – also vom 24.4. bis 26.4.2024 – zwischen 08:00 Uhr und 18:00 Uhr durch den KidsClub im Congress Center Leipzig betreuen zu lassen.

Wir bitten Sie um eine verbindliche Anmeldung, da die Betreuungskapazität auf 20 Kinder täglich begrenzt ist. Auch Vorort-Anmeldungen am Tagungsschalter sind grundsätzlich möglich, sofern zur gewünschten Zeit noch Kapazitäten frei sind.

[Zum Anmeldeformular „KIDSClub“](#)

KINDER VOR DEN FOLGEN DER KLIMAKRISE SCHÜTZEN



APPELL DER KINDERCHIRURGIE AN DIE POLITIK

Anlässlich der Klimakonferenz COP 28 Ende 2023 hat die Deutsche Gesellschaft für Kinderchirurgie e.V. (DGKCH) eine deutliche Botschaft an die Politik gerichtet: Die Gesundheit der Kinder und Jugendlichen steht auf dem Spiel, wenn wir nicht endlich an die Gesundheit unserer Erde denken.

„Insbesondere für die nachfolgenden Generationen werden die Auswirkungen des Klimawandels, falsche Ernährung und mangelnde Mobilität die größten Gesundheitsgefahren darstellen“, erklärt PD Dr. med. Barbara Ludwikowski, Präsidentin der DGKCH. „Nicht nur die Prävention und der besondere Schutz der Kinder und Jugendlichen vor den bereits merkbaren Folgen der Erderwärmung, sondern auch die Begrenzung von CO₂ Ausstoß und Umweltverschmutzung müssen schnellstens vorangetrieben werden, um zusammen mit der Förderung von gesunder Ernährung und Bewegung eine weitere Verschlimmerung der Situation und damit einhergehende Gefahren für die Gesundheit der jungen Generationen zu begrenzen.“

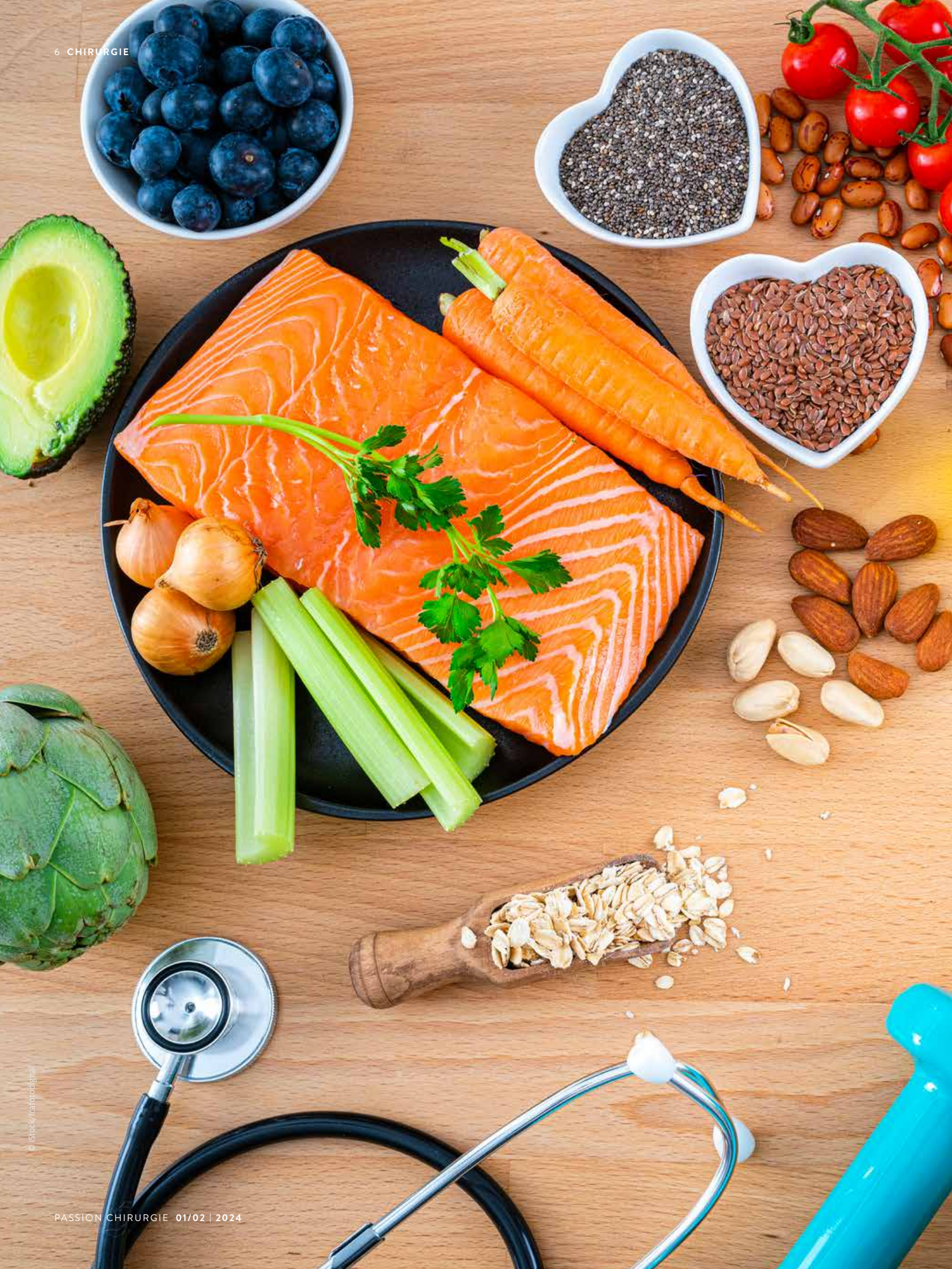
DIE GESUNDHEIT DER KINDER UND JUGENDLICHEN STEHT AUF DEM SPIEL

Die DGKCH unterstützt die Deutsche Allianz für Klimawandel und Gesundheit in ihren Forderungen. Drei Punkte hebt die Fachgesellschaft hervor, die auf die Kinderchirurgie großen Einfluss haben: Hitze/UV-Strahlung, Ernährung und Mobilität. „Klar ist: Die Politik und wir alle müssen sofort handeln. Körperliche und auch psychische Schäden, die durch den Klimawandel, durch ungesunde Ernährung gepaart mit einem Mangel an Bewegung bei Kindern und Jugendlichen verursacht werden, beeinträchtigen sie ein Leben lang“, betont Ludwikowski.

Positionspapier der Deutschen Allianz Klimawandel und Gesundheit **„Kinder vor den Folgen der Klimakrise schützen“**

Berufsverband der niedergelassenen Kinderchirurgen in Deutschland: www.kinderchirurgie.com

[Zum Artikel auf BDC|Online...](#)





IM FOKUS

Perioperative Patienten- versorgung



**Prof. Dr. med. Wolfgang Schröder,
FACS, FEBS**

Leiter der Deutschen Akademie für
chirurgische Fort- und Weiterbildung
Berufsverband der Deutschen
Chirurgie e.V.
Leitender Oberarzt
Klinik für Allgemein-, Viszeral-, Tumor-
und Transplantationschirurgie
Universitätsklinik Köln
schroeder@bdc.de



**Univ.-Prof. Dr. med. Hans Fuchs
FACS FEBS (Hon.)**

Leiter des BDC|Themenreferats
„Digitalisierung und technische
Innovation“
Sektion roboterassistierte minimal-
invasive Viszeralchirurgie & Künstliche
Intelligenz in der Chirurgie
Klinik und Poliklinik für
Allgemein-, Viszeral-, Tumor- und
Transplantationschirurgie
Uniklinik Köln (AöR)
hans.fuchs@uk-koeln.de

Schröder W, Fuchs H: Prähabilitation –
ein Konzept des perioperativen Managements
mit Potential. *Passion Chirurgie*.
2024 Januar/Februar; 14(01/02):
Artikel 03_01.



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

Prähabilitation – ein Konzept des perioperativen Managements mit Potential

Wolfgang Schröder, Hans Fuchs

Ein wesentliches Ziel der onkologischen Chirurgie besteht darin, die postoperative Morbidität eingriffsspezifisch so weit als möglich zu reduzieren. Hiermit sollen nicht nur die unmittelbare Lebensqualität der Patienten, sondern auch das onkologische Outcome verbessert werden. Zum einen ist für multiple Tumorentitäten nachgewiesen, dass die Rate postoperativer Komplikationen das Überleben direkt negativ beeinflusst, zum anderen werden signifikant weniger adjuvante Therapien nach komplikativen postoperativen Verläufen durchgeführt.

Gegenwärtig werden verschiedene wissenschaftliche Ansätze zur Reduktion der postoperativen Morbidität untersucht. Hierzu gehören insbesondere die geeignete Selektion von Patienten für spezifische Eingriffe sowie die Zentralisierung komplexer chirurgischer Prozeduren auf spezialisierte Standorte. Aber auch das perioperative Management selbst zielt unmittelbar auf eine Reduktion postoperativer Komplikationen ab. Intraoperativ haben sich in vielen Bereichen der onkologischen Chirurgie minimalinvasive Operationstechniken durchgesetzt, während postoperativ zunehmend sog. Fast-track-Konzepte mit diesem Ziel implementiert werden. Die Prähabilitation verfolgt dagegen den Ansatz, bereits präoperativ komplikationsträchtige Organdysfunktionen zu identifizieren, vor dem geplanten Eingriff zu konditionieren und so die Leistungsfähigkeit des Patienten vor dem Operationstrauma zu steigern. „Fit for surgery“ ist der Leitsatz dieses interdisziplinären Grundgedankens.

Im Folgenden soll in einem kurzen Überblick der aktuelle Wissenstand zur Prähabilitation

hinsichtlich seiner Rationalen, praktischen Durchführung und gegenwärtigen Evidenz zusammengefasst werden.

DEFINITION UND RATIONALE DER PRÄHABILITATION

Unter Prähabilitation wird im Allgemeinen ein präoperatives Behandlungskonzept verstanden, welches nach Untersuchung der einzelnen Organfunktionen verschiedene Übungen, Interventionen und Lifestyle-Modifikationen umfasst, die auf eine Verbesserung der präoperativen funktionellen Kapazität und damit eine Reduktion der postoperativen Morbidität abzielen.

Damit wird deutlich, dass Prähabilitation ein auf den spezifischen operativen Eingriff bezogenes Behandlungskonzept ist, welches sich an den Organdysfunktionen des individuellen Patienten orientiert. „One size does not fit all“ ist die Richtschnur der Prähabilitation. Ein junger gesunder Patient, der zur Versorgung eines Leistenbruchs ansteht, bedarf keiner Prähabilitation. Eine ältere, adipöse Patientin mit geplantem Hüftgelenkersatz wird von einer physiotherapeutischen Prähabilitation möglicherweise profitieren. Ein Patient mit Ösophaguskarzinom mit eingeschränkter pulmonaler Funktion und relevantem Gewichtsverlust weist vor geplanter Ivor-Lewis-Ösophagektomie ein erhebliches Potential zur Prähabilitation auf.

Prähabilitationskonzepte finden mittlerweile in fast allen chirurgischen Fachdisziplinen Anwendung. Ein wesentlicher Schwerpunkt liegt auf der onkologischen Chirurgie, da hier besonders häufig ältere Patienten mit

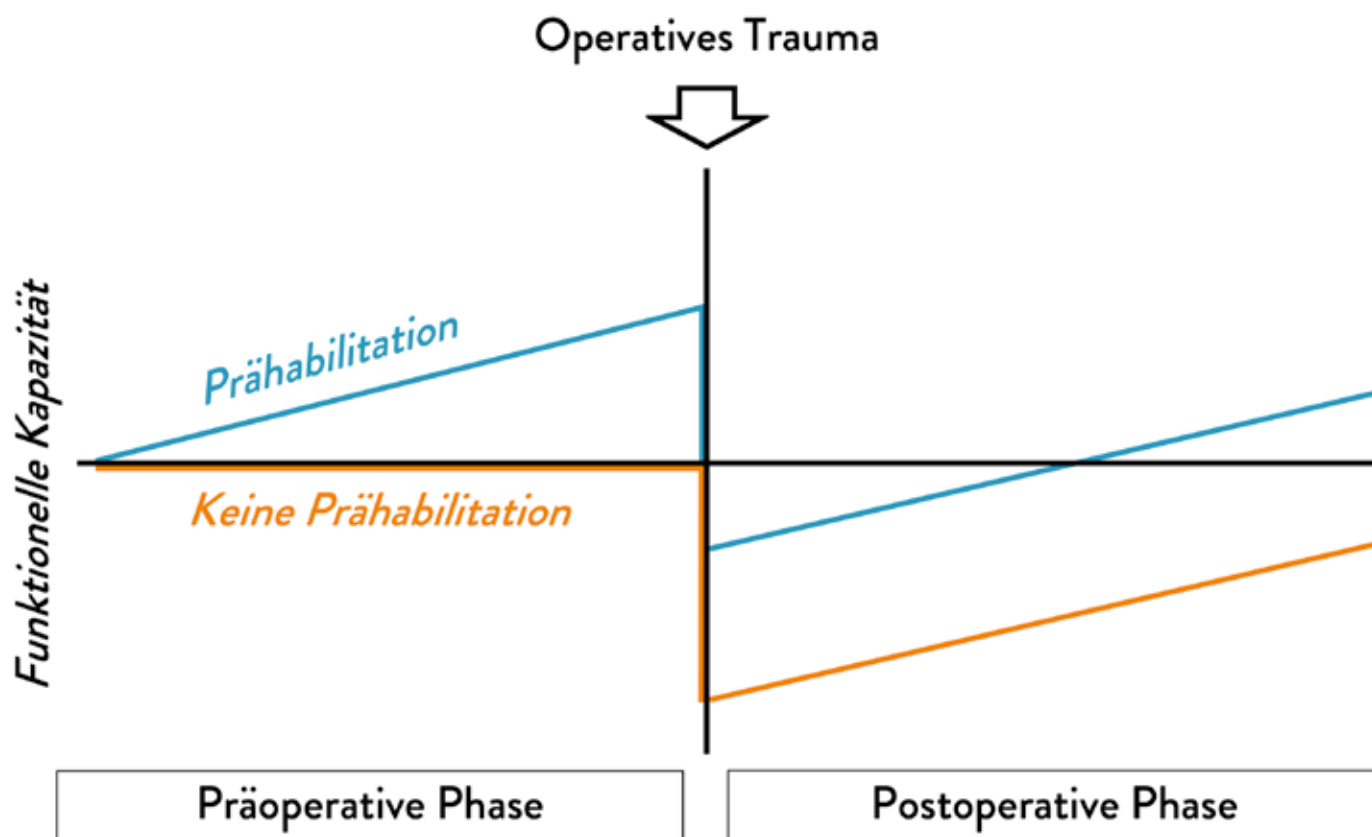


Abb. 1: Konzept der Prähabilitation (modifiziert nach [2])

multiplen Komorbiditäten behandelt werden. In einer aktuell publizierten, populationsbasierten Kohortenstudie konnte gezeigt werden, dass nach elektiven, großen chirurgischen Eingriffen („Major Surgery“) das 1-Jahres-Überleben signifikant mit dem Lebensalter des Patienten korreliert und Patienten > 80 Jahre eine kumulative Mortalität von 20 % aufweisen [1]. Diese exemplarisch aufgeführten Daten werden durch andere organbezogene Untersuchungen unterstrichen. Sie stellen die Rationale eines Prähabilitationskonzeptes. Die Idee der Prähabilitation basiert auf einer Stärkung der eingeschränkten Altersphysiologie vor dem operativen Trauma, welche in der postoperativen Phase dann zu einer schnelleren Rekonstitution des initialen Gesundheitszustandes führt, (s. Abb. 1) [2]. Aus pathophysiologischer Sicht erscheint es plausibel, dass postoperative „Fast-track“-Konzepte hier synergistische Effekte aufweisen, dieser Zusammenhang wurde bisher aber noch nicht weiter untersucht.

KONZEPTE DER PRÄHABILITATION

Der Patientenpfad zur Prähabilitation umfasst in der Regel vier unterschiedliche Phasen:

1. die Selektion der Patientengruppe (Screening),
2. die Einschätzung der vorhandenen funktionellen Kapazität (Assessment),
3. die eigentliche Behandlung (Intervention) und
4. die Beurteilung der erzielten Verbesserung (Re-Assessment).

Die Selektion der zu behandelnden Patienten orientiert sich an der eingriffsspezifischen Morbidität und dem individuellen Potential zur Verbesserung. Im Assessment sind gebräuchliche Scores des Allgemeinzustandes wie ASA oder ECOG nicht ausreichend differenziert, um die individuell eingeschränkte Leistungsfähigkeit exakt zu definieren. Hier werden stattdessen häufig der 6-Minuten-Gehtest oder auch zunehmend der

Frailty-Score eingesetzt. Frailty ist definiert als ein multidimensionales geriatrisches Syndrom, gekennzeichnet durch den Verlust von individuellen physiologischen Reserven sowie eine erhöhte Vulnerabilität gegenüber internen und externen Stressoren. Zur Evaluation umfasst die Frail-Scale modifiziert nach Fried die Faktoren Gewichtsverlust, Erschöpfung, körperliche Aktivität, Gehgeschwindigkeit und Handkraft. Der resultierende Score unterteilt die Patienten dann in die Kategorien „robust“, „prefrail“ und „frail“. Der Score wurde in multiplen Beobachtungsstudien validiert und korreliert signifikant mit der postoperativen Mortalität [1, 3]. Bei thorakalen Eingriffen ist dazu die präoperative Evaluation der Lungenfunktion mittels Spirometrie obligat. Zentraler Baustein des präoperativen Assessments ist die Beurteilung des Ernährungsstatus. Hier gibt der Body Mass Index (BMI) eine erste orientierende Einschätzung, da unter- und übergewichtige Patienten oft ein schlechteres postoperatives Ergebnis aufweisen. Zunehmende Anwendung findet der

Nutritional Risk Index (NRI), der in einem Vor- und Hauptscreening die Störung des Ernährungszustands über den Gewichtsverlust (in % des Körpergewichts/Zeit), die Schwere der Grunderkrankung sowie das Alter des Patienten dokumentiert. Der finale Score kann ein Ernährungsrisiko identifizieren und eine individuelle Ernährungsberatung empfehlen. Für einen Patienten > 70 Jahre mit einer onkologischen Grunderkrankung sowie einem Gewichtsverlust von > 5 % des Körpergewichts in zwei Monaten wird diese Empfehlung bereits ausgesprochen. Von zunehmender prognostischer Bedeutung ist auch die Sarkopenie, die den altersbedingten Verlust an Muskelmasse und -funktion beschreibt. Zur Bemessung der Sarkopenie wird im CT-Abdomen auf Höhe des dritten Lendenwirbelkörpers exemplarisch der Querschnitt des M. psoas in mm² berechnet und mit Referenzwerten für Männer bzw. Frauen verglichen. Insgesamt ist zu beachten, dass Mangelernährung, Frailty und Sarkopenie oft kombiniert zu beobachten sind, dies aber nicht zwingend der Fall sein muss.

Nach dem Assessment folgt die eigentliche Intervention, die in den gegenwärtigen Prähabilitationskonzepten vier Bereiche umfasst [2, 4]. Hierzu gehören

1. körperliche (zumeist anaerobe) und spirometrische Übungen zur Verbesserung der Muskelkraft und funktionellen Lungkapazität, damit einhergehend
2. die Optimierung und Anpassung der Ernährung. Begleitet wird dieses Programm von einem
3. kognitiven Training zur Verbesserung der Resilienz durch Relaxationsübungen oder auch eine psychoonkologische Betreuung sowie
4. Lifestyle-Modifikationen, die in erster Linie den Verzicht auf Nikotin und Alkohol umfassen.

Für jeden Patienten wird in diesen vier Bereichen ein individuell angepasstes Trainingsprogramm durch ein interdisziplinäres Team aus Internisten/Chirurgen, Physiotherapeuten, Ernährungsmedizinern und Psychotherapeuten zusammengestellt, welches für wenigstens vier Wochen vor dem geplanten Eingriff durchgeführt werden sollte [4]. Diese

Vorgaben verdeutlichen den hohen persönlichen und organisatorischen Aufwand dieser Programme. Im Re-Assessment werden die angewandten Testverfahren wiederholt, um eine Verbesserung der diagnostizierten Organdysfunktionen durch das gezielte Trainingsprogramm zu dokumentieren.

AKTUELLE EVIDENZ DER PRÄHABILITATION

In 2023 wurde von der AWMF in der S3-Leitlinie Perioperatives Management bei gastrointestinalen Tumoren (POMGAT) die aktuelle Evidenz zur Prähabilitation publiziert [5]. Diese Leitlinie analysierte die Parameter Mortalität, Gesamt-Komplikationen, pulmonale Komplikationen, Verweildauer im Krankenhaus und auf der Intensivstation sowie Lebensqualität. Die Ergebnisse wurden neben der Betrachtung des Gesamtkollektivs zusätzlich in definierte Risikogruppen stratifiziert. Für keine der untersuchten Outcome-Variablen konnte ein Effekt nachgewiesen werden. Lediglich die pulmonalen Komplikationen wurden wahrscheinlich durch die Prähabilitation im gesamten Kollektiv positiv beeinflusst. Dazu ließ sich bei den Gesamt-Komplikationen ein möglicher Effekt für einzelne Risikokollektive annehmen. Die Ergebnisse der Leitlinie wurden in einer aktuellen Publikation bestätigt, welche die bisher publizierten systematischen Reviews und Metaanalysen in einem sog. Umbrella-Review zusammenfasst [6]. Zusammenfassend ist der Nutzen einer Prähabilitation auf das postoperative Outcome gegenwärtig also nicht sicher nachzuweisen. Die Studienlage bleibt zurzeit aber auch noch schwach. Die Studienpopulationen sind inhomogen gewählt und die untersuchten Risikogruppen unzureichend definiert (*patient selection*). Dazu weisen die eingeschlossenen Studien sowohl eine mangelnde Konsistenz der Prähabilitations-Programme (*intervention design and duration*), eine mangelnde Überprüfung der Umsetzung (*compliance/adherence*) sowie abweichende primäre Outcome-Parameter auf.

Exemplarisch für eine gut geplante und durchgeführte Studie steht eine aktuell publizierte Untersuchung, welche randomisiert 251 Patienten mit kolorektalem Karzinom

vor minimalinvasiver Resektion in einem randomisierten Studiendesign mit und ohne 4-wöchige multimodale Prähabilitationsintervention einschloss (PREHAB Trial) [7]. Primäre Endpunkte waren die postoperativen Komplikationen gemessen als Comprehensive Complication Index (CCI) sowie der 6-Minuten-Gehtest. Auch wenn sich durch das Trainingsprogramm der 6-Minuten-Gehtest vier Wochen postoperativ in der Interventions- gegenüber der Kontrollgruppe nicht unterschied, war die Anzahl der schweren Komplikationen (CCI > 20) signifikant geringer bei Patienten mit Prähabilitationsprogramm. Weitere Studien dieser Konzeption sind notwendig, um den Benefit eines multimodalen Prähabilitationsprogramms für spezifische Eingriffe und Risikokohorten verlässlich zu bewerten.

ZUSAMMENFASSUNG

Die Prähabilitation umfasst jede Form von präoperativer Intervention, die darauf abzielt, altersbedingte Organdysfunktionen zu konditionieren und damit die postoperative Rekonvaleszenz zu verkürzen. Prähabilitationsprogramme werden eingriffsspezifisch an das individuelle Ausgangsniveau des Patienten angepasst. Das mindestens vierwöchige Training selbst ist multimodal konzipiert und umfasst in der Regel vier Bereiche: physisches Training, Ernährungsumstellung, kognitives Training und Lifestyle-Modifikationen. Der Prähabilitation wird ein großes Potential zugeschrieben, die peri- und postoperative Morbidität zu senken. Die aktuelle Evidenz kann aufgrund mangelnder Studienqualität jedoch noch keinen sicheren Benefit dokumentieren.

LITERATUR

- [1] Gill TM, Wyk BV, Summer LL, et al.. Population-Based Estimates of 1-Year Mortality After Major Surgery Among Community-Living Older US Adults. JAMA Surg. 2022;157(12):e225155. doi:10.1001/jamasurg.2022.5155
- [2] Charlotte J.L. Molenaar, Nicole E. Papen-Botterhuis, Florian Herrle and Gerrit D. Slooter. Prehabilitation, making patients fit for surgery – a new frontier in

perioperative care. *Innov Surg Sci* 2019; 4(4): 132–138

[3] Patrick R. Varley, Dan Buchanan, Andrew Bilderback, Mary Kay Wisniewski, et al.. Association of Routine Preoperative Frailty Assessment With 1-Year Postoperative Mortality. *JAMA Surg.* 2023;158(5):475–483. doi:10.1001/jamasurg.2022.8341

[4] June F. Davis, Stefan J. van Rooijen, Chloe Grimmett, Malcom A. West, et al. From Theory to Practice: An International

Approach to Establishing Prehabilitation Programmes. *Current Anesthesiology Reports* (2022) 12:129–137

[5] Leitlinienprogramm Onkologie (Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe, AWMF): Perioperatives Management bei gastrointestinalen Tumoren (POM-GAT), Langversion 1.0, 2023, AWMF-Registernummer: 088-010OL

[6] Daniel I. McIsaac, Marlyn Gill, Laura Boland, Brian Hutton, Karina Branje, et al.. Prehabilitation in adult patients

undergoing surgery: an umbrella review of systematic reviews. *British Journal of Anaesthesia*, 128 (2): 244e257 (2022)

[7] CJL Molenaar, EM Minnella, Miquel Coca-Martinez, et al.. Effect of Multimodal Prehabilitation on Reducing Postoperative Complications and Enhancing Functional Capacity Following Colorectal Cancer Surgery. The PREHAB Randomized Clinical Trial. *JAMA Surg.* doi:10.1001/jamasurg.2023.0198



M3-Abschlusstraining STAATSEXAMEN UND KARRIERE

Essen, 15.–16.03.2024

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

→ www.staatsexamen-und-karriere.de

Bester
Support
für Ihre
PJ'ler:innen

- Fallbasierte Sessions
- Simulierte Prüfungssituationen
- Gespräche, Drinks und Snacks beim »Karriere-Speed-Dating«
- Echte M3-Prüfer:innen
- u.v.m.





Dr. Jörg Zittlau
Wissenschaftsjournalist
Bremen
joerg.zittlau@gmail.com
www.joergzittlau.de

Vor dem Eingriff ist nach dem Eingriff

Jörg Zittlau

Dieser Artikel erschien am 28. Mai 2023 im Wissensteil der Welt am Sonntag. Er galt unter den Einsendungen für den BDC-Journalistenpreis 2023 als einer der Favoriten.

„Der bestrahlte Patient“, „Plastische Chirurgie“, „Robotik an der Wirbelsäule“ – die Programmpunkte des Deutschen Chirurgie-Kongresses, der 2023 in München tagte, klangen interessant, aber weitgehend erwartbar. Ein Thema jedoch stach sofort ins Auge: „Prähabilitation – sinnhaft oder Lifestyle?“. Fast hätte man dahinter einen Druckfehler vermuten können; die „Rehabilitation“, kurz Reha, gehört schließlich zum Standardrepertoire bei operativen Eingriffen. Aber „Prähabilitation“?

Tatsächlich handelt es sich dabei um ein eigenes Therapiekonzept, das in der Chirurgie derzeit ziemlich im Trend liegt – ohne deswegen nur Lifestyle zu sein. Das Kofferwort setzt sich aus „Präoperativ“ und „Rehabilitation“ zusammen, womit auch schon klar wird, worum es im Wesentlichen geht. Nämlich darum, „das Komplikationsrisiko zu verringern und dafür zu sorgen, dass sich Patienten nach der Operation möglichst schnell wieder erholen“, erklärt Natascha Nüssler, Chefärztin an der München-Klinik Neuperlach und Vizepräsidentin der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie. Ihr Chirurgenkollege Tim Vilz vom Universitätsklinikum Bonn verwendet gern ein Beispiel aus dem Sport, um das Konzept zu veranschaulichen: „Niemand würde einen Marathon ohne Ernährungsumstellung und Training und auch nicht ohne eine entsprechende psychische Vorbereitung angehen“, sagt er. „Das sollte man auch bei einer schweren OP so handhaben – denn die verlangt uns ebenfalls viel

ab.“ Vilz arbeitet als Bauchchirurg mit dem Schwerpunkt „chirurgische Onkologie“, er ist außerdem Koordinator für die kommende Leitlinie, wie man Patienten mit Krebserkrankungen im Magen-Darm-Trakt perioperativ behandelt – also vor, während und nach dem operativen Eingriff. Dabei spielt die Prähabilitation eine zentrale Rolle.

Geht es nach Vilz, kann man deren Maßnahmen jedoch nicht nur in der Bauchchirurgie anwenden, sondern – mit entsprechenden Anpassungen – auch auf andere chirurgische Fachdisziplinen übertragen, zum Beispiel auf die Lungen-, Gefäß- oder Kinderchirurgie. Auch die Herzchirurgie zählt dazu. Das zeigte unlängst eine Studie, die von einem Forscherteam um die Kardiologin Claudia Walther vom Uniklinikum Frankfurt am Main an 170 Bypass-Patienten durchgeführt wurde. Die eine Hälfte von ihnen absolvierte vor dem Eingriff ein zweiwöchiges Ergometer- und Gymnastik-Training, die andere nicht. Nach der OP durchliefen beide Gruppen ein dreiwöchiges Reha-Programm – ohne Unterschiede. Es zeigte sich jedoch, dass die Prähabilitations-Patienten später bei typischen Alltagsbelastungen deutlich besser abschnitten. So legten sie in einem sechsminütigen Gehtest 30 bis 40 Meter mehr zurück. Und als es darum ging, von einem Stuhl aufzustehen, einmal um ihn herumzulaufen und sich wieder hinzusetzen, stellten sie sich ebenfalls geschickter an. Insgesamt deuteten alle Ergebnisse darauf hin, dass ihre Lebensqualität wesentlich höher war als in der Kontrollgruppe.

KÜRZER IM KRANKENHAUS

Wirkt sich eine Prähabilitation auch positiv auf die Komplikationsrate und Verweildauer

Zittlau J: Vor dem Eingriff ist nach dem Eingriff. Passion Chirurgie. 2024 Januar/Februar; 14(01/02): Artikel 03_02.



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

im Krankenhaus aus? Walther und ihr Team haben das wissenschaftliche Datenmaterial zu diesem Thema ausgewertet. Ergebnis: Mit einer Prähabilitation lässt sich nach einer Herz-OP ungefähr ein Tag Klinikaufenthalt einsparen. Und das Risiko für Vorhofflimmern nimmt bei den jüngeren, nicht aber bei den älteren Patienten ab – die ja besonders oft am Herzen operiert werden. Hier erscheint der Nutzen einer Prähabilitation also sehr überschaubar. Der Bonner Mediziner Vilz verweist diesbezüglich auf die „bislang dürftige Datenlage“, auch bei den Operationen im Bauchraum. Als gesichert gelte, dass die Patienten nach dem Eingriff belastbarer seien, wenn sie vorher eine Prähabilitation durchlaufen haben. „Doch ob die Komplikationsrate dadurch heruntergeht, können wir bislang nicht definitiv sagen“, sagt Vilz.

