

PASSION

CHIRURGIE

PANORAMA

IN DER PROVINZ –
CHIRURGEN IN DER
DDR (TEIL 2)

im Fokus

AMBULANTES OPERIEREN
IM ZEITALTER DER
KRANKENHAUSREFORM

04 | 2024

MITGLIEDERZEITSCHRIFT:
DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR CHIRURGIE
BERUFSVERBAND DER DEUTSCHEN CHIRURGIE

DGCH

DEUTSCHE
GESELLSCHAFT FÜR
CHIRURGIE E.V.



BDC



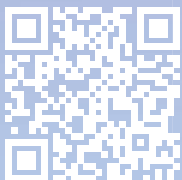
Berufsverband der
Deutschen Chirurgie e.V.

eRef

Mehr wissen. Besser entscheiden.
Ein Mediziner*innen-Leben lang.

Die medizinische Wissensplattform eRef unterstützt Sie ab Tag 1 der Weiterbildung, während Klinik-Rotationen bis zur bestandenen Facharztprüfung und darüber hinaus.

Mit intelligent verknüpften, interdisziplinären und leitlinienbasierten Inhalten. Am PC, Tablet und Smartphone. Angepasst an Ihr individuelles Wissenslevel. Für den gezielten und nachhaltigen Aufbau Ihres Fachwissens – ein Mediziner*innen-Leben lang.



eref-testen.thieme.de

Cui bono?

Jörg-Andreas Rüggeberg



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

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

diese Ausgabe der *Passion* widmet sich (mal wieder) den Problemen des ambulanten Operierens. Nach Jahrzehnten strenger Abschottung zwischen der stationären und ambulanten Versorgungsebene ist tatsächlich mit Beginn des Jahres die sogenannte sektorengleiche Vergütung über den § 115f SGB V eingeführt worden. Allerdings war schon der Start geprägt von verbissenen Grabenkämpfen innerhalb der Selbstverwaltung. Angesichts der erheblichen Absenkung der Honorare gegenüber bisherigen stationären DRGs war abzusehen, dass die Kliniken durchaus nachvollziehbar nur ein sehr kleines Spektrum ambulantisierbarer Eingriffe vorgeschlagen haben, die Kassenärztliche Bundesvereinigung dagegen einen extrem umfangreichen Katalog abgeliefert hat. Da eine Einigung nicht möglich war, hat das Bundesministerium per Rechtsverordnung entschieden. Wie immer bei einem Kompromiss sind alle Beteiligten mit dem Ergebnis unzufrieden. Erschwerend kommt hinzu, dass es keine Regelungen zur konkreten Abrechnung der neuen H-DRG gab. Für die Kliniken haben sich Kassen und Krankenhausgesellschaft rasch geeinigt. Im Wesentlichen werden die neuen H-DRG in der bekannten an Krankenhäusern etablierten Struktur abgerechnet. Kein Wunder, denn die Kassen profitieren von der Absenkung der Vergütung und haben demnach ein Interesse an einer zügigen Umsetzung.

Ganz anders im niedergelassenen Bereich. Zwar gibt es seit Kurzem auch dort eine Vereinbarung zwischen KBV und GKV, die ist aber zu einer Monopolregelung für die Kassenärztlichen Vereinigungen verkommen. Die Kassen verweigern eine Abrechnung über Drittanbieter und wollen diese erst zum

01.01.2025 ermöglichen. (Am 31.12.2024 läuft die Rechtsverordnung übrigens aus!!) Natürlich hat die KBV ein Interesse daran, exklusiv tätig zu werden. Immerhin fließen Verwaltungskosten und vor allem bleibt der Zugriff auf die Patienten im KV-System.

Bleibt die Frage, wem nützt das alles? Profiteure einer Ambulantisierung sind primär die Kostenträger, denn die Reduktion stationärer DRG wird immer eine Einsparung nach sich ziehen, selbst wenn über die H-DRG die zu generierenden Erlöse meist (aber keinesfalls immer) etwas höher sind als in einer Abrechnung nach EBM. Die Kliniken können kein großes Interesse haben, sowohl aus finanzieller Sicht wie auch aus deren Selbstverständnis heraus, jedenfalls solange es nicht gelingt, das stationär wegfallende Spektrum am eigenen Haus in einer ambulanten Struktur zu etablieren. Auf die Probleme für die fachärztliche Weiterbildung haben wir schon mehrfach hingewiesen.

Auch im vertragsärztlichen Bereich ist das Interesse begrenzt, solange die Honorierung nicht kostendeckend ist. Insbesondere die aus der H-DRG selbst zu tragenden Kosten für Implantate und andere Sachmittel führen oft genug zu deutlichen Defiziten. Wieder einmal wird die gute Versorgung unserer Patienten unter ökonomischen Gesichtspunkten gefährdet.

Sie finden in dieser Ausgabe einige vertiefende Artikel. Im Übrigen wird uns das Thema mit Sicherheit auch während des **Deutschen Chirurgiekongresses** beschäftigen, zu dem ich Sie an dieser Stelle herzlich einladen darf.

Ich wünsche Ihnen eine interessante Lektüre,
Ihr Jörg-Andreas Rüggeberg

Rüggeberg JA: Editorial: Cui bono?
Passion Chirurgie. 2024 April;
14(04): 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/taikrixiel

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 Cui bono? *Jörg-Andreas Rüggeberg*

4 KURZNACHRICHTEN

6 CHIRURGIE

6

**AMBULANTES OPERIEREN –
WER WILL DAS EIGENTLICH?**

Jörg-Andreas Rüggeberg

10

**AMBULANTES OPERIEREN UND
HYBRID-DRG-VERORDNUNG
IM ZEITALTER DER
KRANKENHAUSREFORM
AUS SICHT DER KLINIKEN**

Carolin Tonus

19

**AMBULANTES OPERIEREN IN
ZEITEN DER (ANSTEHENDEN)
KRANKENHAUSREFORM**

Ralf Wilhelm Schmitz

23 CHIRURGIE⁺

23 Akademie aktuell: Die Hernienschule – Rück-
und Ausblick 2024 *Ralph Lorenz, Christoph Paasch*

27 Der Fachkräftemangel in der Gefäßchirurgie –
eine gemeinsame Aufgabe *Udo Barth, Frank Meyer,
Zuhir Halloul*



- 37 Was bleibt, wenn die Mindestmenge in der kolorektalen Karzinomchirurgie kommt?
Martin Scholz, Holger Steffen, Daniela Möller, Carsten Krones, Hans-Joachim Meyer, Kaja Ludwig
- 49 **Hygiene-Tipp:** Hygiene ist Chefsache
Walter Popp, Lutz Jatzwauk, Wolfgang Kohnen
- 51 Die Anforderung der Barrierefreiheit für D-ärztliche Praxen
Thomas Ideker
- 54 **F+A:** Abrechnung von Simultaneingriffen
Peter Kalbe
- 56 Personalia
- 57 Nachruf auf Univ.-Prof. Dr. med. Dr. h.c. mult. Jörg Rüdiger Siewert
- 59 **RECHT**
- 59 **F+A:** Aufbereitung von Medizinprodukten von Praxispersonal
Jörg Heberer

60 GESUNDHEITSPOLITIK

- 60 **BDC-Praxistest:** SEDIWORK, eine cloudbasierte Software für die ärztliche Rotationsplanung
Dilan Sinem Sert
- 63 Strukturierter intersektoraler Weiterbildungsverbund in O und U
Johanna Ludwig, Ralf Schmitz
- 67 **BDC-Pressemitteilung:** Neue Versorgungsmodelle – Krankenhäuser und chirurgische Praxen als Konkurrenten oder als Partner?

69 INTERN

- 69 **DGCH**
- 69 Sehr persönlich nachgefragt bei Hans F. Fuchs
- 70 Einladung zur DGCH-Mitgliederversammlung 2024
Thomas Schmitz-Rixen
- 71 Organspende in Deutschland, Österreich und der Schweiz
- 74 Nachruf auf Prof. Dr. med. Dietmar Abendroth
- 75 Rekrutierende multizentrische chirurgische Studien in Deutschland
Solveig Tenckhoff
- 78 Spendenaufruf Langenbeck-Virchow-Haus
- 79 **BDC**
- 79 BDC|News
- 80 Einladung zur BDC-Mitgliederversammlung 2024
- 81 Nachruf auf Dr. Jürgen Klein
- 82 BDC|Schnittstelle – im Fokus: Dr. Frauke Fritze-Büttner
Olivia Päßler
- 85 Lifestyle-Angebote im April 2024
- 86 BDC|Landesverbände
- 88 Termine BDC|Akademie

92 PANORAMA

- 92 Chirurgie in der DDR – In der Provinz (Teil 2)
Volker Klimpel

**Demokratie und
Pluralismus sind
das Fundament für
ein menschliches
Gesundheitswesen**

© iStock-smartboy0

**DER BDC MEINT...**

Demokratie und Pluralismus sind Grundvoraussetzungen für ein Leben in Frieden und Freiheit. Sie sind elementar für das Wohlergehen unseres Landes und Fundament für das Zusammenleben und Zusammenwirken in allen Bereichen unseres gesellschaftlichen Miteinanders. Auf dieser Basis steht auch und gerade das Gesundheitswesen in Deutschland. Hier zählen Toleranz, Mitmenschlichkeit und Vielfalt, denn Medizin kennt keine Grenzen. Die Beschäftigten in unserem Gesundheitswesen kommen aus allen Teilen der Welt. Patientinnen und Patienten werden gemäß unserem beruflichen Ethos unabhängig von Herkunft, Geschlecht, Religion, sozialem Status oder sexueller Orientierung medizinisch versorgt.

Ärztinnen und Ärzte als Initiatoren dieser Erklärung wie auch weitere Professionen aus dem Gesundheitswesen betrachten deshalb mit großer Sorge, wie Hass und Hetze zunehmen und unsere demokratischen Werte mehr und mehr infrage gestellt werden. Demokratie, Rechtsstaatlichkeit und Menschenrechte sind für ein menschliches, diskriminierungsfreies Gesundheitswesen essenziell. Menschen mit Migrationshintergrund sind selbstverständlich Teil unserer Gesellschaft. Auf ihren Beitrag will und kann die medizinische und pflegerische Versorgung in Deutschland nicht verzichten. Der Austausch von Ideen und die Zusammenarbeit mit Menschen aus verschiedenen Nationen und Kulturen bereichern unsere Arbeit, sie sind unerlässlich für wissenschaftliche Exzellenz und medizinischen Fortschritt. Es ist

ermutigend, dass Woche für Woche hunderttausende Menschen für den Erhalt von Freiheit und Demokratie auf die Straße gehen. Es ist unser aller Aufgabe, unsere freiheitliche Grundordnung gegen demokratiefeindliche Kräfte zu verteidigen, uns jeglichen radikalen, ausgrenzenden Tendenzen entgegenzustellen und für die Achtung der Menschenwürde einzustehen.

Diesem Ansinnen fühlt sich der BDC in besonderer Weise verpflichtet.

Zur gemeinsamen Erklärung von Verbänden und Organisationen aus dem Gesundheitswesen...

KINDERBETREUUNG

AUF DEM DCK 2024 IN LEIPZIG



Geben Sie Ihre Kinder ab und lassen sich Zeit für Seminare, Workshops und netzwerken: Auf dem Chirurgenkongress 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“...

Bei seltenen Erkrankungen ist gerade die Kinderchirurgie gefragt

Die Kinderchirurgie nimmt eine zentrale Rolle bei der Behandlung seltener Erkrankungen ein. Die Deutsche Gesellschaft für Kinderchirurgie e.V. (DGKCH) fordert daher, dass das Know-How der Kinderkliniken durch ausreichende Finanzierung und qualitative Weiterbildung gewährleistet bleiben.

Anlässlich des Internationalen Tags der seltenen Erkrankungen am 29. Februar hat die Deutsche Gesellschaft für Kinderchirurgie e.V. (DGKCH) auf die besondere Verantwortung der Kinderchirurgie für Menschen mit seltenen Erkrankungen aufmerksam gemacht. Seltene Erkrankungen haben eine große Bandbreite. So behandelt die Kinderchirurgie etwa Fälle angeborener Fehlbildungen des gesamten Verdauungstraktes von der Speiseröhre bis zum Anorektum, der Gallenwege und des Zwerchfells in hochspezialisierten Zentren, urogenitale Erkrankungen oder auch die genetisch bedingte Hautkrankheit Epidermolysis bullosa. Was diese Fälle eint: Alle

brauchen eine hochspezialisierte, intensive Behandlung und Betreuung von ausgewiesenen Expertinnen und Experten in den einzelnen Bereichen der Kinderchirurgie und in Kooperation mit den pädiatrischen und psychotherapeutischen Kolleg:innen.

„Wir haben hier eine besondere gesellschaftliche Verantwortung. Kinder sollen nicht nur bestmöglich, sondern auch altersgerecht behandelt werden. Ganz besonders wichtig ist dieser Aspekt bei komplexen Fehlbildungen und seltenen Erkrankungen. Die Familien haben einen erhöhten Bedarf an medizinischer, aber auch psychologischer Begleitung. Die Kinderchirurgen und -chirurginnen begleiten sie bereits vor der Geburt bis zur Transition in die Erwachsenenmedizin. Diese Kinder haben einen besonderen Anspruch auf eine kindgerechte Versorgung“, erklärt die Präsidentin der DGKCH, PD Dr. med. Barbara Ludwowski. Die kinderchirurgische Fachgesellschaft fordert daher von der Politik, die Kinderkliniken und

die in der Kinderchirurgie Tätigen in den Fokus der Krankenhausreform zu nehmen.