Allerdings könnte sich das schon bald ändern, denn die wissenschaftliche Forschung in diesem Bereich hat gewaltig an Fahrt aufgenommen. Zumindest lässt sich bereits heute die Zielgruppe einkreisen. Anders, als es die Frankfurter Studie vermuten ließe, dürften jüngere und gesunde Patienten in der Regel weniger von einer Prähabilitation profitieren – einfach deshalb, weil sie noch relativ fit sind. Den größten Effekt erzielt die vorbeugende Therapie bei Menschen, auf die eines oder mehrere der folgenden Kriterien zutreffen: Über 65 Jahre alt, fehlernährt, körperlich inaktiv, Raucher und durch die Diagnose psychisch belastet. Das sind keine Randgruppen: In den deutschen OP-Sälen dürften jährlich Tausende liegen, denen eine Prähabilitation Gutes täte.

Wie diese Vorbereitung konkret aussehen kann, erläutert Vilz am Beispiel eines Patienten mit Mastdarmkrebs: „Idealerweise sollte er mit dem Stellen der Diagnose ein Sportprogramm ausgearbeitet bekommen, und er braucht eine Ernährungsberatung, weil er sich künftig betont proteinreich

ernähren sollte.“ Von großer Bedeutung sei aber auch die psychologische Betreuung des Patienten. „Denn nach einer Tumordiagnose“, sagt Vilz, „reagieren viele Menschen verständlicherweise mit einer reaktiven Depression“.

Am Uniklinikum in Leipzig laufen derzeit Studien, in denen Krebspatienten zu Hause an einem Online-Sportprogramm teilnehmen, um an ihrer Leistungsfähigkeit für die bevorstehende Operation zu arbeiten. Sie nutzen dabei „Weareables“, also tragbare Geräte wie Brustgurte und Smartwatches, die ihre Vitalwerte messen – Puls, Blutdruck, Atemfrequenz. Auf diese Weise kann dann ein Sportmediziner kontrollieren, ob die Belastung in Ordnung ist oder nachjustiert werden muss; etwa, wenn der Patient gerade eine Chemotherapie macht. Zudem werden in Leipzig die Blutwerte untersucht, um beispielsweise einen Eisenmangel aufzudecken. Es gibt allerdings auch Kritik an der Prähabilitation. Ein oft vorgebrachtes Gegenargument lautet: Man habe nicht die Zeit dafür. Denn die anstehenden Eingriffe seien in der Regel zu dringend, als dass man sie verschieben dürfte, um den Patienten in den Wochen davor noch prähabilitativ aufzubauen. Diesen Einwand hört man gerade in der Onkologie recht häufig. „Hier glauben die Patienten oftmals selbst: „Oh Gott, ich hab Krebs und muss jetzt so schnell wie möglich operiert werden“, berichtet die Münchner Chefärztin Natascha Nüssler.

ZEIT FÜR DIE PRÄHABILITATION NEHMEN

Doch diese Eile ist allenfalls bei Notfalloperationen angezeigt. Ansonsten zeigen gerade Studien an Krebspatienten, dass der Zeitfaktor – wenn es um Wochen geht – nicht so relevant ist, wie oft behauptet wird. Im Gegenteil: Das Risiko für einen geschwächten, unterernährten Krebspatienten ist bei einer OP viel größer, wenn man ihn nicht zuvor aufpöppelt.

Und die Perspektiven eines Rauchers, dem ein Bypass gelegt werden soll, sind ebenfalls besser, wenn man ihn auf einen Nikotinentzug vorbereitet. „Es sollte nicht das Ziel sein, möglichst schnell zu operieren“, betont Nüssler. „Vielmehr geht es darum, den Patienten möglichst zum optimalen Zeitpunkt zu operieren, sodass er sich schnell erholt und seine Krankheit erfolgreich behandelt wird.“ Vor diesem Hintergrund könne es durchaus sinnvoller sein, die OP ein paar Wochen nach hinten zu verschieben.

Ein weitaus größeres Problem hat die Prähabilitation damit, dass sie bisher – mit Ausnahme der orthopädischen Eingriffe – in der medizinischen Versorgung nicht etabliert ist. Was nicht zuletzt daran liegt, dass sie aufwendig und entsprechend kostspielig ist. Die Krankenkassen wären zur Kostenübernahme bereit, wenn wirklich klar ist, dass ein bestimmter Patient mit seiner spezifischen Krankengeschichte von einer Prähabilitation profitieren würde. „Doch so weit sind wir noch nicht“, sagt Vilz. Es gebe daher noch nahezu keine ausgewiesenen Prähabilitation-Ambulanzen oder -Kliniken. Immerhin bieten die München-Klinik sowie einige Unikliniken – oft im Rahmen von Studien – entsprechende Konzepte an, etwa in Bonn, Leipzig, Frankfurt am Main oder Mannheim. Wer dort nicht in Behandlung ist, sollte mit seinen behandelnden Ärzten besprechen, was er im Vorfeld des Eingriffs tun kann. Einfach nur darauf zu warten, dürfte in vielen Fällen die schlechteste Option sein, weil es häufig bedeutet, dass die Patienten zu Hause sitzen, über ihre Krankheit und Perspektiven grübeln. Eine Prähabilitation gibt ihnen dagegen die Möglichkeit, sich aktiv auf die OP vorzubereiten. „Die meisten Patienten wissen in Anbetracht dieser Alternativen ziemlich schnell, was sie zu tun haben“, sagt Vilz. „Die Prähabilitation besitzt in der Regel eine große Akzeptanz.“ Und ansonsten gibt es ja noch den Marathon-Vergleich, um sie zu überzeugen.

VORBEREITUNG IST ALLES

DIE FÜNF SÄULEN DER PRÄHABILITATION



Atemtraining

Bei älteren, körperlich unfitten Patienten kommen Atemtrainer zum Einsatz: Plastikgeräte mit einer Art Schnorchel, durch die Patienten möglichst tief ein- und ausatmen. Das Gerät zeigt an, wie tief man Luft geholt hat. Dosierung: vier bis fünf Einheiten à zehn bis zwölf Atemzüge. Alternativ kann man beim Physiotherapeuten üben.

Psychische Vorbereitung

Viele Patienten fallen nach ihrer Krebsdiagnose in ein psychisches Loch, aber auch eine anstehende Bypass-OP kann Betroffenen viel zumuten. Ihr Redebedarf sollte nicht nur von Angehörigen gedeckt werden, sondern auch von Therapeuten, die wissen, was auf die Patienten zukommt. So glauben viele, dass sie nach dem Eingriff wochenlang außer Gefecht gesetzt sind. Tatsächlich dauert es meist nur ein paar Tage.

- ➔ 31 Prozent der Patienten hatten in einer Studie nach ihrer Bauch-OP mit Präha mindestens eine Komplikation. In der Kontrollgruppe ohne Präha waren es 62 Prozent.



Ernährung

Am OP-Tag nüchtern zu bleiben, gilt mittlerweile als überholt. Laut einem von internationalen Forschern entwickelten Konzept dürfen Patienten bis zu sechs Stunden vorher normal essen. Zudem erhalten sie bis zu zwei Stunden vorher eine glukosehaltige Nährlösung, etwa Apfelsaft oder Eistee, um die postoperative Stressantwort des Körpers zu reduzieren.

- ➔ 12 Wochen dauerte es in einer Studie zu Hüftgelenk-OPs, bis Patienten ohne Präha so viel Kraft und Funktionalität wiedererlangt hatten wie Präha-Patienten.

Tabak- und Alkoholentzug

Raucher haben nach größeren OPs ein doppelt so hohes Risiko für tiefe Wundinfektionen und häufiger Probleme mit der Narkose. Für regelmäßige Alkoholkonsumenten gilt Ähnliches.

Hier empfiehlt sich Enthaltsamkeit, am besten ab vier Wochen vor dem Eingriff.



Bewegung

Ältere Patienten haben oft nur noch wenig Muskelmasse. Ihnen wird vor bestimmten OPs dazu geraten, öfter Treppen zu steigen und zwei bis drei Mal pro Woche flott spazieren zu gehen. Physiotherapeuten können ihnen zudem zeigen, wie man die Muskeln im Alltag trainiert.



© iStock/dragan991

Entlassmanagement – unverzichtbares Tool in der sektorenverbindenden Versorgung

Ralf Wilhelm Schmitz

Die Älteren unter uns werden es noch wissen: stand ein Patient zur Entlassung an, wurde ihm ein handschriftlicher Kurzbrief ausschließlich mit Diagnose, Therapie und Weiterbehandlungsempfehlung ausgehändigt. Sollte die Entlassung vor einem Wochenende erfolgen (was selten vorkam in Zeiten einer Vergütung mittels tagesgleicher Pflegesätze), erhielt er auch noch die bis zum ersten Werktag danach erforderlichen Medikamente aus der Krankenhausapotheke. Kosten waren

egal, da die Pflegesatzverhandlungen mit den Kassen immer den tatsächlichen Bedarf berücksichtigten – ein Paradies verglichen mit der aktuellen Situation.

Mit Einführung der DRGs und begleitet von zunehmender Personalnot und vollkommen unzureichender Finanzierung der Strukturkosten im Krankenhaus durch die zuständigen Länder entwickelten sich dann konsequent die allseits bekannten Defizite.



Dr. med. Ralf Wilhelm Schmitz

Leiter des Themen-Referates
„Niedergelassene“ im BDC
MVZ Chirurgie Kiel
Schönberger Str. 11
24148 Kiel
schmitz@bdc.de

Schmitz RW: Entlassmanagement – unverzichtbares Tool in der sektorenverbindenden Versorgung. *Passion Chirurgie*. 2024 Januar/Februar; 14(01/02): Artikel 03_03.



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

Zum Erreichen einer schwarzen Null mussten immer mehr Patienten in immer kürzerer Zeit von immer weniger ärztlichem und pflegerischem Personal versorgt werden. Begrifflichkeiten wie die blutige Entlassung machten die Runde und veranlassten die Politik, das Entlassmanagement gesetzlich zu regeln, vorgeblich, weil die Selbstverwaltung dies nicht regeln könne.

Mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) aus dem Jahr 2015 wurde das schon zuvor im § 39 Abs. 1a S. 9 SGB V verankerte Entlassmanagement umfassend reformiert [1]. Zum einen wurden die bisher begrenzten Möglichkeiten der Krankenhäuser ausgedehnt, Nachbehandlungen zu veranlassen und Leistungen zu verordnen. Verantwortliche Krankenhausärztinnen und -ärzte können nunmehr Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel, häusliche Krankenpflege und Soziotherapie für einen Übergangszeitraum von bis zu sieben Tagen verordnen sowie Arbeitsunfähigkeit bescheinigen. Zum anderen wurden der GKV-Spitzenverband als Spitzenverband Bund der Krankenkassen und als Spitzenverband Bund der Pflegekassen, die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. gesetzlich beauftragt, einen verbindlichen Rahmenvertrag über das Entlassmanagement zu schließen und die Anforderungen im Einzelnen zu konkretisieren.

Der Rahmenvertrag Entlassmanagement ist zum 1. Oktober 2017 für die Krankenhäuser verbindlich geworden [2]. Danach haben Krankenhäuser zur Gewährleistung eines nahtlosen Übergangs der Patientinnen und Patienten in die nachfolgenden Versorgungsbereiche durch die Anwendung eines geeigneten Assessments den patientenindividuellen Bedarf für die Anschlussversorgung möglichst frühzeitig zu erfassen und einen Entlassplan aufzustellen. Das Krankenhaus hat dann gemeinsam mit der Kranken- und Pflegekasse rechtzeitig vor der Entlassung die für die Umsetzung erforderliche Versorgung zu organisieren, etwa die notwendigen Leistungserbringer zu kontaktieren (zum Beispiel Vertragsärzte, Reha-Einrichtungen, ambulante Pflegedienste, stationäre Pflegeeinrichtungen) und für deren zeitgerechten

Einsatz zu sorgen. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. hat zu den Anforderungen weitergehende Umsetzungshinweise für die Krankenhäuser veröffentlicht, in denen insbesondere die Mindestinhalte eines Entlassplans festgehalten sind [2]. Zudem sind die Krankenhäuser verpflichtet, auf ihren jeweiligen Internetseiten über ihr Entlassmanagement informieren.

Soweit die Rechtslage. Aber was braucht es ganz konkret, dass die Patienten möglichst ohne Informations- und Qualitätsverluste reibungsarm vom stationären in den ambulanten Sektor transferiert werden können?

Zunächst einmal Kooperation, und das geht nicht ohne Kommunikation. Es hilft sehr, wenn die handelnden Personen sich kennen und im besten Fall Vertrauen zueinander gefunden haben. Daher empfiehlt es sich, dass sowohl der neue Chefarzt als auch die neu niedergelassene Kollegin sich einander vorstellen und grob abklären, wer was behandeln und wie dies organisiert werden soll. Im Idealfall wird so die Saat für eine alle Seiten befriedigende intersektorale Versorgung gelegt.

Aber natürlich werden nicht alle Kolleginnen und Kolleginnen eines Fachgebiets der näheren und weiteren Umgebung persönlich miteinander in Kontakt kommen. Daher braucht es Standards, wie eine Entlassung in den anderen Sektor erfolgen sollte. Zuerst gilt es praktische Erfordernisse gegenüber medicolegal intendierten Epikrisen abzugrenzen. Für die mich als Vertragsarzt interessierenden Informationen benötige ich keine ausführliche Epikrise oder jeden bildgebenden oder Labor-Befund, der in der Diagnostikschleife erhoben wurde. Dies mag zur Rechtfertigung der Indikation notwendig sein, ist aber für den Zweck des Entlassungsmanagements eher kontraproduktiv. So erschließt sich der wesentliche Inhalt oft erst nach Lektüre eines mehrere Seiten langen aus Textbausteinen des KISS zusammenkopierten und schlecht strukturierten Briefes. Hier braucht es allein eine kurze und knackige Informationsvermittlung. Wichtig sind Hauptdiagnose, therapierelevante Nebendiagnosen, Therapie mit verwendeten Implantaten bei Operationen,

eine konkrete Weiterbehandlungsempfehlung und die zuletzt verordnete Medikation.

Für die Weiterbehandlung von unfallchirurgisch-orthopädischen Patienten ist die Mitgabe der postoperativen Röntgenbilder Voraussetzung für eine fachgerechte Weiterbehandlung. Als Facharzt dürfen wir uns in der Niederlassung nicht auf einen schriftlichen bildgebenden Befund verlassen, sondern wir müssen uns selbst im wahrsten Sinne des Wortes „ein Bild“ machen. Erst danach kann ich eine Therapie beginnen und z. B. eine Teilbelastungsphase anordnen oder auch entgegen der Empfehlung aus dem Krankenhaus eine solche für nicht notwendig erklären. In jedem Falle ist der niedergelassene Vertragsarzt nach Übernahme der Behandlung allein verantwortlich für das Wohl und Wehe des Patienten, dies eben auch unter forensischen Gesichtspunkten. Habe ich also kein aktuelles Röntgenbild und kann dies zeitnah nicht beschafft werden so wird eine Kontrollaufnahme erforderlich, die aus strahlenhygienischen Gründen hätte vermieden werden können.

Hilfreich können auch gemeinsam mit dem Krankenhaus erarbeitete SOPs, also Verfahrensanweisungen, und ein datensicherer Messenger, wie z. B. Siilo® sein. Hierbei handelt es sich um eine frei erhältliche App in der man sich mit seinem Heilberufes-Ausweis registrieren lassen muss [5]. In unserem Setting in Kiel tut dieses Medium gute Dienste und vermeidet Zeitverluste, wie sie bei telefonischen Kontaktaufnahmen nahezu zwangsläufig entstehen [4]. Dies können die ersten Schritte zu einem sektorenübergreifenden Versorgungsmodell sein, von dem alle profitieren. Informationsverluste an der Schnittstelle der Sektoren können so vermieden werden und der gemeinsame Patient profitiert von einer zielgerichteten Behandlung aus einem Guss.

In Zukunft wird wohl auch die zwingend notwendige sektorenübergreifende Weiterbildung eine bessere Vernetzung der handelnden Chirurgeninnen und Chirurgen in Praxis und Krankenhaus zur Folge haben [3]. Es darf erhofft werden, dass sich auch dies positiv

auf ein qualitativ gutes Entlassmanagement auswirken wird.

LITERATUR

- [1] <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/e/entlassmanagement>
- [2] https://www.dkgev.de/fileadmin/default/Mediapool/3_Service/3.2._Rechtsquellen/Entlassmanagement/1._Aenderungsvereinbarung_Rahmenvertrag_Entlassmanagement.pdf
- [3] Schmitz R. Chirurgische Verbundweiterbildung in Kiel. *Passion Chirurgie*. 2015 August, 5(08): Artikel 02_08
- [4] Schmitz, R: Intersektorale Versorgung in der Chirurgie – es wird Zeit! *Passion Chirurgie*. 2022 Januar/Februar; 12(01/02): Artikel 03_06.
- [5] <https://www.siilo.com/de/>



Präsenz-Seminar

Wissenschaftliche Leitung:
Dr. med. Lutz Meyer, Plauen

**Notfallmanagement im
Bereitschaftsdienst**

Leipzig, 08. – 09. März 2024

Klick!
Jetzt
anmelden!



Vorgaben und Optimierung des Entlassmanagements: Was bedeutet das im Klinikalltag?

Ankica Gagro, Michalina Krzonkalla

Der Begriff „Entlassmanagement“ ist im klinischen Alltag allgegenwärtig und doch wird er in den zahlreichen Krankenhäusern unseres Landes unterschiedlich verstanden und gelebt. Dabei stellt diese Phase der Versorgung für viele Patientinnen und Patienten eine besonders kritische dar, denn sie kann besonders großen Einfluss auf die zukünftige Lebensqualität und den Ausgang der Erkrankung haben.

In den Helios Standorten in Duisburg verstehen wir unter Entlassmanagement einen übergeordneten Begriff, der zum einen alle Berufsgruppen miteinschließt und zum anderen standardisierte und patientenorientierte Prozesse beinhaltet. Dabei hat die Sicherstellung der individuellen poststationären Nachsorge für unsere Patientinnen und Patienten die höchste Priorität.



Ankica Gagro
Teamleitung Case Management
(DGCC)
Helios Klinikum Duisburg



Michalina Krzonkalla
Abteilungsleitung
Patientenservicecenter
Helios Klinikum Duisburg

Gagro A, Krzonkalla M: Vorgaben und Optimierung des Entlassmanagements: Was bedeutet das im Klinikalltag? *Passion Chirurgie*. 2024 Januar/Februar; 14(01/02): Artikel 03_04.



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

Ein interdisziplinäres Team aus den Bereichen Sozialdienst, Familiäre Pflege und pflegerischen Case Managern hat dabei die Aufgabe, die notwendigen Versorgungsaspekte im Akutklinikalltag mit den Patient:innen und ihren Angehörigen zu erfassen, zu planen, zu begleiten, zu koordinieren und zu evaluieren. Ziel ist die Entlassung unter Betrachtung der persönlichen „Patienten-Ressourcen“, um eine selbstständigkeitserhaltende häusliche Versorgung zu erzielen und – sofern Unterstützung erforderlich ist – diese zu implementieren.

AUFBAU ENTLASSMANAGEMENT

Das Duisburger Entlassmanagement entwickelte sich durch die gesetzlichen Vorgaben (Rahmenvereinbarung Entlassmanagement) und aus dem traditionell bestehenden Sozialdienst des Krankenhauses. Einige der nun auch gesetzlich geforderten Prozesse waren dankbarerweise bereits vorab unbewusst implementiert worden.

Angestoßen durch die Rahmenvereinbarung wurde zunächst eine Arbeitsgruppe am Haus entwickelt, dessen Hauptaufgabe war, die theoretische Rahmenvereinbarung Punkt für Punkt in die Praxis zu übersetzen.

Insbesondere die Erstellung der datenbasierten, gemeinsamen und transparenten Dokumentation für alle an der Versorgung beteiligten Berufsgruppen war eine Herausforderung.

Im Sozialdienst wurden standardisierte Assessmentbögen für die Erfassung der Ist-Situation (Sozialanamnesebögen) sowie ein effizientes Dokumentationstool eingeführt, welches im Krankenhausinformationssystem (KIS) die Patient:innenübersicht verbessert. Diese Maßnahmen führten zu einer Eliminierung redundanter Informationssammlung bei Neuaufnahmen und ermöglicht anderen Fachbereichen einen einfacheren Zugriff auf bereits vorhandene Daten.

Die Implementierung des Entlassmanagements stieß trotz umfassender Bemühungen im Behandlungsprozess auf nicht unerhebliche Hindernisse: Bei komplexen Nachsorgesituationen traten Kommunikationsfehler im

Team sowie gegenüber den Nachsorger:innen auf. Zudem fehlte eine zentrale Kontrollstelle für die Entlassung in all ihren Facetten, was zu Unvollständigkeiten etwa bei Entlassdatum, poststationärer Versorgungsart oder erforderlichen Unterlagen führte. Offensichtlich fehlte ein Bindeglied zwischen dem multidisziplinären Team, den Patient:innen, Angehörigen und externen Nachsorger:innen. Die Konsequenz erfolgte in der Schaffung einer entsprechenden Leitungsposition, die mit dem Aufbau der neuen Abteilung Case Management betraut werden sollte. Die Stelle konnte intern mit einer Bereichsleitung besetzt werden, welche aufgrund ihrer langjährigen Erfahrung und Qualifikation in der pflegerischen Patientenversorgung ausgewählt wurde und das Case Management bis heute leitet.

AKTUELLE SITUATION MIT DEN ERFOLGTEN SCHRITTEN

- Alle relevanten Verordnungen, Rezepte und Formulare sind nun digitalisiert und im KIS für sämtliche Berufsgruppen einsehbar.
- Ein tägliches Screening aller Neuaufnahmen erfolgt unter bestimmten bereits vorher festgelegten Kriterien. (Barthel < 70, Aufnahme aus Kurzzeitpflegeeinrichtungen oder Rehakliniken, Pflegegrad > 1, Diagnosen insbesondere C-Diagnosen, je nach Vorwert in Kombination Familienstand und Wohnsituation)
- Ein sogenannter „Entlassplan“ wird bereits bei jeder Aufnahme nach Pflegeanamnese oder erfolgreichem Initial-Assessment ausgelöst, um schon frühzeitig erforderliche Maßnahmen zu erfassen und Aufträge an Fachabteilungen zu übermitteln. Dieser Entlassplan fungiert als zentrales Tool im Klinikalltag, das sämtliche Konsilanforderungen sowie durchgeführten Maßnahmen zur poststationären Versorgung transparent auflistet.
- Mitarbeiter:innen des Case Managements begleiten nicht nur die Pflegevisite, sondern auch Arztvisiten, Team- und Fallbesprechungen.
- Zum Zeitpunkt der Entlassungen wird schlussendlich überprüft, ob das

geplante Ziel erreicht und alle Maßnahmen umgesetzt wurden sowie notwendige Unterlagen vorliegen. Besonderes Augenmerk liegt dabei auf der Mitgabe von (vorläufigen) Arztbriefen, dem bundeseinheitlichen Medikationsplan sowie Entlass-Rezepten und Verordnungen.

- Falls Fehler bei der Entlassung auftreten, sind direkte Ansprechpartner:innen für externe Leistungserbringer:innen und Nachsorger:innen verfügbar. Dafür wurden all relevanten Pflegeeinrichtungen persönlich besucht und schriftliche Kontaktinformationen bereitgestellt.

- Darüber hinaus werden ärztliches und pflegerisches Stammpersonal fachabteilungsbezogen kontinuierlich im Entlassmanagement geschult, um auch weiterhin ein gesichertes Informationsniveau zu gewährleisten. Bei neuen Entwicklungen setzt das Team zudem auf persönliche Termine mit Stationen und Fachabteilungen.

AUSBLICK IN DIE ZUKUNFT

Die bisherige Erfahrung zeigt, dass eine effektive Zusammenarbeit im multidisziplinären

Kontext für eine optimale Versorgung hilfreich und notwendig ist. Das Ziel ist eine personelle Aufstockung im Case Management, um Prozesse auf der Station noch intensiver zu begleiten und Versorgungslücken oder erforderliche Anpassungen frühzeitig zu erkennen. Die Duisburger Klinikleitung plant daher, im Jahr 2024 den Aufbau eines Team aus zertifizierten Case Manager:innen, die den verschiedenen Abteilungen als feste Ansprechpartner:innen zugeordnet werden. 



BDC|AKADEMIE
Programm 2024

NEU!
Jetzt online
ansehen!



Pflegenotstand überwinden – aber wie? Strategien zur Personalbindung

Guido Schumacher

Der Beruf der Krankenschwester und des Krankenpflegers hatte immer ein äußerst hohes Ansehen bei Patienten und der Bevölkerung. Die Arbeit wurde immer gerne mit Hingabe und Empathie durchgeführt. Die Patienten oder pflegebedürftigen Menschen, die diese Hilfe benötigen,

sehen diese Bedeutung nach wie vor uneingeschränkt und sind sehr dankbar für jeden Handgriff, Zuspruch oder Teilhabe. Dennoch kommt es zunehmend zur Unzufriedenheit und Abwanderung des Pflegepersonals. Was ist geschehen mit dem schönen und erfüllenden Beruf? Warum wenden immer mehr



Prof. Dr. med. Guido Schumacher
Chirurgische Klinik Brixen/Sterzing
Dantestraße 51
39042 Brixen (BZ)/Italien
guido_schumacher@gmx.de

Pflegekräfte ihrer Tätigkeit den Rücken zu? Hier soll versucht werden, die Ursachen und die aktuelle Situation zu verstehen, um daraus Verbesserungsmöglichkeiten abzuleiten, die zu einer Rückkehr des Pflegepersonals in den Beruf führen könnten. Denn wir alle benötigen Pflegekräfte, ohne die auch die ärztliche Versorgung nahezu unmöglich wird.

Der Mangel an Pflegekräften und der Pflegenotstand sind bereits seit Langem bekannt. Seit der Coronapandemie hat sich die Situation noch deutlich verschärft. Ein Ende ist nicht in Sicht. Parallel zur Reduktion der Behandlungen kam es zu einer signifikanten Abwanderung von Pflegepersonal, was von den Kliniken teilweise begrüßt wurde, da Unterbelegungen der Kliniken offenbar als weniger schädlich als „unnötige“ Personalkosten erachtet wurden. Zumal wurde während der Coronazeit jedes freie Bett vergütet. Offenbar wurde nicht ausreichend über die Zeit nach der Pandemie reflektiert. Insbesondere gab es keine offensichtlichen Konzepte zur Reaktivierung des abgewanderten Pflegepersonals. Nun ist die Situation nicht mehr nur unerfreulich und belastend für arbeitende Pflegende und Ärzte, sondern es führt zu Behandlungsengpässen, die das Wohl der Patienten bedrohen. Nach dem Ende der Pandemie stiegen die Patientenzahlen zwar erneut an, doch müssen bis heute Betten, ganze Stationen und OP-Säle wegen Pflegemangels gesperrt bleiben. Das Problem ist offenbar aktueller als je zuvor. So berichten z.B. die Tagesschau und namhafte Zeitungen über den Notstand in der Pflege.

Die Fragen, die es zu beantworten gilt, sind folgende:

- Wie hat sich der Pflegenotstand entwickelt und was ist der Grund der kontinuierlichen Abwanderung?
- Wo sind die vielen abgewanderten Pflegekräfte jetzt?
- Wie ist die Situation des Pflegenotstandes aktuell in Deutschland?
- Wie sind die Zukunftsaussichten für die Pflegesituation in Deutschland?
- Was können die Gesellschaft und wir Ärzte aktiv tun, um den Beruf der Pflege wieder so attraktiv zu machen, wie er einmal war? Wie motivieren wir Pflegekräfte, in den Beruf zurückzukehren?

URSACHEN DES PFLEGENOTSTANDES UND GRUND DER WEITEREN ABWANDERUNG

Die wichtigsten Ursachen des Pflegenotstandes sind der demographische Wandel, schlechte Arbeitsbedingungen, zu geringe Gehälter, der Einfluss von Zeitarbeitsfirmen, der Trend zur stationären Pflege und die Tatsache, dass mehr und mehr Angehörige ihre Pflegetätigkeit einstellen. Bereits 2011 wurde im Deutschen Ärzteblatt über die Unzufriedenheit der Pflegekräfte berichtet [1]. Die wesentlichen Faktoren dafür zeigt **Tabelle 1**.

Tab. 1: Faktoren, die über Abwanderung oder Verbleib des Pflegepersonals entscheiden [1].

Verdienstmöglichkeiten
Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben
Persönlicher Kontakt zu Patienten/Zeit für den Menschen,
Schichtbesetzung/Personaldecke
Wertschätzung von Leistung/Anerkennung durch Vorgesetzte
Stellenwert und Wertschätzung des Pflegepersonals im Krankenhaus – respektive Positionierung der Berufsgruppe Pflege in Entscheidungsgremien des Hauses.

Die Unzufriedenheit der Pflegekräfte wurde auch messbar. Sie ist im Zeitraum von 1990 bis 2012 um 7,5 % angestiegen, bei den Teilzeitpflegekräften lag der Zuwachs der Unzufriedenheit sogar bei 12,9 % [2]. Ein Zusammenhang zwischen Arbeitsaufwand und Auftreten eines Burnouts konnte festgestellt werden, was sich allerdings durch gute Arbeitsbedingungen, ein gutes Team und Anerkennung durch die Vorgesetzten verringern ließ [3]. Die Abwanderung von der Intensivstation hat ähnliche Gründe [4]. Die Perspektiven für die nächsten 10 Jahre werden insgesamt bis auf das Gefühl der Sicherheit des Arbeitsplatzes negativ oder eher negativ gesehen. Es kommt zudem zu einer zunehmenden Arbeitsverdichtung bei einer Zunahme der Pflegebedürftigen, die alleine von 2017 bis 2019 um 21 % gestiegen ist [5]. Zusätzliches Personal wurde nicht eingestellt, um diese Mehrbelastung zu kompensieren. Drei Viertel der Pflegerinnen und Pfleger rechnen nicht damit, bis zur Rente im

Schumacher G: Pflegenotstand überwinden – aber wie? Strategien zur Personalbindung. Passion Chirurgie. 2024 Januar/Februar; 14(01/02): Artikel 03_05.



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

Job zu bleiben [6]. Auch das in den letzten 10 Jahren um ein Drittel gestiegene Bruttoeinkommen, welches sogar über dem Durchschnitt in der Gesamtwirtschaft liegt, kann das Problem nicht aufhalten [7].

WO SIND DIE VIELEN ABGEWANDERTEN PFLEGEKRÄFTE JETZT?

Es gab eine messbare Abwanderung der Pflegekräfte, insbesondere aus den Krankenhäusern. Nach der Umfrage im Krankenhausbarometer des Deutschen Krankenhausinstituts (DKI) ist die Anzahl der fehlenden Pflegekräfte direkt proportional zur Klinikgröße und dies hat in den letzten 10 Jahren bis zur Verdopplung massiv zugenommen [8]. In den Pflegeheimen und der ambulanten Pflege kam es von 2019 bis 2021 zwar zu einem Zuwachs des Personals, jedoch arbeitet nur knapp ein Drittel in Vollzeit [7]. In diesen Bereichen ist der Anteil der Fachkräfte mit um die 50 % deutlich geringer als in den Krankenhäusern, in denen der Anteil bei 79 % liegt [9]. Insbesondere scheinen Fachkräfte den Beruf zu verlassen. Viele reduzieren die wöchentliche Arbeitszeit bei einer gleichzeitigen Zunahme des Bedarfs. Nach Informationen des Berufsverbandes der Präventologen bleiben in Deutschland Pflegekräfte nur 7,5 Jahre im Beruf. Bei einer Lebensarbeitszeit von mindestens 40 Jahren gibt es drei bis vier Mal so viele pflegekompetente Menschen in der Bevölkerung, als gegenwärtig tätig sind [10]. Zeitarbeit und die dadurch gewonnene Flexibilität bei besserer Vergütung scheint ein interessanter Trend zu sein, der verfolgt wird.

Weiterbildungen werden häufig in Anspruch genommen. Diese sind teilweise innerhalb der Pflege möglich – etwa zu einer Fachkraft für Anästhesie, Dialyse oder Endoskopie. Wer sich noch mehr weiterbilden möchte, kann im Sinne der Akademisierung der Pflege einen der differenzierten Studiengänge wie Pflegewissenschaften, Gesundheitswissenschaften und –management, psychiatrische Pflege und Palliativpflege, Pflegemanagement und Pflegepädagogik besuchen und absolvieren [11]. Die Akademisierung der Pflege scheint für viele Pflegekräfte eine interessante Alternative zu sein, jedoch führt dies auch zu

Nachteilen bei den Führungsaufgaben. Es kommt es zur Distanzierung von den Pflegekräften, die dadurch häufig keine nachvollziehbare Führung, sondern eine Bevormundung verspüren. Maßnahmen werden von den Betroffenen nicht verstanden und die Konsequenz der Maßnahmen können durch die Distanz der Vorgesetzten nicht ausreichend eingeschätzt werden. Die Unzufriedenheit ist vorgezeichnet. Neben der Akademisierung werden weitere Möglichkeiten der Weiterbildung genutzt (s. Tab. 2) [12].

Tab. 2: Mögliche Alternativen zur regulären Pflege [12].

Führungspositionen in der Altenpflege
Fachkraft für Dialyse
Palliativbegleitung
Hilfe von der Agentur für Arbeit
Verwandte Berufsfelder
Verwaltung
Medizinische Fachangestellte (MFA)
Betriebliches Gesundheitsmanagement
Umschulungen
Physiotherapie
Notfallsanitäter
Ernährungsberatung/Diätassistentin
Selbstständigkeit

WIE IST DIE SITUATION DES PFLEGENOTSTANDES AKTUELL IN DEUTSCHLAND?

Die Anzahl der Pflegekräfte ist im internationalen Vergleich deutlich zu gering. So betreut in Deutschland eine Pflegekraft 13 Patienten, hingegen werden in anderen europäischen Ländern deutlich weniger Patienten von einer Pflegekraft betreut. In den Niederlanden kommen auf eine Pflegekraft nur noch 6,9 Patienten, in USA sogar nur 5,3 [13].

Deutschland wird als Schlusslicht bezeichnet. Viele zusätzliche Pflegekräfte müssen in Deutschland eingestellt werden, um den Personalschlüssel anderer Länder zu erreichen. Um z. B. das Niveau von Norwegen zu

erreichen, müssten in Deutschland 272.270 Pflegekräfte eingestellt werden [14].

WIE SIND DIE ZUKUNFTSAUSSICHTEN FÜR DIE PFLEGESITUATION IN DEUTSCHLAND?

Der demografische Wandel führt zu einer starken Zunahme der über 65-Jährigen. Während es 2022 noch 22 % waren, wird der Anteil für das Jahr 2060 auf 31 % geschätzt. Von 2017 bis 2019 kam es zu einer Zunahme der Pflegebedürftigen von 21 % [15]. Bei einer Arbeitszeit bis zum 67. Lebensjahr geht der letzte Babyboomer im Jahr 2031 in Rente, sodass der Nachwuchs absehbar fehlen wird. Ohne eine drastische Veränderung wird es im Verlauf der nächsten zehn Jahre zu einem dramatischen Zustand kommen, der zu einer absoluten Minderversorgung auch schwer- und schwerstkranker sowie pflegebedürftiger Menschen führen wird.

Was können die Gesellschaft und wir Ärzte aktiv tun, um den Beruf der Pflege wieder so attraktiv zu machen, wie er einmal war? Wie motivieren wir Pflegekräfte, in den Beruf zurückzukehren?

Es bedarf mehrerer grundlegender Aufwertungen, um die Arbeitsbedingungen für die Pflegenden zu verbessern. Die wichtigsten Bedingungen für die Rückkehr der Pflegenden sind eine bedarfsgerechte Personalbemessung, wertschätzender und respektvoller Umgang, verbindliche Dienstpläne, vereinbarte Dokumentationsformen und angemessene Bezahlung, die insbesondere Fort- und Weiterbildungen anerkennt [16].

Nach einer bundesweiten Befragung bei 12.700 „Ausgestiegenen“ sowie teilzeitbeschäftigten Pflegekräften besteht ein hohes Potenzial für aufstockungswillige Teilzeitpflegekräfte sowie erstmals auch für Beschäftigte in der Pflege, die ihrem Beruf in den vergangenen Jahren den Rücken gekehrt haben und sich eine Rückkehr vorstellen können. Es besteht demnach ein Potenzial von 300.000 Pflegekräften in Vollzeit bei sehr vorsichtiger Kalkulation, in einem optimistischen Szenario sogar von bis zu 660.000 Vollzeitkräften. Dieses Potential sollte unbedingt genutzt werden.

Auch Ärzte können einen sehr großen Anteil dazu beitragen, die Attraktivität des Pflegeberufs zu erhöhen, denn die Pflegekräfte arbeiten in den meisten Einrichtungen ohnehin mit den Ärzten in einem Team zusammen. Im Operationssaal oder der Endoskopie wird gemeinsam auf engstem Raum über Stunden gearbeitet, sodass sich schließlich alle gut kennen und respektieren. Obwohl Ärzte Anordnungen treffen, die die Pflegenden ausführen, sind sie offiziell disziplinarisch der Pflege gegenüber nicht weisungsbefugt. Das sollte sie nicht vom Verantwortungsgefühl der Teambildung abhalten. In einem guten Team wird dann die Kritik in der Regel bilateral akzeptiert. Oftmals werden Ärzte als Teamleader mehr geschätzt als die eigenen Vorgesetzten, die nicht täglich vor Ort sind. Die allgemeinen Grundsätze der Personalführung stärken so die Motivation aller Beteiligten. Dazu gehören flache Hierarchien, gestärktes Teamgefühl, Mitarbeitergespräche, ein motivierendes Umfeld etc.

Von der politischen Seite sollte ein Umdenken erfolgen. Zum Beispiel führen die Strukturen in den skandinavischen Ländern dazu, dass die meisten Pflegekräfte bis zum Rentenalter im Beruf bleiben. Die Finanzierung in Schweden erfolgt über die Steuer und nicht über die Pflegeversicherung, wodurch mehr Geld für die Pflege vorhanden ist. Der Pflegeschlüssel in Schweden ist deutlich vorteilhafter als in Deutschland. Pflegekräfte müssen in Schweden studieren, die akademische Ausbildung zum Bachelor dauert mindestens drei Jahre, zusätzlich können ein Master und sogar eine Promotion absolviert werden. So wird eine hohe fachliche Qualität in der Pflege sichergestellt [17]. Hier scheint die Akademisierung einen positiven Effekt zu erreichen, denn sie betrifft alle und nicht nur einige Beschäftigte.

Konzepte, die Babyboomer Generation aktiv in die Pflege einzubeziehen, scheinen zumindest teilweise erfolgsversprechend. Der Berufsverband der Präventologen veröffentlichte Konzepte aus Norwegen, wo kommunale Einrichtungen über 40 Prozent der Heimeinweisungen durch Bewegung und neue Gemeinschaft verhindern. Hier bilden Nachbarschaftshilfe und menschliche Beziehungen eine wesentliche Stütze.

Die Opto Data Zukunftsstiftung schlägt Pflegekonzepte der Zukunft vor. Konzepte wie Pflegeappartement, Pflegeroboter, Pflege-WG, ECO-System (Expert Care Organization) und ein zweiter Beschäftigungsmarkt zielen darauf ab, die Älteren zur Selbsthilfe zu bewegen, aber auch Hilfe durch Erleichterungen zu erhalten [15].

AUSBLICK

Wir müssen sofort mit den Maßnahmen beginnen, die hier aufgeführt wurden. Ärzte, Pflegende und die Politik sind hier gleichermaßen gefordert, alles in ihrem jeweiligen Bereich zu tun, um die genannten motivierenden Faktoren auszuschöpfen, sodass die Pflegenden in den attraktiven Beruf zurückkehren. Als Ärzte können wir unmittelbar eingreifen und das Teamgefühl und damit die Motivation der Pflegenden stärken. Obwohl Ärzte nicht die disziplinarischen Vorgesetzten der Pflegekräfte sind, sollten sie eine Führungsrolle übernehmen. Auch eine engere Zusammenarbeit mit den Pflegedienstleitungen mit Mitspracherecht in Bezug auf die Personalplanung erscheint mir mehr als notwendig. Natürlich müssen die Politik und die Verwaltungen der Einrichtungen die genannten Bedingungen ebenfalls umsetzen. Bei deutlich positiven Veränderungen wird es uns gelingen, trotz zunehmenden Bedarfs den Pflegeberuf wieder zur verdienten Attraktivität zurückzuführen und den Mangel an Personal einzudämmen.

LITERATUR

- [1] Buxel H. Was Pflegekräfte unzufrieden macht. Dtsch Arztebl 2011; 108(17): A 946–8
- [2] Alameddine M, Bauer JM, Richter M et al. Trends in job satisfaction among German nurses from 1990 to 2012. J Health Serv Res Policy 2016, Apr;21(2):101–8.
- [3] Diehl E, Rieger S, Letzel S, et al. The relationship between workload and burnout among nurses: The buffering role of personal, social and organizational resources. PLoS One. 2021 Jan 22;16(1):
- [4] Khan N, Jackson D, Stayt L, Walthall H. Factors influencing nurses' intentions to leave adult critical care settings. Nurs Crit Care. 2019 Jan;24(1):24–32
- [5] Opto data Zukunfts-Stiftung gGmbH 05.07.2022
- [6] Zeit online. Arbeitsbelastung in der Krankenpflege ist laut Umfrage gestiegen 2023
- [7] DeStatis, Statistisches Bundesamt. Pressemitteilung Nr. N026 vom 11. Mai 2022
- [8] DKI (= Deutsches Krankenhausinstitut), Krankenhausbarometer, Umfrage 2021
- [9] Bundesagentur für Arbeit 2021
- [10] Berufsverband der Präventologen e.V. 2022
- [11] Schöneck B. Welche alternativen Berufsperspektiven Pflegekräfte haben. Rechtsdepesche.de 3. Januar 2022
- [12] Meier J. Raus aus der Pflege: Berufliche Alternativen. Medikarriere.de. 2021
- [13] Hans Böckler Stiftung 2017
- [14] Hans Böckler Stiftung 2019
- [15] Druyen T et al. PflegeStudie. Opto Data Zukunftsstiftung 2022
- [16] Auf einen Blick. Arbeitsbedingungen in der Pflege. Hans Böckler Stiftung 2022
- [17] Hörner L. Gesundheitssystem in Schweden & Norwegen. Medirocket.de. 2022



Live-Webinar

EBM
Online-Abrechnungsseminar
16. März 2024

Klick!
jetzt
anmelden!





Berufsverband der
Deutschen Chirurgie e.V.

Wissenschaftliche Leitung:
Dr. med. Jörg-A. Rüggeberg



© iStock/sanjari

Das verflixte Praktische Jahr

Olivia Päßler



PASSION CHIRURGIE IM GESPRÄCH MIT DEN CHIRURGINNEN DR. JOHANNA LUDWIG UND KIRA BÜHNING

Olivia Päßler: Was hat Ihnen am PJ gefallen, was hat Sie geprägt?

Kira Bühning: Wenn man das Gelernte das erste Mal in die Praxis umsetzen muss, merkt man erst einmal, wie wenig man davon weiß. Am faszinierendsten am PJ fand ich, wie sehr es auf das Zwischenmenschliche ankommt. Es kommt außerdem sehr darauf an, mit welcher Einstellung du in diese Phase gehst.

Wenn du schon davon ausgehst, du wirst nur ausgenutzt, hast du eine schwere Zeit. Wenn du dich auf bestimmte Situationen einstellst, dann geht es.

Johanna Ludwig: Ich fand mein PJ im Nachhinein gut. Aber: Man fühlt sich schon häufig wie das fünfte Rad am Wagen. Die PJler stehen oft rum, müssen sich ihre Aufgaben suchen. Sie sind in einer schwierigen Rolle, gerade wenn ihre Aufgaben nicht klar sind oder es keinen Plan bezüglich des Einsatzes gibt. Wenn man auf eine Station kommt und keiner der ärztlichen Kollegen und Kolleginnen weiß davon, wirkt das unprofessionell und wenig wertschätzend.

» ZU DEN PERSONEN



Dr. med. Johanna Ludwig ist Fachärztin für Orthopädie und Unfallchirurgie im BG Klinikum Unfallkrankenhaus Berlin. Sie hat zudem den Master of Science in Surgical Science and Practice gemacht. Ihr praktisches Jahr absolvierte sie 2012/2013.



Kira Bühning ist Assistenzärztin in der Klinik für Gefäßchirurgie im Marienhospital Aachen. Ihr PJ hat sie im April 2023 abgeschlossen.



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

Päßler O: Das verflixte Praktische Jahr.
Passion Chirurgie. 2024 Januar/Februar;
14(01/02): Artikel 04_01.



Weitere Artikel zum Praktischen Jahr finden Sie auf BDC|Online (www.bdc.de) unter der Rubrik Wissen | Aus-, Weiter und Fortbildung | Praktisches Jahr.

Als Ausbilderin versuche ich, einen Generationenwechsel zu erreichen, PJler und PJlerinnen sind da um zu lernen. Im gegenseitigen Einvernehmen ist es so, dass sie auch unterstützen, aber das ist nicht ihre alleinige Aufgabe. Ich bin Generation Y, bei uns wehte noch ein recht autoritärer Wind. Aus- und Weiterbildung sollte eine Kernaufgabe der ärztlichen Tätigkeit sein, dazu muss eine gute Struktur, Zeit und Ressourcen zur Verfügung stehen.

KB Vieles liegt aber auch an der Eigeninitiative. Wenn ich im OP stehe und bei einer Operation dabei sein kann, ist es meine eigene Entscheidung, ob ich zum Dienstschluss gehe oder mir die OP bis zu Ende ansehe.

JL Du hast auch PJ-Fortbildungen gehabt – wie sinnvoll waren sie für dich, schließlich kommt man gerade aus dem Studium und das PJ soll ja praktisch sein?

KB Ich fand das von Ort zu Ort sehr unterschiedlich. Diese dazwischengeschobenen wirklich wie Vorlesungen gehaltenen Fortbildungen haben mir nichts gebracht. Sinnvoll fand ich den Studententag in dem Haus, in dem ich meinen chirurgischen Abschnitt absolviert habe. Ich war auch beim Hausarzt, hier haben wir in der Mittagspause die Fälle vom Morgen besprochen, auch das hat mir viel gebracht.

Was hat Ihnen geholfen, den PJ-Alltag zu meistern – auch privat?

KB We all do this together: Viele kommen ja gleichzeitig ins PJ. Wir sind gemeinsam zum Abendessen gegangen, haben uns untereinander ausgekotzt. Und wir haben uns mit den Assistenzärztinnen und -ärzten angefreundet.

Welche Personen haben Ihnen bei der Bewältigung von Herausforderungen geholfen? Wie helfen Sie PJlern bei der Bewältigung ihrer Aufgaben?

KB Die Unterstützung der Assistenzärztinnen und -ärzte ist entscheidend. Wenn man einen Assistenzarzt gefunden hatte, an den man sich hängen konnte, war alles gut machbar. Und es ist wichtig, sich mit der Pflege gut zu stellen.

JL Ja, ohne einen guten Draht zur Pflege ist man häufig aufgeschmissen.

KB Viel rotieren ist außerdem schlecht. Die ersten zwei Wochen sind immer schwer, bis man sich vorgestellt und eingelebt hat.

JL Als PJlerin habe ich das Lernen eingefordert. In meinem Chirurgie-Tertial habe ich am Ende des Tages zu meinem Assistenzarzt gesagt: Ich habe heute noch nichts gelernt. Heute Sorge ich dafür, dass meine PJler auch mal selbst etwas im OP machen, etwa eine Schraube

rausdrehen, den Hautschnitt machen oder einen K-Draht rausziehen.

Welche Tricks gibt es, Durststrecken zu überwinden?

JL Man sollte sich selbst eingestehen, dass man nicht von Anfang an alles perfekt machen kann. Es hat einen Grund, dass die Assistenzzeit sechs Jahre dauert. Häufig kann es helfen aufzuschreiben, was man am Tag gemacht oder erlebt hat – denn häufig merkt man den eigenen Fortschritt kaum – niedergeschrieben wird es offensichtlicher.

KB Für Durststrecken sind kleine Erfolgserlebnisse entscheidend. Hier ist das Umfeld ganz wichtig. Schön ist, wenn PJler bei OPs dabei sein dürfen, etwas übernehmen dürfen, eine Hautnaht etwa, einen Draht verschieben oder auch schon mal die Kamera bei laparoskopischen Eingriffen in die Hand bekommen.

Welche Strukturen, Bedingungen an den Unikliniken braucht es, damit das PJ für alle etwas bringt und Spaß macht?

KB Es braucht Organisation! In das PJ gehört eine Struktur hinein und Transparenz. Mit den Vorgesetzten sollten Ziele festgesetzt werden. Und ein PJler sollte einem Assistenzarzt fest zugeordnet zu sein. Das wäre ideal.

Meiner Erfahrung nach sollte man mindestens einen Monat, höchstens drei, bei einer Station bleiben. Danach bleibt die Lernkurve flach. Ein guter Abschluss für mich waren drei Tage auf der Privatstation.

JL PJler haben es verdient, dass es einen Plan für sie gibt. Denn auch das PJ ist wertvolle Lebenszeit, die sinnvoll genutzt werden sollte. Die Vorgesetzten

sollten es so sehen: Wir haben unsere PJler bis zu sechs Monate, da wollen wir ihm oder ihr auch etwas mitgeben und von ihnen etwas haben. Das nervigste ist, rumzusitzen, weil niemand weiß, was man kann. Wenn man jeden Tag erneut anfangen muss, zu erklären, was man draufhat, ist das anstrengend.

Was waren Ihre persönlichen Erwartungen an das PJ? Was sind Ihre Erwartungen an PJler?

KB Meine Erwartung war, dass ich etwas lerne! Ich muss nicht jeden Tag etwas dazulernen. Aber für mich war es wichtig, dass ich am Ende der Woche etwas mitgenommen hatte. Mein großes Ziel war: Wenn ich mein drittes Tertial beendet habe und man mir sagt, hier sind deine Patienten, möchte ich keine Angst vor dieser Situation haben müssen. Dafür braucht man aber erst einmal eigene Patienten!

JL Das Wichtige ist, dass man eine Erwartung – auch an sich selbst – hat. Man braucht eine Vorstellung, was man erreicht haben möchte. Auch später in der Weiterbildung ist es wichtig, sich für einzelne Etappen ein eigenes Ziel zu stecken.

Hier gibt es große Unterschiede bei den PJlern, natürlich haben alle ihre persönlichen Interessen und Schwerpunkte.

Was waren Ihre Vorstellungen von dem Beruf als Chirurgin? Welche Erwartungen haben und hatten Sie daran? Wie wurden sie erfüllt?

JL Ich dachte anfangs, in der Chirurgie geht es vor allem um das Operieren. Heute würde ich sagen, es geht darum, Entscheidungen zu treffen, diese zu reflektieren, zu kommunizieren und im Team zu arbeiten. Wir treffen den ganzen Tag

Entscheidungen und tragen die Verantwortung dafür. Nirgendwo in der Medizin sind die Ergebnisse so unmittelbar sichtbar wie bei uns. Und kein Fach ist so auf die Person gemünzt, wie das Fach Chirurgie.

KB Am Ende des Tages habe ich das Gefühl: „Jetzt habe ich wirklich etwas gemacht.“ Bei der Inneren Medizin beispielsweise ist das Ergebnis nicht so deutlich erkennbar. Die Chirurgie ist auch sehr strukturiert, was mir gut gefällt.

Was sind Ihre persönlichen Tipps für einen guten Einstieg ins PJ und einen guten Verlauf?

JL Für das PJ gilt, das zu lernen, was im Beruf später wichtig ist: gut kommunizieren und im Team arbeiten. Chirurgie geht außerdem nur im Team, im Schockraum wie im OP. Das fängt im PJ an: freundliche und offene Kommunikation mit allen Berufsgruppen, klare Kommunikation, was man sich wünscht, was man kann, aber auch, was man noch nicht kann.

Gerade bei PJlerinnen habe ich häufig das Gefühl, dass sie sich zu viel zurücknehmen und nicht stören wollen und sich wenig zu trauen. Frauen sind sich selbst gegenüber oft zu kritisch. Männer sind viel selbstbewusster, wir sollten von ihnen lernen.

KB Ja, man sollte sich seines eigenen Wertes bewusst sein. Und dennoch nett sein. Auch ganz wichtig: Sucht euch Partner und Partnerinnen, seid offen und kommuniziert!



SURGEONTALK

Der BDC | Podcast



WIR PRÄSENTIEREN

SURGEON TALK

**Chirurgisches Wissen
auf den Punkt.**

www.surgeontalk.de



BDC

Berufsverband der
Deutschen Chirurgie e.V.



Aspekte des berufsorientierenden Praktikums

Katrin Maria Halloul, Frank Meyer

Im Rahmen des Humanmedizinstudiums müssen alle Medizinstudierenden ein dreimonatiges Praktikum in der Pflege absolvieren. Für mich stand Ende Juni des Jahres 2023 der erste Monat auf einer der drei Stationen der Klinik für Kardiologie (Direktor: Prof. Dr. med. habil. R. Braun-Dullaues) des Universitätsklinikums Magdeburg A. ö. R. an und darauffolgende auf der Station des Arbeitsbereiches Gefäßchirurgie; Klinik für Allgemein-, Viszeral-, Gefäß- und Transplantationschirurgie (Direktor: Prof. Dr. med. Dr. h.c. R. S. Croner, MA, FACS) des hiesigen Universitätsklinikums.

Das Medizinstudium selbst war für mich nie unbedingt der große Traum von klein auf, sondern vielmehr war der Weg zu dieser Entscheidung ein Prozess aus anfänglich schlummerndem Interesse, das durch die ständige Konfrontation im medizinischen Kontext wuchs und mich schließlich überzeugte. Dieser Prozess ist mit Beginn des Studiums nicht abgeschlossen – ein so breit gefächertes Studium kann nicht in jedem Aspekt auf Zuspruch stoßen. Ganz im Gegenteil: Langeweile und Desinteresse gehören genauso dazu. Umso wichtiger ist es, sich diesem Lernprozess anzunehmen und herauskristallisieren zu können, was meine Interessen

**Korrespondierende Autorin:****Katrin Maria Halloul**Medizinische Fakultät
Universität Hamburg**Prof. Dr. med. Frank Meyer**Medizinische Fakultät
Universität Hamburg
Klinik für Allgemein-, Viszeral-, Gefäß-
und Transplantationschirurgie
Universitätsklinikum Magdeburg A. ö.
R., Magdeburg

wirklich abdeckt. Was für mich jedoch seit jeher feststeht ist, dass ich zwischenmenschliche Interaktion nicht missen kann und will. Diese Interaktionen lassen für mich das Leben (auf- und er-)blühen – sowohl die positiven als auch die negativen Erfahrungen. Von dem Beruf als Ärztin erwarte und erhoffe ich mir, diese Lebendigkeit des Berufes täglich erfahren zu dürfen und an meinen Aufgaben wachsen zu können.

Anfangs hatte ich keine großartigen Vorstellungen von der kommenden Zeit im Pflegepraktikum, ich wusste nicht so recht, was mich erwartet – dennoch war ich neugierig. Dabei konnte ich weder meine anstehenden Aufgaben als (Vor-)Praktikantin zum

Humanmedizinstudium, sozusagen formal in einem berufsorientierenden Praktikum (dennoch aber schon als obligatorische und abrechenbare Leistung zum anstehenden Studium und zugesprochenen Studienplatz gehörend), noch meine Verantwortung einschätzen. Doch bereits am ersten Arbeitstag stand fest, dass es alles andere als einfach wird: vom Frühaufstehen bis hin zur initialen Orientierungslosigkeit und dem (noch) bestehenden geringen Einblick in und Verständnis für das Stationsgeschehen und seine Abläufe.

Ich war als Hilfspflegerin eingesetzt und damit in zahlreiche Aktivitäten der Grundrankenpflege einbezogen (**Tab. 1**).

Tab. 1: Verfolgte und ausgeführte Tätigkeiten im Pflegepraktikum (<https://next.amboss.com/de/article/O701Nh>; abgerufen: 06.12.2023)

Bereich	Tätigkeiten
Grundpflege	- Unterstützung beim Waschen/Duschen
	- Unterstützung beim Zähneputzen
	- Hilfe beim Toilettengang
Ernährung	- Anreichen von Essen
	- Versorgung mit Tee, Wasser, Kaffee
Mobilität	- Hilfe beim Aufstehen
	- Patientenlagerung
	- An- und Ausziehen von Kleidung
	- Begleiten der Patient/-innen zu Untersuchungen
Beobachtung von Pflegeaufgaben	- Pflegerische Anamnese
	- Krankenbeobachtung und -beurteilung
	- Messen von Vitalparametern, Anlegen eines EKG
	- Verbandswechsel, Vorbereiten von Infusionen, Injektionen verabreichen
Dokumentation	- Eintragen von Messdaten in Patientenkurven
	- Notieren von Besonderheiten
Aufbereitung Krankenzimmer	- Betten frisch beziehen
	- Leeren von Urinflaschen und Bettpfannen
Umgang mit isolierten Patient/-innen	- Einhalten von Infektionsschutzmaßnahmen
Stationsorganisation	- Dienstbeginn und -ende
	- Dienstübergabe
	- Teilnahme an der Visite
Soft Skills	- Verhalten in Notfallsituationen auf der Station
	- Arbeiten im Team
	- Kommunikation mit Patient/-innen und Angehörigen

Halloul KM, Meyer F: Aspekte des berufsorientierenden Praktikums. *Passion Chirurgie*. 2024 Januar/Februar; 14(01/02): Artikel 04_02.



Begeistern Sie den Nachwuchs für die Chirurgie, mehr dazu auf der Webseite unserer Nachwuchskampagne „Nur Mut! Kein Durchschnittsjob: ChirurgIn“.

Zunächst erst einmal ziemlich „überraumpelt“ mit den neuen Herausforderungen, die keinesfalls der „stumpfen“ Theorie aus der Schule glichen, nahm ich mir die Aufgabe meiner neuen Funktion und Tätigkeit der „puren Praxis“ zu Herzen. Eine morgendliche „Waschrunde“ für die hilfsbedürftigen Kranken, Vitalwerte erfassen, Mahlzeiten vorbereiten oder Betten beziehen waren die (Haupt-)Aufgaben, die meinen Tag vor allem im pflegerischen Bereich ausfüllten.

Doch genauso wurde mir zeitweise die Möglichkeit geboten, am OP-Tisch als 2. oder 3. Assistentin zu stehen (**Abb. 1, 2**), diversen Ultraschalluntersuchungen mehrerer Organ(system)e beizuwohnen und diese phasenweise intensiv zu verfolgen (oder) das Blut-Abnehmen zu erlernen; also Erfahrungen, die mir kein Buch so deutlich, kompetent, anschaulich und prägend nahebringen kann wie das menschliche hautnahe Erleben vor Ort/„bed side“, wie man es im Fachjargon ausdrückt.

In diesen intensiven zwei Monaten verfiel ich anfänglich – ehrlich gesagt – mitschwingende recht geringe Lust, die dem Frühaufstehen geschuldet war, gänzlich, und der Tatendrang, Neues zu erleben, zu sehen und zu lernen, wuchs immens.

Neue Gesichter – ob bei medizinischen MitarbeiterInnen oder PatientInnen – und neue Geschichten gehörten zur Tagesordnung. Dabei bleibt es einem jedoch selbst überlassen, darin die Herausforderung zu erkennen oder eben die Chance zu sehen, sich dem täglichen Wechsel, den Anforderungen und Ansprüchen mit einem (hoch-)entwickelten Maß von klinischer Alltags- und Dienstkompetenz sowie adäquater pflegerischer Expertise auszusetzen gegenüber auch einer erkennbar manchmal drohenden Erreichung der Leistungsgrenze.

Determiniert sich erst einmal der Wille, diese herausfordernden Aspekte ernsthaft anzunehmen, lernt man, dass die Quintessenz der Arbeit in den Menschen selbst liegt – mit denen und für die man arbeitet. Sinn der Sache ist es, nicht stumpf geforderte Tätigkeiten zu übernehmen, sondern den Blick hinter die Fassade zu wagen, sich auf die/den Patient:in einzulassen. Zwischen „den



Abb. 1: Situitives Foto der Erstautorin (links) aus dem Op-Saal mit einem Chirurgen



Abb. 2: Situitives Foto der Erstautorin vom Op-Tisch als Mitglied des Op-Teams (2. von links)

Zugang finden“ und „einen Zugang legen“ liegt der Akt der Zwischenmenschlichkeit, der in einem solchen Beruf nicht zu kurz kommen darf. Alltag findet nur dann statt, wenn man zulässt, dass die Routine den Tag bestimmt. Doch wenn man dem Praktikum mit ständiger Neugierde entgegentritt, wird jedes Einzelne zur einzigartigen Erfahrung.

So war der primäre Teil in der Kardiologie vor allem durch pflegerische Einarbeitung gekennzeichnet. Dabei waren die pflegerischen Kolleg:innen großartig – sie „nahmen mich an die Hand“, zeigten mir manchen pflegerischen Kniff, aber auch einige tiefsinnige Hintergrundaspekte zu Patientenäußerungen und -verhalten.



Abb. 3: Pflegerische Tätigkeiten im berufsorientierenden Praktikum

In der Gefäßchirurgie war ich dann schon besser „gewappnet“ hinsichtlich der unzähligen auch kleinen Pflichten, die der (auch hilfs-) pflegerischen Ebene zukommen.

Beide Fachbereiche stellten einen gelungenen Einstieg in die Medizin dar,

- einmal eher klinisch-konservativ in der Kardiologie, stark auf diagnostischen Maßnahmen fußend, mit teilweisen Interventionen („Herzkatheteruntersuchung“, „Herzklappenimplantation“), die ich fachlich nunmehr schon etwas besser verstehe;
- andererseits eher operativ in der Gefäßchirurgie ausgerichtet mit einem der Operation anhängigen Maßnahmepaket („perioperative Patientenbetreuung“), wo neben der komplexen Patient:ineneinschätzung hinsichtlich der Operationseignung vor dem gefäßchirurgischen Eingriff („präoperativ“) sich eine ebenso intensive Anstrengung dem „postoperativen“ Verlauf (also nach dem gefäßchirurgischen Eingriff – zumeist in Vollnarkose bei teils schwerkran-

ken PatientInnen hinsichtlich gefäßmedizinischer Krankheitsausprägung, Nebenerkrankungen und diversen Medikamenten) zur Patientengenesung und Komplikationserkennung und -beherrschung ärztlich und pflegerisch (Abb. 3) widmete.

Ich hatte so viele interessante Begegnungen und (Kurz-)Gespräche mit tatkräftigen Beschäftigten, ob Schwestern oder Pfleger, im täglichen Kontakt oder der emsigen Ärzteschaft, die in ihrem konzentrierten Tagwerk sich einer kurzen Konversation stellten oder einfach „herüberwinkten“.

Es waren sehr lehrreiche Tage und Wochen mit zahlreichen Einzel- und Detailerlebnissen und -eindrücken, die es erst einmal zu verarbeiten gilt, aber von deren auch erfüllenden Aspekten ich bestimmt noch eine Weile zehren werde.