„Die Politik muss den Wert der Kinderkliniken erkennen und entsprechend handeln. Das heißt, dass sie im Zuge der geplanten Zentralisierung von Leistungen sowohl die Finanzierung als auch die Weiterbildung berücksichtigen und zum zentralen Aspekt der Krankenhausreform machen muss. Nur so können Fälle wie seltene Erkrankungen bei Kindern zukünftig adäquat behandelt und versorgt werden“, unterstreicht Ludwowski.

Die Deutsche Gesellschaft für Kinderchirurgie e.V. vertritt das Fach Kinderchirurgie in allen wissenschaftlichen, fachlichen und beruflichen Belangen. Gegründet im Jahr 1963, schafft die DGKCH bis heute Grundlagen für eine bestmögliche kinderchirurgische Versorgung in Deutschland.

Mehr Informationen...



IM FOKUS

Ambulantes Operieren und Kranken- hausreform

OP-Bereich

Betreten verboten



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

Ambulantes Operieren – Wer will das eigentlich?

Jörg-Andreas Rüggeberg

KRITISCHE GEDANKEN ZU EINEM DAUERTHEMA

Das ambulante Operieren hinkt in Deutschland nach wie vor deutlich hinter vergleichbaren mitteleuropäischen Ländern hinterher. Die Patienten und die Krankheitsbilder unterscheiden sich im Grunde nicht, auch die ärztliche Qualifikation der operierenden Fächer ist nicht anders. Woran liegt es also, dass wir ambulantes Operieren nicht in größerem Umfang anbieten?

Es wäre zu einfach, dieses Manko nur auf die schlechte finanzielle Honorierung ambulanter Eingriffe zu schieben. Der Ruf nach mehr Geld kommt bei jeder Diskussion nahezu reflexartig aus den Vertretungen der sogenannten Leistungserbringer. Sowohl die Deutsche Krankenhausgesellschaft wie auch die diversen Organisationen im ambulanten Sektor sprechen hier dieselbe Sprache, meinen am Ende aber durchaus Verschiedenes.

Schon bei der Einführung eines eigenen Abrechnungskapitels im EBM war klar, dass die Vergütung bei realistischer Kalkulation nicht kostendeckend sein würde. Anfangs wurde dieses Problem noch verschärft durch floatende Punktwerte im Rahmen eines allgemeinen Budgets für Vertragsärzte. Die Herausnahme der ambulanten Operationen aus diesem Budget hat allerdings angesichts steigender inflationsbedingter Kosten und unveränderter Bewertung nur eine kurze Erholungspause bewirkt. Immerhin hat die Kassenseite eingesehen, dass ein Austrocknen letztlich nicht zielführend sein kann, und hat zusätzliche Mittel bereitgestellt. Ohne hier auf die Details einzugehen, bleibt festzustellen, dass Kleingriffe ohne wesentlichen

personellen und apparativen Aufwand bei optimierten Prozessen einigermaßen wirtschaftlich darstellbar sind, umfangreiche Eingriffe aber die Grenze der Unwirtschaftlichkeit erreichen bzw. überschreiten. Das gilt erst recht für ambulante Operationen im klinischen Setting. Dort ist der Aufwand aufgrund der komplexeren Strukturen oftmals deutlich größer und die Ertragssituation damit entsprechend schlechter. Da wundert es nicht, dass die Kliniken auf stationäre DRG ausweichen, die eine um ein Vielfaches höhere Vergütung auslösen. Auch die Gefahr unerfreulicher Prüfungen durch den Medizinischen Dienst schreckt nicht ab. Wenn es also keine Anreize gibt, Operationen aus der stationären Versorgung in die ambulante Leistungserbringung zu transferieren, muss man sich nicht wundern, dass in Deutschland die Quote von ambulanten Operationen vergleichbar niedrig ist.

Nun ist Geld zwar ein wichtiges, aber nicht das einzige Argument gegen die sogenannte Ambulantisierung. Man darf bei der Diskussion nicht die möglichen Auswirkungen auf die Weiterbildung außer Acht lassen. Eine große Zahl der prinzipiell ambulant durchführbaren Eingriffe sind eher kleinere bis mittlere Prozeduren, die typischerweise zu Beginn der Weiterbildung von Assistenzärztinnen und -ärzten geleistet werden. Wenn diese Operationen im ambulanten Sektor verschwinden, fehlen wichtige Inhalte der Weiterbildung nicht nur in der Chirurgie. Denn nach aktueller Gesetzeslage ist im ambulanten Bereich der Facharztstatus gefordert und nicht wie in der Klinik der Facharztstandard. Ohne eine Klärung dieses Problems wird es keine breite Ambulantisierung geben können. Wir im BDC fordern beständig eine

Rüggeberg JA: Ambulantes Operieren – Wer will das eigentlich? Passion Chirurgie. 2024 April; 14(04): Artikel 03_01.



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

Verbundweiterbildung ein, damit die jungen Chirurinnen und Chirurgen auch außerhalb der Heimatklinik ihre operativen Fähigkeiten erlernen können.

Ein zusätzliches, wenn auch lösbares Problem stellt das Management eines ambulanten OP-Betriebs dar. Im ambulanten Setting sind die Patienten nicht beliebig verfügbar, sondern müssen gezielt zum Termin einbestellt werden, ohne andererseits zu lange Wartezeiten zu verursachen. Der Eingriff selbst unterscheidet sich nicht von einer stationären Vorgehensweise, aber eine längere Überwachung gibt es nicht, weil die Patienten nach dem Eingriff mehr oder weniger zügig die Einheit verlassen und damit einer weiteren Kontrolle entzogen sind. In diesem Zusammenhang sind relevante medico-legale Konsequenzen zu befürchten, denn auch nach häuslicher Entlassung bleibt die operierende Einheit für den Verlauf verantwortlich. Aus diesem Grund wehrt sich der Berufsverband auch vehement gegen die Aufnahme von Appendektomien oder Cholezystektomien in den neuen Katalog der Hybrid-DRG der dann obligat ambulant zu erbringenden Eingriffe. Es ist unstrittig, dass diese Operationen im Einzelfall ambulant durchführbar sind, aber eine obligate Regelversorgung darf es nicht geben.

Um auf die Eingangsfrage zurückzukommen, wer ambulantes Operieren eigentlich will, kann man konstatieren, dass die Kliniken kein großes Interesse haben können, sowohl aus finanzieller Sicht wie auch aus ihrem Selbstverständnis heraus, jedenfalls solange es nicht gelingt, das stationär wegfallende Spektrum am eigenen Haus in einer ambulanten Struktur zu etablieren. Auch im vertragsärztlichen Bereich ist das Interesse begrenzt, solange die Honorierung nicht kostendeckend ist.

Profiteure einer Ambulantisierung sind primär die Kostenträger, denn die Reduktion stationärer DRG wird immer eine Einsparung nach sich ziehen, selbst wenn über die H-DRG die zu generierenden Erlöse meist (aber keinesfalls immer) etwas höher sind als in einer Abrechnung nach EBM.

Interessant ist die Frage nach den Wünschen der Patienten. Umfragen zeigen eine allgemeine Präferenz für ein ambulantes Vorgehen. Im konkreten Einzelfall entscheiden sich die Menschen dann aber doch häufig für einen komfortablen Krankenhausaufenthalt. Angesichts zunehmender Tendenzen in Richtung eines staatlich regulierten Gesundheitssystems dürfte der Bevölkerung die Wahloption genommen werden, auch wenn kein Gesundheitspolitiker dies laut aussprechen wird. Denn jegliche Einschränkung von Gesundheitsdienstleistungen führt unweigerlich zur Abstrafung an der Wahlurne.

Wenn denn keiner so richtig möchte, wie erklärt sich dann der verbissene Kampf um die Ressource „Ambulante Operation“?

Die Kernursache liegt in unserem streng sektoral aufgeteilten System. Kliniken und Niedergelassene leben jeweils in einem gegeneinander abgeschotteten Käfig. Übrigens setzt sich diese sektorale Aufteilung auch in den Krankenkassen fort. Auch dort gibt es keine Durchlässigkeit in der Verwaltung der Geldmittel zwischen den Sektoren. Im Klartext bedeutet dies: Jede Verlagerung von A nach B führt auf der einen Seite zu zusätzlichen Einnahmen, auf der anderen Seite zu Verlusten. Dieses Denken betrifft paradoxerweise sogar defizitäre Leistungen! Es geht auch um Macht und Einfluss, insbesondere um den Zugriff auf die Patienten. Kassenärztliche Bundesvereinigung und Deutsche Krankenhausgesellschaft kämpfen um jeden Millimeter an der Sektorengrenze.

Auch wenn man sonst nicht viel Gutes über das Gesundheitsministerium sagen mag, so hat doch die Ampelkoalition in ihrem Koalitionsvertrag eine sektorgleiche Vergütung beschlossen, die dann auch tatsächlich umgesetzt wurde. Der § 115f SGB V definiert Eingriffe, die im Rahmen neu festgelegter Hybrid-DRG zu festen Preisen vergütet werden, und zwar unabhängig vom Ort der Leistungserbringung. In der Anfangsphase handelt es sich noch um eine überschaubare Zahl meist kleinerer bis mittlerer Prozeduren, eine Erweiterung ist in Arbeit. H-DRG sind deutlich billiger als stationäre A-DRG,

aber besser vergütet als Operationen nach § 115b über den EBM. Mittlerweile sind auch die Abrechnungsbedingungen vertraglich von der Selbstverwaltung geregelt. Krankenhäuser rechnen wie üblich ab, Vertragsärzte derzeit über die KV, weil eine Direktabrechnung mit den Kassen erst zum 01.01.2025 (dann läuft übrigens der § 115f aus!!) möglich ist. Es ist müßig, an dieser Stelle auf alle Details, handwerklichen Fehler und Widersprüche der Rechtsverordnung einzugehen. Die Umstellung der bisher durchaus differenzierten Kalkulation im EBM auf nunmehr einheitliche H-DRG führt dazu, dass Kleinsteingriffe sehr hoch, mittlere Eingriffe gering verbessert und größere Eingriffe unter EBM-Niveau vergütet werden. Da die Kassen erkennen lassen, dass sie eine Abrechnung nach EBM-alt nicht akzeptieren werden und Kliniken nicht mehr stationär abrechnen dürfen, wird es vermutlich in der Folge zu Minderangeboten bis hin zur Leistungsverweigerung kommen. Als Erschweris kommt noch hinzu, dass Sachkosten wie z. B. Osteosynthesematerial, Herniennetze und Implantate in den H-DRG versenkt sind. Wirtschaftlich gesehen müsste dann der Shouldice genutzt werden.

Es steht außer Frage, dass ambulante Eingriffe unter Kostengesichtspunkten gefördert werden müssen, aber mit Augenmaß. Bedauerlicherweise fehlt es beim Ordnungsgeber eindeutig an fundiertem Sachverstand und eine Beratung beispielsweise durch Berufsverbände oder Fachgesellschaften wird kategorisch abgelehnt.

VERTEILUNGSKAMPF ODER KOOPERATION?

Angesichts der neuen Herausforderung sollten wir alle einmal aus den Schützengräben heraustreten und uns der Frage stellen, welche Organisationsformen am besten geeignet wären, diese Aufgabe zu bewältigen. Wenn eigentlich alle bis auf geschickte Rosinenpicker nur verlieren, muss man Lösungen finden, gemeinsam vorzugehen. Da ist natürlich auf der einen Seite der gemeinsame Verband, der gegenüber Politik und Selbstverwaltung die Interessen aller vertritt. Aber im Grunde ist jeder Einzelne selber verantwortlich, zum

Wohle der Patienten eine qualitativ hochwertige Versorgung darzustellen. Schon heute kann der einzeln in der Praxis tätige Chirurg nur gelegentliche Kleineingriffe wirtschaftlich darstellen. Unter ökonomischen Gesichtspunkten rentiert sich nur ein Betrieb mit hoher ganztägiger Auslastung zur Reduzierung des prozentualen Anteils der Allgemeinkosten. Das wiederum ist mit einem

laufenden Praxisbetrieb nicht zu vereinbaren. Wie unsere Statistiken zeigen, beschreitet die Kollegenschaft in großem Umfang den Weg der Kooperation, entweder mit mehreren in einer Praxis oder unter Nutzung externer OP-Zentren. Das werden auch die Ökonomen an den Krankenhäusern erkennen und dafür sorgen, dass neu errichtete ambulante OP-Einheiten ganztägig ausgelastet werden. Wenn

das aus der eigenen Klientel nicht gelingt, wird auch hier zwangsläufig eine Kooperation mit Dritten erforderlich werden. Das mag anfangs ungewohnt sein und mit Sicherheit zu Reibungsverlusten führen. Am Ende ist das dann aber der Schritt in die richtige Richtung, nämlich zu einer wahren sektorenüberwindenden Versorgung unserer letztlich gemeinsamen Patienten.



BDC|AKADEMIE Programm 2024

NEU!
Jetzt online
ansehen!