Neben dem obligatorischen Part im Humanmedizinstudium ist ein derartiges hilfspflegerisch ausgerichtetes berufsorientierendes

Praktikum auch durchaus im Vorfeld anderer Fachrichtungen sehr geeignet wie Gesundheitsökonomie/-management, öffentliche(s) Gesundheitswesen/-wirtschaft, Psychologie und Soziologie, aber auch allgemein lebens- und zukunftsorientierend im individuellen Selbstfindungsprozess oder im Rahmen des „Freiwilligen Sozialen Jahrs“.

Auf alle Fälle wurde sehr klar, welchem Zweck ein ausgiebiges Pflegepraktikum im Rahmen des Humanmedizinstudiums dient, den komplexen und kompletten klinisch-medizinischen Alltag schon früh im Studienablauf tiefgründig und nachhaltig zu erfahren als auch den Grundstein für eine adäquate interprofessionelle Zusammenarbeit auf Basis gegenseitigen Verstehens zu legen.

Das berufsorientierende Praktikum hat mir bestätigt was für eine großartige Arbeit Pflegekräfte und Ärztinnen und Ärzte täglich leisten, die Vorfreude auf den dritten Monat im Pflegepraktikum geweckt und mich in meiner Entscheidung, ein Humanmedizinstudium in Angriff zu nehmen, bestärkt. ○

WEITER+BILDUNG – Willkommen zum Bundeskongress Chirurgie 2024 in Nürnberg!

Jan Henniger, Frank Sinning

Die medizinische Versorgung versinkt aktuell im Chaos! Kliniken und Praxen wissen nicht mehr, wie sie in Zukunft die Patientenversorgung sicherstellen sollen. Überall herrscht ein Mangel an ärztlichem wie medizinischem Fachpersonal, und die Politik ist richtungslos.

Die Rahmenbedingungen für eine hochwertige medizinische Versorgung ändern sich permanent. Investorengeführte MVZ übernehmen zunehmend die ambulanten Strukturen.

In den Kliniken sollen integrierte Notfallzentren entstehen, die das ärztliche Personal binden, während parallel dazu eine Verlagerung von stationären Leistungen in den ambulanten Sektor seitens der aktuellen Gesundheitspolitik angestrebt wird.

Diese Ausgangslage hat weitreichende Folgen für das gesamte Gesundheitswesen. Sie sorgt für eine hohe Ressourcenverschwendung und stellt gerade uns Niedergelassene vor unglaubliche Herausforderungen. Als Fachärztinnen und Fachärzte kämpfen wir nicht nur mit einer unzureichenden Finanzierung in der ambulanten Medizin. Wir müssen uns auch den Fragen stellen: Wie decken wir zukünftig den – für diese Versorgung notwendigen – Bedarf an Haus- und Fachärztinnen/Fachärzten? Und gestalten wir die Weiterbildung familienfreundlicher, so

dass niemanden benachteiligt wird? Und wie stellen wir sicher, dass diese Nachwuchskräfte tatsächlich die Probleme der Patienten in den Praxen lösen können?

Eins ist sicher: Die ärztliche Weiterbildung muss dort stattfinden, wo ärztliche Eingriffe besonders häufig und gut gemacht werden. Das bedeutet: sie kann nicht mehr ausschließlich im stationären Sektor erfolgen! Viele grundlegende Fertigkeiten werden dort nicht mehr gelehrt. Das für die professionelle Patientenversorgung nötige Wissen kann nur noch im ambulanten Bereich erworben werden. Wir sind bereit für diese Herausforderung!

Allerdings können die Praxen die Lücken in der Weiterbildung nicht allein schließen. Die aktuelle Situation erfordert dringend einen Dialog und eine gemeinsame Lösungsfindung zwischen Politik, Kliniken, ambulanten Praxen und Weiterbildungsverantwortlichen. Der Bundeskongress Chirurgie 2024 in Nürnberg bietet die ideale Plattform, um das Thema ärztliche WEITER+BILDUNG zu diskutieren und gemeinsam Lösungsansätze zu entwickeln.

Wir freuen uns darauf, renommierte Experten, Vertreter der Politik, Ärztinnen/Ärzte und medizinisches Fachpersonal aus Kliniken und Praxen zusammenzubringen, um die Zukunft

der Chirurgie und der ärztlichen Weiterbildung aktiv mitzugestalten. Seien Sie dabei und tragen Sie aktiv zu diesem wichtigen Diskurs bei.

Wir laden Sie herzlich ein, den Bundeskongress Chirurgie vom 23. bis 24. Februar 2024 in Nürnberg zu besuchen und gemeinsam die Weichen für eine zukunftsorientierte medizinische Versorgung zu stellen: <https://www.bundeskongress-chirurgie.de/> 

Jan Henniger

Kongressleitung Bundeskongress Chirurgie

Dr. med. Frank Sinning

Kongressleitung Bundeskongress Chirurgie

Henniger J, Sinning F: WEITER+BILDUNG – Willkommen zum Bundeskongress Chirurgie 2024 in Nürnberg! Passion Chirurgie. 2024 Januar/Februar; 14(01/02): Artikel 04_03.



Mehr Themen für Niedergelassene finden Sie auf BDC|Online (www.bdc.de) unter der Rubrik Wissen | Fachgebiete | Niederlassung.

WEITER

**BUNDESKONGRESS
CHIRURGIE 2024**
BNC · BAO SEKTORENUNABHÄNGIG
FACHÜBERGREIFEND
CHIRURGEN · ANÄSTHESISTEN · OPERATEURE
GEMEINSAM STARK

23. – 24. Februar 2024, NürnbergConventionCenter

BILDUNG



RECHT &
VERSICHERUNG

Versicherungs- angebote des BDC



Diese Leistungen sind in Ihrem BDC-Mitgliedsbeitrag enthalten:

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

Weitere Versicherungsangebote für BDC-Mitglieder über Rahmenverträge

Exklusiv und marktführend

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

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

**HABEN SIE FRAGEN ODER WÜNSCHEN SIE EIN KONKRETES ANGEBOT? BITTE SPRECHEN SIE UNS AN:
BDC-VERSICHERUNGSSERVICE**

ECCLESIA MED GMBH

Ecclesiastraße 1-4, 32758 Detmold

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

E-Mail: bdv-versicherungsservice@ecclesia.de



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

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

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

Jatzwauk L, Popp W, Kohnen W: Hygiene-Tipp: Abtrennung
 zwischen Waschbecken und Arbeitsfläche. *Passion Chirurgie*.
 2024 Januar/Februar; 14(01/02): Artikel 04_04.



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

HYGIENE TIPP

Abtrennung zwischen Waschbecken und Arbeitsfläche

Lutz Jatzwauk, Walter Popp, Wolfgang Kohnen

FRAGE:

Das Gesundheitsamt reklamiert in meiner Praxis eine fehlende Abtrennung zwischen dem Waschbecken und einer Arbeitsfläche. Außerdem wird reklamiert, dass das Wasser direkt in den Abfluss läuft. Ist das wirklich erforderlich?

ANTWORT:

Die Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention am RKI fordert in der Empfehlung zur Händehygiene in Einrichtungen des Gesundheitswesens (2016) folgende Kriterien für Handwaschplätze:

Ein hygienischer Handwaschplatz muss mit Zulauf für warmes und kaltes Wasser ausgestattet sein. Bei einer Neueinrichtung oder wesentlichen Umgestaltung eines Handwaschplatzes ist auf ein ausreichend groß dimensioniertes, tief ausgeformtes Handwaschbecken ohne Überlauf zu achten. Falls saubere Arbeitsflächen an den Waschplatz angrenzen, sind diese durch einen Spritzschutz so abzuschirmen, dass es (insbesondere in Bereichen der Zubereitung von Medikamenten) nicht zu einer Kontamination der Umgebung kommen kann. Der Handwaschplatz muss abhängig von den räumlichen Bedingungen mit wandmontierten Spendern für Händedesinfektionsmittel und Handwaschpräparat und mit Einmalhandtüchern ausgestattet sein. Der Wasserstrahl darf nicht direkt auf den Abfluss gerichtet sein, um die Entstehung des erregerehaltigen Aerosols aus dem Siphon zu minimieren. Die Forderung nach Waschbecken ohne Überlauf ist allerdings auf eine „Neuinstallation“ eines Waschbeckens begrenzt.

Da die KRINKO-Empfehlungen in Deutschland gemäß § 23 Infektionsschutzgesetz den Stand der Wissenschaft repräsentieren, sind die Forderungen des Gesundheitsamtes legitim.

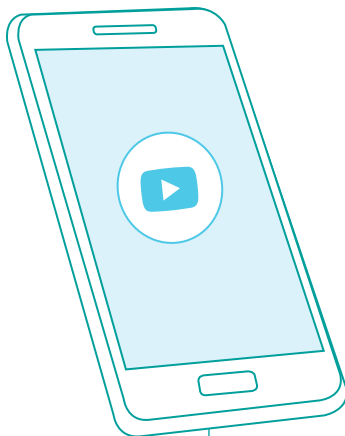
Der Kurztipp im Auftrag der DGKH gibt die Meinung der Autoren wieder.



HYGIENE CLIP

Get Your Disinfection

Erfolgreiche bundesweite
Kampagne des BDC
in Kooperation
mit DGKH und BDH



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

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

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

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

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



PATIENTENSCHUTZ DURCH HYGIENE IST EINE
BUNDESWEITE KONZERTIERTE AKTION VON:

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

Krankenhaus Rating Report 2023 – die Revolution?!

Hans-Joachim Meyer, Olivia Päßler



Krankenhaus Rating Report 2023 – die Revolution?!

Boris Augurzky, Sebastian Krolap,
Johannes Hollenbach, Daniel Monsees,
Adam Pilny, Christoph M. Schmidt,
Christiane Wuckel
1. Auflage 2023
233 S., medhochzwei
ISBN 978-3-86216-976-4
€ 359,00

Beim Verlag bestellen...

Rezensenten:

Prof. Dr. med.

Dr. h.c. Hans-Joachim Meyer

Präsident des Berufsverbandes der
Deutschen Chirurgie e.V. (BDC)
praesident@bdc.de

Olivia Päßler

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

Meyer HJ, Päßler O: Rezension: Krankenhaus
Rating Report 2023 – die Revolution?!
Passion Chirurgie. 2024 Januar/Februar;
14(01/02): Artikel 04_05.



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

Die neunzehnte Ausgabe des „Krankenhaus Rating Report 2023“ beschäftigt sich mit der wirtschaftlichen, strukturellen und personellen Situation der Krankenhäuser in Deutschland bis zum Jahr 2022. Der Report benennt externe und interne Faktoren für die Ist-Situation und gibt einen Ausblick darauf, wie sich die Krankenhausstrukturen mittelfristig anpassen und entwickeln müssen. Eine große Rolle spielt dabei die 2022 angekündigte und 2023 eingeleitete Krankenhausreform, die – für die Autor:innen zurecht – als „Revolution“ bezeichnet wurde, da sie einen tiefgreifenden Umbau des Krankenhaus- und Versorgungssystems vorsieht. Datengrundlage des „Krankenhaus Rating Report 2023“ ist eine Stichprobe von 521 Jahresabschlüssen von Krankenhäusern aus dem Jahr 2020 und 525 aus dem Jahr 2021. Sie umfassen insgesamt 976 Krankenhäuser. Für das Jahr 2022 lagen noch keine Jahresabschlüsse in ausreichender Zahl vor.

Die Daten dienen den Autor:innen als Grundlage, die wirtschaftliche Entwicklung der Krankenhäuser bis zum Jahr 2021 darzulegen und zu analysieren. Dabei stellen sie fest, dass sich die ökonomische Lage im Klinikbereich nach einem guten Jahr 2020 wieder verschlechtert hat. Durch zu wenig Investitionsfördermittel von Seiten der Länder müssen die Kliniken, um ihre Substanz zu erhalten, eigene finanzielle Mittel einsetzen. Interessante Entwicklungen zeigt der Report auch im Bereich des Fachpersonals. So klären die Daten auf, warum es trotz steigender Anzahl an sozialversicherungspflichtig beschäftigten Menschen im Gesundheitswesen eine Vielzahl von unbesetzten Stellen gibt, die perspektivisch nicht besetzt werden können.

Für die Projektion haben die Autor:innen die Jahresabschlüsse des Jahres 2021 unter Berücksichtigung der bereits über die Jahre 2022 und 2023 vorliegenden Erkenntnisse und beschlossener Gesetzesänderungen sowie der demografischen Entwicklung bis 2030 fortgeschrieben. Die Autor:innen nehmen an, dass die in den Pandemie Jahren beobachtete geringe Leistungsmenge dauerhaft niedrig bleibt und es nur zu einem leichten demografisch bedingten Wachstum kommt. Weiterhin berücksichtigen sie die gestiegene Inflation sowie bereits beschlossene Kurzfristhilfen wie die Energiepreiskontrolle und den Härtefallfonds. Dabei spielen sie verschiedene Modelle durch, die aufzeigen, mit welchen Resultaten etwa bei einer Stabilisierungshilfe oder bei voranschreitender Ambulantisierung zu rechnen ist.

Im Ausblick beschäftigen sich die Autor:innen unter anderem mit der Krankenhausreform, die mit den geplanten Vorhaben des Umbaus sowohl des Vergütungssystems als auch der Krankenhausstrukturen für sie „revolutionären“ Charakter haben kann. Die angestrebte Reform formuliert für die Autor:innen implizit ein Zielbild der zukünftig möglichen Krankenhausstrukturen, die geprägt sein werden von einer höheren Auslastung der Häuser und einer Steigerung der Effizienz durch Zusammenlegung von Standorten.

Der Krankenhaus Rating Report 2023 bietet neben umfangreichen Daten und Grafiken eine ausführliche Beschreibung der Ist-Situation der Krankenhauslandschaft. Der Report erhält zudem Substanz, in dem die Autor:innen die Ursachen benennen. Einen Mehrwert bekommt er durch das Anknüpfen realistischer Szenarien in der Zukunft und politischer Handlungsempfehlungen. ○

ARZTPRAXIS TIPP

Frage & Antwort



Durchgangsarztbericht nach älteren oder abgeschlossenen Behandlungen



Antwort von:

Dr. Peter Kalbe

Vizepräsident

Berufsverband der Deutschen

Chirurgie e.V. (BDC)

kalbe@bdc.de

Kalbe, P: Durchgangsarztbericht nach älteren oder abgeschlossenen Behandlungen.

Passion Chirurgie. 2024 Januar/Februar; 14(01/02): Artikel 04_06.



Mehr Artikel rund ums Thema Niederlassung finden Sie auf BDC|Online (www.bdc.de), Rubrik Wissen | Fachgebiete | Niederlassung).

FRAGE:

Auf verschiedenen unfallmedizinischen Tagungen und auch anderweitigen Fortbildungen wurde seitens der Unfallversicherungsträger der Wunsch/die Empfehlung ausgesprochen, dass auch bei älteren beziehungsweise zunächst abgeschlossen Behandlungen im Unfallzusammenhang mit nachfolgender Wiedervorstellung länger als drei Monate nach der letzten Behandlung ein Durchgangsarztbericht (F1000) erstellt werden sollte.

Dieses Vorgehen wird größtenteils auch so akzeptiert. Es führt jedoch auch wiederholt zu Irritationen – insbesondere bezogen auf die Abrechnung – und wird völlig uneinheitlich gehandhabt.

Siehe Antwort der Unfallkasse auf eine Rechnung für einen Durchgangsarztbericht: „Laut vorliegender Berichterstattung befindet sich der Versicherte bereits in einer fortlaufenden Behandlung Ihrerseits, daher ist die Erstellung eines erneuten D-Arztberichtes nicht erforderlich. Wir ändern daher die Gebühr nach Ziffer 132 in die Ziffer 115.“

Nach den uns vorliegenden Unterlagen ist die Ziffer 6 nicht gerechtfertigt. Eine umfassende Untersuchung verbunden mit nach Umfang und Zeit besonders differential-diagnostischen Aufwand usw. ist hier nicht ersichtlich. Wir ändern daher die Leistung nach Ziffer 6 in die Ziffer 1.

Bitte berücksichtigen Sie diese Regelungen bei ihrer zukünftigen Rechnungslegung.

Es wird ein Betrag in Höhe von 27,37 € vergütet.“

Aktuell verfahren wir in der Praxis so:

- Neuerliche, ungeplante Vorstellung im Unfallzusammenhang eines bg-lich versicherten Unfalls, der länger als drei Monate nach letzter ärztlicher Behandlung/Vorstellung her ist: Berichterstattung dazu mittels Durchgangsarztbericht (F1000)
- Neuerliche, geplante/ungeplante Vorstellung im Unfallzusammenhang eines bg-lich versicherten Unfalls, der weniger als drei Monate nach letzter ärztlicher Behandlung/Vorstellung her ist: Berichterstattung dazu mittels Verlaufsbericht (F2100) – wenn erforderlich

Sollte es dazu eine aussagekräftige Regelung geben, welche mir entgangen ist, bitte ich Sie um eine kurze Mitteilung.

ANTWORT:

Eine Drei-Monatsregel für die regelmäßige Neuerstellung eines D-Arzt-Berichtes (DAB) gibt es nicht. Dies ist vielleicht ein Missverständnis, weil die Dauer des Behandlungsfalls drei Monate beträgt. Dies ist allerdings eine reine Abrechnungsregel und hat nichts mit einer Verpflichtung (oder Berechtigung) zu tun, alle drei Monate einen neuen DAB zu erstellen.

Die Berichterstattung im laufenden Behandlungsfall (bei besonderer Heilbehandlung) soll mit Verlaufsberichten erfolgen, und zwar grundsätzlich unter den im § 16 des Vertrags dargelegten Umständen:

- Unerwartete Heilkomplikationen
- Fehlender Heilungsfortschritt

- Verlegung
- Wesentliche Änderung der Diagnose
- Notwendigkeit orthopädischer Schuhversorgung
- Notwendigkeit prothetischer Versorgung
- Notwendigkeit häuslicher Krankenpflege (siehe § 19)
- Abbruch der Heilbehandlung seitens des Unfallverletzten
- Ungenügende Unterstützung bzw. fehlende Mitwirkung des Unfallverletzten bei der Durchführung der Heilbehandlung

Nach unserer Erfahrung fordern manche BGen und Unfallkassen aber auch Berichte an, wenn eine Behandlung länger (wochen- bis monatelang) läuft und keine Berichte erstellt wurden.

Formal wird die Besondere Heilbehandlung mit einer Mitteilung nach F2222 abgeschlossen. Stellt sich die/der Verletzte dann nach

diesem formalen Abschluss wieder vor, ist ein Wiedererkrankungsbericht als D-Arzt-Bericht zu erstellen.

Im Vordergrund steht, dass die Sachbearbeiter bei der BG immer über den aktuellen Stand der Behandlung informiert sein sollten. In Routinefällen reichen dafür in der Regel der Erstbericht und die AU-Bescheinigungen. Bei allen Komplikationen und Besonderheiten empfehlen sich Verlaufsberichte. Manche BGen tolerieren (oder schätzen sogar) auch anlasslose Verlaufsberichte (mit dem Inhalt: Alles prima, problemloser Verlauf), diese sind aber eigentlich nicht vertragskonform (s. o.) und man hat schlechte Karten, wenn das Honorar dafür gekürzt wird.

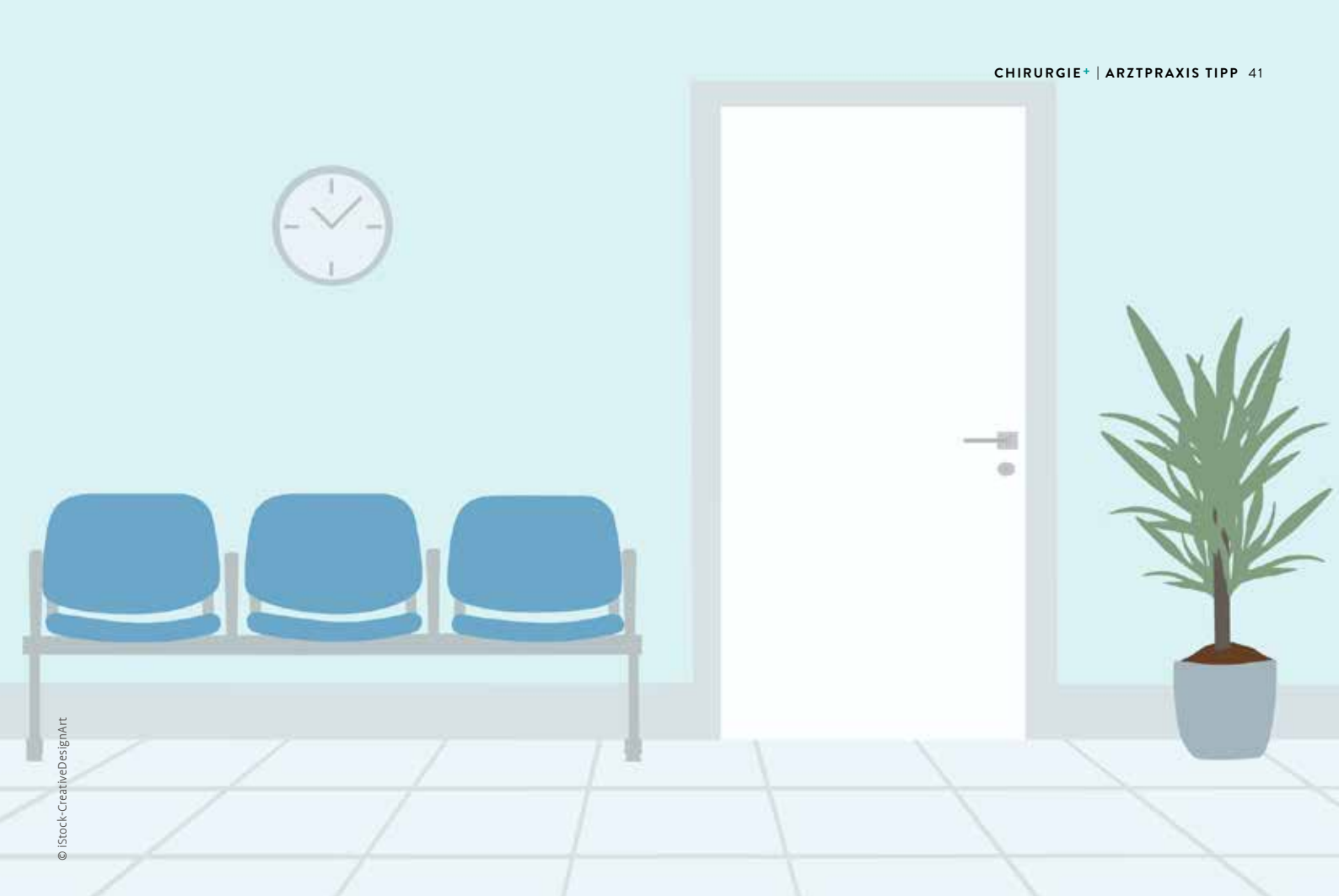
Im angefragten Fall hat die Unfallkasse somit vollkommen recht mit der Streichung des DAB. Erfreulicherweise hat die Unfallkasse immerhin stattdessen die Gebühr für einen Verlaufsbericht erstattet. ○



Der Podcast für das Gesundheitswesen.

▶ JETZT REINHÖREN





© IStock-CreativeDesignArt

Reform der D-Arzt-Bedingungen zum 1.1.2024: Strukturelle Voraussetzungen für Eingriffsräume

Peter Kalbe

Die Reform der Bedingungen für die niedergelassenen Durchgangsärzte ist zum 1.1.2024 in Kraft getreten. In den folgenden Ausgaben der Passion Chirurgie werden die Details der neuen Regelungen im Einzelnen erläutert. In diesem Beitrag geht es um die strukturellen Vorgaben für die Eingriffsräume (ER).

Es ist zu begrüßen, dass in den aktuellen Regelungen die hygienischen Erfordernisse

gesondert schriftlich festgelegt wurden. Dies erleichtert es den Durchgangsärztinnen und -ärzten, bei einem geplanten Orts- oder Betreiber-Wechsel die eigenen Strukturen zu überprüfen und ggf. sachgerecht anzupassen. Wir empfehlen dringend, in jedem Einzelfall schon während der Planungen neben dem beratenden Krankenhaushygieniker und den zuständigen Gesundheitsbehörden auch den Landesverband der DGUV einzubeziehen.



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

Die ab dem 1.1.2024 gültigen Vorgaben „**Übersicht Eingriffsräume D-Arzt ambulant ab 1.1.2024**“ sind **HIER** herunterzuladen

In der Präambel zu den ab 1.1.2024 gültigen Strukturvorgaben heißt es: **Für die Durchgangsarztztätigkeit ist ein Eingriffsraum erforderlich.** Dies bedeutet nunmehr eine entscheidende Verbesserung gegenüber den alten nicht mehr gültigen Bedingungen aus dem Jahr 2011, in denen noch „Zwei Eingriffsräume für invasive Eingriffe, getrennt für Eingriffe bestimmten Kontaminationsgrades“ gefordert wurden. Demgemäß wird jetzt zur Beurteilung der hygienischen Voraussetzungen auf die aktuelle **KRINKO Empfehlungen zur Prävention postoperativer Wundinfektionen von 2018** abgehoben, die gemäß § 23 (3) des Infektionsschutzgesetzes eine hochgradige Bindungswirkung entfaltet.

Grundsätzlich wird von der DGUV jetzt zwischen Eingriffsräumen (ER) der Kategorie A und der Kategorie B unterschieden, letztere mit leicht abgesenkten Strukturvorgaben.

Eine D-Arzt-Praxis muss (abweichend von der irrtümlichen Darstellung in der Passion Chirurgie 9/2023) mindestens einen ER der Kategorie A vorhalten.

Ergänzend dazu ist ab 2024 folgende pragmatische Regelung vorgesehen: Wenn innerhalb des Gebäudes, in dem die Durchgangsarztztätigkeit ausgeübt wird, zusätzlich ein gesonderter Bereich für Operationen mit geringem oder höherem SSI-Risiko vorhanden ist und dieser barrierefrei erreichbar und kurzfristig verfügbar ist, reicht auch die Vorhaltung eines ER der Kategorie B in der Praxis bzw. der Krankenhausambulanz aus.

Die Vorgaben für die Kategorien A und B sind im Einzelnen **der Tabelle** zu entnehmen. Daher soll hier nur auf Besonderheiten eingegangen werden.

STRUKTURELLE VORGABEN FÜR EINEN EINGRIFFSRAUM DER KATEGORIE A

Dieser ER soll sich in einem gesonderten,verkehrsberuhigten und vor unbefugtem Betreten gesicherten (OP-)Bereich befinden.

Unter 2.1. wird für die Grundfläche des ER 20 m² angegeben. Diese Fläche stellt aber lediglich einen Richtwert dar, der nicht maßgeblich unterschritten werden sollte. Entscheidend dürfte sein, ob für die beabsichtigte operative Tätigkeit um den OP-Tisch herum ausreichend Platz ist, um unter hygienischen Gesichtspunkten freie Personenbewegungen zu ermöglichen und die benötigten Instrumententische aufzustellen. Das erforderliche Instrumentarium (und damit auch der Platzbedarf) dürfte z. B. für arthroskopische Operationen oder Osteosynthesen mit Durchleuchtungsgerät deutlich umfangreicher sein als z. B. für kleinere Weichteileingriffe. Daher muss beurteilt werden, ob der freie Bewegungsraum unter Berücksichtigung von festen Einbaumöbeln oder flexibler Einrichtung, z. B. mit mobilen Gerätewagen, ausreichend ist. Entsprechend den Vorgaben der KRINKO sollte dies anhand des beabsichtigten OP-Spektrums in Kooperation mit dem beratenden Krankenhaus-Hygieniker und dem DGUV-Landesverband festgelegt werden.

Die weiteren Vorgaben unter 2.2. bis 2.13. entsprechen im Wesentlichen den Vorgaben für das ambulante Operieren gemäß § 115b des SGB V und dürften somit von den Vertragsärzten ohnehin eingehalten werden. Abweichend ist nunmehr nicht mehr eine aufwändige gerundete Anbindung des Fußbodens an die abwaschbare Wand erforderlich, hier reicht gemäß 2.5. eine desinfektionsmittelbeständige, dichtsitzende und gut verfugte hohe Scheuerleiste aus. Aus 2.11. und 2.12. ist zu entnehmen, dass RLT-Anlagen aus hygienischen Gründen in der Regel nicht gefordert werden und nur ggfs. aus klimaphysiologischen Gründen und/oder zur Absaugung von Narkosegasen oder Rauch notwendig sind. Auch dies ist im Vorfeld mit dem beratenden Krankenhaushygieniker und ggf. mit dem Gewerbeaufsichtsamt zu klären.

Die unter 3. bis 7. genannten baulichen Vorgaben entsprechen den üblichen Standards für ambulante Operationsbereiche. Eine Erleichterung findet sich unter 3., indem hier bei kleinerem Umfang der geplanten Operationen und geringem Personalbedarf der geplanten Eingriffe, auch eine Einkammer-Schleuse akzeptiert wird. Auch die unter 8. aufgeführte

Kalbe, P: Reform der D-Arzt-Bedingungen zum 1.1.2024: Strukturelle Voraussetzungen für Eingriffsräume. *Passion Chirurgie*. 2024 Januar/Februar; 14(01/02): Artikel 04_07.



Mehr Artikel rund ums Thema Niederlassung finden Sie auf BDC|Online (www.bdc.de), Rubrik Wissen | Fachgebiete | Niederlassung.

Möglichkeit, die Personalumkleide, die Patientenumkleide, den Waschplatz und den Ruheraum bei entsprechender Größe und hygienisch einwandfreier Aufteilung auch kombiniert zu nutzen, eröffnet im Einzelfall pragmatische und aufwandsarme bauliche Lösungen.

STRUKTURELLE VORGABEN FÜR EINEN EINGRIFFSRAUM DER KATEGORIE B

Ein ER der Kategorie B kann im normalen Praxis-/Ambulanzbereich liegen. Die hygienischen Voraussetzungen gemäß 2.1. bis 2.13. gelten gleich wie für den ER der Kategorie A, allerdings mit den wichtigen Ausnahmen, dass weder gesonderte Umkleideräume für das Personal noch für die Patienten noch ein gesonderter Ruheraum gefordert werden. Der Waschplatz kann beim ER B auch in einer Nische vor oder im Raum liegen und für die Entsorgung ist der normale Entsorgungsraum

der Praxis ausreichend. Da die üblicherweise vorhandenen Räume für Wundversorgung diese Vorgaben erfüllen dürften, stellt diese Regelung eine deutliche Vereinfachung dar, ohne dass dies die Versorgungsqualität beeinträchtigt.

Insgesamt ist die Anpassung der strukturellen Voraussetzungen sehr zu begrüßen, vor allem wegen der daraus resultierenden Transparenz der Beurteilungsgrundlagen. Die Reduzierung von zwei ER auf einen und der Wegfall der Trennung in septisch/aseptisch stellt eine wesentliche Erleichterung dar und dürfte auch die Weitergabe älterer Praxen unterstützen.

Es ist aber zu beachten, dass keine Zugeständnisse bei den Vorgaben zur barrierefreien Erreichbarkeit zu erzielen waren.

Sollten im Einzelfall trotz der Einbindung des beratenden Krankenhaushygienikers noch

Fragen offenbleiben, so bietet der BDC seinen Mitgliedern Beratung und Unterstützung an. Darüber hinaus ist aber zu berücksichtigen, dass die hygienischen Bedingungen der Einrichtungen für ambulantes Operieren nicht nur von der DGUV, sondern in der Regel auch vom zuständigen Gesundheitsamt und dem Gewerbeaufsichtsamt abgenommen werden müssen.