OPERATING THEATRE 4

Ambulantes Operieren und Hybrid-DRG-Verordnung im Zeitalter der Krankenhausreform aus Sicht der Kliniken

Carolin Tonus

Vorbemerkung: Derzeit ändert sich die Gesetzeslage nahezu täglich. Insofern ist es möglich, dass einzelne Passagen dieses Textes zum Zeitpunkt der Manuskriptabgabe bereits nicht mehr gültig sind.





Prof. Dr. med. Carolin Tonus
1. Vorsitzende BDC|Landesverband
Hamburg
Chefärztin der Allgemein- und
Viszeralchirurgie
Asklepios Klinik St. Georg
Allgemein- und Viszeralchirurgie
Lohmühlenstr. 5
20099 Hamburg
c.tonus@asklepios.com

Tonus C: Ambulantes Operieren und
Hybrid-DRG-Verordnung im Zeitalter der
Krankenhausreform aus Sicht der Kliniken.
Passion Chirurgie. 2024 April; 14(04):
Artikel 03_02.



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

Im Mai 2022 wurde, wie im Koalitionsvertrag vorgesehen, eine Kommission eingerichtet, um notwendige Reformen im Krankenhausbereich anzugehen. Es sollte laut Gesundheitsminister Lauterbach der „große Wurf“ werden. Übrig geblieben sind neben dem sogenannten Transparenzgesetz zum aktuellen Zeitpunkt aus chirurgisch operativer Sicht die Verordnung über eine spezielle sektorengleiche Vergütung vom 21. Dezember 2023 [1]. Dieser Auszug aus dem Bundesgesetzblatt zu Hybrid-DRGs trat innerhalb von zehn Tagen zum 1.1.2024 bezogen auf die Regelungen in deutlich reduziertem Umfang in Kraft. Lediglich die im Anhang gelisteten OPS und H-DRG

sind geblieben. Was bedeutet die Verordnung für Krankenhäuser?

Mit Hybrid-DRGs sollen Anreize geschaffen werden, Leistungen aus dem Katalog des ambulanten Operierens, die überwiegend noch stationär erfolgen, ambulant mit maximal einer Übernachtung zu erbringen. In der Verordnung sind für nachfolgende Leistungsbereiche OPS definiert, die in 12 Hybrid-DRGs münden:

- Bestimmte Hernieneingriffe
- Entfernung von Harnleitersteinen
- Ovariektomien
- Bestimmte Eingriffe der Vorfußchirurgie
- Exzision eines Sinus pilonidalis

Tabelle 1: Vergütung der Hybrid-DRG [1]

Hybrid DRG	Beschreibung	Vergütung in €
G09N	Beidseitige Eingriffe bei Leisten- und Schenkelhernien, Alter > 55 Jahre oder komplexe Herniotomien oder Operation einer Hydrocele testis oder andere kleine Eingriffe an Dünn- und Dickdarm	2.021,82
G24N	Eingriffe bei Hernien ohne plastische Rekonstruktion der Bauchwand, mit beidseitigem oder komplexem Eingriff oder Alter < 14 Jahre mit äußerst schweren oder schweren CC	1.965,05
G24M	Eingriffe bei Hernien ohne plastische Rekonstruktion der Bauchwand, ohne beidseitigen Eingriff, ohne komplexen Eingriff, Alter > 13 Jahre oder ohne äußerst schwere oder schwere CC	1.653,41
I20N	Andere Eingriffe am Fuß oder chronische Polyarthrit oder Diabetes Mellitus mit Komplikationen oder Alter < 16 Jahre	1.072,95
I20M	Eingriffe am Fuß ohne komplexe Eingriffe oder komplizierende Faktoren, Alter > 15 Jahre	909,25
J09M	Eingriffe bei Sinus pilonidalis und perianal, Alter > 15 Jahre	1.038,17
L17N	Andere Eingriffe an der Urethra außer bei Para-/Tetraplegie, kleine Eingriffe an den Harnorganen, ohne bestimmte Eingriffe an der Urethra, Alter > 15 Jahre	1.189,09
L20N	Transurethrale Eingriffe außer Prostataresektion und komplexe Ureterorenoskopien oder bestimmte Eingriffe an den Harnorganen, ohne äußerst schwere CC oder Alter < 16 Jahre oder Alter > 89 Jahre	1.791,58
L20M	Transurethrale Eingriffe außer Prostataresektion und komplexe Ureterorenoskopien oder bestimmte Eingriffe an den Harnorganen, ohne äußerst schwere CC oder Alter > 15 Jahre oder Alter < 90 Jahre	1.412,05
N05N	Ovariektomien und komplexe Eingriffe an den Tubae uterinae außer bei bösartiger Neubildung, ohne äußerst schwere oder schwere CC oder anderer Eingriff an der Harnblase oder Adhäsionslyse, Alter > 15 Jahre	1.554,58
N07N	Andere Eingriffe an Uterus und Adnexen oder bestimmten Hernien außer bei bösartiger Neubildung, mit komplexer Diagnose oder bestimmte Eingriffe am Uterus oder kleine rekonstruktive Eingriffe an den weiblichen Geschlechtsorganen, mit bestimmtem Eingriff	1.587,73
N25N	Andere Eingriffe an Uterus und Adnexen oder bestimmten Hernien außer bei bösartiger Neubildung, ohne komplexe Diagnose oder andere kleine Eingriffe an den weiblichen Geschlechtsorganen, Alter > 13 Jahre	1.458,20

Deren Gültigkeit endet zunächst am 31.12.2024. Vorgesehen ist eine Evaluierung zum 01.04.2024. Die Zuordnung der Fälle erfolgt wie bei anderen stationären Behandlungen über den bekannten Grouping-Algorithmus des aG-DRG-Groupers. Hybrid-DRGs sind an der Endung M bzw. N zu erkennen. Maßgeblich ist im Wesentlichen die Verweildauer von einem Tag (Entlassung am gleichen Tag oder am Folgetag der Aufnahme) und ein PCCL < 3. Für die Hybrid-DRGs sind in der Versorgung feste Preise hinterlegt, die bei 41 % bis 76 % des entsprechenden aDRG-Erlöses liegen. Entspricht der Patient nicht den Kriterien für die Eingruppierung in eine Hybrid-DRG (Verweildauer 2 Nächte oder PCCL > 2), wird er über die korrespondierende DRG abgerechnet (beispielsweise Eingriffe bei Sinus pilonidalis J09N zu J09B).

Alle OPS, die in Hybrid-DRGs führen, sind auch im Katalog für Ambulantes Operieren nach § 115b SGB V für 2024 enthalten. Der Erlös über Hybrid-DRGs ist in den meisten Fällen im Vergleich zum AOP-Entgelt höher.

Die endgültige Verordnung enthält im Vergleich zum ursprünglichen Referentenentwurf keine weiteren Hinweise, beispielsweise zur zusätzlichen Abrechnung von Pflege-BWR und bestimmten Zusatzentgelten durch Krankenhäuser, aber auch wer die Leistung erbringen darf und wie die Abrechnung erfolgt. Hierfür ist noch eine Vereinbarung auf Bundesebene zwischen GKV/DKG/KV erforderlich; diese soll im ersten Quartal verabschiedet werden. Die DKG erwartet auch hinsichtlich der erforderlichen Änderungen in der § 301-Übermittlung eine pragmatische und relativ kurzfristige Lösung [2]. Am 8. Februar dieses Jahres folgte eine Hybrid-DRG-Änderungs- und Umsetzungsvereinbarung zwischen Krankenkassen und Krankenhausgesellschaft [3]. Eine entsprechende Vereinbarung für den ambulanten Sektor steht aus.

UMFANG DER LEISTUNG

- Verordnungstext: „Die Leistung beginnt mit den Maßnahmen zur Operationsvorbereitung und -planung und endet mit dem Abschluss der postoperativen Nachbeobachtung, jeweils in der Einrichtung, in der die Operation durchgeführt wird. Mit der Hybrid-DRG sind alle im Zusammenhang mit der Behandlung des Versicherten genannten Leistung entstandenen Aufwände abgegolten.“
- Die zusätzliche Abrechnung von Pflege-BWR und bestimmten Zusatzentgelten durch das Krankenhaus ergab sich aus dem Entwurf der Verordnung und muss erst in der Bundesvereinbarung berücksichtigt werden. In der Begründung zur endgültigen Verordnung ist ausgeführt, dass Pflegepersonalkosten in der Kalkulation der Hybrid-DRGs ebenso nicht berücksichtigt sind wie Aufwände für Bluter- und Dialysepatienten. Das bedeutet, wenn zum Beispiel bei Hernienoperationen die in der Regel verwendeten Netze nicht mehr über Zusatzentgelte abrechenbar erscheinen, können diese Eingriffe nicht kostendeckend erfolgen und sind für die Kliniken unattraktiv. Diese Sachkostenproblematik führt entweder dazu, dass bestimmte Eingriffe nicht mehr erbracht werden oder, schlimmer, ein Methodenwechsel ohne Einsatz teurer Implantate droht.

- Die Nachsorge ist gemäß Begründung „grundsätzlich Aufgabe der vertragsärztlichen Versorgung und nicht von der Hybrid-DRG erfasst.“

Das Ambulantisierungspotential in deutschen Akutkrankenhäusern liegt nach IGES-Gutachten bei 15,7 Millionen Behandlungsfällen (19,3 %). Dem stehen vergleichbare Zahlen des AOP-Katalogs gegenüber (15,4 Millionen Behandlungsfälle; 19 %) [4]. Die ambulante, sektorenübergreifende Versorgung in Deutschland fußt auf dem neuen AOP-Katalog vom 01.01.2023. Zum gleichen Zeitpunkt wurden tagesstationäre Behandlungen implementiert. Die nachfolgende Tabelle beinhaltet die aktuellen Möglichkeiten der ambulanten, sektorenübergreifenden Versorgung nach § 115.

Hybrid-DRGs können eine relevante Säule der ambulanten Versorgung werden. Für viele Patienten stellt die ambulante Behandlung einer operativ zu therapierenden Erkrankung die erste Wahl dar. Nicht erforderlicher stationärer Versorgungsaufwand entfällt. Pflegepersonal in den Kliniken wird entlastet. Ambulante Maßnahmen verursachen geringere Kosten als ein vergleichbares Vorgehen im stationärem Setting [5]. Die Anzahl ambulant erbrachter Operationen im Krankenhaus von 1999 bis 2021 weist Handlungsbedarf auf.

Tabelle 2: Ambulante, sektorenübergreifende Versorgung § 115 SGB V

§ 115 b	Ambulantes Operieren im Krankenhaus	} Entwurf KHVVG
§ 115 e	Tagesstationäre Behandlung	
§ 115 f	Spezielle, sektorengleiche Vergütung (Hybrid-DRG)	
§ 115 g	Behandlung in einer sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtung	
§ 115 h	Medizinisch pflegerische Versorgung durch sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen	



Abb. 1: Ambulante Operationen GKV-Versicherter im Krankenhaus (§ 115b SGB V) [6]

PRAKTISCHES TUTORIAL FÜR HYBRID-DRGS

AUFNAHMEART/PATIENTENPFAD

Die Patienten sind – auch wenn sie bereits am OP-Tag entlassen werden – grundsätzlich stationär aufzunehmen. Dies gilt auch für Patienten, die bisher ambulant operiert worden wären. Mit dem Aufnahmesatz nach § 301 liegen alle Daten bereits vor und eine Umwandlung ambulant zu stationär/Hybrid-DRG ist aufwendiger.

MVZ/Niedergelassene: Diese können nach Auffassung des BMG über EBM abrechnen,

die Kassen lehnen das aber größtenteils ab; für eine Abrechnung der H-DRG fehlt der Rechtsrahmen. Möglich ist bei Vorliegen entsprechender Vereinbarungen, die Hybrid-DRG-Leistungen über die jeweilige Klinik in Rechnung zu stellen. Hier sind wie beim Honorararztsystem nachvollziehbare Kostenaufteilungen zu beachten, um Korruptionsvorwürfe und Scheinselbständigkeit zu vermeiden.

AUFNAHMEVERTRAG

Es gilt vorerst der reguläre stationäre Aufnahmevertrag.

Eine Ergänzung um die Abrechnung nach Hybrid-DRGs wird derzeit nicht als erforderlich angesehen.

ABRECHNUNG

Eine Abrechnung wird erst nachträglich nach Vorliegen der Bundesvereinbarung und der Ergänzung der 301-Vereinbarung möglich sein. Die Fälle werden vorerst nicht abgerechnet. Im Entwurf der Verordnung war vorgegeben, dass die in Anlage 3c zur Fallpauschalenvereinbarung enthaltenen Pflege-Bewertungsrelationen der HybridDRGs vom Krankenhaus zusätzlich zur Hybrid-DRG abgerechnet

werden können. Seit dem 15.02.2024 ist eine Zwischenabrechnung möglich (s. u.).

BUCHUNG/KONTEN

Anfrage bei KPMG gestellt; vermutlich brauchen wir mehrere neue Konten, auch für die gesonderte Ermittlung der Erlöse aus dem Pflegeentgeltwert.

VERWEILDAUER

Nur bei einer Verweildauer von einem Tag (Entlassung sowohl am gleichen Tag wie am Folgetag zur Aufnahme) kann eine Hybrid-DRG ermittelt werden.

NEBENDIAGNOSEN/KODIERUNG

Die Gruppierung in eine Hybrid-DRG erfolgt nicht bei einem PCCL > 2. Insofern ist die Kodierung von Nebendiagnosen von zentraler Bedeutung. Die Nebendiagnosen sollten beim Aufnahmegespräch bereits dokumentiert werden.

Kontextfaktoren sind zu beachten. Liegt exemplarisch als Begleiterkrankung eine bösartige Neubildung vor, ist keine Hybrid-DRG abrechenbar. Zu beachten sind die sich hieraus ergebenden Sonderfälle. Beispiel: Ein Patient, der aufgrund eines PCCL > 2 nicht als Hybrid-DRG gruppiert wird, sondern als reguläre DRG, wird bei Entlassung am Tag der Aufnahme (Same Day) vom MD vermutlich nicht als vollstationäre DRG anerkannt, sondern nur als AOP. Auch die Frage der Abrechnung von Simultan-eingriffen ist bisher ungeklärt und könnte zu vermehrtem zweizeitigen Vorgehen führen.

WIEDERAUFNAHMEN

Die Hybrid-DRGs unterliegen nicht den Fallzusammenführungsregeln der Fallpauschalenvereinbarung; daher ist aktuell davon auszugehen, dass keine Fallzusammenführung bei einer Wiederaufnahme eines Patienten stattfindet.

FAHRTKOSTEN

Für Fahrtkosten gelten nach aktuellem Stand die gleichen Voraussetzungen wie bei stationärer Behandlung bzw. Aufnahme zu einer ambulanten Operation.

ZUZAHLUNG

Die Zuzahlung ist in allen Fällen zu erheben, bei denen eine stationäre Aufnahme erfolgt. Hybrid-DRGs sind zum jetzigen Zeitpunkt nicht anzunehmen.

PATIENTEN MIT PRIVATER VOLLVERSICHERUNG

Für privatversicherte Patienten erfolgt gemäß § 1 Abs. 3 Satz 3 KHEntgG die Abrechnung über Hybrid-DRGs, sofern die Leistung durch das Krankenhaus erbracht wird; bei ambulanten Leistungen außerhalb des Krankenhauses ist die GOÄ maßgeblich (Stellungnahme PKV zum Verordnungsentwurf).

Bei Abrechnung durch das Krankenhaus ist damit neben der Hybrid-DRG die geminderte GOÄ-Abrechnung möglich (vgl. Stellungnahme PKV: „Die Überführung der Katalog-Leistungen in die neue Vergütungsform der Hybrid-DRGs lässt die Möglichkeit der Krankenhäuser, Wahlarztleistungen zu erbringen, unberührt“).

Ob die PKVen es auf Dauer akzeptieren, vor allem bei Same-Day-Fällen, neben der Hybrid-DRG die geminderte GOÄ zzgl. ggf. Pflege-BWR zu bezahlen, wird sich zeigen. Entsprechend ist aktuell davon auszugehen, dass bei Abrechnung einer Hybrid-DRG mit einer Übernachtung auch Versicherungsschutz für die Wahlleistung Unterkunft besteht. Bei Abrechnung als DRG mit einer Verweildauer von mindestens zwei Nächten ist die medizinische Behandlungsnotwendigkeit zu prüfen und zu dokumentieren; das Prüfrisiko ist auch bei PKV-Patienten gegeben.

Hinweis zur GOÄ-Abrechnung bei stationären Leistungen: Hier ist anders als bei ambulanten Leistungen die persönliche Leistungserbringung zu beachten! Ggf. kann ein gesonderter Wahlarzt für die einzelnen Hybrid-Leistungen benannt werden.

UMGANG MIT GKV-ZUSATZVERSICHERTEN (WAHLEISTUNG UNTERKUNFT UND WAHLEISTUNG ARZT)

Bei GKV-Zusatzversicherten ist analog zu den vollversicherten PKV-Patienten zu erwarten,

dass der Versicherungsschutz für Wahlleistung Unterkunft und hier auch Wahlarzt im Rahmen der Hybrid-DRG-Behandlung gegeben ist, sofern die Leistung vom Krankenhaus erbracht wird.

UMGANG MIT EXTERNEN (NIEDERGELASSENE/(EIGENE) MVZ/BELEGÄRZTE), DIE DIE LEISTUNG IN UNSEREN KLINIKEN ERBRINGEN

Belegarztleistungen: Im Entwurf der Verordnung stand hierzu, dass Belegarzt und Krankenhaus sich einigen müssen, wer abrechnet und in welcher Höhe die Aufteilung erfolgt.

Externer Niedergelassener/(eigene) MVZ Mitarbeitende: Rechnet ein Niedergelassener die Hybrid-DRG ab, dann muss eine Vergütung mit diesem über die Inanspruchnahme OP/Nachsorge sowie ggf. Übernachtungsleistung des Patienten im Krankenhaus vereinbart werden, auch wenn der Niedergelassene keine zusätzliche Pflege abrechnen kann.

Empfehlung: Prüfung der Vertraglichkeiten, ggf. Ergänzung um Hybrid-DRGs. Bei allen Vereinbarungen zur Aufteilung der DRG-Honorare müssen die Gefahr der Scheinselbständigkeit ebenso wie mögliche Korruptionstatbestände beachtet werden.

WECHSELWIRKUNGEN ZUM BUDGET/ PFLEGEBUDGET

Gemäß Entwurf der Hybrid-DRG-Verordnung war bislang vorgegeben, Hybrid-DRG-Fälle des Krankenhauses mit Pflege-BWR und PEW des Hauses abzurechnen; damit wäre im Rahmen der Budgets eine Vorausschätzung der Anzahl Hybrid-DRGs erforderlich (als „Ei-Hybrid“, inklusive der bislang AOP-Fälle) und es würde nur eine leichte Absenkung des PEW erfolgen; ansonsten bliebe das Pflegebudget unberührt (keine Abzugsposition).

Infolge der geänderten Verordnung mit fehlendem Verweis auf Pflege-BWR ist diese Position offen; es ist jedoch davon auszugehen, dass in der Bundesvereinbarung die

Abrechnung von Pflege-BWR zusätzlich zur Hybrid-DRG vereinbart wird.

Kliniken, die bisher für AOP einen Abzug im Rahmen der Erstellung des Pflegebudgets vorgenommen haben (bspw. Pflegeaufwand 20 Minuten je Fall), müssen die Anzahl der AOPs um die Hybrid-DRGs korrigieren.

Bei Hybrid-DRG-Fällen, die nicht vom Krankenhaus abgerechnet werden (bspw. Niedergelassene, MVZ) und Leistungen in der Klinik in Anspruch nehmen, ist zu prüfen, ob hierfür ein Abzug stattfinden muss (v.a. bei Übernachtung).

Bei der Ermittlung des Katalogeffekts wird die Herausnahme der Hybrid-DRGs zu berücksichtigen sein; insofern sinkt die bislang vereinbarte Summe der Bewertungsrelationen.

VORSTATIONÄRE LEISTUNGEN

Der Beginn der Leistung wird auf den „Zeitpunkt, an dem die Maßnahmen zur Operationsvorbereitung und -planung in der Einrichtung, in der die Operation durchgeführt wird“, festgelegt.

Eine vorstationäre Abrechnung gemäß § 115a SGB V durch das Krankenhaus wird hier nicht möglich sein.

NACHSORGE

Nach § 1 der Verordnung endet die Leistung mit dem Abschluss der postoperativen Nachbeobachtung, jeweils in der Einrichtung, in der die Operation durchgeführt wird. Gemäß Begründung ist vorgegeben, dass die Nachsorge, die erforderlich werden kann, um den Behandlungserfolg zu sichern, grundsätzlich Aufgabe der vertragsärztlichen Versorgung ist. Diese Kosten sind in der Hybrid-DRG somit nicht einkalkuliert und daher nicht ohne gesonderte Abrechnungsmöglichkeit zu tragen.

Eine nachstationäre Abrechnung gemäß § 115a SGB V wird hier nicht möglich sein.

PPUGV

Die stationären Aufnahmen müssen in den Systemen einer Station zugeordnet werden.

Hierzu empfiehlt sich eine Aufnahmestation, die nicht der PpUGV unterliegt, die Pflegekosten aber dem Pflegebudget zugeordnet werden. Dies entspricht auch der Intention des Gesetzgebers, zusätzlich zur Hybrid-DRG Pflege-Bewertungsrelationen und damit die Kosten der Pflege abzurechnen.

DOKUMENTATION/MD-RISIKO

Die Dokumentation der stationären Behandlungsnotwendigkeit sowie der korrekten OPS und ICD ist von besonderer Bedeutung. Zu erwarten ist eine MD-Prüfung v. a. der Fälle mit zwei Tagen Verweildauer, die bei einem Tag Verweildauer über eine Hybrid-DRG abgerechnet worden wären.

QUALITÄTSSICHERUNG

Derzeit ist davon auszugehen, dass die QS-Bögen sowohl bei ambulanten wie auch stationären Fällen auszufüllen sind.

PATIENTENSTEUERUNG

Anpassungen der Behandlungspfade ambulant/stationär sind erforderlich.

EMPFEHLUNGEN FÜR DIE PRAXIS

Im ersten Schritt muss in einem Krankenhaus geklärt werden, wie die Patienten, die im Rahmen einer Hybrid-DRG in Kliniken behandelt werden, zu detektieren sind. Folglich ist bei der primären ärztlichen Sichtung in Kenntnis von Komorbidität und sozialem Umfeld das „Behandlungssetting“ festzulegen. Hybrid-DRGs sind zwingend einer Fachabteilung und Station zuzuordnen.

Erst die Auswertungen der Grouper werden uns die Systematik nachhaltig verstehen lassen. Zudem bleiben ausstehende Abrechnungen abzuwarten.

Die neuen Hybrid-DRGs sollen eine Ambulantisierung der gesundheitlichen Versorgung im Interesse der betroffenen Patienten befördern. Sie tragen zu einer Entlastung der Krankenhäuser bei. Zudem wird auf diese Weise eine wirtschaftliche Erbringung der Leistung

in einem klinischen Setting erzwungen. Es bedarf hierfür definitiv der strukturellen und baulichen Anpassung unserer Krankenhäuser in Deutschland!

Wir Allgemein- und Viszeralchirurgen haben beispielhaft als Krankenhaus der Maximalversorgung in Hamburg mit angeschlossenen (ambulanten) Operationszentrum in Form von drei zusätzlichen Sälen bis Ende März 2024 16 Hybrid-DRGs erbracht. Vierzehn einfache Leistenhernienversorgungen und zwei Exzisionen eines Sinus pilonidalis. Aus der praktischen Beschäftigung mit den Grouper-Ergebnissen resultierte, dass weder Leistenbruchrezidive noch Nabelhernieneingriffe mit Netzimplantationen in Sublay-Position (PUMP) in Hybrid-DRG führen. Auch die Deckung nach Exzision eines Sinus pilonidalis mit Karydakis-Plastik sind exkludiert. Beide Eingriffsarten stehen auf der Liste der Krankenkassen für eine Erweiterung des Katalogs ab dem 1.1.2025.

AKTUELLER SACHSTAND ZUR ABRECHNUNG

GESETZGEBUNG

ÄNDERUNGSVEREINBARUNG ZUR FALLPAUSCHALENVEREINBARUNG 2024

Gemäß § 3 Abs. 2 der Vereinbarung zur Umsetzung des Abrechnungsverfahrens der speziellen sektorengleichen Vergütung gemäß § 115f SGB V (Hybrid-DRG) im Rahmen der Datenübermittlung gemäß § 301 Abs. 1 und 2 SGB V (Hybrid-DRG-Umsetzungsvereinbarung) vom 6. Februar 2024 haben sich die DKG, der GKV-Spitzenverband und der PKV darauf verständigt, die Anlage 3c der Fallpauschalenvereinbarung 2024 zu streichen. Dies wird im Rahmen einer Änderungsvereinbarung formell umgesetzt [3].

HYBRID-DRG-UMSETZUNGSVEREINBARUNG

Datenübermittlung gemäß § 301 Abs. 1 und 2 SGB V bzw. § 17c Abs. 5 KHG

Die DKG und der GKV-SV haben sich auf eine Vereinbarung zur Umsetzung des

Abrechnungsverfahrens der speziellen sektorengleichen Vergütung gemäß § 115f SGB V (Hybrid-DRG) im Rahmen der Datenübermittlung gemäß § 301 Abs. 1 und 2 SGB V (Hybrid-DRG-Umsetzungsvereinbarung) verständigt. In der Vereinbarung werden die Grundlagen der Abrechnung der Hybrid-DRG sowie die Vorgehensweise bei der Datenübermittlung zu Abrechnungszwecken geregelt. Für den Leistungsbereich der PKV wurde zwischen DKG und PKV-Verband eine eigene Umsetzungsvereinbarung (PKV-Hybrid-DRG-Umsetzungsvereinbarung) abgeschlossen. Die Vereinbarungen treten rückwirkend zum 1. Januar 2024 in Kraft und gelten für Hybrid-DRG-Fälle mit Aufnahme der Patientin oder des Patienten vom 1. Januar 2024 bis zum 31. Dezember 2024 [3].

PRAXIS

Eine Abrechnung findet bei uns im Haus aktuell noch nicht statt. Derzeit mögliche Zwischenabrechnungen bedeuten viel bürokratischen Aufwand. Der Startschuss für eine reguläre monetäre Vergütung fällt am 1. Mai 2024. Wir dürfen gespannt sein!