LITERATUR

- [1] Prävention postoperativer Wundinfektionen; Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) beim Robert-Koch-Institut; Bundesgesundheitsbl 2018. 61:448–473
- [2] Kalbe, P.: Reform der D-Arzt-Bedingungen zum 1. Januar 2024 Passion Chirurgie 2023 September; 13(09): Artikel 05_03. [O](#)



Präsenz-Seminar

Wissenschaftliche Leitung:

Dr. med. Angela Simon, Malchin
Dr. med. Anja Helmers, Berlin

Orthopädie/Unfallchirurgie

Fußchirurgie III

Berlin, 22. – 23. März 2024

Klick!
Jetzt
anmelden!

Honorarberichte der KBV

3. Quartal 2022

KBV



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

Die Kassenärztlichen Bundesvereinigung hat die Honorarberichte für die vertragsärztliche Versorgung nach § 87c SGB V für das 1., 2. und **3. Quartal 2022** veröffentlicht. Sie informieren über die Honorarverteilung, die Gesamtvergütung, die Bereinigungssummen und das Honorar je Arzt und Abrechnungsgruppe im jeweiligen Quartal.

Erstes Quartal 2022

Zweites Quartal 2022

Drittes Quartal 2022

Abrechnung sind ebenfalls auf der [Webseite der Kassenärztlichen Bundesvereinigung](#) veröffentlicht.

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

Alle bisher erschienenen Berichte sowie weitergehende Kennzahlen zur vertragsärztlichen



©iStock/utrecht



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

Personalia



Der Berufsverband der Deutschen Chirurgie und die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie gratulieren allen Mitgliedern zu den neuen Funktionen, Ernennungen und Auszeichnungen.

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

FEBRUAR 2024

Tobias Gäbelein, Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie und Facharzt für Allgemein Chirurgie, übernahm im Januar 2024 den Chefarztposten der Unfallchirurgie und Orthopädie der Asklepios Südpfalzlinik in Kandel.

Dr. med. Frank Greinke übernahm im Januar 2024 die cheftätliche Leitung der Allgemein-chirurgie am Klinikum Halle.

Prof. Dr. med. Assad Haneya übernahm im Dezember 2023 die Position des Chefarztes der Herz- und Thoraxchirurgie des Krankenhauses der Barmherzigen Brüder Trier. Er wechselte vom Universitätsklinikums Schleswig-Holstein (UKSH) am Campus Kiel, wo er stellvertretender Ärztlicher Direktor der Herz- und Gefäßchirurgie war.

PD Dr. med. Martina Kötting übernahm Anfang November 2023 die Position als Cheftätin der Allgemein-, Viszeral- und Gefäßchirurgie am Stadt Krankenhaus Hessenklinik in Korbach. Sie kam von der Paracelsus-Klinik in Bad Ems, die zum 30. Juni 2023 komplett geschlossen wurde.

Im Rahmen der Nachbesetzung wurde **Prof. Dr. med. Andreas Krieg**, HHU Düsseldorf, ab Januar 2024 zum Direktor der Universitätsklinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie, Thoraxchirurgie und Proktologie, Kreiskliniken Herford Bünde AÖR, Medizin Campus OWL der Ruhr-Universität Bochum, berufen (Nachfolge Prof. Dr. Günther Winde).

Prof. Dr. Dr. med. Helmut Laurer ist seit Dezember 2023 Chefarzt der Unfallchirurgie am Bergman Clinics Mathilden-Hospital in Büdingen.

Prof. Dr. med. Dr. h.c. Hans-Joachim Meyer, BDC-Präsident, wurde auf der BDC-Präsidiums-sitzung im November 2023 eine Ehrenmedaille verliehen. Besondere Anerkennung gebührt Professor Meyer für seinen persönlichen Einsatz in der Verbesserung der Beziehungen zwischen

dem BDC und der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie e.V. (DGCH). Daneben hat sich Prof. Meyer im Rahmen der gemeinsamen Weiterbildungskommission intensiv für die Belange der Weiterbildung des chirurgischen Nachwuchses eingesetzt. Geehrt wird auch sein Engagement für die Chirurgie in nationalen und internationalen Gremien wie der AWMF und der UEMS Section Surgery.

Dr. med. Thomas Neubauer ist Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie, spezielle Unfallchirurgie, Handchirurgie und Sportmedizin und seit Januar neben Dr. med. Johannes Gusinde Chefarzt am Krankenhaus Freyung.

Prof. Dr. med. Michael Stumpf, Chefarzt der Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie der Helios Dr.-Horst-Schmidt-Kliniken in Wiesbaden übernahm im Januar 2024 zusätzlich den Posten des ärztlichen Direktors der HSK.

Dr. med. Michael Vogt ist seit Januar 2023 neuer Chefarzt der Orthopädie und Unfallchirurgie der GFO Kliniken Troisdorf, Standort St. Josef-Hospital. Der Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie mit Zusatzbezeichnung Spezielle Unfallchirurgie und Spezielle Orthopädische Chirurgie, war leitender Arzt im Zentrum für Orthopädie, Unfallchirurgie und Sportmedizin am Gemeinschaftskrankenhaus Bonn.

Univ.-Prof. Dr. med. Florian Vondran hat im November 2023 die Nachfolge von Univ.-Prof. Dr. med. Ulf Neumann als Direktor und Lehrstuhlinhaber der Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Transplantationschirurgie an der Uniklinik RWTH Aachen angetreten. Der ausgewiesene Transplantationschirurg übernimmt die W3-Professur für Allgemein-, Viszeral- und Transplantationschirurgie der RWTH Aachen. Zuletzt war Prof. Vondran als leitender Oberarzt und Wissenschaftler in der Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Transplantationschirurgie der Medizinischen Hochschule Hannover tätig.



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



BGH-Urteil: Aufklärung muss individuell erfolgen und darf Risiken nicht verharmlosen

Sandra Miller

50 PROZENT IST MEHR ALS „SELTEN“

Ein Aufklärungsbogen ersetzt das mündliche Aufklärungsgespräch nicht, denn die Aufklärung muss sich am individuellen Risikoprofil der Patientin oder des Patienten orientieren. Verharmlost das Formular beispielsweise spezifische, in der Person des Patienten liegende Risiken und ruft damit eine Fehlvorstellung über die mit dem Eingriff verbundene Komplikationsgefahr hervor, trifft die Ärztin oder den Arzt ein Aufklärungsversäumnis, sofern er beziehungsweise sie nicht im Gespräch über das tatsächliche Risiko für die Person aufgeklärt hat. So hat der Bundesgerichtshof am 16. August 2022 entschieden

(Az.: VI ZR 342/21). Sandra Miller, Fachjuristin für Medizinrecht in unserer Unternehmensgruppe, berichtet.

DER FALL

Bei der Klägerin im vorliegenden Fall ist ein großer Tumor des im Schädel befindlichen rechtsseitigen Keilbeinflügels festgestellt worden. Der Tumor soll entfernt werden. Im Aufklärungsgespräch erhält die Klägerin einen Aufklärungsbogen, der wie nebenstehend abgebildet lautet:

„Vorgesehene Maßnahme große Tumoroperation!

...



Sandra Miller

Rechtsanwältin
Ecclesia Holding GmbH
Unternehmensbereich Schaden,
Abteilung Krankenhaus
Ecclesia Holding GmbH
Ecclesiastraße 1-4
32758 Detmold
Sandra.miller@ecclesia-gruppe.de

Ein Tumor kann je nach Lokalisation folgende Symptome verursachen:

- Kopfschmerzen (durch zunehmendes Tumorwachstum, durch Oedembildung oder durch Störung des Hirnwasserabflusses und – dadurch bedingt -Erhöhung des Hirndruckes)
- motorische Lähmungen (Muskellähmungen, z. B. Arme, Beine, Blase)
- epileptische Anfälle
- sensible Lähmungen (Taubheitsgefühl)
- Sprachstörungen
- Persönlichkeitsveränderungen
- Apathie, Demenz, Hirnleistungsstörungen, Verwirrtheit, Gedächtnisstörungen
- Sehstörungen, Gesichtsfeldausfälle...

Die oben als Folge des Tumorwachstums angeführten Symptome können auch nach jeder Operation als Komplikationen auftreten (entweder erstmals oder verstärkt, entweder vorübergehend oder selten auch auf Dauer bestehend). Grundsätzlich können wie bei jeder Schädeloperation noch folgende Komplikationen auftreten:

- **Wundheilungsstörungen**
- **Infektionen**, auch Hirn- und Hirnhautentzündung
- Hirnwasserfistel, evtl. für einige Tage lumbale Dauerdrainage
- Nervenwasserzirkulationsstörung
- **Nachblutungen**, Hirnschwellung sowie **Verletzung von Gefäßen** (Arterien, Venen, große venöse Blutleiter) können zu **Lähmungserscheinungen** führen (z. B. **Arme, Beine**, Hirnnerven, Sprache, **ähnlich einem Schlaganfall**), unter Umständen schwere und dauerhafte Ausfälle
- Änderungen von Gedächtnis, Antrieb, Wesen usw.
- Krampfanfälle (epileptische Anfälle). Diese können einmalig, aber auch gehäuft und manchmal auf Dauer auftreten (evtl. Medikamenteneinnahme auf Lebenszeit)
- **lebensbedrohliche Komplikation**
- **Gabe von Fremdblut mit Gefahr** übertragbarer Infektion (Leberentzündung, HIV)
- Thrombose/Lungenembolie, Gabe von Heparinpräparaten zur Vorbeugung (mögliche Nebenwirkungen: Blutplättchenarmut, Blutung, Osteoporose)

Durch Komplikationen kann die Notwendigkeit von Folgeeingriffen entstehen.

Seien Sie durch die Aufzählung der Komplikationsmöglichkeiten bitte nicht beunruhigt, diese treten keinesfalls regelhaft auf. Im Gegenteil, sie bilden die Ausnahme. Treten dennoch Komplikationen auf, können sich Störungen und Ausfälle im Laufe der Zeit wieder zurückbilden. Nur selten kommt es zu schweren bleibenden Störungen.“

Der aufklärende Arzt geht mit der Patientin den Aufklärungsbogen durch und unterstreicht die von ihm für relevant eingeschätzten Risiken. Einige Tage später erfolgt die Operation. Intraoperativ wird ein Mediagefäß durchtrennt. Die Frau erleidet – wohl nach einem Mediateileinfarkt – eine dauerhafte linksseitige Hemiparese (Halbseitenlähmung).

Daraufhin erhebt die Betroffene Klage auf Schadenersatz. Die Klägerin macht geltend, sie sei nicht in dem erforderlichen Umfang über die Schwierigkeit der Operation und die einhergehenden Risiken aufgeklärt worden. Konkret beanstandet sie die Passage, wonach es nur selten zu schweren bleibenden Störungen komme. Tatsächlich erleiden bei derartigen Eingriffen 20 Prozent der operierten Patientinnen und Patienten schwere und 30 Prozent moderate neurologische Defizite. Vasculäre Komplikationen treten bei 50 Prozent der Operationen auf. Im Fall der Klägerin war das Risiko aufgrund einer starken Durchblutung des Tumors und dessen Verzahnung mit dem Hirngewebe sogar noch deutlich höher.

VERFAHRENSGANG

Das Landgericht Trier (Urteil vom 28.4.2021, Az. 4 O 389/17) weist die Klage ab. Das Oberlandesgericht Koblenz (Urteil vom 6.10.2021, Az. 5 U 790121) weist die Berufung der Klägerin zurück und lässt die Revision nicht zu. Allerdings hat die Nichtzulassungsbeschwerde der Klägerin Erfolg. Der Bundesgerichtshof (BGH) hebt das Berufungsurteil auf und verweist den Rechtsstreit zur erneuten Verhandlung an das Oberlandesgericht (OLG) zurück.

DIE ENTSCHEIDUNG

Landgericht (LG) und Oberlandesgericht stellen kein Aufklärungsversäumnis fest. Der

Miller S: BGH-Urteil: Aufklärung muss individuell erfolgen und darf Risiken nicht verharmlosen. Passion Chirurgie. 2024 Januar/Februar; 14(01/02): Artikel 04_10.



Weitere Artikel zum Thema „Recht & Patientensicherheit“ finden Sie auf BDC|Online (www.bdc.de), Rubrik Wissen | Recht&Versicherung.

aufklärende Arzt habe gegenüber der Klägerin keine Risiken verharmlost. Es entspreche der einhelligen Meinung, dass über die der Operation „im Großen und Ganzen“ anhaftenden Risiken aufgeklärt werden müsse. Die Angabe einer genauen oder annähernd genauen Prozentzahl, zu der sich ein Behandlungsrisiko verwirklichen könnte, sei nicht notwendig. Zu Beginn des Aufklärungsbogens findet sich der Hinweis auf eine große Tumoroperation. Der Aufklärungsbogen benennt als mögliche Folgen Gefäßverletzungen, Lähmungserscheinungen – ähnlich einem Schlaganfall – und lebensbedrohliche Komplikationen. Der Hinweis auf die Lebensgefahr als die schwerwiegendste mit dem Eingriff verbundene Gefahr vermittelt nach Annahme der Richterinnen und Richter in den ersten beiden Instanzen eine allgemeine Vorstellung von dem Ausmaß der mit der Operation verbundenen Risiken.

Der BGH folgt den gerichtlichen Bewertungen des LG und OLG nicht. Der Senat stellt vielmehr fest: Erweckt der aufklärende Arzt beim Patienten durch eine unzutreffende Darstellung der Risikohöhe eine falsche Vorstellung über das Ausmaß der mit der Behandlung verbundenen Gefahr und verharmlost dadurch ein verhältnismäßig häufig aufgetretenes

Operationsrisiko, kommt er seiner Aufklärungspflicht nicht in ausreichendem Maße nach.

In diesem Punkt haben das LG und OLG nach Ansicht der Bundesrichter den Vortrag der Klägerin nicht ausreichend gewürdigt. Die Klägerin habe die Verharmlosung des Risikos ja nicht nur mit dem Argument begründet, dass der Passus „schwere und dauerhafte Ausfälle“ nicht unterstrichen worden sei, obwohl sonstige relevante Risiken unterstrichen wurden. Sie verweise vielmehr auf den Satz, dass es nur selten zu schweren bleibenden Störungen komme.

Nach Ansicht des BGH wird dieser Hinweis den individuellen Risiken der Klägerin nicht gerecht. Im Falle der Klägerin habe das Risiko dauerhafter Schäden aufgrund der Durchblutung des Tumors und der Verzahnung mit dem Hirngewebe deutlich über 50 Prozent gelegen. Das Wort „selten“ verharmlose daher das Risiko. Zur Frage wie sich die Klägerin im Falle einer Aufklärung über die Schwierigkeit der Operation und das damit einhergehende Risiko, ein Pflegefall zu werden, verhalten hätte, erklärte die Klägerin, sie hätte sich zumindest eine Zweitmeinung eingeholt.

FAZIT

Die Entscheidung zeigt, dass die Verwendung eines Aufklärungsbogens das mündliche Aufklärungsgespräch nicht ersetzt. Die Prüfung, ob der Bogen zutreffend formuliert und vollständig ist, obliegt der Ärztin oder dem Arzt. Denn im Einzelfall können Aufklärungsbögen starke Verallgemeinerungen oder gar Verharmlosungen enthalten, die dem individuellen Patienten nicht gerecht werden und ihm ein daher unzutreffendes Bild des eigenen Risikoprofils vermitteln. Die Aufklärung muss individuell erfolgen. Ärztin oder Arzt müssen sich am konkreten Risikoprofil des Patienten orientieren. Keinesfalls kann sich die Ärztin oder der Arzt darauf verlassen, den vorformulierten Bogen zu verlesen. Inhalte müssen kritisch hinterfragt werden. Die Ärztin oder der Arzt haftet für eine von dem Formular hervorgerufene Fehlvorstellung, sofern sie beziehungsweise er diese falsche Annahme nicht aufklärt. ○



Live-Webinar

Wissenschaftliche Leitung:

Prof. Dr. med. Heinz-Herbert Homann
Prof. Dr. med. Ulrich Kneser

Klick!
Jetzt
anmelden!

Facharztseminar

Plastische Chirurgie

21. – 23. März 2024

Frage & Antwort



Behandlung eines Arbeits- oder Schulunfalls durch Vertragsarzt ohne D-Arztanerkennung



Antwort von Dr. jur. Jörg Heberer:

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

Heberer J: F+A: Behandlung eines Arbeits- oder Schulunfalls durch Vertragsarzt ohne D-Arztanerkennung. 2024 Januar/Februar; 14(01/02): Artikel 04_11.



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

FRAGE:

Ein niedergelassener Chirurg fragt an, ob er ohne D-Arztzulassung einen durch einen Arbeits- oder Schulunfall verletzten Patienten nach der Erstbehandlung weiterversorgen darf und wer die Unfallmeldung an den Unfallversicherungsträger zu veranlassen hat.

ANTWORT:

Wenn ein Vertragsarzt kein D-Arzt ist, dann darf er bei Arbeits- und Schulunfällen nur die sofort notwendigen ärztlichen Maßnahmen im Sinne einer Erstversorgung durchführen. Das sofort Notwendige darf nicht überschritten werden. Was das sofort Notwendige ist, beurteilt sich nach Ansicht des Verfassers stets aus medizinischer Sicht. Die Verordnung von Medikamenten im Zusammenhang mit der unfallbedingten Versorgung ist dabei zulässig. Folglich darf nur die ärztliche Erstversorgung übernommen werden. Zu dieser Erstbehandlung sind Vertragsärzte im Übrigen auch verpflichtet, wenn ein Unfallverletzter zuerst bei ihnen erscheint.

Allerdings muss der Vertragsarzt dann zum einen prüfen, ob eine unverzügliche Vorstellung beim D-Arzt erforderlich ist. Diese ist immer dann der Fall, wenn a) der Patient über den Tag des Unfalls hinaus arbeitsunfähig ist und/oder b) die Behandlungsbedürftigkeit

voraussichtlich länger als eine Woche beträgt und/oder c) der Patient bestimmte Heil- und Hilfsmittel benötigt. Zum anderen ist der Vertragsarzt verpflichtet, den Patienten in diesem Fall zur unverzüglichen Vorstellung bei einem D-Arzt anzuhalten.

Die Koordination der weiteren medizinischen Versorgung ist dann allein Aufgabe der D-Ärzte. Es obliegt allein deren Entscheidung, ob bei leichteren Verletzungen eine Allgemeine Heilbehandlung beim behandelnden Arzt durchgeführt werden soll (in diesem Fall kann dann der Vertragsarzt auf Veranlassung des D-Arztes wieder die Behandlung übernehmen) oder, ob wegen der Art oder Schwere der Verletzung eine Besondere Heilbehandlung erforderlich ist. Bei einer anschließenden Allgemeinen Heilbehandlung durch den Vertragsarzt überwacht der D-Arzt den Heilungsverlauf jedenfalls durch Nachschau. Die Besondere Heilbehandlung darf hingegen nur durch einen D-Arzt durchgeführt werden.

Sollte eine besondere Verletzung nach dem Verletzungsartenverzeichnis (Anhang 1 zum Vertrag Ärzte/UV-Träger) vorliegen, so muss eine Überweisung an ein Krankenhaus, das am Verletzungs- beziehungsweise Schwerstverletzungsartenverfahren der Unfallversicherung beteiligt ist, erfolgen. Andere, hierin nicht aufgeführte Verletzungen, die gleichwohl eine stationäre Versorgung erfordern,

können von D-Ärzten in Krankenhäusern, die an den Besonderen Heilverfahren teilnehmen, behandelt werden.

Die zweite Frage ist wie folgt zu beantworten: Nachdem § 14 des Vertrags Ärzte/Unfallversicherungsträger (Vertrag Ärzte/UV-Träger) mit Wirkung zum 01.01.2021 geändert wurde, ist aus Sicht des Verfassers der erstbehandelnde (Vertrags-)Arzt verpflichtet, die ärztliche Unfallmeldung vorzunehmen. Denn gemäß § 14 Abs. 1 Vertrag Ärzte-UV-Träger

hat der (erst-)behandelnde Arzt am Tag der ersten Inanspruchnahme durch den Unfallverletzten, spätestens am nächsten Werktag, dem Unfallversicherungsträger die ärztliche Unfallmeldung nach Formtext F 1050 zu erstatten. Dies gilt auch in den Fällen der Vorstellungspflicht des Unfallverletzten beim D-Arzt nach § 26 Vertrag Ärzte/UV-Träger. Der Grund der D-Arzt-Vorstellung sowie die Art der Erstversorgung sind zu dokumentieren. Folglich muss ein Vertragsarzt, wenn er die Erstversorgung von Unfallverletzten vornimmt,

nach Meinung des Verfassers immer die ärztliche Unfallmeldung abgeben. Der Arzt kann hierfür die Gebühr Nr. 125 UV-GOÄ abrechnen.

Eine Ausnahme von der Meldepflicht besteht nur, wenn wegen einer isolierten Augen-/HNO-Verletzung ein Augen-/HNO-Arztbericht nach § 40 Vertrag Ärzte/UV-Träger zu erstatten ist. ○



Umsatzsteuerpflicht für ärztliche Vertretungsleistungen und polizeiliche Blutentnahme

FRAGE:

Ein niedergelassener Chirurg fragt an, ob vertretungsweise Übernahmen für andere Ärzte im Rahmen des ärztlichen Notdienstes sowie Blutentnahmen für die Polizei umsatzsteuerpflichtig sind.

ANTWORT:

Nach der Rechtsprechung des EuGH und des BFH sind nur solche ärztlichen Tätigkeiten umsatzsteuerfrei, die zum Zweck der Vorbeugung, der Diagnose, der Behandlung und – soweit möglich – Heilung von Krankheiten oder Gesundheitsstörungen bei Menschen vorgenommen werden (= Heilbehandlung). Daraus folgt, dass heilberufliche Leistungen nur dann umsatzsteuerfrei sind, wenn mit ihnen ein therapeutischer Zweck verfolgt wird.

Das Finanzgericht Münster hat nunmehr mit Urteil vom 09.05.2023 – 15 K 1953/20 U

(s. unter <https://openjur.de/u/2471661.html>) entschieden, dass Vertreterleistungen im ambulanten Notfalldienst sowie für die Polizei durchgeführte Blutentnahmen umsatzsteuerpflichtige Leistungen sind.

Der klagende Hausarzt hatte am hausärztlichen ambulanten Notfalldienst im Sitz- und Fahrdienst als Vertreter für andere Ärzte unter Übernahme der Verantwortung für die ordnungsgemäße Durchführung des Notdienstes teilgenommen. Gegenüber den vertretenen Ärzten rechnete der Kläger einen Stundenlohn ab. Die im Rahmen des Notfalldienstes erbrachten ärztlichen Leistungen rechnete der Kläger darüber hinaus entweder im Wege der Privatliquidation oder über die KV ab (vgl. FG Münster, a. a. O., Rn. 28, 33). Des Weiteren führte er für die Polizeibehörde von dieser angeordnete Blutentnahmen nebst ärztlichem Bericht durch und stellte dies jeweils der zuständigen Landeskasse in Rechnung.

Heberer J: F+A: Umsatzsteuerpflicht für ärztliche Vertretungsleistungen und polizeiliche Blutentnahme. 2024 Januar/Februar; 14(01/02): Artikel 04_12.



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

Das FG Münster vertritt die Auffassung, dass die vom klagenden Arzt vereinnahmten Gelder für die Vertretung im ärztlichen Notdienst nicht im Zusammenhang mit einer nach § 4 Nr. 14 Buchst. a) UStG steuerfreien Heilbehandlung stehen und auch die Blutentnahmen nicht hiernach steuerbefreit seien.

Hinsichtlich der Vertreterleistungen erbringe der Arzt mit der Übernahme des ärztlichen Notdienstes gegenüber den vertretenen Ärzten eine sonstige Leistung gegen Entgelt, die auf die Freistellung des vertretenen Arztes von sämtlichen Verpflichtungen im Zusammenhang mit einem zugeteilten Notfalldienst gerichtet sei. Dies sei jedoch keine steuerfreie Heilbehandlung. Der Begriff der Heilbehandlung richte sich nach der oben dargestellten EuGH- und BFH-Rechtsprechung. Das Erfordernis einer therapeutischen Zielsetzung einer Leistung sei danach allerdings nicht unbedingt in einem besonders engen Sinn zu verstehen. Vielmehr sei der Begriff unter Berücksichtigung des Zwecks der Steuerbefreiung auszulegen, der darin bestehe, die Kosten ärztlicher Heilbehandlungen zu senken. Erfasst sein können auch Beratungsleistungen, die darin bestehen, die in Betracht kommenden Diagnosen und Therapien zu erläutern sowie Änderungen der durchgeführten Behandlungen vorzuschlagen oder die es der betroffenen Person ermöglichen, ihre medizinische Situation zu verstehen und gegebenenfalls entsprechend tätig zu werden. Zu den Heilbehandlungen im Bereich der Humanmedizin gehören zudem Leistungen, die zum Zweck der Vorbeugung erbracht werden, wie vorbeugende Untersuchungen. Insofern würden auch Maßnahmen erfasst, die darauf abzielen, die Beobachtung und die Untersuchung der Patienten zu ermöglichen, noch bevor es erforderlich wird, eine etwaige Krankheit zu diagnostizieren, zu behandeln oder zu heilen, oder gesundheitliche Gefahrensituationen frühzeitig zu erkennen, um sofort entsprechende Maßnahmen einleiten und damit einen größtmöglichen Erfolg einer (späteren) Behandlung sicherstellen zu können. Demgegenüber komme eine Steuerbefreiung für ärztliche Leistungen, die zu einem anderen Zweck als dem des Schutzes einschließlich der Aufrechterhaltung oder Wiederherstellung der menschlichen Gesundheit erbracht würden, nicht in Betracht (vgl. FG Münster, a. a. O.,

Rn. 83). Nach diesen Maßstäben diene somit die vertretungsweise Übernahme eines zugeteilten Notdienstes keinem therapeutischen Zweck. Denn mit der Erbringung dieser Leistung sei im Vergleich zu der ursprünglichen Zuteilung des vertretenen Arztes zum ärztlichen Notdienst kein weitergehender Schutz der menschlichen Gesundheit verbunden. Die Vertretung diene vielmehr dem Zweck, den ursprünglich zum Notfalldienst herangezogenen Arzt von sämtlichen Verpflichtungen in Bezug auf den zugeteilten Notfalldienst zu befreien. Dies fördere den Schutz, die Aufrechterhaltung oder die Wiederherstellung der menschlichen Gesundheit nicht (vgl. FG Münster, a. a. O., Rn. 85).

Auf die Frage, ob die Durchführung ärztlicher Notdienste einem therapeutischen Zweck diene, komme es aus Sicht des FG im entschiedenen Fall nicht an. Denn die Besonderheit der zu beurteilenden Leistung liege hier darin, dass nicht nur ein ärztlicher Notdienst übernommen und damit im Sinne des Klägers von ihm durchgeführt wurde, sondern dass die Übernahme vertretungsweise und damit unter der von den am Leistungsaustausch beteiligten Personen bezweckten Freistellung des an sich eingeteilten Arztes erfolgte. Der Kläger selbst war nach der Vereinbarung mit der KV auch gar nicht berechtigt, selbst unmittelbar bei der Zuteilung zum ärztlichen Notdienst berücksichtigt zu werden. Dies sei ein Unterschied zu einem bereits anders entschiedenen Streitfall vor dem Niedersächsischen FG, in dem der dortige Arzt gegenüber der zentralen Notfallpraxis der Ärzteschaft die Zurverfügungstellung seiner Arbeitskraft während der Bereitschaftsdienstzeit schuldete (vgl. FG Münster, a. a. O., Rn. 87). Im Übrigen diene nach Meinung des FG Münster die Durchführung des ärztlichen Notdienstes im ambulanten Notdienst keinem therapeutischen Zweck. Denn allein das Vorhalten medizinischer (Personal-)Ressourcen im Sitz- oder Fahrdienst diene noch keinem therapeutischen Zweck. Es handle sich vielmehr nur um die Schaffung der Voraussetzungen für die nachfolgende zeitnahe Erbringung von Heilbehandlungsleistungen, ohne selbst eine Heilbehandlungsleistung zu sein. Dass es sich auch hierbei um eine typische ärztliche Tätigkeit handle, weil die spätere Erbringung einer Heilbehandlungsleistung diese Qualifikation

erfordere, sei insoweit ohne Belang (vgl. FG Münster, a. a. O., Rn. 88).

Zudem bilde weder die Übernahme des zugeteilten ärztlichen Notdienstes unter Freistellung des vertretenen Arztes von sämtlichen Verpflichtungen im Zusammenhang mit diesem Dienst mit den etwaig im ärztlichen Notdienst erfolgten Heilbehandlungen eine einheitliche Leistung, noch vermag der Umstand, dass die Durchführung des ärztlichen Notdienstes unerlässlich für eine zeitnahe ambulante Patientenversorgung sei, eine Steuerfreiheit nach § 4 Nr. 14 Buchst. a) UStG zu begründen (vgl. FG Münster, a. a. O., Rn. 91).

Bezüglich der polizeilich angeordneten Blutentnahmen lehnte das FG Münster eine Steuerfreiheit nach § 4 Nr. 14 Buchst. a) UStG unter Verweis auf die ständige EuGH- und BFH Rechtsprechung ab.

Zwar seien als Heilbehandlungen noch medizinische Analysen anzusehen, die von praktischen Ärzten im Rahmen ihrer Heilbehandlungen angeordnet werden und zur Aufrechterhaltung der menschlichen Gesundheit beitragen, indem sie wie jede vorbeugend erbrachte ärztliche Leistung darauf abzielen, die Beobachtung und die Untersuchung der Patienten zu ermöglichen, noch bevor es erforderlich wird, eine etwaige Krankheit zu diagnostizieren, zu behandeln oder zu heilen. Werde eine ärztliche Leistung dagegen in einem Zusammenhang erbracht, der die Feststellung zulässt, dass ihr Hauptziel nicht der Schutz der menschlichen Gesundheit ist, komme eine Steuerbefreiung als ärztliche Heilbehandlung nicht in Betracht. Dies gelte insbesondere, wenn Hauptzweck der Leistung nicht der Schutz einschließlich der Aufrechterhaltung oder Wiederherstellung der Gesundheit ist, sondern die Erstattung eines Gutachtens, das Voraussetzung einer Entscheidung ist, die Rechtswirkungen erzeugt (vgl. FG Münster, a. a. O., Rn. 101). Die Blutentnahmen seien auf polizeiliche Anforderung durchgeführt worden und erfolgten, um den Blutalkoholwert zu bestimmen oder die Einnahme von Drogen festzustellen. In diesem Zusammenhang sei ein ärztlicher Bericht zu erstellen gewesen, in dem diverse Feststellungen vom Arzt zu treffen waren, beispielsweise Auffälligkeiten im Zusammenhang mit einer

weitergehenden Untersuchung wie das Gang- und Sprachbild. Diese Feststellungen dienten nach Ansicht des FG jedoch nicht vorrangig dem Schutz des Gesundheitszustandes des Betroffenen, sondern der Beweiserhebung im Zusammenhang mit einem strafrechtlich oder öffentlich-rechtlich geführten Verfahren. Dem entsprechend wurde nicht die Untersuchung des Betroffenen, sondern die Blutentnahme selbst nach dem hierzu zu verwendenden Abrechnungsformular liquidiert (vgl. FG Münster, a. a. O., Rn. 102).

Hinzuweisen ist aus Sicht des Verfassers noch darauf, dass der Arzt, der sich auf eine Steuerbefreiung beruft, auch die Feststellungslast trägt, d. h. er muss darlegen können, dass eine Heilbehandlung im oben genannten Sinn vorliegt. Aus diesem Grund muss zwingend bei derartigen Leistungen die medizinische Indikation nachprüfbar und einzelfallbezogen dokumentiert werden.

In diesem Zusammenhang muss abschließend auch darauf hingewiesen werden, dass zum

einen dieses Urteil noch nicht rechtskräftig ist, sondern Revision zum BFH eingelegt wurde, die dort unter dem Aktenzeichen XI R 24/23 anhängig ist. Es bleibt somit mit Spannung abzuwarten, ob der BFH dieses Urteil bestätigt, sodass die derzeitige Auskunft des Verfassers nicht als abschließend gesichert betrachtet werden kann. Zum anderen wird in steuerrechtlichen Angelegenheiten aufgrund der Komplexität des Rechtsgebiets stets eine steuerrechtliche Beratung durch einen Steuerberater oder Fachanwalt für Steuerrecht empfohlen. 



Live-Webinar

16. März 2024

EBM

Online-Abrechnungseminar

KidsClub Chirurgie



Kinderbetreuung auf dem Deutschen Chirurgie Kongress 2024

Wann: an allen Kongresstagen, Mittwoch 24.04. bis Freitag 26.04.2024, von 08:00 Uhr bis 18:00 Uhr.
Wer: Kinder im Alter von 12 Monaten bis 10 Jahre. Die Kinderbetreuung ist auf 20 Kinder täglich begrenzt.
Wo: Congress Center Leipzig
Wie: Verbindliche Anmeldung* bis zum 30. März 2024 unter mail@bdc.de oder Fax BDC 030/28004-108
Vorort-Anmeldungen am Tagungsschalter je nach Kapazität gegebenenfalls noch möglich.
Nähere Informationen über BDC|Online (www.bdc.de) oder über die Kongressseite unter www.dck2024.de. Zu zahlen sind 10 Euro Selbstkostenbeitrag pro Kind.

Eine Initiative von



Verbindliche Anmeldung*

Bitte bis zum 30. März 2024 an den BDC senden: mail@bdc.de oder Fax 030/28004-108

Name des Kindes

Geburtsdatum

Ich wünsche eine Betreuung am

- ☐ Mittwoch, 24. April von bis Uhr
☐ Donnerstag, 25. April von bis Uhr
☐ Freitag, 26. April von bis Uhr

Name des

Sorgeberechtigten

Adresse

Mobiltelefonnummer

des Sorgeberechtigten

Vorort-Anmeldungen am Tagungsschalter nach Kapazität möglich, jedoch ohne Garantie. Bitte melden Sie sich am Betreuungstag mit Ihrem Kind direkt am Tagungsschalter.

*** Bitte geben Sie uns so früh wie möglich Bescheid, wenn Ihr Kind doch nicht betreut werden soll: 030/28004-150.**

Haftungsausschluss durch den Kongressveranstalter: Der Veranstalter übernimmt keine Haftung für Sach- und Personenschäden. Dies gilt auch für Schäden, die durch Dritte verursacht werden. Der Haftungsausschluss erstreckt sich auch vollständig auf fahrlässige und grobfahrlässige Pflichtverletzungen des vom Veranstalter mit der Kinderbetreuung beauftragten Fachpersonals!

Kreislaufwirtschaft – von Anfang an partnerschaftlich denken und handeln

Jörn Vollmann, Carsten J. Krones, Olivia Päßler

VORWORT

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

im Gesundheitssystem haben Einmalartikel deutlich an Bedeutung gewonnen. So stieg die Müllmenge bereits vor der Pandemie im Gesundheitssystem um ca. 15 % pro Jahr.

Entsprechend ist die Kreislaufwirtschaft in der Medizinproduktebranche, insbesondere bei Einmalartikeln im Bereich der Medizintechnik, ein bedeutendes Thema. Die Herausforderung besteht darin, nachhaltige Praktiken zu fördern, um den Ressourcenverbrauch zu minimieren und Abfälle zu reduzieren.



Jörg Vollmann

Senior Business Unit Director Sales & Marketing Surgical Innovations Germany
Geschäftsführer Medtronic GmbH
joerg.vollmann@medtronic.com



Prof. Dr. med. Carsten J. Krones

Leiter BDC-Themen-Referat Presse- und Öffentlichkeitsarbeit
carsten.krones@marienhospital.de



Olivia Päßler

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

Vollmann J, Krones CJ, Päßler O: BDC-Praxistest: Kreislaufwirtschaft – von Anfang an partnerschaftlich denken und handeln. *Passion Chirurgie*. 2024 Januar/Februar; 14(01/02): Artikel 05_01.



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

Die Entwicklung von nachhaltigen Materialien, das Design für Recyclingfähigkeit und die Einführung von Rücknahmesystemen sind entscheidende Elemente in diesem Bemühen. Eine effektive Kreislaufwirtschaft für Medizinprodukte erfordert die Zusammenarbeit aller Akteure in der Lieferkette, von Herstellern über Gesundheitseinrichtungen bis hin zur Entsorgung.

Nachfolgender Artikel beleuchtet nach unserer Meinung detailliert dieses Themenfeld.

Erhellende Lektüre

Prof. Dr. med. D. Vallböhmer



Die Klimadiskussion beschäftigt, wie alle anderen Sparten der produzierenden Industrie, auch die MedTech-Branche. Neben den großen Bereichen von Energieverbrauch, Emissionen und Nachhaltigkeit geht es dabei natürlich auch um Fragen von Kosten und Produktabsatz. Der Gesundheitssektor produziert ca. 5 % aller Treibhausgas-Emissionen, sodass wirtschaftliche Faktoren durch den politischen Willen in den Hintergrund gedrängt werden.

Im chirurgischen Alltag schlägt der tägliche, hohe Gebrauch von Einmal- oder Kurzzeitprodukten zu Buche. Dabei muss man berücksichtigen, dass die häufig in Asien produzierten Teile über die weiten Transportwege die Klimarelevanz vervielfachen. Einmalartikel haben deutlich an Bedeutung gewonnen. Bereits vor der Corona-Pandemie stieg die Müllmenge im Gesundheitssystem um ca. 15 % pro Jahr. Die Pandemie selbst hat diesen Trend erwartungsgemäß verstärkt. Die Gründe sind so vielfältig, wie auch die daraus resultierenden Handlungsansätze. Wichtige Themenfelder sind hier z. B. Kostendruck bei Industrie und Anwendern, Infektionsschutz, Haftungsfragen bezüglich der Patientensicherheit und Qualitätsstandards in industrieller Produktion.

Die heutigen hohen Qualitätsstandards von Medizinprodukten, sowie die damit

einhergehende Patientensicherheit, sind das Ergebnis von jahrelanger Erfahrung in Entwicklung und Produktion. Die Fortschritte in Forschung und Entwicklung sind nur durch hohe Investitionen zu gewährleisten. Dazu kommen in der Qualitätsprüfung strenge Regularien, Kontrollen und Zertifizierungsprozesse, die die Zulassung von Medizinprodukten begleiten. Um ihre Verantwortung in der Bekämpfung des Klimawandels zu übernehmen, sieht sich die MedTech-Branche deshalb der großen Herausforderung gegenüber, die in diesem Bereich verursachten hohen Emissionsraten relevant zu reduzieren, ohne Kompromisse bei den Qualitätsstandards und der Patientensicherheit einzugehen [1].

Der konsequenteste Ansatz liegt in einem Umdenken bei der Neuentwicklung von Produkten. Eine nachhaltige Entwicklung berücksichtigt Fragen der Entsorgung oder noch besser Rückführung von Einzelkomponenten in den Kreislauf im Entwicklungsprozess direkt mit. Die Firmenstrategie endet dann nicht mit dem Produktverkauf, sondern mit der Verwertung des Produktabfalls – idealerweise in Form eines Kreislaufs. Kreislaufwirtschaft beschreibt eine Interaktion von Produktion und Verbrauch, bei dem Materialien möglichst lange z. B. über Teilung, Leasing, Wiederverwendung, Reparatur, Aufarbeitung oder Recycling in einem Produktkreislauf gehalten werden, sodass sich der

Lebenszyklus der Produkte deutlich verlängert. Umsetzungen dieser Art, d. h. die strategische Neuausrichtung von Entwicklung stellen erfahrungsgemäß in vielen Branchen einen sehr zeitintensiven Prozess dar, wie das Beispiel der Automobilindustrie anschaulich zeigt. Andererseits sind die Aufbereitung und der Wiederverkauf von IT-Geräten oder Handys bereits etabliert und ökonomisch wertvoll. Der Weg scheint auch für Medizinprodukte unausweichlich. Doch bis zur Etablierung einer Kreislaufwirtschaft in der MedTech-Branche ist der Weg noch weit. Akut erzeugt man damit keine kurzfristige Verbesserung in der ökologischen Bilanz.

Für schnellere Fortschritte in Umweltfragen ist es notwendig zu prüfen, welche Maßnahmen, und partnerschaftlichen Ansätze bereits kurzfristig umsetzbar sind, um die Idee der Kreislaufwirtschaft auch schon jetzt in der Medizintechnik zu leben. Ohne Kompromisse bei Qualitätsstandards und Patientensicherheit einzugehen können und müssen hierzu einige der aktuellen Standards, partnerschaftlich, von Anfang an neu gedacht und in Hinblick auf unsere aktuell größte menschliche Herausforderung – den Klimawandel – angepasst werden.

Zwei Beispiele, die ein ganz erhebliches und wirtschaftlich lukratives Potential für einen effizienteren Umgang mit Ressourcen aufzeigen, seien nachfolgend beschrieben:

1) Lebenszyklus des Medizinprodukts

Medizinprodukte bestehen aus wertvollen Rohstoffen und werden häufig nach einmaliger Anwendung inklusive der wertvollen Rohstoffe verbrannt, da die aktuellen Regularien und Prozesse kein Recycling von kontaminiertem Abfall ermöglichen. Damit ist der eingesetzte Rohstoff für immer verloren.

2) Lebenszyklus der Verpackung

Produktverpackungen aus wertvollen Rohstoffen werden aus unterschiedlichen Gründen häufig fehlerhaft zusammen mit dem kontaminierten Produkt entsorgt, was ebenfalls den Verlust der Rohstoffe zur Folge hat und dazu auch noch erhebliche Mehrkosten bei der Entsorgung erzeugt.

Die Fragen, die sich aus diesen Beispielen ergeben, sind nur zu klären, wenn wir uns mit den Schnittstellen zwischen Industrie, Anwendern und Entsorgern auseinandersetzen. Dabei muss jede Bewertung und mögliche Neu-Organisation zusätzlich und immer den Praktikabilitätscheck im Blick haben: Was ist dem Anwender auch in Anbetracht des Fachkräftemangels zumutbar? Der Lösungsweg kann also nur partnerschaftlich erarbeitet werden, um einen kreislaufwirtschaftlichen Ansatz zu erlangen.

Um unter diesem Ansatz der Verantwortung als Industriepartner gerecht zu werden und neben den firmeninternen Aktivitäten einen weiteren Beitrag zur Klimaneutralität zu leisten, engagiert sich Medtronic u.a. in zwei Kooperationsprojekten, die ein ressourceneffizienteres Handeln begünstigen und erste Schritte in Richtung Kreislaufwirtschaft gehen.

PROJEKT 1: KREISLAUFWIRTSCHAFT IM GESUNDHEITSWESEN

In dem Projekt zur Kreislaufwirtschaft im Gesundheitswesen erarbeiten Chirurg:innen, Hersteller, Entsorger, Zertifizierungseinrichtungen, Hochschulen und Jurist:innen gemeinschaftlich in einem Konsortium einen Ansatz für die Rückführung von Rohstoffen aus Produkten und Verpackungen in den Recyclingkreislauf. Dieser Zusammenschluss entstand aus der Überzeugung heraus, dass eine übergeordnete Lösung nur entwickelt werden kann, wenn neben Herstellern und Kliniken das Knowhow weiterer Stakeholder eingebracht wird.

Bei dem Projekt wird der gesamte Produktlebenszyklus eines Produkts betrachtet und analysiert. Das langfristige Ziel ist, dass Medizinprodukte zukünftig – basierend auf dem Input von Kliniken und Entsorgern und unter Berücksichtigung aller Qualitätsvorschriften und Regularien – so entwickelt, produziert und entsorgt werden, dass sie recycelt werden können. Ein Stichwort ist an dieser Stelle Design for Recycling. Dabei wird das Design bei der Produktentwicklung nicht nur auf die optimale Nutzung ausgerichtet,

sondern bereits jetzt auch auf eine möglichst optimale Recyclingfähigkeit nach der Verwendung ausgelegt. Das Wissen der Entsorger hält somit frühzeitigen und direkten Einzug in die Produktentwicklung. Ergänzend werden alternative Verpackungskonzepte und auch die Wiederverwendung von Produktkomponenten oder kompletten Systemen eruiert. Um die Praktikabilität der Lösungswege praxisnah zu prüfen, wird auf das Wissen der Anwender zurückgegriffen. Sie sind Teil der Nutzungsphase, aber auch der Entsorgung bzw. Rückführung in das Kreislaufwirtschaftssystem und geben dazu wertvolle Einblicke, wo Ansätze zur Reduktion von Verpackungsmaterial, zur Wiederverwendung und zur differenzierten Abfallentsorgung existieren. Sie wissen am besten, wie ein Abfall-Sammelsystem optimal und erfolgreich in ihren Arbeitsalltag integriert werden kann, und welche Schritte dafür notwendig sind. Für eine regelkonforme Entsorgung bzw. ein denkbare Recycling werden bestehende Produkte auf ihre Bestandteile untersucht sowie neue Desinfektionsprozesse und Recyclingkonzepte für die Kliniken entwickelt.

Das Projekt sieht im nächsten Schritt eine Testphase des Konzepts in Pilotkliniken vor. Diese Testphase wird von Schulungen durch Entsorger zum Wissenstransfer begleitet. Dabei werden auch die bestehenden Regularien geprüft, kritisch hinterfragt und gegebenenfalls auf eine Überarbeitung dieser hingewirkt. Dazu ist die Bildung weiterer Arbeitsgruppen mit anderen Herstellern der MedTech-Branche, zur Diskussion und firmenübergreifenden Weiterentwicklung des Konzepts, geplant.

Als die „Green deal“-Ausschreibung der EU aufkam, fasste das Konsortium den Beschluss, dieses Projekt einzureichen, um finanzielle Fördermittel der EU zur Realisierung des Projekts zu erhalten. Aufgrund des Projektumfangs wurde eine Förderung im Rahmen dieser Ausschreibung jedoch als negativ beschieden. Da das Konsortium von dem Konzept überzeugt ist und bereits in verschiedenen Workpackages wichtige Strukturen und Netzwerke aufbauen konnte, sucht es nun nach Möglichkeiten das Projekt auf anderem Wege umzusetzen.

PROJEKT 2: MESSUNG DER UMWELTAUSWIRKUNG BEI DER ENTSORGUNG VON MEDIZINPRODUKTEN

Ganz ohne bestehende Regularien zu ändern, kann auch kurzfristig etwas gegen die gemeinsame Entsorgung nicht kontaminierter Produktverpackungen und kontaminierter Produkte getan werden. Die undifferenzierte Mülltrennung führt zu erhöhten Kosten bei der Müllentsorgung, die in der Regel als Müllverbrennung erfolgt. Dazu gehen alle Rohstoffe natürlich verloren [1, 2]. Als mögliche Ursachen für die fehlerhafte Abfalltrennung konnten Zeitmangel, Unwissenheit, Materialmischung innerhalb eines Produkts, Unsicherheit und Angst vor Fehlern identifiziert werden. Ein einheitliches Entsorgungssystem und Schulungen können hier leichte und schnelle Abhilfe bieten und ganz kurzfristig ökologische und ökonomische Erfolge verschaffen [2].

In einem Pilotprojekt wird das Projektteam von Medtronic in Kooperation mit Black Forest Solutions den OP-Ablauf inkl. der Umweltauswirkungen der Entsorgung betrachten. Pilotkliniken werden, in Hinblick auf ihr aktuelles Abfallmanagement analysiert, um anschließend in einer individuellen Beratung und Schulung zu einer verbesserten

Entsorgung und geringeren Umweltbelastung angeleitet zu werden. Der Ansatz adressiert dabei drei der fünf möglichen Ursachen für die fehlerhafte Abfalltrennung: Unwissenheit, Unsicherheit und Angst vor Fehlern. Ein Konzept zur Veränderung des Abfallmanagements wird im Anschluss gemeinsam erarbeitet, getestet und als Benchmark ausgerollt. Anhand einer standardisierten Methode wird der CO₂-Fußabdruck vor und nach Einführung der veränderten Abfallroutinen bestimmt. Die Berechnung dient als Erfolgsparameter. Die Erkenntnisse dieses Projekts werden wiederum Eingang in das Projekt Kreislaufwirtschaft im Gesundheitswesen finden.

AUFRUF ZUM HANDELN

In Anbetracht der Klimakrise ist es wichtig, dass klassische Silodenken zu überwinden. Wir müssen aufeinander zuzugehen, uns auszutauschen und gemeinsam kreativwerden und nach innovativen neuen Lösungen suchen. Unser aller Ziel muss es sein, das Gesundheitswesen, bei gleichbleibenden Qualitätsstandards der Produkte und unveränderter Patientensicherheit ressourcenschonender zu gestalten.

Die Wertschätzung von Rohstoffen durch ihre Rückgewinnung und Wiederverwendung und die Schonung finanzieller Mittel

im Abfallmanagement sind kleine, aber klare erste Schritte in die richtige Richtung. Doch um Klimaneutralität in der Medtech-Branche zu erzielen ist auch die Unterstützung der Politik nötig, denn Design for Recycling und ein einheitliches Abfall-Sammelsystem brauchen finanzielle Mittel und einheitliche Vorgaben. Gleichermaßen kann nur die Gesetzgebung die aktuell geltenden Richtlinien überarbeiten, um die Hürden für Kreislaufwirtschaft im Gesundheitswesen bei gleichbleibender Produktqualität zu senken.

Wir alle sind gefragt, Klimaschutz für aktuelle und nachfolgenden Generationen voranzutreiben. Lassen sie uns zusammenkommen und Kreislaufwirtschaft von Anfang an partnerschaftlich denken und auch so handeln!

LITERATUR

- [1] Weimann E, Krones C, Päßler O: BDC-Praxistest: Die nachhaltige Balanced Scorecard im Krankenhaus. Passion Chirurgie. 2023 Juli/August; 13(07/08): Artikel 05_01.
- [2] Fraunhofer-Institut für Werkzeugmaschinen und Umformtechnik IWU (Hrsg) (2023): Whitepaper „ReMed“ Mit werkstofflichem Recycling zu einer nachhaltigen Medizintechnik – Herausforderungen und Lösungsansätze für die Verarbeitung von Klinikabfällen. ○



Hybrid-Veranstaltung

Wissenschaftliche Leitung:

Prof. Dr. med. Christian Kleber
PD Dr. med. Georg Osterhoff

Klick!
Jetzt
anmelden!

Facharztseminar

Orthopädie/Unfallchirurgie

Leipzig und online, 13. – 16. März 2024



Die Kinderchirurgie fordert die Sicherstellung der Notfallversorgung und eine realistische Bedarfsplanung

Joachim Suß, Olivia Päßler

Für die Deutsche Gesellschaft für Kinderchirurgie (DGKCH) sowie den Berufsverband der niedergelassenen Kinderchirurgen in Deutschland (BNKD) ist die Situation der hoffnungslos überfüllten Notfallaufnahmen nicht mehr tragbar. Im Rahmen des 46. Deutschen Krankenhaustags 2023 forderten die Verbände daher neben den von der Regierungskommission vorgeschlagenen Institutsambulanzen die Einrichtung von Portalpraxen an den Kliniken, sowie eine realistische Bedarfsplanung, um die Patientenströme vorausschauend steuern zu können.

„Die Anzahl von Kindern, die die kinderchirurgischen Notfallambulanzen in den Kliniken aufsuchen, geht durch die Decke“ – so beschreiben Frau PD Dr. Barbara Ludwikowski, Chefarztin der Klinik für Kinderchirurgie am Kinderkrankenhaus auf der Bult in Hannover und Präsidentin der DGKCH, und Dr. Joachim Suß, Chefarzt der Abteilung für Kinderchirurgie am Kinderkrankenhaus Wilhelmstift in Hamburg, unisono die sehr angespannte Situation in den Kliniknotfallambulanzen. „Wir kommen nicht mehr zur Behandlung der wirklich kritischen Fälle, weil täglich zahllose



Dr. Joachim Suß

Pressesprecher
Deutsche Gesellschaft für
Kinderchirurgie e.V.
Pressestelle / Langenbeck-Virchow-
Haus



Olivia Päßler

Pressereferentin DGKCH und BDC
presse@dgkch.de

Kinder in die Klinik kommen, die keine Notfälle sind und keiner Krankenhausbehandlung bedürfen.“

Zu den Fällen, die **nicht** in eine Notaufnahme gehören, zählen unter anderem Prellungen, Verstauchungen, Platzwunden, Schürfwunden, Wundkontrollen, Gipskontrollen und Nachbehandlungen nach chirurgischer Versorgung, die durch die Pädiatrie oder Chirurgie nicht weiterbehandelt werden können. Auch eine Vielzahl von Fällen, die bereits vor einigen Tagen passiert sind, gehört dazu. „In der Notaufnahme des Wilhelmsstifts werden täglich etwa vierzig Kinder mit chirurgischen Problemen angemeldet, die keine Notfälle sind. Eine Katastrophe für die Versorgung tatsächlicher kinderchirurgischer Notfälle“, so Dr. Joachim Suß. „Die niedergelassenen Kinderärztinnen und -ärzte können die chirurgische Notfallversorgung nicht leisten und die niedergelassene Erwachsenen Chirurgie behandelt in der Regel keine Kinder. Dadurch drängen diese sogenannten Bagatellfälle in die chirurgische Notaufnahme. Und dies sowohl während der regulären Praxisöffnungszeiten als auch abends und an den Wochenenden.“

Anders als im Bereich der Pädiatrie gebe es keine Möglichkeiten, die jungen Patient:innen an die niedergelassenen Kinderchirurg:innen, beziehungsweise außerhalb der Praxisöffnungszeiten an den Notdienst der Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) zu verweisen. „Für chirurgisch kranke Kinder gibt es keinen KV-Notdienst. Die Situation in Hannover: Bis auf zwei völlig überlaufene niedergelassene Kinderchirurgen existieren keine weiteren Vertragsärzte, die diese Kinder behandeln könnten. Die beiden kinderchirurgischen Vertragsärzte können auch nicht zu zweit einen KV-Notdienst für chirurgisch kranke Kinder etablieren – anders als es von den mehr als sechzig niedergelassenen Pädiaterinnen und Pädiatern in Hannover und Umgebung geleistet wird“, so Ludwowski. Daher bleibt nur die Notaufnahme der kinderchirurgischen Kliniken und Abteilungen als der Anlaufort für alle chirurgisch kranken Kinder, seien es die Bagatellverletzungen, Verletzungen, die einer Krankenhausbehandlung bedürfen, oder Schulunfälle. Die Folge sind endlose Wartezeiten für Kinder und Eltern und fehlende Zeit der Kinderchirurg:innen für echte Notfälle.

In den bundesweit gerade einmal 65 Praxen niedergelassener Kinderchirurg:innen ist ein ähnlicher Trend bemerkbar. Auch hier „stranden“ Bagatellen, die noch vor einigen Jahren von den niedergelassenen Kinderärzt:innen versorgt wurden. Behandlungen wie das Fädenziehen nach Operationen, Wundversorgungen oder die einfache Weichteil-Splitterentfernung nahmen noch vor wenigen Jahren die Kinderärzte vor. Heute kommen die Kinder damit zum Kinderchirurgen. „Am Montagmorgen stapeln sich die am Wochenende in den Notfallambulanzen der Kliniken behandelten Kinder geradezu zur Weiterbehandlung in den wenigen Praxen“, erklärt Dr. Ralf Lippert, Vorsitzender des Berufsverbands der niedergelassenen Kinderchirurgen in Deutschland e.V. (BNKD). „Die Eltern werden oft auf der Suche nach Behandlungsmöglichkeiten allein gelassen. Und bereits jetzt können in den Praxen elektiv vorzunehmende ambulante Eingriffe wie zum Beispiel die Operation eines Hodenhochstandes nicht mehr zeit- und leitliniengerecht erfolgen. Für diese Eingriffe bestehen inzwischen erhebliche Wartezeiten“, so Dr. Ralf Lippert. Was fehle ist eine an den realen Patientenzahlen orientierte aktualisierte Bedarfsplanung für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen.

DGKCH und BNKD fordern daher – abhängig von den örtlichen Gegebenheiten und einer aktualisierten Bedarfsplanung – die Etablierung einer kinderchirurgischen Portalpraxis in den entsprechenden kinderchirurgischen Kliniken, extrabudgetär finanziert durch die KV. Da es in aller Regel keine oder nicht ausreichend vertragsärztliche Kinderchirurg:innen gibt, die dort eingesetzt werden können, könnte die KV zwei Facharztstellen im Schichtmodell finanzieren, die durch die jeweiligen Kliniken/Abteilungen für Kinderchirurgie gestellt werden. Außerdem ist die Finanzierung einer MFA-Stelle im Dreischicht-Modell für die Versorgung dieser Patienten notwendig. „Wir brauchen beides: für die Notfälle die Portalpraxis und für die Folgeversorgung, die von der Regierungskommission bereits vorgeschlagene Institutsambulanz in den Regionen, in denen es keine oder nicht ausreichend niedergelassene Kinderchirurginnen und -chirurgen gibt, die die Versorgung übernehmen könnten. Nur so können wir die jungen Patientinnen und Patienten sowohl akut als auch in der Nachsorge zufriedenstellend behandeln“, so Ludwowski. ○

Suß J, Päßler O: Die Kinderchirurgie fordert die Sicherstellung der Notfallversorgung und eine realistische Bedarfsplanung. *Passion Chirurgie*. 2024 Januar/Februar; 14(01/02): Artikel 05_02.



Diesen Artikel finden Sie auf BDC|Online unter der Rubrik Wissen | Fachgebiete | Kinderchirurgie.



© iStock/fokussiert

Reform der D-Arzt-Versorgung – Was tut sich, und was ist weiter notwendig?

Peter Kalbe

BERICHT ÜBER EINE BDC-VORTRAGSSITZUNG BEIM DEUTSCHEN KONGRESS FÜR ORTHOPÄDIE UND UNFALLCHIRURGIE (DKOU) AM 26.10.2023 IN BERLIN

Die Anzahl der tätigen Durchgangsärzte ist sowohl in den Krankenhäusern als auch in den Praxen seit Jahren rückläufig. Der BDC macht sich gemeinsam mit den anderen Berufsverbänden u. a. in der Gemeinsamen BG-Kommission (GBK) für eine stetige

Verbesserung der Bedingungen der D-Ärzte stark, um diesen Trend aufzuhalten und die Tätigkeit attraktiv zu gestalten.

Mit der Reform und sachgerechten Anpassung der Voraussetzungen für die D-Arzt-Tätigkeit in den Praxen zum 1.1.2024 ist ein wichtiger Schritt auf diesem Weg erreicht worden. Die wesentlichen strukturellen Erleichterungen (u. a. ist nur noch ein Eingriffsraum vorzuhalten) und die Eingrenzung der D-ärztlichen Verfügbarkeit auf die Kernzeit von 9 bis 16 Uhr wurden im ersten Vortrag vom Leiter der



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

GBK und BDC-Vizepräsidenten **Peter Kalbe** erläutert. (s. dazu auch die Artikel in Passion Chirurgie 9/2023: „**Reform der D-Arzt-Bedingungen zum 1. Januar 2024**“ und in dieser Ausgabe).

Darüber hinaus werden in den ebenfalls überarbeiteten Auslegungshinweisen die Delegationsmöglichkeiten in Gemeinschaftspraxen und MVZ weitgehend an die in den Krankenhäusern angepasst. Darüber hinaus werden auch Regelungen zur Beantragung einer genehmigten Zweigpraxis in unterversorgten Gebieten getroffen, in der durchgangsarztliche Sprechstunden (keine Erstversorgungen oder Eingriffe) durchgeführt werden können.

Die rechtliche Stellung der Durchgangsarzte stand im Fokus des Vortrags von Frau **Barbara Berner**, die als Syndikusrechtsanwältin der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) für den Bereich Unfallversicherung zuständig ist. Die durchgangsarztliche Tätigkeit wird durch das Sozialgesetzbuch VII und durch konkretisierende Normen im so genannten Ärztevertrag (Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger) zwischen KBV und der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) sowie der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG) und durch einen Rahmenvertrag der DGUV mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) für den stationären Bereich geregelt. Letztlich trägt der Durchgangsarzt am Krankenhaus die Gesamtverantwortung für alle Untersuchungen und Behandlungen bei gesetzlich unfallversicherten Patientinnen und Patienten. Für die sachgerechte Umsetzung dieser auch hoheitlichen Aufgabe müssen dem Durchgangsarzt am Krankenhaus ausreichende personelle und strukturelle Ressourcen zur Verfügung stehen. Darüber hinaus muss die Weisungsfreiheit in Bezug auf die durchgangsarztliche Tätigkeit nicht nur zugebilligt, sondern auch durch entsprechende Rahmenbedingungen realisiert werden.

Elke Mrosek vertrat als unfallchirurgischer Chefarzt eines großen städtischen Krankenhauses in Offenburg (Südbaden) die Auffassung, dass die jüngsten Verschärfungen der strukturellen Voraussetzungen für das

Schwerstverletzungsartenverfahren (SAV) für Kliniken außerhalb des universitären Bereiches und der BG-Unfallkliniken kaum umsetzbar seien. Er stellte ausführlich die Personalsituation an seiner Klinik und die Unzufriedenheit von Oberärzten verschiedener chirurgischer Disziplinen mit den neuen Vorgaben zu Anwesenheitsdiensten statt Rufbereitschaften dar. Darüber hinaus sei die Erlös-Situation aus den SAV-Fällen in Anbetracht dieses Aufwands – insbesondere bei der operativen Behandlung von Komplikationen („11er Ziffern“ des Verletzungsartenverzeichnisses) – desaströs. Er forderte eine sachgerechte Anpassung der SAV-Bedingungen, worauf sich eine ausgiebige Diskussion mit im Auditorium anwesenden Vertretern der DGUV zur Interpretation dieser Bedingungen ergab.

Im letzten Vortrag stellte der Präsident des Bundesverbands der Durchgangsarzte (BDD) **Jens-Peter Stahl** Forderungen für eine Attraktivitätssteigerung der D-Arzt-Tätigkeit auf. In den Vordergrund rückte er dabei eine vertrauensvolle und konstruktive Zusammenarbeit zwischen den Unfallversicherungsträgern und den D-Ärzten auf Augenhöhe, die nicht immer gewährleistet sei. Dazu trügen auch Kommunikationsprobleme und eine schlechte Erreichbarkeit auf beiden Seiten bei. Er verwies auf die hoheitliche Tätigkeit der Durchgangsarzte im Auftrag der UV-Träger bei der Erstversorgung und bei den weiteren Entscheidungen über die allgemeine oder besondere Heilbehandlung im Behandlungsverlauf. Er kritisierte scharf, dass trotzdem im Innenverhältnis Regressansprüche der UV-Träger bei Behandlungsfehlern auch bei Delegation gegenüber den leitenden D-Ärzten und demnächst auch den Niedergelassenen geltend gemacht würden. Trotz aller Widrigkeiten stellte er die Tätigkeit als D-Arzt aus fachlicher Sicht als erfüllend und befriedigend dar. ○

Kalbe P: Reform der D-Arzt-Versorgung – Was tut sich, und was ist weiter notwendig? Passion Chirurgie. 2024 Januar/Februar; 14(01/02): Artikel 05_03.