HYBRID-DRG-UMSETZUNGSVEREINBARUNG (08.02.2024) [3]

- Tritt rückwirkend zum 01.01.2024 in Kraft
- Gilt für Hybrid-DRG-Fälle mit Aufnahme datum 01.01.2024 bis 31.12.2024
- Vereinbarung für GKV und PKV getrennt, jeweils angepasst
- Hybrid ist Hybrid, sobald es der Grouper definiert

ABRECHNUNG

- Alle Leistungen abgegolten
- Keine Erhebung von Zuzahlungen
- Keine weiteren Zusatzentgelte, Zu- oder Abschläge oder sonstige Entgelte
- Abrechnung von weiteren Entgelten mit der Abrechnung der Hybrid-DRG ausgeschlossen (Bluter?, Dialyse?)
- Keine Abrechnung über Vergütungssystematik nach § 115b SGB V
- Bei vollstationärer Aufnahme am Tag der Entlassung, in unmittelbarem Zusammenhang mit § 115f SGB V, -> Zusammenfassung der Falldaten

- Zahlungsfrist: 5 Tage
- Entlassmanagement ist Bestandteil der Leistungserbringung (Verordnung von Arzneimittel, Heil- und Hilfsmitteln, Krankentransport, häusliche Krankenpflege, AU)

LITERATUR

- [1] Bundesgesetzblatt Teil I: Verordnung über eine spezielle sektorengleiche Vergütung (Hybrid-DRG-Verordnung) vom 19.12.2023
- [2] Bär, Gerd: persönliche Mitteilung, Asklepios, 2024
- [3] Hamburger Krankenhausgesellschaft, Rundschreiben Nr. 98/24 vom 08. Februar 2024
- [4] Ambulantisierungspotential: Studie der Technischen Universität Berlin, 2023
- [5] Wilke, Ralf: Vortrag Diskussionsforum der DGAV, 2024
- [6] GBE-Bund, Barmer Krankenhausreport 2023



Live-Webinar

Wissenschaftliche Leitung:
Dr. med. Dipl. oec.
Colin Markus Krüger, MBA

Klick!
Jetzt
anmelden!

Modul 5 des Curriculums Robotische Chirurgie
Ökonomie in der Robotik
Mittwoch, 22.05.2024 ab 18.00 Uhr



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

Sonderpreis
für BDC-
Mitglieder





© iStock/bojanstory

Ambulantes Operieren in Zeiten der (anstehenden) Krankenhausreform

Ralf Wilhelm Schmitz

Der Redaktionsplan dieser Zeitschrift wird aus organisatorischen Gründen in der Regel etwa ein Jahr vor Veröffentlichung des Themenhefts oder der angeforderten Publikation erstellt. Zu diesem Zeitpunkt ging die Redaktion davon aus, dass die Krankenhausreform, wenn nicht implementiert, so doch zumindest eine klarere Kontur angenommen hätte. Zum Zeitpunkt Anfang März 2024 aber ist die Ausgestaltung der Zukunft der stationären Versorgung noch nicht viel weitergekommen. Folglich wissen wir nicht konkret, wie sich das ambulante Operieren in dem neuen Setting darstellen wird. Da sich aber in der jüngeren Vergangenheit ganz erhebliche Veränderungen für die ambulant tätigen Operateure ergeben haben, gilt es an dieser

Stelle den Ist-Zustand darzustellen – dieser ist komplex genug.

Das ambulante Operieren führt in Deutschland seit Jahrzehnten ein Schattendasein, auch wenn diese Art der Versorgung immer wieder von den Krankenkassen, den Vertragsärzten und nicht zuletzt den Patientinnen und Patienten nachgefragt wird. Der einfache Grund dafür ist, dass unser Gesundheitssystem so aufgebaut ist, dass eine Verschiebung von Patienten und Leistungen aus einem Sektor in den anderen zwangsweise zu einem Verlust von Erlösen führt. Hauptsächlich wäre davon der stationäre Bereich betroffen. Verständlicherweise war so das Interesse des beteiligten Vertragspartners DKG als Vertreter



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: Ambulantes Operieren
in Zeiten der (anstehenden)
Krankenhausreform. Passion Chirurgie.
2024 April; 14(04): Artikel 03_03.



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

der Krankenhäuser gering, hier große Änderungen zu unterstützen. Dies wird weiter gehemmt durch die föderal bestehenden Zuständigkeiten in der Gesundheitspolitik. Welcher Landrat oder Oberbürgermeister ließe es zu, dass ganze Krankenhäuser oder zumindest Teilbereiche schließen als Folge einer Ambulantisierung – damit macht man sich in der Bevölkerung nicht beliebt. Und damit belegt Deutschland unter den hochentwickelten OECD Staaten bzgl. des ambulanten Operierens weiterhin einen der letzten Plätze [6]. Dies ist umso weniger nachvollziehbar, da reichlich Evidenz vorliegt bezüglich Sicherheit, Komplikationsarmut und Patientenzufriedenheit beim ambulanten Operieren [1, 3, 4]. Andere entwickelte Länder um uns herum haben gezeigt, wie man das ambulante Operieren mittels Incentivierung unterstützen und ausbauen kann [2].

Nach jahrelangem Stillstand ist vor einigen Jahren eine grundlegende Änderung angeschoben worden und nun überschlagen sich die Ereignisse förmlich. So wurde noch von der vorherigen Bundesregierung im MDK-Gesetz aus 2020 festgelegt, dass eine Förderung und damit Besserstellung der Vergütung beim ambulanten Operieren, kalkuliert auf aktuellen Kosten bei der Betreuung eines ambulanten Op.-Zentrums, zu erfolgen hat. Darüber hinaus hatte kurz zuvor der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen angemahnt, dass zusätzlich zum aktuell gültigen AOP-Katalog weitere operative Leistungen aus dem stationären Sektor herausgelöst werden sollen [8]. Das Zauberwort ist hier die einheitliche sektorengleiche Vergütung.

WAS HABEN DIESE BEIDEN ENTWICKLUNGEN NUN FÜR AUSWIRKUNGEN AUF DAS AMBULANTE OPERIEREN?

Mit Wirkung 01.01.2023 wurde nach zweiseitigen Verhandlungen ein Beschluss des Bewertungsausschusses erwirkt, der die Kassen verpflichtet zusätzliches Geld in Höhe von 60 Mio € pro Jahr den ambulant tätigen Operateuren zur Verfügung zu stellen. Dies führte zwar zu einer geringen Abwertung von einigen operativen Eingriffen der EBM Kategorie 1 und 2, befriedete

aber einen von Kassenseite bereits im Jahr 2013 erwirkten Beschluss, dass aufgrund von reduzierter Schnitt-Naht-Zeit bei hauptsächlich ambulant erbrachten Eingriffen der ärztliche Anteil der GOP und damit auch die Vergütung gemindert werden sollte. Im Ergebnis haben die Chirurgeninnen und Chirurgen profitiert durch Zuschläge bei komplexeren Operationen, die teilweise bis zu 30 % Mehrerlös zur Folge haben. Dies betraf im Besonderen die Hernienchirurgie, die Arthroskopien, die Vorfußchirurgie und ausgewählte Eingriffe aus der Proktologie und Handchirurgie. Als weitere Förderung des ambulanten Operierens wird es perspektivisch noch in diesem Jahr einen seit Jahren vom BDC geforderten Hygienezuschlag geben, ebenfalls erwirkt über den Bewertungsausschuss und ebenfalls in einer Höhe von 60 Mio. € pro Jahr. Aktuell hapert es noch bei der Umsetzung. Dies wird aber nun durch Zuschläge in Abhängigkeit von Kritikalität und auch der Komplexität des Eingriffes geschehen. Berechnungen der KBV zufolge darf ein ambulant operativ tätiger Chirurg durchschnittlich eine Verbesserung der Vergütung in Höhe von 8,2 Prozent erwarten.

Auch der Paragraph 115b wurde weiterentwickelt. Nach dreiseitigen Verhandlungen gilt ab 01.04.2023 der neue AOP-Vertrag. Er beinhaltet unter anderem die Aufnahme zusätzlicher Prozeduren und für Chirurgeninnen und Chirurgen wichtig einen Zuschlag für Rezidiv-eingriffe. Die eigentliche Brisanz aber liegt in der Einführung sogenannter Kontextfaktoren zur Begründung einer stationär erforderlichen Behandlung. Grundsätzlich gilt, dass jede der im Anhang 1 des AOP-Vertrages gelistete Prozedur ambulant zu erbringen ist – und dies betrifft eine große Zahl von Eingriffen, z. B. fallen auch die Kreuzbandersatzplastik und die laparoskopische Hernien Versorgung darunter. In der Vergangenheit hatten sich Krankenhausgesellschaft und die Krankenkassen auf die sogenannten G-AEP Kriterien verständigt, die eine stationäre Leistungserbringung begründen konnten. Diese wurden nun ersatzlos gestrichen und durch insgesamt nur drei Kontextfaktoren ersetzt. Eine stationäre Versorgung wäre für eine laparoskopische TAPP oder TEP demnach nur dann möglich, wenn der Patient ein Säugling ist, einen Pflegegrad von 4 oder 5 hat oder beatmet wird. Dies hat zu erheblichem Unmut besonders

bei den verantwortlichen Chirurginnen und Chirurgen in den Krankenhäusern geführt, die nachvollziehbar dies für nicht vereinbar mit Patientensicherheit oder anderen medicolegalen Aspekten sehen. Bis dato sind nach Kenntnis des BDC wegen fehlender Kontextfaktoren vom MD noch keine Prüfungen in größerem Ausmaß erfolgt. Es steht aber zu befürchten, dass genau dieses mit Implementierung der sektorengleichen Vergütung und Einführung von Hybrid-DRGs zukünftig passieren wird.

Der AOP-Vertrag hält aber nicht nur Zumutungen bereit. Mit Datum 01.01.24 wurden Zuschläge für eine ganze Reihe von Osteosynthesen und Repositionen eingeführt. Diese finden sich in der Anlage 3 und führen im Schnitt zu einem Mehrerlös von 20 %.

Das schon angesprochene Sachverständigen-gutachten aus 2018 führte zur Implementierung einer speziellen sektorengleichen Vergütung, verankert im Krankenhauspflegeentlastungsgesetz vom 02.12.2022. Die Vertragsparteien werden darin aufgefordert innerhalb eines Zeitraumes von gut drei Monaten eine Einigung herbeizuführen bzgl. Festlegung der Eingriffe, Höhe der Vergütung, Abrechnungsmodalitäten usw. Ein solches Mega-Projekt mit Umstellung der Finanzierung im Gesundheitssystem auf einen dritten, gemeinsamen Sektor aber ist unmöglich in der Kürze der vorgegebenen Zeit zu verhandeln. Nun sollte eine Rechtsverordnung (RVO) aus dem BMG es richten. Nachdem ein erster Entwurf der RVO aus dem September 2023 wegen rechtlicher Bedenken aus dem Justizministerium zurückgezogen wurde, kam dann kurz vor Weihnachten der Paukenschlag mit Einführung von Hybrid-DRGs (h-DRG) mit Geltung wenige Tage später ab 01.01.2024. Es wurden zwar insgesamt 12 h-DRGs aus fünf Leistungsgruppen vom InEK kalkuliert und bepreist, die Ausführungsbestimmungen aber sollen nun wieder von den drei Vertragsparteien ausgehandelt werden. Damit ist Stand Anfang März 2024 so gut wie nichts geregelt – außer der Benennung der in Frage kommenden OPS und der Höhe des Erlöses.

Im Speziellen besteht Unklarheit bzgl. einer möglichen alternativen Abrechnungsmöglichkeit für Vertragsärzte über EBM, dies war im ersten Entwurf der RVO noch so enthalten.

Der größte Knackpunkt aktuell ist eine fehlende Spreizung und eine Nicht-Berücksichtigung der Sachkosten im Vertragsarztsektor, die deutlich über Denjenigen vom InEK kalkulierten liegen. Im EBM sind die Eingriffe nach Komplexität differenziert und bewertet. In der h-DRG fallen z. B. in der Vorfußchirurgie einfache Knochenresektionen in die gleiche DRG wie auch komplexere Umstellungsosteotomien. Da in beiden Fällen aber die kompletten Sachkosten und alle ärztlichen Leistungen aus dem Erlös bezahlt werden müssen, führt dies unweigerlich zu einer Unterfinanzierung, die deutlich unter EBM liegen kann. Darüber hinaus gibt es noch zahlreiche weitere Probleme und Konflikte mit anderen Gesetzen, wie z. B. Entwicklung der zukünftigen Preisdynamik, Kalkulationsgrundlage des InEK, fehlende empirische Daten zu Sachkosten aus dem Vertragsarztbereich, mögliche Sozialversicherungspflicht, usw. Es steht zu befürchten, dass viele Unklarheiten letztendlich erst einer sozialgerichtlichen Klärung bedürfen.