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

Satire oder Absicht?

Jörg-A. Rüggeberg



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

Kurz vor Weihnachten hat das Bundesministerium für Gesundheit praktisch ohne Vorlaufzeit die angekündigte Rechtsverordnung zur Einführung der sogenannten Hybrid-DRG zum 1. Januar in Kraft gesetzt. Im Gegensatz zu dem ersten Referentenentwurf vom 21.9.2023 ist diese von sechs auf zwei Paragraphen zusammengeschmolzen, nachdem zahlreiche Regelungen sich als nicht rechtskonform erwiesen haben.

Zur Vorgeschichte: Anfang 2023 wurde gesetzlich über den neuen § 115f SGB V beschlossen, bestimmte Operationen aus der stationären und kostenintensiven Vergütung herauszunehmen und stattdessen eine neue und preiswertere Vergütung durch Hybrid-DRG einzuführen. Im Klartext: Kliniken sollte verboten werden, bei diesen Eingriffen stationäre DRG abzurechnen. Ebenfalls per Gesetz sollte die Selbstverwaltung innerhalb kürzester Frist die Einzelheiten regeln, anderenfalls werde das Ministerium per Ersatzvornahme tätig. Die Frist war von vornherein absehbar zu kurz, als dass die Gremien von KBV, DKG und Kassen sich rechtzeitig hätten einigen können. Damit hat die Ministerialbürokratie sich selbst die Erlaubnis erteilt, in den Aufgabenbereich der Selbstverwaltung einzugreifen. Wie zu erwarten, ist dieser Versuch gescheitert, nachdem das Justizministerium routinemäßig die Verordnung geprüft und alles gestrichen hat, was die Regelungen zur Vergütung betrifft. Im Ergebnis musste das Gesundheitsministerium nun doch wieder die Selbstverwaltung beauftragen, die Einzelheiten auszuarbeiten. Es zeigt sich, dass man nicht mit Steinen auf andere werfen sollte, wenn man selber im Glashaus sitzt.

Man könnte diesen Vorgang nun als Realsatire mit einer gewissen Schadenfreude abtun, aber

das wäre zu einfach. In der Rechtsverordnung steht nur sehr wenig, abgesehen von der Liste der OPS-Codes und der Preise für die ersten freigeschalteten H-DRG sowie schon heute das Enddatum 31.12.2024. Allerdings wird verlangt, zertifizierte Grouperssysteme zu nutzen und eine elektronische Datenübertragung an die Kassen zum Zwecke der Vergütung.

Während sich in Krankenhäusern abgesehen von einer Absenkung der Vergütung im Prinzip nichts ändert, da die geforderten Grouper- und Abrechnungssysteme dort vorhanden sind, ist das in freiberuflichen Einheiten, egal ob Krankenhausgestütztes MVZ oder operative Fachpraxis anders. Im niedergelassenen Bereich sind weder Grouper noch die EDV für eine elektronische Direktabrechnung mit den Kassen installiert. Außerdem ist völlig unklar, wie die neuen DRG abgerechnet werden sollen, über die KVen oder Managementgesellschaften oder direkt mit den Kassen? Angesichts des üblichen Tempos in Verhandlungen der Selbstverwaltung, die das nun regeln soll, ist nicht absehbar, wie, wann und mit wem eine Vergütung vereinbart werden wird.

Steckt da eventuell Absicht dahinter? Will der Gesetzgeber die Freiberufler aus dem neuen System der H-DRG heraushalten, um letztlich den Einfluss des Staates auf die Versorgungsstrukturen zu verstärken? Denn diese Tendenz muss man aus der Erfahrung der letzten Jahre oder eigentlich Jahrzehnte unterstellen. Freie Unternehmer stören ein dirigistisches System. Außerdem fordert der aktuelle Gesundheitsminister seit mehr als 30 Jahren die Abschaffung der von ihm postulierten sogenannten „doppelten Facharztschiene“. Was liegt also näher, als ein paar zusätzliche Hürden aufzubauen. Ein Schelm, wer Böses dabei denkt. ○

Rüggeberg JA: Satire oder Absicht?
Passion Chirurgie. 2024 Januar/Februar;
14(01/02): Artikel 05_04.



Mehr aktuelle Nachrichten finden
Sie auf BDC|Online unter
der Rubrik Politik.



SEHR PERSÖNLICH NACHGEFRAGT BEI KARIN PFISTER

Was ist das Schönste an Ihrem Beruf?

Unterschiedlichen Menschen zu begegnen, um ihnen zu helfen.

Welche Forschungsrichtung inspiriert Sie?

Die Verwendung von Big Data.

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

Olsson KW, Mani K, Burdett A, Patterson S, Scali ST, Kölbel T et al
Outcomes After Endovascular Aortic Intervention in Patients With
Connective Tissue Disease
JAMA Surg. 2023 Aug 1;158(8):832-839.

Was war für Ihr berufliches Fortkommen besonders hilfreich?

Herausragende Operateure und Chefs, persönliches Durchhaltevermögen, Fleiß, der Umgang mit Rückschlägen, Achtsamkeit, sich selbst nicht so wichtig nehmen

Was war Ihre größte Inspiration?

Die Schönheit des Mikro- und Makrokosmos, also der Blick ins Mikroskop und zu den Sternen.

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

Mentales Training.

Welche persönlichen Visionen möchten Sie gerne umsetzen?

Lehren und Lernen am Modell und Simulator vor operativen Eingriffen, Ausbau von Coaching und mentalem Training.

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

Die Finanzierung, um Strukturveränderungen zum Abbau des Investitionsstaus und Aufbau geeigneter Einrichtungen zu ermöglichen, Überwinden sektoraler, also ambulanter und stationärer Grenzen, Aufbau von Netzwerken.

Wann sind Sie glücklich?

Nach einem gelungenen Tag, den ich sowohl privat wie beruflich empfinden kann.

Wann platzt Ihnen der Kragen?

Bei fehlender Bereitschaft, sich zu ändern oder sich anzustrengen und bei Selbstüberschätzung.

Welche Hoffnung haben Sie aufgegeben?

Keine.

Wie gehen Sie mit Frustrationen um?

Das Thema und die Umgebung (Ort und Mensch) wechseln, Natur und Tiere, Humor.

Ihr wichtigstes Hobby?

Musizieren und Chorgesang, Bergwandern und Schwimmen.

Wo werden Sie schwach?

In der Buchhandlung und der Önothek.

Was bringt Sie zum Lachen?

Feinsinniger Humor, Kabarett, Filme („Die lustige Welt der Tiere, Don Camillo, Louis de Funes“).

Was gehört für Sie zu einem gelungenen Tag?

Ein Abendrückblick in persönlichem Versöhntsein und Zufriedenheit – gerne auf Balkon oder Biergarten in der Sonne.

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

Moderierte Gespräche, Belohnung der anderen Mitarbeitenden.

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

Kontinuierliche interne und externe Weiterbildung, regelmäßige Gespräche, Zielvereinbarungen, Hilfestellung bei der Entwicklung eigener Pläne für die berufliche Zukunft.

Muss eine Chirurgin/ein Chirurg Optimismus ausstrahlen?

Unbedingt.

Univ.-Professorin Dr. med. Karin Pfister

Direktorin der Abteilung für Gefäßchirurgie, Endovaskuläre Chirurgie am Universitätsklinikum Regensburg
Chirurgin und Gefäßchirurgin
Endovaskuläre Chirurgin und Spezialistin
Zusatzbezeichnung chirurgische Intensivmedizin und Qualitätsmanagement
Schwerpunkte: komplexe endovaskuläre und offene Aorten Chirurgie, Komplikationschirurgie
President of the German-Japanese Vascular Surgeons 2023
Vorsitzende der Vereinigung der Bayerischen Chirurgie 2025

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

AUS DER
DGCH

Nachruf auf Prof. Dr. med. Hubert Scheidbach



In memoriam
Prof. Dr. med. habil
Hubert Scheidbach
(*05.09.1963 † 01.06.2023)

Am 01. Juni 2023 verstarb nach kurzer schwerer Krankheit unser geschätzter Kollege und Freund Prof. Dr. med. habil. Hubert Scheidbach. Mit ihm verlieren wir einen den Patienten zugewandten Kliniker und fachkompetenten akademischen Viszeralchirurgen.

H. Scheidbach, aus dem Fränkischen stammend, machte nach dem Medizinstudium seine ersten chirurgischen Schritte in der Erlanger Chirurgischen Universitätsklinik unter Prof. Dr. Werner Hohenberger und kam danach einem Angebot von Prof. Köckerling nach, ihm bei seinem Wechsel von Erlangen nach Hannover in ein städtisches Krankenhaus zu folgen.

Obwohl damit eher abseits einer Medizinischen Fakultät hospitierte er schließlich mit einer akademischen Grundorientierung an der Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Gefäßchirurgie (Direktor: Prof. Dr. Dr. h.c. H. Lippert) am Universitätsklinikum Magdeburg, um sein inzwischen auf den Weg gebrachtes Habilitationsverfahren voranzubringen. Der Aufenthalt prägte und band ihn so sehr, dass er schließlich eine mehrjährige Anstellung als Oberarzt an besagter Klinik konsequent inklusive Familienumzug einging.

Schnell konsolidierte sich H. Scheidbach als wertgeschätzter Kollege in einer angemessenen Ausgewogenheit eines akademischen Chirurgen in seinen drei wesentlichen Betätigungsfeldern.

Hier in Magdeburg war er nicht zuletzt in die klinische Versorgungsforschung am AN-Institut für Qualitätssicherung in der operativen Medizin (Prof. Dr. Dr. h.c. H. Lippert, Prof. Dr. I. Gastinger) an der Otto-von-Guericke-Universität zu Magdeburg aktiv eingebunden, in deren Aufarbeitung des wissenschaftlichen Outputs in Buchformat er sich noch 2022 einbrachte.

H. Scheidbach brachte in die Klinik laparoskopische Expertise neben der Sympathie für die Kolorektalchirurgie ein.

In der chirurgischen Lehre hatte er sich die modellbasierte Vermittlung der laparoskopischen Chirurgie auf die Fahnen geschrieben.

Mit Beginn des Jahres 2011 wurde H. Scheidbach allgemein-/viszeralchirurgischer Chefarzt am Kreiskrankenhaus in Bad Neustadt (später Rhön-Klinikum).

Weitere Stationen betrafen Fürth (Schönklinik) und Nürnberg (St-Theresien-Krankenhaus).

Stetig hielt er Kontakt zu Magdeburg, nicht nur wegen seines Lehrauftrags. Stets war er für Lehraktivitäten im Rahmen seiner apl-Professur ansprechbar und einer der Aktivposten der extern Habilitierten.

Die Familie mit seiner Frau Renate und der Tochter (derzeit im 5. Semester des Humanmedizinstudiums in Freiburg) hatten stets einen hohen Stellenwert – sie waren sein ein und alles, sein innerer Halt. Wir fühlen mit dieser Familie den schweren Verlust.

Zeitweise wurden Hubert Scheidbachs beruflicher Weg und Familienleben durch Episoden einer Erkrankung überschattet.

Hubert Scheidbach war ein freundlicher, zugewandter Arztkollege und lebensfroher Zeitgenosse, in der Viszeralchirurgie stellte er mit seiner Person solide klinische und operative Expertise, klinisch-forscherische und Lehr-Aktivität als akademisch geprägter Chirurg bereit.

Ihm widmen wir diese Zeilen, die ihm ein ehrendes Andenken bewahren wollen.

Prof. Dr. med. Aristotelis Perrakis und
Prof. Dr. med. Frank Meyer
Universitätsklinik für Allgemein-, Viszeral-,
Gefäß- und Transplantationschirurgie
Universität Magdeburg

Rekrutierende multizentrische chirurgische Studien in Deutschland

Hier 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 für interessierte Chirurgen und Chirurginnen 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: 0351 458 18130 F: 0351 458 7273 E: ulrike.neckmann@uniklinikum-dresden.de
Prof. Dr. med. Nuh Rahbari	Kontrollgruppe nicht-anatomische Resektion der Lebermetastase(n).	41 von 240 Patienten	1530 € / Patient	
Studientitel: BariSurg ₂ *				
Registriernummer: DRKS00004766				
Prof. Dr. Dr. med. Franck Billmann	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. Dr. med. Franck Billmann Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Transplantation- schirurgie Universitätsklinikum Heidelberg T: 06221 563 44 11 M: Franck.Billmann@med.uni-heidelberg.de
	Experimentelle Gruppe: Magenschlauch-OP	187 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				
PD 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 155 von 294 Patienten	DFG 1.250 € / Patient	PD Dr. med. Rosa Klotz Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Transplantation- schirurgie Universitätsklinikum Heidelberg Im Neuenheimer Feld 420 T: 06221 56 6980 F: 06221 56 33 850 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 494 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 T: 06221-56-36839 F: 06221-56-33850 E: solveig.tenckhoff@med.uni-heidelberg.de
Studientitel: SELREC₅* Registriernummer: DRKS00030567				
PD Dr. med. Rosa Klotz	Experimentelle Gruppe: Totale mesorektale Exzision (TME) ohne neoadjuvante (Chemo-)Radiotherapie Kontrollgruppe: Leitlinienkonforme neoadjuvante (Chemo-) Radio- therapie (5x5 Gy oder insgesamt 50,4Gy) und ggf. begleitende 5-FU-basierte Chemotherapie gefolgt von TME innerhalb von 12 Wochen	04.05.2023 5 von 1.074 Patienten	BMBF 1.762,39€/Patient	Dr. S. Tenckhoff Studienzentrum der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (SDGC) T: 06221 56 36 839 F: 06221 56 33 850 E: solveig.tenckhoff@med.uni-heidelberg.de
Studientitel: RECOPS₆* Registrierungsnummer: DRKS00024364				
Prof. Dr. med. Daniel Reim	Experimentelle Gruppe: Patienten mit pyloruserhaltender Pankreaskopfre- sektion, Child-Rekonstruktion und zusätzlicher Braun'scher Fußpunktanastomose zwischen der zu- und abführender Schlinge der Duodenojejunostomie Kontrollgruppe: Patienten mit pyloruserhaltender Pankreaskopfrese- ktion und Child-Rekonstruktion	05.05.2022 218 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
Studientitel: MICkey₇* Registrierungsnummer: DRKS00027927				
Prof. Dr. med. André L. Mihaljevic	Experimentelle Gruppe: Totale minimal-invasive Ösophagektomie (MIN-E; entweder über „klassische“ minimal-invasive Laparos- kopie + Thorakoskopie; oder über Roboter-assistierte minimal-invasive Ösophagektomie [RAMIE] oder eine Kombination aus beidem) Kontrollgruppe: Hybrid-Ösophagektomie (HYBRID-E; laparos- kopische/ robotische Bauchchirurgie und offene Thoraxchirurgie)	14.06.2023 15 von 152 Patienten	BMBF 850 €/Patient	Prof. Dr. A. L. Mihaljevic Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Transplantation- schirurgie Universitätsklinikum Tübingen T: 07071 29 86 619 E: andre.mihaljevic@med.uni-tuebingen.de

MULTIZENTRISCH RANDOMISIERT KONTROLLIERTE STUDIEN

STUDIENLEITER	PATIENTEN/OP.-VERFAHREN	FIRST PATIENT IN/ STATUS DER STUDIE	FINANZIERUNG DER STUDIE/FALLGELD	ANSPRECHPARTNER/ KONTAKT
Studientitel: P.E.L.I.O.N[®] Registriernummer: DRKS00027921				
Prof. Dr. med. André L. 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 10 von 304 Patienten	BMBF 650 €/Patient	Prof. Dr. A. L. Mihaljevic Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Transplantation- schirurgie Universitätsklinikum Tübingen T: 07071 29 86 619 E: andre.mihaljevic@med.uni-tuebingen.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] Selective Neoadjuvant Therapy of Rectal Cancer Patients: SELREC a randomized controlled, open, multicentre non-inferiority trial
- [6] The effect of an additional Braun anastomosis in patients after pancreas head resections
- [7] Eine multizentrisch randomisierte Studie zum Vergleich der postoperativen Morbidität nach total minimal invasiver Chirurgie mit der Hybrid Chirurgie bei der Ösophagektomie - MICkey Studie
- [8] 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 Studien werden im Verbund des chirurgischen Studiennetzwerkes Deutschland CHIR-Net durchgeführt.

Stand: Dezember 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 DAAEEDXXX 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



PRESSEMITTEILUNG: SATIRE ODER ABSICHT?

DER BDC KRITISIERT DIE RECHTSVERORDNUNG ZU DEN HYBRID-DRG

Der Berufsverband der Deutschen Chirurgie (BDC) weist darauf hin, dass die Abrechnung der seit 1. Januar 2024 in Kraft getretenen Hybrid-DRG im ambulanten Bereich völlig unklar ist und rät den niedergelassenen Chirurginnen und Chirurgen zur Vorsicht.

Kurz vor Weihnachten hat das Bundesministerium für Gesundheit praktisch ohne Vorlaufzeit die Rechtsverordnung zur Einführung der so genannten Hybrid-DRG zum 1. Januar in Kraft gesetzt. Im Gegensatz zu dem zuvor bekannt gewordenen Referentenentwurf ist diese nun auf zwei Paragraphen zusammengeschmolzen. Jetzt soll wieder die Selbstverwaltung die weiteren notwendigen Regelungen vornehmen.

Zur Vorgeschichte: Anfang 2023 wurde gesetzlich über den neuen § 115f SGB V beschlossen, bestimmte Operationen aus der stationären und kostenintensiven Vergütung herauszunehmen und stattdessen eine neue und preiswertere Vergütung durch Hybrid-DRG einzuführen. Ebenfalls per Gesetz sollte die Selbstverwaltung innerhalb kürzester Frist die Einzelheiten regeln, anderenfalls werde das Ministerium per Ersatzvornahme tätig. „Die Frist war von vornherein absehbar zu kurz, so dass nunmehr die Ministerialbürokratie in den Aufgabenbereich der Selbstverwaltung eingegriffen hat. Wie zu erwarten ist dieser Versuch gescheitert, da aus juristischen Gründen alle Regelungen zur Vergütung gestrichen wurden“, erklärt Dr. Jörg-A. Rüggeberg, Vizepräsident des BDC. Im Ergebnis musste das Gesundheitsministerium nun doch wieder die Selbstverwaltung beauftragen, die Einzelheiten auszuarbeiten. Rüggeberg dazu: „Man sollte besser den Sachverstand der Anwender nutzen, als am Ende peinlich zu scheitern.“

In Krankenhäusern ändert sich abgesehen von einer Absenkung der Vergütung im Prinzip nichts, die geforderten Grouper- und Abrechnungssysteme sind dort vorhanden. Im niedergelassenen Bereich dagegen ist völlig unklar, wie die neuen DRG abgerechnet werden sollen. Bevor dies nicht klar geregelt ist, rät der Berufsverband allen niedergelassenen Chirurginnen und Chirurgen zu größter Zurückhaltung.

„Es drängt sich der Eindruck auf, dass es sich nur vordergründig um eine Posse handelt. Und da darf man durchaus eine gewisse Absicht vermuten“, erklärt Rüggeberg. „Die Verordnung ist im Ergebnis nur von den Kliniken aus gedacht mit unklaren Nebenwirkungen für den vertragsärztlichen freiberuflichen Bereich. Hier vermuten wir eine gewisse Absicht der Politik, die Medizin schrittweise zu verstaatlichen. Das ist alles andere als ein wirksamer Schub in Richtung der von allen geforderten Ambulantisierung“, betont Rüggeberg.



BDC|NORDRHEIN



ERGEBNIS DER JAHRESTAGUNG 2023

Was gibt's Neues für die Krankenhäuser/Unfallchirurgie-Orthopädie?

Prof. Dr. med. Bertil Bouillon berichtet über die vielfältigen Facetten der stattfindenden und kommenden Veränderungen in der aktuellen Krankenhauslandschaft aus Sicht eines Maximalversorgers in der Unfallchirurgie/ Orthopädie. Einen besonderen Schwerpunkt legt er dabei auf die vielen anstehenden Fragen zur Weiterbildung junger Chirurginnen und Chirurgen.

Was gibt's Neues für die Krankenhäuser/Gefäßchirurgie und Viszeralchirurgie?

PD Dr. med. habil. Peter Fellmer berichtet von den besonderen Herausforderungen in einer maximalversorgenden Klinik in einem Fach, dass in Nordrhein auch viele kleinere Abteilungen hat. Diese leiden unter der aktuellen Entwicklung, bzw. haben bereits angefangen haben, Abteilungen zu schließen, oder werden dazu durch Abwanderung von Personal gezwungen. Er beschreibt die Problematik, dass fachbezogene Bereiche wie z. B. die Varizenchirurgie in eine allgemeinchirurgische Versorgung zurückgedrängt werden sollen. ...

[Zum gesamten Protokoll der Sitzung...](#)

OPERATION KARRIERE 2023 IN BERLIN

DER BDC WAR DABEI



Reges Interesse an der Chirurgie zeigten die Medizinstudierenden im Dezember bei der Studierendenmesse Operation Karriere in Berlin. Zwei Vertreterinnen aus der Geschäftsstelle beantworteten Fragen und gaben Tipps für den beruflichen Karriereweg in der Chirurgie. Professor Dr. med. Kirschniak, Vorsitzender des BDC-Themenreferats "Nachwuchs und Karrieregestaltung" war angereist, um in Form eines "Speed Dating-Vortrags" den Zuhörenden seine Faszination für die Chirurgie und konkrete Zahlen und Fakten rund um den Werdegang in diesem Fach näher zu bringen. Geballte Information und Netzwerken für Studierende an einem Tag!

Auch in diesem Jahr wird der BDC wieder vor Ort sein und sich den Fragen der Studierenden stellen.

[Hier den Newsletter zur Operation Karriere bestellen...](#)



Mehr Neuigkeiten aus dem BDC finden Sie auf BDC|Online (www.bdc.de, Rubrik BDC-News).

Einladung zur BDC-Mitgliederversammlung 2024

Hans-Joachim Meyer



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

Sehr geehrte Frau Kollegin,
sehr geehrter Herr Kollege,

hiermit lade ich Sie satzungsgemäß zur Mitgliederversammlung des BDC ein.
Zur Vereinfachung der Organisation bitte ich Sie, Ihre gültige Mitgliedskarte zur Überprüfung der Legitimation vorzulegen.

Termin: Freitag, 26. April 2024, 13:00 – 14:00 Uhr*

Ort: Congress Center Leipzig, Saal 2, Messe-Allee 1, 04356 Leipzig

Für BDC-Mitglieder bietet unser Justitiar, Dr. Jörg Heberer, am Freitag, 26. April 2024,

09:00 – 12:30 Uhr eine kostenlose Rechtsberatung am BDC-Stand an. Bitte melden Sie sich verbindlich via justitiar@bdc.de an.

Ich wünsche Ihnen eine angenehme Anreise.
Ihr

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

* Änderungen vorbehalten

TAGESORDNUNG

TOP 1	Begrüßung	Meyer
TOP 2	Feststellung der Beschlussfähigkeit	Meyer
TOP 3	Genehmigung der Tagesordnung	Meyer
TOP 4	Bericht des Präsidenten	Meyer
TOP 5	Bericht des Schatzmeisters	Mayer
TOP 6	Antrag auf Entlastung des Vorstandes	
TOP 7	Bestellung eines Wahlleiters	
TOP 8	Nachwahl der Leiter:innen der BDC-Fachreferate 1. Prof. Dr. med. Tobias Kisch, DGPRÄC 2. Prof. Dr. med. Waldemar Uhl, DGAV 3. Dr. Dr. PH Michael Conzen, BDNC 4. Dr. med. Katrin Welcker, DGT	
TOP 9	Bericht des Justitiars	Heberer
TOP 10	Aktuelles aus der Berufspolitik	Mitglieder des Präsidiums
TOP 11	Verschiedenes	



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

BDC | Landesverbände

BDC | Westfalen-Lippe

Vorsitzender
Dr. med. Björn Schmitz, MHBA

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

Regionalvertreter NL
Prof. Dr. med. Michael Aufmkolk

Stellv. Regionalvertreter NL
Jerzy Wielowiejski

BDC | Bremen

Vorsitzender
Prof. Dr. med. Michael Paul Hahn

Stellv. Vorsitzender
Dr. med. Knut Müller-Stahl

Regionalvertreter NL
Dr. med. Björn Ackermann

BDC | Hamburg

Vorsitzende
Prof. Dr. med. Carolin Tonus

Stellv. Vorsitzende
Dr. med. Michaela Rothe

Stellv. Vorsitzender
Dr. med. Thomas Mansfeld

Regionalvertreter NL
Dr. med. Philipp Kölln

Regionalvertreter in NL
Dr. med. Michaela Rothe

BDC | Schleswig-Holstein

Vorsitzender
Dr. med. Ralf Wilhelm Schmitz

Stellv. Vorsitzender
Dr. med. Michael Müller

Regionalvertreter NL
Prof. Dr. med. Tobias Kisch

Stellv. Regionalvertreter NL
Dr. med. Bertram Wittrin



DER BDC IN DEN BUNDESLÄNDERN

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

Sprecher der Landesverbände

Dr. med. Sven Gregor, Düsseldorf
Stellv.: Prof. Dr. med. Michael Schäffer, Stuttgart
Stellv.: Dr. med. Ralph Lorenz, Berlin

www.bdc.de/bdc-landesverbände

BDC | Nordrhein

Vorsitzender
Dr. med. Sven Gregor

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

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

Regionalvertreter NL
Dr. med. Sven Gregor

BDC | Hessen

Vorsitzender
Frank Forst

1. Stellvertr. Vorsitzender
Jan Henninger

2. Stellv. Vorsitzender
Dr. med. Alexander Buia

3. Stellv. Vorsitzende
Nathalena Hein

Regionalvertreter NL
Dr. med. Jörg Schrödter

Stellv. Regionalvertreter NL
Dr. med. Detlev Grapentin

BDC | Rheinland-Pfalz

Vorsitzender
Dr. med. Jörg Fischböck

Stellv. Vorsitzender
Dr. med. Thomas Chatterjee

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

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

BDC | Saarland

Vorsitzender
Dr. med. Daniel Bastian, Ph.D.

Stellv. Vorsitzender
Prof. Dr. med. Tim Pohlemann

Regionalvertreterin NL
Dr. med. Serpil Koc

BDC | Baden-Württemberg

Vorsitzender
Prof. Dr. med. Michael Schäffer

Stellv. Vorsitzender
Dr. med. Christoph W. Jaschke

Regionalvertreter NL
Dr. med. Matthias Szabo

Regionalvertreter NL
Dr. med. Christoph W. Jaschke



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

BDC | Mecklenburg-Vorpommern

Vorsitzender
PD Dr. med. Lutz Wilhelm

Stellv. Vorsitzender
Dr. med. Christoph Prinz

Regionalvertreter NL
Dr. med. Andreas Oling

Regionalvertreter NL
Dr. med. Thomas Nowotny

BDC | Berlin

Vorsitzende
Dr. med. Katharina Paul-Promchan

Vorsitzender
Dr. med. Ralph Lorenz

Stellv. Vorsitzende
Dr. med. Marie Samland

Regionalvertreter NL
Dr. med. Max Freiherr von Seebach

Stellv. Regionalvertreter NL
Dr. med. Karsten Mann

Stellv. Regionalvertreter NL
Dr. med. Gunnar Peters

BDC | Brandenburg

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

Stellv. Vorsitzender
Dr. med. Mario Liese

Regionalvertreter NL
Dr. med. Christian Federlein

BDC | Sachsen

Vorsitzender
Dr. med. Ludwig Schütz

Stellv. Vorsitzender
Dr. med. Jörg Hammer

Regionalvertreter NL
Dr. med. Jörg Hammer

BDC | Sachsen-Anhalt

Vorsitzender
Dr. med. Matthias Krüger

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

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

Regionalvertreter NL
Dr. med. Dirk Arbter

BDC | Thüringen

Vorsitzender
Dr. med. Arndt Voigtsberger

Stellv. Vorsitzender
Steffen Minner

Regionalvertreter NL
Dr. med. Arndt Voigtsberger

Stellv. Regionalvertreter NL
Dipl. Med. Ingo Menzel

BDC | Niedersachsen

Vorsitzender
Prof. Dr. med. Guido Schumacher

Stellv. Vorsitzender
Prof. Dr. med. Ulf Culemann

Regionalvertreter NL
Dr. med. Florian Barth

Stellv. Regionalvertreter NL
Dr. med. Raymond Young

Stellv. Regionalvertreterin NL
Dr. med. Annina Donner

BDC | Bayern

Vorsitzender
Prof. Dr. med. Matthias Anthuber

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

Regionalvertreter NL
Dr. med. Axel Neumann

Stellv. Regionalvertreter NL
Dirk Farghal

Stellv. Regionalvertreter NL
Dr. med. Rainer Woischke

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



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

Termine BDC|Akademie*

CURRICULUM BASISCHIRURGIE							
VON	BIS	ORT	KURS-NR.	SEMINARTITEL	WISSENSCHAFTLICHE:R LEITER:IN	PREIS MITGLIED	PREIS NICHT-MGL
08.03.2024	09.03.2024	Leipzig	2024-21520	Notfallmanagement im Bereitschaftsdienst	Dr. med. Lutz Meyer	200,00 €	300,00 €
09.05.2024	11.05.2024	Hamburg	2024-21666	Basischirurgie	PD Dr. Dr. Uwe Johannes Roblick; Prof. Dr. med. Hans-Bernd Reith	350,00 €	550,00 €
23.05.2024	25.05.2024	Berlin	2024-21504	Praktischer Workshop: Allgemein-, Viszeral- und Gefäßchirurgie	Dr. med. Jörg Sauer	400,00 €	600,00 €
19.08.2024	21.08.2024	Gent, Belgien	2024-28075	ORSI Summer School	Prof. Dr. med. Hans Fuchs, Dr. med. Stefano Puliatti	249,00 €	249,00 €

FACHARTZTVORBEREITUNG							
VON	BIS	ORT	KURS-NR.	SEMINARTITEL	WISSENSCHAFTLICHE:R LEITER:IN	PREIS MITGLIED	PREIS NICHT-MGL
26.02.2024	29.02.2024	Berlin	2024-23691	Facharztseminar Gefäßchirurgie	Prof. Dr. med. univ. Andreas Greiner	400,00 €	550,00 €
11.03.2024	15.03.2024	Berlin	2024-22570	Facharztseminar Allgemein- und Viszeralchirurgie	Prof. Dr. med. Thomas Steinmüller	450,00 €	600,00 €
13.03.2024	16.03.2024	Leipzig und online	2024-23822	Facharztseminar Orthopädie/ Unfallchirurgie	PD Dr. med. Georg Osterhoff; Prof. Dr. med. Christian Kleber	400,00 €	550,00 €
21.03.2024	23.03.2024	online	2024-23920	Facharztseminar Plastische Chirurgie	Prof. Dr. med. Heinz-Herbert Homann; Prof. Dr. med. Ulrich Kneser	300,00 €	500,00 €
22.04.2024	26.04.2024	Hamburg	2024-23820	Facharztseminar Orthopädie/ Unfallchirurgie	Prof. Dr. med. Frank Timo Beil; Prof. Dr. med. Lars Gerhard Großerlinden	450,00 €	600,00 €
15.05.2024	17.05.2024	online	2024-22580	Facharztseminar Allgemein- und Viszeralchirurgie	Prof. Dr. med. Matthias Anthuber	300,00 €	500,00 €
03.06.2024	07.06.2024	Erfurt	2024-23670	Facharztseminar Viszeralchirurgie	Steffen Minner	450,00 €	600,00 €
12.06.2024	14.06.2024	Düsseldorf	2024-23711	Facharztseminar Thoraxchirurgie	PD Dr. med. Aris Koryllos	350,00 €	550,00 €