Ungemach droht auch aus der Notwendigkeit sich den Erlös mit anderen Leistungserbringern zu teilen. Viele Kolleginnen und Kollegen hatten bis dato keine Erfahrungen mit Selektivverträgen und sind noch nie in die Bredouille gekommen mit ihrem Anästhesisten über die Vergütung der ärztlichen Leistung zu verhandeln. Von vielen Mitgliedern wurde daher eine Empfehlung zur Aufteilung des Erlöses aus der h-DRG von ihrem Berufsverband erbeten. Der BDC und der Berufsverband der Anästhesistinnen und Anästhesisten in Deutschland (BDA) haben Anfang Februar einen entsprechenden Rahmen konsentiert in Anlehnung an die Berechnung der ärztlichen Leistungsanteile aus der InEK-Kalkulation und auch aus dem EBM. Den Beteiligten war dabei klar, dass dies keineswegs eine Blaupause ist und schon gar keine Rechtsverbindlichkeit besitzt, dafür sind die individuellen Gegebenheiten vor Ort und die gelebte Beziehung zwischen Operateur und Anästhesist viel zu verschieden. Unabdingbar bei Verhandlungen zur Aufteilung des Erlöses aus der h-DRG ist es, dass alle Kosten transparent auf den Tisch kommen und im Konsens mit dem Anästhesisten vom Erlös abgezogen werden, erst dann kann über den Verteilungsschlüssel verhandelt werden.

Abschließend fällt es schwer für die Anwendung der h-DRG eine fundierte Empfehlung von Seiten des BDC auszusprechen. Wir sollten die sektorengleiche Vergütung mit all ihren momentanen Unzulänglichkeiten und Fehlern aber als Chance begreifen – schließlich ist sie das Ergebnis dessen, was wir schon seit 20 Jahren fordern, die gleichlangen Spieße zwischen Krankenhaus und vertragsärztlichem Sektor. Essenziell für jeden einzelnen Operateur ist es nun sich mit seinem Op.-Spektrum zu beschäftigen, die in Frage kommenden OPS zu identifizieren und für jeden einzelnen dieser Eingriffe eine Kostenkalkulation durchzuführen. Ohne dies wäre eine Beurteilung, ob ein Eingriff lukrativ oder defizitär ist, nicht möglich. Grundsätzlich ist bzgl. der OPS des aktuell vorliegenden Kataloges festzustellen, dass die Operateure bei einfachen Eingriffen der EBM-Kategorien 1 bis maximal 3 eigentlich nur gewinnen. Komplexe Eingriffe aber stellen eine Gefahr bezüglich der Sachkosten dar. Dies ist auch der Grund dafür, dass der BDC in Absprache mit den anderen chirurgischen und orthopädischen Berufsverbänden auf der Bremse steht bzgl. der für den 01.01.25 vorgesehenen Weiterentwicklung der h-DRGs.

Eine weitere große Veränderung deutet sich am Horizont an – die Krankenhausreform. Auch wenn die Verhandlungen zwischen BMG und den Bundesländern aktuell stocken, ist zu erwarten, dass über die vormals vorgesehenen Level II – Krankenhäuser ein neuer Player in Erscheinung treten wird, der zwangsläufig zu einer weiteren Verlagerung von aktuell noch stationär erbrachten Leistungen in den ambulanten Sektor führen wird. Und dies wiederum hat erhebliche Auswirkungen auf die Weiterbildung [5]. Die zukünftigen Chirurginnen und Unfallchirurgen und Orthopäden werden einen Großteil der notwendigen Operationen nicht mehr unter stationären Bedingungen im Krankenhaus, sondern im ambulanten Sektor erlernen müssen. Hierzu hat der Marburger Bund am 14.02.2024 ein Positionspapier veröffentlicht [7]. Dazu mehr in einem Beitrag zu diesem Thema in dieser Ausgabe, Rubrik „Gesundheitspolitik“. [5] Und sobald sich die Krankenhausreform zukünftig klarer abzeichnet wird auch das Thema des ambulanten Operierens unter diesen neuen Bedingungen zu beleuchten sein.

LITERATUR

- [1] Chung, F., Mezei, G., Tong, D.: Adverse events in ambulatory surgery. A comparison between elderly and younger patients. Canadian Journal of Anaesthesia 1999 46 (4), S. 309. DOI: 10.1007/BF03013221
- [2] Eckhardt, H., Kreutzberg, A., Busse, R.: Tageschirurgie – internationale Erfahrungen, Vergütungssysteme und finanzielle Anreize in England, Frankreich und Österreich. Arthroskopie. 2024 37 S. 3
- [3] Friedlander, D. F., Krimphove, M. J., Cole, A. P., Marchese, M., Lipsitz, S. R., Weissman, J.S. et al.: Where Is the Value in Ambulatory Versus Inpatient Surgery? In: Annals of Surgery. 2019 Online verfügbar unter https://journals.lww.com/annalsofsurgery/Fulltext/9000/Where_Is_the_Value_in_Ambulatory_Versus_Inpatient.94938.aspx
- [4] Gensior, T.J., Scheffler, S.: Ambulante rekonstruktive Kniegelenkschirurgie – wie weit kann man gehen? Arthroskopie 2024 37 S. 11
- [5] Ludwig, J., Schmitz, R.W.: Strukturierte intersektoraler Weiterbildungsverband. Passion Chirurgie. 2024 zur Veröffentlichung vorgesehen
- [6] OECD (2020): Health care utilisation. Surgical Procedures. Paris. Online verfügbar unter https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=HEALTH_PROC.
- [7] Positionspapier Weiterbildung Marburger Bund vom 15.2.2024 Online verfügbar unter https://www.marburger-bund.de/sites/default/files/files/2024-02/MB-Positionen-aerztliche_Weiterbildung_%20Februar%202024_1.pdf
- [8] Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen: Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung. 2018 Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft Berlin



LIVE WEBINAR

Mi, 15. Mai 2024, 17.00 - 19.00 Uhr

HERNIE *kontakt*

JETZT ANMELDEN

**BDC** | Berufsverband der Deutschen Chirurgie e.V.Dr. med.
Ralph LorenzProf. Dr. med.
Henning NiebuhrDr. med.
Wolfgang ReinpoldDr. med. Bernd
Stechemesser

AKADEMIE AKTUELL



HERNIENSCHULE

der DHG in Zusammenarbeit mit dem BDC

Die Hernienschule – Rück- und Ausblick 2024

Ralph Lorenz, Christoph Paasch

Inzwischen ist die Hernienschule erwachsen geworden. Vor 14 Jahren wurde die Idee geboren, einen standardisierten hernienspezifischen Weiterbildungskurs zu entwickeln. Der erste **Hernie-kompakt** Kurs fand direkt vor den Hernientagen im Januar 2011 in Berlin statt. Insgesamt 50 Teilnehmende konnten in drei Tagen einen Überblick über die Vielfalt der Hernienchirurgie bekommen. Besonders wichtig waren den drei Begründern Dr. Bernd Stechemesser aus Köln, Dr. Wolfgang Reinhold aus Hamburg und Dr. Ralph Lorenz aus Berlin die vor allem praktische Ausrichtung des dreitägigen Weiterbildungskurses. In diesem Jahr findet der inzwischen 20. **Hernie kompakt** Kurs im März in Wien statt.

Die Deutsche Herniengesellschaft führte im Jahre 2014 in Kooperation mit dem

Berufsverband der Deutschen Chirurgie eine breit angelegte Online-Umfrage unter den Chirurg:innen zur Zukunft der hernienchirurgischen Weiterbildung durch. Insgesamt 1.296 Chirurg:innen in Deutschland haben damals an der Befragung teilgenommen. Die überwiegende Mehrheit (mehr als 80 %) der Befragten sprach sich damals für die Etablierung eines stufenweisen und standardisierten Weiterbildungskonzepts aus.

Aufgrund dieser Analyse des Weiterbildungsbedarfs entwickelte die Deutsche Herniengesellschaft (DHG) in Zusammenarbeit mit dem Berufsverband der Deutschen Chirurgie (BDC) die **Hernienschule**. Diese beinhaltet inzwischen vier stufenartig aufgebaute Module: **Hernie Kompakt, Hernie konkret, Hernie komplex und Hernie kontakt**.



Dr. med. Lorenz, Ralph, FEBS-AWS
Hernienzentrum 3+CHIRURGEN
Klosterstrasse 34/35
13581 Berlin
Havelklinik Spandau
Medizinische Universität Brandenburg
lorenz@3chirurgen.de



PD Dr. med. Christoph Paasch
Klinik für Allgemein- und
Abdominalchirurgie
Medizinische Universität Brandenburg
Hochstrasse 29
14770 Brandenburg an der Havel
christoph.paasch@klinikum-
brandenburg.de

Lorenz R, Paasch C: Die Hernienschule –
Rück- und Ausblick 2024. Passion Chirurgie.
2024 April; 14(04): Artikel 04_01.



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

HERNIE KOMPAKT

Der dreitägige Basiskurs **Hernie kompakt** beinhaltet dabei die folgenden Bausteine:

Tag	Inhalte	Ort
1	Anatomie Grundlagen Simulationsübungen Dynamische Sonografie der Hernien Kadaver-Operationen in Kleingruppen	Anatomisches Insti- tut/ Universität
2	Hands-on-Kurs im OP in Kleingruppen	ca. 10 regionale Hospitationszent- ren
3	Theorie: State-of-the-Art- Lectures durch international renommierte Hernienex- perten	Kongresszentrum

Hernie kompakt richtet sich vor allem an chirurgische Weiterbildungsassistent:innen. Der Kurs ist jedoch auch für erfahrene Chirurg:innen geeignet, die ein grundlegendes Update auf dem Gebiet der Hernienchirurgie erhalten möchten. Die deutschsprachigen Basiskurse fanden bisher jährlich wechselnd in Berlin, Hamburg, Köln/Bonn und München sowie seit 2014 in Salzburg und neuerdings auch in Wien in Österreich statt. 2017 fand der erste englischsprachige **Hernia Compact** Kurs im Rahmen des Europäischen Hernienkongress in Wien statt, der zweite 2019 in Hamburg. Das **Hernie kompakt** Konzept ist inzwischen auch ein wichtiger Baustein der European Hernia School der Europäischen Herniengesellschaft (EHS). Mehrere Europäische Länder haben mittlerweile ähnliche Hernien-Basiskurse entwickelt. Somit ist **Hernie kompakt** inzwischen ein hernienchirurgischer Weiterbildungskurs mit internationalem Modellcharakter.

In diesem Jahr kehrt dieser Kurs erneut an den Ausgangspunkt nach Berlin zurück und wird vom 18. bis 20. September 2024 zum nunmehr 21. Mal stattfinden.

HERNIE KONKRET

Das zweite Modul **Hernie konkret** gibt es seit 2016, es richtet sich vor allem an

Fachärzte für Chirurgie und soll in speziellen Operationstechniken weitergehende vor allem praktische Kenntnisse und Standards vermitteln. Das Modul **Hernie konkret** beinhaltet 1,5-tägige Hospitationen in renommierten Hernienzentren in den drei Themengebieten:

- offene Leistenhernienchirurgie (SHOULDICE, DESARDA, LICHTENSTEIN, TIPP)
- endoskopische Leistenhernienchirurgie (TAPP, TEP, eTEP)
- offene und endoskopische Ventralhernienchirurgie (PMP, Sublay, IPOM, MILOS, eMILOS, TAR)
- Hiatushernien

HERNIE KOMPLEX

Hernie komplex findet seit Juni 2018 jährlich einmal statt und richtet sich an erfahrene Hernienchirurg:innen, die sich einen Überblick über komplexe hernienchirurgische Fragestellungen verschaffen wollen. Themen des eintägigen Kurses sind dabei:

- Rezidivhernien und Mehrfachrezidive
- Chronische Schmerzen
- Komplexe und Loss-of-Domain-Hernien inkl. Komponentenseparation
- Parastomale Hernien
- Infekt- und Komplikationsmanagement

In diesem Jahr wird dieses Kursmodul **Hernie komplex** erstmals im Mai 2024 als zweitägiger Online-Kurs stattfinden.

Hernie komplex versteht sich gleichzeitig auch als Vorbereitung für das UEMS-Examen als Fellow of the European Board of Surgery für Abdominal Wall Surgery (FEBS-AWS). Diese Europäische Spezialisierung gibt es inzwischen seit 2020. Die Prüfungen finden in englischer Sprache im Rahmen des Europäischen Hernienkongresses statt. Alle Informationen finden Sie auf der Homepage der UEMS **Abdominal Wall Surgery – UEMS Section of Surgery** (uemssurg.org).

Im November 2024 wird dieses Examen im Rahmen der seit 2023 fusionierten DHG-Hernientage in Leipzig erstmalig auch in deutscher Sprache angeboten.

HERNIE KONTAKT

Hernie kontakt entstand 2020 infolge der Corona Pandemie als zusätzliches Online-Angebot der Hernienschule. Dabei werden vor allem aktuelle und kontroverse Themen aus dem Bereich der Hernienchirurgie interaktiv diskutiert. Diese **Hernie kontakt**

Veranstaltungen finden regelmäßig zweimal im Jahr im Frühjahr und Herbst statt, dabei sind alle Interessierten sehr herzlich eingeladen.

Komplettiert wird die **Hernienschule** auch durch das 2018 im De Gruyter Verlag erschienene Buch.



Abb. 1: „Hernienschule“, De Gruyter Verlag (Bestellung beim Verlag...)

EVALUATION DER BISHERIGEN KURSE

Die kontinuierliche Evaluation der Kursmodule ist ein wesentlicher Aspekt auch für die Weiterentwicklung dieser Kursmodule. Die Evaluation der bisherigen Kurse zeigte, dass sowohl theoretische Kenntnisse aber auch praktische Fähigkeiten der Kursteilnehmer durch diese Weiterbildungskurse deutlich verbessert werden konnten.