FACHBEZOGENE SEMINARE, WORKSHOPS UND HOSPITATIONEN							
VON	BIS	ORT	KURS-NR.	SEMINARTITEL	WISSENSCHAFTLICHE:R LEITER:IN	PREIS MITGLIED	PREIS NICHT-MGL
21.02.2024	23.02.2024	Augsburg	2024-23610	Spezielle Unfallchirurgie Teil I	Prof. Dr. Dr. h.c. Edgar Mayr	300,00 €	500,00 €
14.03.2024	15.03.2024	Köln	2024-23677	Viszeralchirurgie Kompakt: Chirurgische Techniken am oberen Gastrointestinaltrakt	Prof. Dr. med. Christiane J. Bruns; Prof. Dr. med. Wolfgang Schröder; Prof. Dr. med. Hans Fuchs	350,00 €	500,00 €
22.03.2024	23.03.2024	Berlin	2024-23865	Fußchirurgie III	Dr. med. Angela Simon; Dr. med. Anja Helmers	500,00 €	650,00 €
11.04.2024	12.04.2024	Köln	2024-23634	VATS OP Kurs: Anatomische Segmentresektion	Prof. Dr. med. Erich Stoelben	400,00 €	500,00 €
16.04.2024	17.04.2024	Berlin	2024-23678	Viszeralchirurgie Kompakt: Kolorektale Chirurgie	Prof. Dr. med. Johann Pratschke; PD Dr. med. Robert Siegel; Prof. Dr. med. Katharina Beyer	350,00 €	500,00 €
18.04.2024	19.04.2024	Bremen	2024-23612	Osteosyntheseverfahren an der oberen Extremität	Prof. Dr. med. Michael Paul Hahn	400,00 €	600,00 €
03.05.2024		Berlin	2024-25810	Unfallbegutachtung in der gesetzlichen Unfallversicherung	Prof. Dr. med. Julia Seifert	270,00 €	330,00 €
03.05.2024	04.05.2024	Mannheim	2024-23675	Viszeralchirurgie Kompakt: Proktologie	Prof. Dr. med. Dieter Bussen; Dr. med. Andreas K. Joos; PD Dr. med. Stefan Fritz	350,00 €	500,00 €

FACHBEZOGENE SEMINARE, WORKSHOPS UND HOSPITATIONEN

VON	BIS	ORT	KURS-NR.	SEMINARTITEL	WISSENSCHAFTLICHE:R LEITER:IN	PREIS MITGLIED	PREIS NICHT-MGL
04.05.2024		Berlin	2024-23632	Kindertraumatologie für D-Ärzte/-Ärztinnen	Prof. Dr. med. Michael Paul Hahn	180,00 €	220,00 €
04.05.2024		Berlin	2024-25840	Rehabilitationsmedizin/-management	Dr. med. Peter Kalbe; Dr. med. Sybille Larsen	135,00 €	165,00 €
16.05.2024	17.05.2024	Rüdersdorf bei Berlin	2024-24634	Robotische Chirurgie: Modul 4 Hospitation Kolorektale Chirurgie	Dr. med. MBA Colin Markus Krüger; Dr. med. Oskar Rückbeil	400,00 €	600,00 €
04.06.2024	06.06.2024	Berlin	2024-23681	Viszeralchirurgie Kompakt: Endokrine Chirurgie	Prof. Dr. med. Thomas Steinmüller; Dr. med. Mechthild Hermanns	350,00 €	500,00 €
06.06.2024	07.06.2024	Köln	2024-23688	Viszeralchirurgie Kompakt: Funktionelle Chirurgie des oberen Gastrointestinaltraktes	Prof. Dr. med. Jessica Leers	350,00 €	500,00 €
14.06.2024	15.06.2024	Templin OT Groß Dölln	2024-23682	15. Brandenburger Viszeralchirurgisches Update	Prof. Dr. med. habil. Frank Marusch; Prof. Dr. med. Stephan Gretschel	30,00 €	50,00 €
14.06.2024	15.06.2024	Hamburg	2024-23862	Fußchirurgie II	Dr. med. Ralph Springfeld	500,00 €	650,00 €

FACHÜBERGREIFENDE SEMINARE

VON	BIS	ORT	KURS-NR.	SEMINARTITEL	WISSENSCHAFTLICHE:R LEITER:IN	PREIS MITGLIED	PREIS NICHT-MGL
23.02.2024	24.02.2024	online	2024-24712	Abschlusscolloquium zum Kurs „Hygienebeauftragte(r) Ärztin/Arzt“	Prof. Dr. med. Julia Seifert; Prof. em. Dr. med. Axel Kramer		
24.05.2024	25.05.2024	Berlin und online	2024-24707	Abschlusscolloquium zum Kurs „Hygienebeauftragte(r) Ärztin/Arzt“	Prof. Dr. med. Julia Seifert; Prof. em. Dr. med. Axel Kramer		

SOFTSKILL- & MANAGEMENTSEMINARE

VON	BIS	ORT	KURS-NR.	SEMINARTITEL	WISSENSCHAFTLICHE:R LEITER:IN	PREIS MITGLIED	PREIS NICHT-MGL
08.03.2024	09.03.2024	Berlin	2024-26532	Chirurginnen auf dem Weg nach oben: Modul 2 – Durchsetzungsstrategien im Klinikalltag	Dr. med. Gunda Leschber; Sabine Schicke	500,00 €	700,00 €
16.03.2024		online	2024-27706	Abrechnungseminar EBM	Dr. med. Jörg-Andreas Rüggeberg	50,00 €	80,00 €
16.03.2024		online	2024-27701	Abrechnungseminar GOÄ und BG	Dr. med. Peter Kalbe	50,00 €	80,00 €
03.05.2024	04.05.2024	Berlin	2024-26533	Chirurginnen auf dem Weg nach oben: Modul 3 – Erfolgsstrategien in eigener Sache	Dr. med. Gunda Leschber; Sabine Schicke	500,00 €	700,00 €
04.05.2024		Berlin	2024-25590	Begutachtung im Behandlungsfehlerprozess	Prof. Dr. med. Heiner Wenk	250,00 €	400,00 €
07.06.2024	08.06.2024	Berlin	2024-26534	Chirurginnen auf dem Weg nach oben: Modul 4 – Gesprächsstrategie – Souverän Klartext reden	Dr. med. Gunda Leschber; Sabine Schicke	500,00 €	700,00 €

BDC|Akademie

Information und Anmeldung:

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

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

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

EXTERNE VERANSTALTUNGEN						
VON	BIS	ORT	SEMINARTITEL	WISSENSCHAFTLICHE:R LEITER:IN	PREIS MG	PREIS NICHT-MG
23.02.2024	24.02.2024	Nürnberg	Bundeskongress Chirurgie 2024	MCN Medizinische Congressorganisation Nürnberg GmbH		
24.02.2024	24.02.2024	Bielefeld	spezielle Laserfachkunde - Modul IIa - BÄK-FB-Module "Anwendung von Lasereinrichtungen und intensiven Lichtquellen an der Haut nach §5 NiSV" Praxisteil	med.education by younea.education	2.495,00 €	2.495,00 €
25.02.2024	25.02.2024	Bielefeld	spezielle Laserfachkunde - Modul IIb - BÄK-FB-Module "Anwendung von Lasereinrichtungen und intensiven Lichtquellen an der Haut nach §5 NiSV" Praxisteil	med.education by younea.education	2.995,00 €	2.995,00 €
12.04.2024	12.04.2014	Online	Online-Kurs Fraktursonografie im Wachstumsalter	durchblicken.org	310,00 €	310,00 €
05.07.2024	05.07.2024	Kassel	Zertifikatskurs Fraktursonografie im Wachstumsalter	durchblicken.org	250,00 €	250,00 €



BDC | Berufsverband der Deutschen Chirurgie e.V.

Klick! Jetzt anmelden!

Modulare Webinar-Reihe

Wissenschaftliche Leitung:
Prof. Dr. med. Thomas Auhuber

Medizinökonomie Kompakt

Januar bis Dezember 2024

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 Chirurginnen 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.

B. BRAUN
SHARING EXPERTISE

corzamedical

ETHICON
Johnson & Johnson SURGICAL TECHNOLOGIES

INTUITIVE

Medtronic
Engineering the extraordinary

STORZ
KARL STORZ – ENDOSKOPIE

LIFESTYLE- ANGEBOTE

im Februar 2024

%

20 %



PEAKPERFORMANCE: BIS ZU 20 %
RABATT FÜR BDC-MITGLIEDER

15 %



JUNGLÜCK: 15 %
RABATT FÜR BDC-MITGLIEDER

25 %



GARMIN: BIS ZU 25 %
RABATT FÜR BDC-MITGLIEDER

15 %



TRAVELCIRCUS: BIS ZU 15 %
RABATT FÜR BDC-MITGLIEDER

WIE KANN ICH DIE ANGEBOTE IN ANSPRUCH NEHMEN?

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

~~956,- €~~
399,- €

Für Ihre
jungen
Ärztinnen/
Ärzte

Das neue BDC-Starterpaket

Das günstigste Weiterbildungspaket für die Chirurgie

Das ist drin für Ihre Assistentinnen und Assistenten:

Ein Weiterbildungsseminar

Freie Wahl zwischen einem Seminar* der BDC|Akademie aus dem Curriculum „Basischirurgie“ oder einem Seminar zur „Facharztvorbereitung“ für alle Säulen der Chirurgie.

Einjährige Mitgliedschaft im Berufsverband der Deutschen Chirurgie e.V.

Mitglied werden im größten chirurgischen Netzwerk Europas! Es ist die Chance, durch das BDC-Starterpaket** alle Services und Dienstleistungen kennenzulernen und und sich von unseren Experten zum Thema Karriere, Weiterbildung und Fortbildung beraten zu lassen.

Sechsmonatiger Zugang zur Lernplattform Amboss

Vollzugriff auf alle Inhalte und Möglichkeiten auf Amboss.***

Teilnahme am DCK vom 24.04.-26.04.2024 in Leipzig

DCK bedeutet drei Tage Networking mit den Expert:innen in der Chirurgie. Der Deutsche Chirurgie-Kongress ist praktische Fortbildung und berufspolitische Diskussionsplattform in einem.

Jetzt bestellen!
per E-Mail unter:
karriere@bdc.de



* Das Seminar muss innerhalb der Mitgliedschaft gebucht werden.

** Die BDC-Mitgliedschaft gilt ab Buchung in 2023 bis Dezember 2024.

*** Amboss: Der kostenfreie Zugang endet nach 6 Monaten und wird dann kostenpflichtig.



PANORAMA

Medizin- geschichte

Chirurgie in der DDR

In der Provinz

In der Provinz (Teil 1)

Volker Klimpel



Korrespondierender Autor:
Dr. med. habil. Volker Klimpel
 Grazer Straße 3
 01279 Dresden

Provinz heißt hier „außerhalb der Universität“, und sie ist lokalisiert auf die „Zone“. Die Motivation, von einer Hochschulklinik in die Provinz zu gehen, dürfte in Ost und West so unterschiedlich nicht gewesen sein: Nicht Oberarzt auf Lebenszeit zu sein, den Sprung in die Selbstständigkeit zu suchen, manchmal auch weggelobt oder abgeschoben zu werden. Auch ein unfreiwilliger Wechsel weg von der Alma Mater hat sich nur allzu oft als Glücksfall erwiesen, wo ungeahnte Talente frei und hohes Ansehen erlangt wurden. Die Kollegen zwischen Kap Arkona und Fichtelberg lebten und arbeiteten jedoch in einem zentralistischen Regime, bei dem die Staatspartei SED in Berlin alle Entscheidungen auch für das Gesundheitswesen traf, die dann bis in den letzten Winkel der Republik „durchgestellt“ wurden. Auch bei einem Wechsel an ein Stadt-, Kreis- oder Bezirkskrankenhaus blieb man als Chefarzt permanentem Druck ausgesetzt, wenngleich dieser an der Universität am höchsten war, da schaute man am genauesten hin! Insbesondere bei Beförderungen und Berufungen waren öffentliches Bekenntnis zum Staat und Mitgliedschaft in der SED die entscheidenden Faktoren. Nach dem Mauerbau 1961 wurden die Zügel noch fester gezogen. „Jetzt haben wir die reaktionären Mediziner, jetzt können sie nicht mehr damit drohen, die DDR zu verlassen!“ (Originalton eines Parteifunktionärs vor Medizinstudenten und Ärzten). So musste sich eine „innere Emigration“ weg von der Universität oder Akademie als Illusion erweisen, es sei denn, man konnte eine der raren Stellen in einem konfessionellen Haus ergattern.

Die über 400 km von Leipzig nach Stralsund hatte Herberts Uebermuths (1901-1986) erster Oberarzt Dr. med. Otto Scholz (1916-2010) 1958 ohne Kulturschock überwunden, als er die Chefarztposition im Krankenhaus am Strelasund übernahm. Wo der Schöngest Scholz weilte, da war immer auch Kultur und zudem war ihm die Stadt am Meer seit dem Lazarettaufenthalt 1945 ans Herz gewachsen. Während in der BRD mit der Bezeichnung „Bezirkskrankenhaus“ Landeskliniken und Heilanstalten der Psychiatrie verbunden sind, stand in der DDR dieser Name für Allgemeinkrankenhäuser der Schwerpunkt- bzw. Maximalversorgung, auch in Städten, die keine Bezirkshauptstädte waren wie z. B. Stralsund, Brandenburg/Havel, Coswig/Sa., Görlitz oder Meiningen. Obwohl noch 1960 extern bei seinem ehemaligen Chef Uebermuth in Leipzig mit der Arbeit „Konservative Behandlung schwerer gedeckter Hirntraumen“ habilitiert und für ordinariabel gehalten, machte sich Scholz keine Illusionen und blieb 23 Jahre in Stralsund. Zu kritisch stand er dem System DDR und der zunehmenden ideologischen Indoktrination an den Hochschulen gegenüber. Seit 1969 Honorarprofessor der Universität Greifswald, erwarb sich Chefarzt Dr. Scholz nicht nur in Stadt und Land hohe Anerkennung, sondern wirkte auch international bei Auslandseinsätzen der WHO und des IRK.

Auch ein vielversprechender junger Oberarzt von Willi Felix (1892-1962) an der Berliner Charité wählte 1957 den Gang in die Provinz: Eberhard Hasche (1920-1973), seit einem Jahr mit dem „Problem des pleuralen Leerraumes nach Lungenresektion“ habilitiert, folgte dem Ruf als Leiter der Abteilung für Thorax- und Kardiochirurgie der Zentralklinik Bad Berka in Thüringen. Hier baute er unter großen Schwierigkeiten das fünfte und einzige nicht universitäre herzchirurgische Zentrum der DDR auf (neben Berlin, Halle, Leipzig und Rostock). Der versierte Operateur und leidenschaftliche Lehrer wäre gut auf einem Ordinariat vorstellbar gewesen, wenn nicht sein

Passion Chirurgie. 2023 Januar/Februar;
 13(01/02): Artikel XX.



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

Zone = bewusst oder unbewusst herabsetzende Bezeichnung des Staates DDR (1949-1990). Es gibt im Jahr 2023 noch Menschen, die die fünf „neuen“ Bundesländer immer noch als „Zone“ bezeichnen.

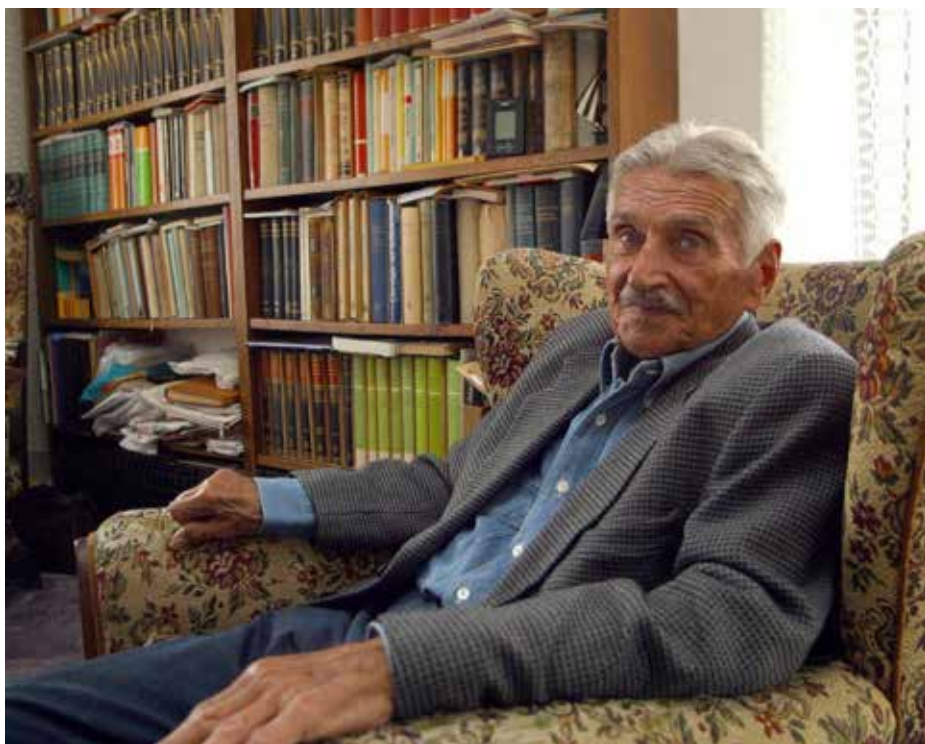


Abbildung 1: Otto Scholz (Arch. Verf.)



Abbildung 2: Bezirkskrankenhaus Stralsund (alte Postkarte)

katholischer Glaube und seine Distanz zur Staatspartei und ihrer Politik dagegengesprochen hätten. So blieb ihm von 1960 bis 1972 die Professur mit Lehrauftrag an der Humboldt-Universität Berlin, die er von Bad Berka aus nur sporadisch wahrnehmen konnte. Über Thüringen hinaus genoss Prof. Hasche

bis zu seinem frühen Tod mit 53 Jahren einen legendären Ruf, der posthum mit der Benennung eines Weges in Bad Berka seine Würdigung fand.

Im Gegensatz zu den beiden Vorgenannten stand der Parteigenosse Prof. Ernst-Gustav

Michelsen [Michelsson] (1917-1994), Sohn eines Medizinprofessors und Chefarztes in Dorpat [Tartu]. Michelsen hatte in Rostock studiert und 1945 promoviert, bevor er als Assistent an der Chirurgischen Universitätsklinik Greifswald bei Willi Felix und Walter Schmitt (1911-2005) arbeitete. Selbständige Stellungen nahm Michelsen als Vor-Vorgänger von Scholz in Stralsund sowie an den Krankenhäusern von Bad Doberan und Kühlungsborn ein, bevor er von der Regierung den Auftrag erhielt, ein neues Großkrankenhaus in Rostock zu konzipieren. Michelsen erledigte unter größtmöglicher Förderung diese Aufgabe mit Bravour. So konnte er sich in Schweden umsehen und sich an der modernen Krankenhaushausarchitektur orientieren. Das im Dezember 1965 eröffnete Südstadt-Krankenhaus in Rostock, das 32,8 Millionen Ostmark gekostet hatte, sollte Michelsens Lebenswerk werden, ein „Palast der Gesundheit“, wie die Presse schrieb, mit dem Status eines Bezirkskrankenhauses. Michelsen verfügte als ärztlicher Direktor über 557 Betten, 100 Ärzte und 600 nichtärztliche Mitarbeiter. Er hatte einen Zweitwohnsitz in Ahrenshoop und genoss das ansonsten nur allerhöchsten Partei- und Regierungsmitgliedern zustehende Privileg, auf der Ostsee, die zu DDR-Zeiten militärisches Sperrgebiet war, segeln zu dürfen. – Ernennungen zum Obermedizinalrat, zum „Verdienten Arzt des Volkes“ und zum Professor blieben nicht aus.

Im näheren Umfeld von Berlin mussten sich die Bezirkskrankenhäuser von Brandenburg und Potsdam an der übermächtigen Chirurgie der Hauptstadt messen lassen. Das gelang ihnen dank profilierter Chefs an der Spitze. Der eine war gebürtiger Dresdner und Schüler von Albert Fromme (1881-1966): OMR Dr. med. Ludwig Krafft (1920-2013) in Brandenburg an der Havel. Er war Truppenarzt im Krieg gewesen, als er bei Fromme in Dresden-Friedrichstadt anging. Dieser schickte ihn Mitte der 1950er Jahre zu Rudolf Frey (1917-1981) nach Heidelberg, um die moderne Anästhesie zu erlernen. So wurde Krafft einer der ersten Fachärzte für Anästhesiologie in der DDR. Als Fromme in den Ruhestand ging, leitete Krafft zusammen mit dem Griechen Elias Ligdas (1912-?) kommissarisch die 350-Betten-Klinik und wechselte mit dem Amtsantritt von



Abbildung 3: Wilhelm Matthias Haßlinger (Prof. Frank Marusch)

Hans-Dietrich Schumann (1911-2001) 1957 als chirurgischer Chefarzt nach Brandenburg, wo noch vollklimatisierte und funktionsfähige Operationsbunker aus der Kriegszeit



Abbildung 4: Ernst-Rulo Welcker (Wikipedia)

vorhanden waren. Unter Krafft erfolgten Um-, Aus- und Neubauten und die Verselbstständigung von Spezialdisziplinen wie z. B. Anästhesie, Traumatologie und Urologie. Auch der Geschichte seines Fachgebietes hat Krafft viel Interesse entgegengebracht, wie aus Veröffentlichungen und persönlichen Gesprächen des Verfassers mit ihm hervorgehen. Außerdem ist OMR Dr. Krafft viele Jahre

Vorsitzender der Regionalgesellschaft Potsdam innerhalb der Gesellschaft für Chirurgie der DDR gewesen.

Als „Nachbar um die Ecke“ sorgte Prof. Wilhelm Matthias Haßlinger (1905-1997), genannt WM, 21 Jahre als Chefarzt des Bezirkskrankenhauses Potsdam für Furore. Die chirurgische Schulung erfuhr der Bayer in Würzburg bei Fritz König (1866-1952), Max Kappis (1881-1938) und Ernst Seifert (1887-1969). Der zweite Weltkrieg entwurzelte den noch in Würzburg Habilitierten von der akademischen Karriere, und so gelangte der Sanitätsoffizier der Luftwaffe nach Kriegsende zunächst an das Stadtkrankenhaus in Nauen und dann aufgrund seiner Qualifikation schon 1949 als Chef an die Großklinik in Potsdam, das spätere Bezirkskrankenhaus. Es erfolgten Umhabilitation und Ernennung zum a. o. Professor für Chirurgie an der Humboldt-Universität in Berlin, womit Haßlinger wieder einen gewissen Anschluss an die Hochschulmedizin fand. Prof. W. M. Haßlinger konnte 1970 das Haus in bestem Zustand an seinen Schüler



Abbildung 5: Carl-Thiem-Klinikum Cottbus (Wikipedia)



Abbildung 6: Gedenktafel Heinz Funke am Klinikum Görlitz (Wikipedia)

und Nachfolger Prof. Hans Röding (1930-1998) übergeben. Dieser bezog 1985 einen Neubau in zeitgenössischem Glas-Beton-Stil. 1991 erhielt das Klinikum den Namen Ernst von Bergmanns (1836-1907), der hier 1899 die erste Appendektomie durchgeführt hatte.

Im südlichen Brandenburg, in Cottbus, steht nicht nur das größte Jugendstil-Theater Deutschlands, sondern es befindet sich hier auch ein imposantes Krankenhaus. Die „Städtische und Thiemsche Heilanstalt“ wurde 1914 auf Initiative und mit Geldern des Arztes Carl Thiem (1850-1917) eingeweiht. Dr. Carl Thiem hatte sich vorwiegend autodidaktisch zum Chirurgen entwickelt, die „Monatsschrift für Unfallheilkunde“ mitbegründet und ein „Handbuch der Unfallheilkunde“ verfasst, das

wohl ausschlaggebend für seinen Professorentitel gewesen war. Mehrere Chefarzte folgten auf Prof. Thiem, bis in den Wirren der Nachkriegszeit der Greifswalder Universitätschirurg und Professor Ernst-Rulo Welcker (1904-1971) in die Spreestadt gelangte. Welcker imponierte, er war gut und man brauchte ihn dringend, sodass er rasch entnazifiziert wurde. Während seines fast 25-jährigen Wirkens brachte er die durch den Krieg baulich und personell in Mitleidenschaft gezogene Klinik zu neuer Blüte. Als Abgeordneter der SED wurde er 1950 in den Landtag von Brandenburg entsandt. Die Bettenzahl der Chirurgie schwankte zwischen 200 und 300. Welckers hohes Arztum hat eine ganze Generation von Ärzten beeinflusst, wie Zeitgenossen aussagen. Der in den Jahren von 1972 bis 1982 errichtete Neubau sollte den



Abbildung 7: Reinhard Schroth (Wikipedia)



Abbildung 8: „Chirurgischer Ratgeber“ von R. Schroth (Arch. Verf.)

Namen des ursprünglichen Gründungsvaters Carl Thiem tragen, was staatlicherseits aus ideologischen Gründen – man sah in Prof. Thiem den Vertreter des Bürgertums – nicht gestattet wurde. Nach der politischen Wende 1990 erhielt das 1400-Betten-Haus den Ehrennamen „Carl-Thiem-Klinikum“ und wurde Schwerpunkt-Krankenhaus und Lehrkrankenhaus der Charité in Berlin.

Die Länderstruktur wurde in der DDR 1952 aufgehoben und dafür 14 Bezirke gegründet. Erst nach der deutschen Wiedervereinigung 1990 entstanden die Bundesländer Mecklenburg-Vorpommern, Brandenburg, Sachsen-Anhalt, Sachsen und Thüringen.

Man sagt, Görlitz sei eine der schönsten Städte Deutschlands, die östlichste ist sie ohnehin. Nach hier zog es 1955 den Sachsen Heinz Funke (1911-1993), der aus einfachen Verhältnissen stammte und den Krieg als Sanitätsoffizier und schwer Verwundeter hinter sich hatte. Nach dem Studium in Würzburg war er zunächst Assistenzarzt in Osterburg in der Altmark gewesen. Über seinen dortigen chirurgischen Lehrer Fritz Walter Pommrich (1900-1967), dem „Sauerbruch der Altmark“, war Funke gewissermaßen Enkelschüler von Fromme in Dresden. Kurz nach Kriegsende erhielt Funke schon die Anstellung als Chefchirurg am Kreiskrankenhaus in Lichtenstein im Erzgebirge, wo er zehn Jahre blieb und auch politisch aktiv war. Als Abgeordneter der

SED saß er von 1949 bis 1958 in der DDR-Volkammer. Als er 1955 nach Görlitz wechselte, stand er vor der Mammutaufgabe, Chefarzt der Chirurgie und später Ärztlicher Direktor zu sein, das 50 Jahre alte Großkrankenhaus zu renovieren und gleichzeitig einen Neubau in die Wege zu leiten. Trotz dieser Mehrfachbelastungen schaffte es Funke, Freund der schönen Künste und leidenschaftlicher Jäger zu sein. In seiner Klinik war der exzellente Operateur Initiator zahlreicher Neuerungen, Pionier der Intubationsnarkose und der Transfusionsmedizin, Förderer einer eigenständigen Dialyse und Notfallmedizin. Ehrungen blieben nicht aus: Verdienter Arzt des Volkes, Professor, Ehrenbürger von Görlitz u. a. Seine Hauptschüler waren Peter Heinrich (1927-2012), der nachmalige Ordinarius an der Medizinischen Akademie Magdeburg, und Reinhard Schroth (1926-2017), Chefarzt am Paul-Gerhard-Stift in Wittenberg, dem der folgende Abschnitt gewidmet ist.

Sein „Chirurgischer Ratgeber“ passte in jede Kitteltasche, ist in fünf Auflagen erschienen, eine auch in der BRD. Reinhard Schroth kam aus Freiwalddau (Fryvaldov) im heutigen Tschechien, hatte alle nur denkbaren Schrecken

des Krieges und der Gefangenschaft erlebt, bevor er in Jena studieren konnte. Seit seiner Anstellung in Lichtenstein begleitete er seinen Meister Funke (s. o.) bis nach Görlitz. Funke förderte ihn umfassend, schickte ihn zu Hospitationen nach Jena (Kuntzen), Berlin (Felix), Pässler (Leverkusen), Leipzig (Uebermuth) und sogar in die Schweiz zur Arbeitsgemeinschaft für Osteosynthesefragen (AO). Bei Heinrich Kuntzen (1893-1977) habilitierte er sich 1964 extern; alles war mit Kampf verbunden. 1972 wurde Schroth zum Chefarzt der Chirurgie am evangelischen Paul-Gerhard-Stift in der Lutherstadt Wittenberg gewählt. Mit zahlreichen Veröffentlichungen, Vorträgen und der Habilitation wissenschaftlich ausgewiesen, wartete er vergeblich auf eine Dozentur, zu offensichtlich waren sein christlicher Glaube, seine kritische Haltung zur Obrigkeit im Allgemeinen und seine Weigerung, aus der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie auszutreten im Besonderen. Hochbetagt starb Dr. Schroth mit 91 Jahren an den Folgen eines Sturzes.

Teil 2 folgt.



Präsenz-Seminar

Wissenschaftliche Leitung:
Prof. Dr. med. Thomas Steinmüller

Klick!
Jetzt
anmelden!

Facharztseminar

Allgemein- und Viszeralchirurgie

Berlin, 11. – 15. März 2024

Das Abo mit mehr Tiefe

„DIE CHIRURGIE“

(12 Hefte pro Jahr)

Digitale chirurgische
Fachzeitschriften

Facharzt-Training

e.Medpedia

CME

JETZT NEU

Die Chirurgie plus
umfangreiches Online-Angebot
zur Wissensvertiefung, zum
Fortbilden und Trainieren.



Hier eintauchen:
SpringerMedizin.de/chirurgie-abo



TachoSil[®] SEALANT MATRIX



EVERYDAY HERO

Das Zeug zur
echten Heldin.

Weitere Infos >>

 **corzamedical**

TachoSil[®]
Blutstillung und
Versiegelung
in einem.



TachoSil[®] Versiegelungsmatrix

Quantitative und qualitative Zusammensetzung: TachoSil[®] enthält pro cm² Fibrinogen vom Menschen 5,5 mg, Thrombin vom Menschen 2,0 I.E., Sonstige Bestandteile: Kollagen vom Pferd, Albumin vom Menschen, Riboflavin (E 101), Natriumchlorid, Natriumcitrat (E 331), L-Arginin-Hydrochlorid. **Pharmakotherapeutische Gruppe:** Lokales Hämostoffikum, 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 Gewebeersealung und zur Nahtsicherung in der Gefäßchirurgie, wenn Standardtechniken insuffizient sind, sowie bei Erwachsenen zur unterstützenden Versiegelung der Dura mater, um postoperative Liquorlecks nach neurochirurgischen Eingriffen zu vermeiden. **Gegenanzeigen:** Intravasculäre 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 rezeptions-, Chaspandokumentationspflichtig. **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