Soeben haben wir auch eine Langzeitevaluation aller Kursteilnehmer des Kurses **Hernie kompakt** seit 2011 vorgenommen und konnten auch hier eine überaus positive Bilanz ziehen. Die Mehrheit der ehemaligen Teilnehmenden haben inzwischen ein besonderes fachliches Interesse an der Hernienchirurgie entwickelt und die Hernienchirurgie ist ein wesentlicher Teil ihrer täglichen Praxis.

Die hernienchirurgische Weiterbildung könnte zukünftig um weitere Aspekte erweitert werden: Bislang sind beispielsweise Methoden wissenschaftlichen Arbeitens noch nicht Teil dieses Weiterbildungsangebots. Mit dem Ziel die Hernienchirurgie in Deutschland auch gezielt universitär anzubinden sollten auch diese Inhalte vermittelt werden („Good clinical practice“; Wie designe ich eine randomisierte Studie?).

Die Literaturliste erhalten Sie auf Anfrage bei den Autoren. ○



SURGEONTALK

Der BDC | Podcast

FPO

WIR PRÄSENTIEREN SURGEON TALK

**Chirurgisches Wissen
auf den Punkt.**

www.surgeontalk.de



BDC

Berufsverband der
Deutschen Chirurgie e.V.



Der Fachkräftemangel in der Gefäßchirurgie – eine gemeinsame Aufgabe

Udo Barth, Frank Meyer, Zuhir Halloul

Zweitdruck (mit Erlaubnis des Verlags)
von Barth U, Meyer F, Halloul Z.

Der Fachkräftemangel in der Gefäßchirurgie – eine gemeinsame Aufgabe. *Die Chirurgie* 2023;94(9):780-788.
(DOI 10.1007/s00104-023-01900-2)

Auch in der Gefäßchirurgie wird ein zunehmender Mangel an Fachärzten und Ausbildungsassistenten trotz einer kontinuierlich steigenden Anzahl an Ärzt:innen und Medizinstudierenden in Deutschland beklagt. Durch die bestehenden Lücken ist die Arbeitsbelastung der in der Klinik tätigen Kolleg:innen bei ungebrochenem Anstieg der Patient:innen mit Gefäßerkrankungen als angespannt zu bezeichnen. Die Corona-Pandemie scheint die Lage noch weiter verschärft zu haben, da die Gefäßpatient:innenklientel auf den Stationen zurzeit aus überwiegend Patient:innen mit

einer kritischen Extremitätenischämie besteht, die ein hohes Maß an ärztlicher Diagnostik, Therapie und Zuwendung bedürfen. Im Folgenden soll nun eine Bestandsaufnahme der und über die ärztlichen Kolleg:innen in der Gefäßchirurgie in Deutschland sowie am Beispiel strukturell unterschiedlicher Bundesländer deren Wertung und mögliche Konsequenzen auch im Hinblick auf die zu erwartenden gesundheitspolitischen Veränderungen erörtert und diskutiert werden.

METHODE

Berufspolitische Analyse aus ärztlich-gefäßchirurgischer Sicht unter Einbeziehung aktueller verfügbarer Statistiken, vor allem des statistischen Bundesamtes, der Bundesärztekammer sowie Landesärztekammer Sachsen-Anhalt (SA) sowie selektiven Referenzen der aktuellen medizinisch-wissenschaftlichen Literatur mit epidemiologischem Themenbezug.

**Korrespondierender Autor:****Dr. med. Udo Barth**

Arbeitsbereich Gefäßchirurgie
Klinik für Allgemein-, Viszeral-, Gefäß-
und Transplantationschirurgie
Universitätsklinikum Magdeburg A. ö. R.
Leipziger Straße 44
39120 Magdeburg

Prof. Dr. med. habil. Frank Meyer

Klinik für Allgemein-,
Viszeral-, Gefäß- und
Transplantationschirurgie
Universitätsklinikum Magdeburg
A. ö. R.

**Prof. Dr. med. habil. Zuhir Halloul**

Arbeitsbereich Gefäßchirurgie
Klinik für Allgemein-, Viszeral-, Gefäß-
und Transplantationschirurgie
Universitätsklinikum Magdeburg A. ö. R.

Barth U, Meyer F, Halloul Z: Der Fachkräftemangel
in der Gefäßchirurgie – eine gemeinsame Aufgabe.
Passion Chirurgie. 2024 April; 14(04):
Artikel 04_02.



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

ERGEBNISSE**PROGNOSE DER ÄRZTLICHEN
ENTWICKLUNG IN DEUTSCHLAND**

Ein Forschungsgutachten im Auftrag der „Deutschen Krankenhausgesellschaft“ (DKG) aus dem Jahr 2010 prognostizierte einen Ersatzbedarf an Ärzt:innen bis 2019 von gut 108.000 und einen Mehrbedarf von knapp 31.000 Ärzt:innen. Der Zugang an neuen Ärzt:innen bestünde im Wesentlichen aus Studierenden bzw. Absolvent:innen des Humanmedizinstudiums. Mittelbar müsse der Ersatz- und Mehrbedarf an Ärzt:innen komplett über den Krankenhausbereich gedeckt werden, da die Neuzugänge hier im Wesentlichen ihre Weiterbildung absolvieren. Der Ärzt:innenmangel wäre am frühesten und drastischsten im Krankenhaus spürbar und würde zu einem verschärften Wettbewerb zwischen ambulanter und stationärer Versorgung um Fachkräfte führen [1].

In einem zweiten Gutachten über den Fachkräftemangel im stationären und ambulanten Bereich bis zum Jahr 2030 hat „PricewaterhouseCoopers“ (PwC; Dienstleister in der Beratung und Prüfung von Unternehmen der Gesundheitswirtschaft) in Zusammenarbeit mit dem Darmstädter Forschungsinstitut WifOR im stationären Bereich bei Orthopäd:innen und Chirurg:innen ein Defizit im Jahr 2030 von 7.200 Vollzeitkräften prognostiziert. Außerdem wurde errechnet, dass Chirurg:innen und Orthopäd:innen sowohl absolut als auch relativ mit einem hohen Ersatzbedarf konfrontiert werden. Während bis 2020 noch 14,6 bis 27,2 % der im Jahr 2008 Beschäftigten in Rente gehen, werden bis zum Jahr 2030 zwischen 45,6 und 68,5 % altersbedingt ausscheiden [2].

**GEFÄSSCHIRURGISCHE
VERSORGUNGSSITUATION IN
DEUTSCHLAND**

Im Jahr 2022 stellten laut der Grunddaten des „Statistischen Bundesamtes“ 200 gefäßchirurgische Fachabteilungen insgesamt 5.706 Betten zur Versorgung bereit, was 6,9 Betten pro 100.000 Einwohner bei einem Nutzungsgrad von 63,5 % entspricht. Die Fallzahl betrug

$n = 1\,74.151$ [3]. Im Jahr 2021 gab es bei den Ärztekammern 1.574 registrierte Ärzt:innen mit der Gebiets- und Facharztbezeichnung Gefäßchirurgie, im Jahr 2018 gab es 1.170, was einen Zuwachs von 404 Ärztinnen und Ärzten entspricht. Die Anerkennung der Facharztbezeichnung für Gefäßchirurgie sank von 166 im Jahr 2018 auf 143 im Jahr 2021 [4]. Im Jahr 2018 war die Altersgruppe von 40–50 Jahren mit einem prozentualen Anteil von 48,02 % ($n = 486$) bei einer Gesamtzahl von 1.303 Gefäßchirurg:innen im stationären Bereich am häufigsten vertreten. Im Jahr 2021 betrug der Anteil dieser Altersgruppe nur noch 42,59 % ($n = 555$) bei einer Gesamtzahl von 1.303, während der Anteil der Gefäßchirurg:innen im Alter von 50–60 Jahren von 18,5 % im Jahr 2018 auf 23,1 % im Jahr 2021 stieg [3] (Abb. 1). Im Jahr 2018 kamen in Deutschland 1,41 Gefäßchirurg:innen auf 100.000 Einwohner:innen, dies steigerte sich bis zum Jahr 2021 auf 1,89 pro 100.000 Einwohner:innen. Im ambulanten Tätigkeitsbereich gab es 2018 0,12 Fachärzt:innen pro 100.000 Einwohner:innen, im Jahr 2021 0,24 pro 100.000 Einwohner:innen [3].

Zur Verbesserung der Qualität der Versorgung gefäßchirurgischer Patient:innen wurde in den letzten Jahren die Bildung interdisziplinärer Gefäßzentren durch die „Deutsche Gesellschaft für Gefäßchirurgie und Gefäßmedizin“ (DGG) in Kooperation mit der Privaten Akademie der DGG vorangetrieben. Im Februar 2023 waren hier 132 Gefäßzentren aufgelistet [5]. In Deutschland studieren aktuell rund 98.000 Personen das Fach Humanmedizin mit einem Frauenanteil von 62 %. Die Anzahl der Studienanfänger:innen hat in den vergangenen zehn Jahren leicht zugenommen. Im Jahr 2019 studierten rund 500 Personen mehr im 1. Fachsemester als im Jahr 2010. Die Anzahl der Bewerber:innen für einen Medizinstudienplatz übertrifft die Anzahl der Studienplätze um ein Vielfaches [6].

**GEFÄSSCHIRURGISCHE
VERSORGUNGSSITUATION ANHAND
EINES STRUKTURSCHWACHEN
BUNDESLANDES – SACHSEN-ANHALT (SA)**

In SA gibt es 23 gefäßchirurgische Versorgungseinheiten, wovon 12 als integrierter Bestandteil einer Allgemein- und

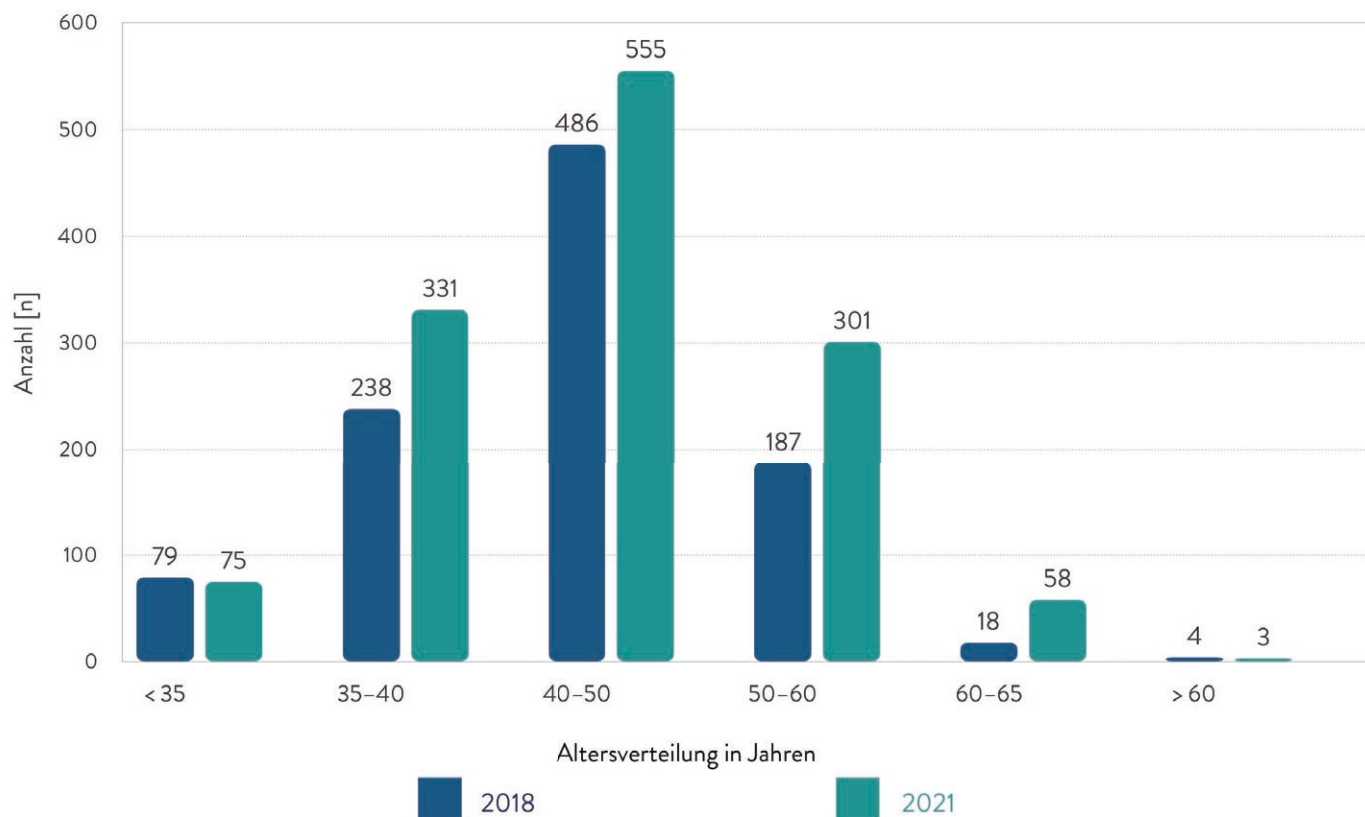


Abb. 1: Bei den Ärztekammern in Deutschland registrierte Ärztinnen und Ärzte mit Gebiets- und Facharztbezeichnung Gefäßchirurgie 2018 vs. 2021 (absolut, stationär)

Viszeralchirurgie und 11 als eigenständige Klinik ausgewiesen sind. Einen universitären Lehrstuhl für Gefäßchirurgie gibt es an den zwei Universitätskliniken in SA nicht. Bei der Ärztekammer SA gab es 2021 52 registrierte Ärzt:innen mit der Fachgebietsbezeichnung Gefäßchirurgie im stationären Bereich, davon waren 2 Kolleg:innen im Alter von 60–66 Jahren, 21 Ärzt:innen im Alter von 50–60 Jahren, 15 Gefäßchirurg:innen im Alter von 40–50 Jahren, 12 im Alter von 35–40 Jahren und 2 im Alter von unter 35 Jahren [3]. In der Altersgruppe 60–66 Jahren kam es damit gegenüber 2018 zu einem Zuwachs von 2 Ärzt:innen, in der Altersgruppe 50–60 von 10 Kolleg:innen und in der Altersgruppe zwischen 35–40 von 5 Gefäßchirurg:innen. Die Altersgruppe 40–50 musste einen Rückgang um 7 Ärzt:innen verzeichnen (Abb. 2). Die Gefäßchirurg:innen-Quote stieg von 1,99 pro 100.000 Einwohner:innen im stationären Bereich. Im ambulanten Tätigkeitsbereich waren 2018 0,05 Fachärzt:innen pro 100.000 Einwohner:innen und 2021 0,14 pro 100.000 Einwohner:innen registriert [3].

Nach Rücksprache mit der Ärztekammer SA im Dezember 2022 haben in den letzten fünf Jahren 28 Ärzt:innen die Facharztprüfung für Gefäßchirurgie bestanden. Die Anzahl der Weiterbildungsassistent:innen konnte nur auf Basis freiwilliger Angaben der Kammermitglieder mit 18 Assistent:innen ermittelt werden.

GEFÄSSCHIRURGISCHE VERSORGUNGSSITUATION ANHAND EINES STRUKTURSTARKEN BUNDESLANDES – NORDRHEIN- WESTFALEN (NRW)

Im Vergleich zu SA sollen hier die Bedingungen der gefäßchirurgischen Situation in einem strukturstarken Bundesland (NRW) genannt werden. Hier standen im Jahr 2020 1.976 Betten in der Gefäßchirurgie zur Verfügung, was einer Quote von 11,0 Betten pro 100.000 Einwohner:innen entsprach. Bei der Ärztekammer Nordrhein waren 2021 362 registrierte Ärzt:innen mit Gebiets- und Facharztbezeichnung Gefäßchirurgie insgesamt

und 292 im stationären Bereich tätig. Davon waren 23 Gefäßchirurg:innen unter 35 Jahren, 98 zwischen 35 und 40 Jahren, 118 zwischen 40 und 50 Jahren, 46 zwischen 50 und 60 Jahren und 7 zwischen 60 und 66 Jahren im stationären Bereich. In der Altersgruppe 35–40 Jahre kam es damit gegenüber 2018 zu einem Zuwachs von 42 Ärzt:innen, in der Altersgruppe 40–50 von 16 Kolleg:innen, in der Altersgruppe 50–60 um 15 und in der Altersgruppe 60–66 von 5 Gefäßchirurg:innen. Im Jahr 2021 waren keine Ärzt:innen der Altersgruppe über 66 Jahren mehr registriert [3] (Abb. 3).

ENTWICKLUNG GEFÄSSCHIRURGISCHER ERKRANKUNGEN IN DEUTSCHLAND AM BEISPIEL DER PERIPHEREN ARTERIELLEN VERSCHLUSSKRANKHEIT (PAVK)

Die altersstandardisierte Krankenhausinzidenz der PAVK stieg in den Jahren 2005 bis 2016 in Deutschland von ca. 190 auf über 250 pro 100.000 Einwohner:innen und pendelte

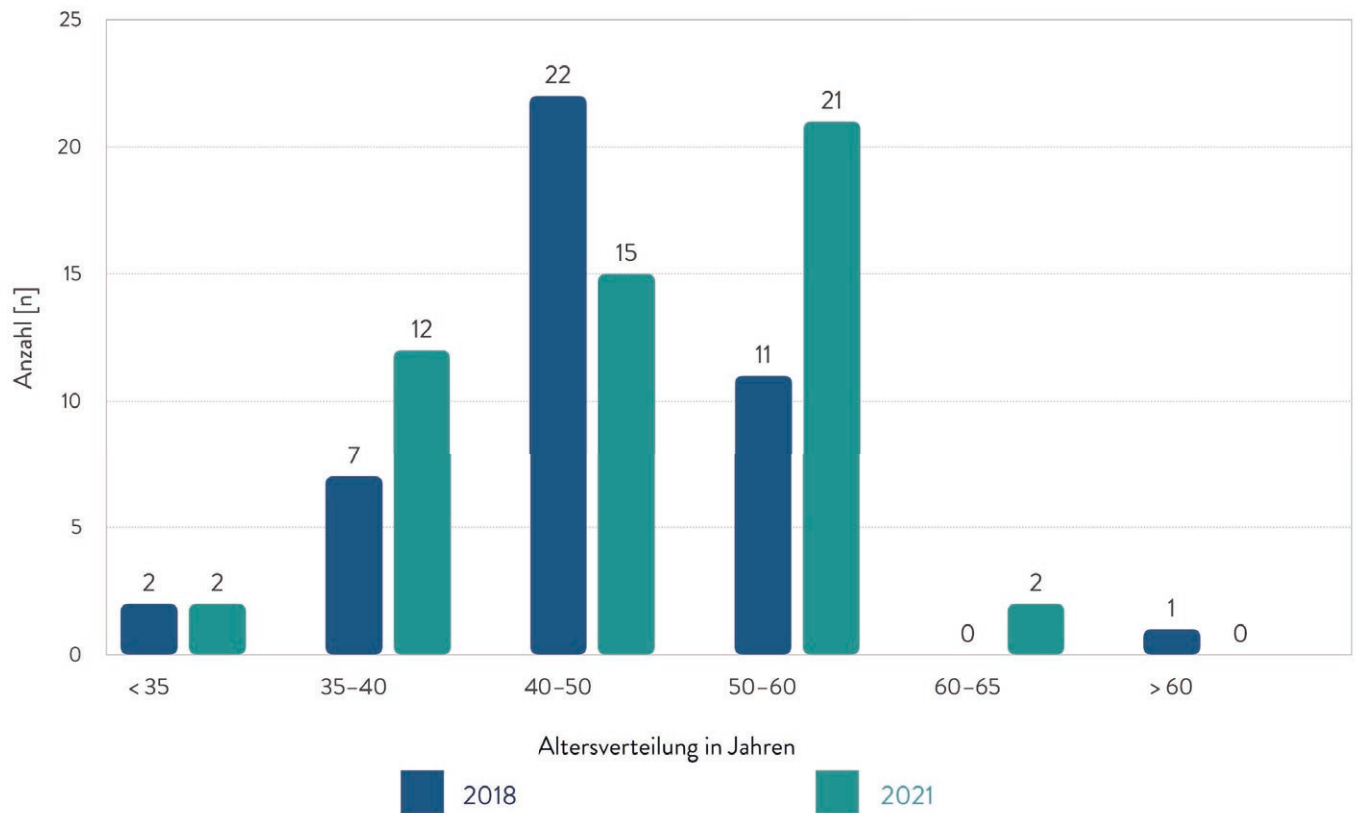


Abb. 2: Bei der Ärztekammer Sachsen-Anhalt registrierte Ärztinnen und Ärzte mit Gebiets- und Facharztbezeichnung Gefäßchirurgie 2018 vs. 2021 (absolut, stationär)

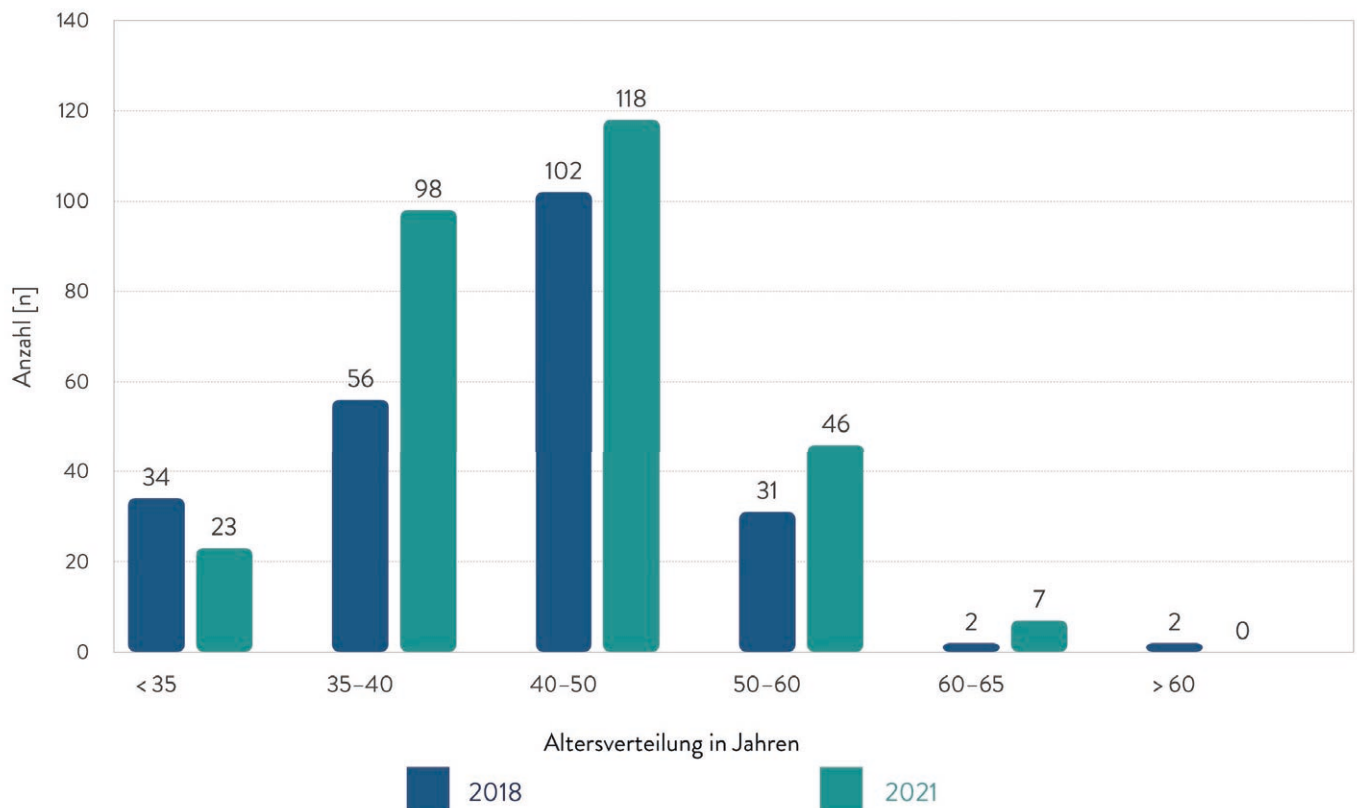


Abb. 3: Bei der Ärztekammer Nordrhein registrierte Ärztinnen und Ärzte mit Gebiets- und Facharztbezeichnung Gefäßchirurgie 2018 vs. 2021 (absolut, stationär)

sich auf diesem Niveau ein. Dies entsprach einer relativen Zunahme um 33 %. Im gleichen Beobachtungszeitraum verdoppelte sich die Anzahl an durchgeführten Prozeduren, vor allem durch stark zunehmende endovaskuläre Eingriffszahlen (ca. 140 % Zuwachs) und Eingriffe bei arterieller Embolie/Thrombose (ca. + 80 %) [7]. Die Statistik der fallbezogenen DRG-Daten zeigt, dass insbesondere mit Auftreten der Corona-Pandemie die stationären Fallzahlen von Patient:innen mit einem pAVK-Stadium IIB bundesweit und in SA sanken. Die schweren pAVK-Stadien blieben in den Fallzahlen annähernd gleich, tendenziell in SA jedoch zunehmend (Abb. 4, 5). Die altersstandardisierte Krankenhausinzidenz der Atherosklerose der Extremitätenarterien (I70.2) betrug im Jahr 2021 188,3 pro 100.000 Einwohner:innen in Nordrhein-Westfalen und 220,5 pro 100.000 Einwohner:innen in SA [3]. Dies bestätigt eine empfindliche Versorgungslücke für pAVK-Patient:innen in SA. Neben dem demografischen Wandel und der Pandemieproblematik scheint die ambulante Begleitung der pAVK-Patient:innen verbesserungswürdig zu sein. Rammos *et al.* zeigten in einer Studie, dass die Versorgung von pAVK-Patient:innen in Deutschland erschreckend

mangelhaft ist. Nur 11 % der Patient:innen wurden im Jahr 2018 von einer/m Gefäßchirurg:in und nur 8 % von einer/m Angiolog:in behandelt. Nur die Hälfte der Patient:innen erhielt die leitliniengerechte Thrombozytenaggregations- und Statinmedikation [8]. Nach wie vor rangiert SA bei der Majoramputationsrate in Deutschland weit vorn. Bei einer Untersuchung der jährlichen bundesweiten Fallzahlen für die Jahre 2011 bis 2015 konnte gezeigt werden, dass überwiegend im Osten und Südosten höhere Amputationsraten bestehen. Insbesondere Kreise in Mecklenburg-Vorpommern, Brandenburg, Sachsen, SA, Thüringen und Bayern zeigten eine höhere „Standardized Mortality Ratio“ (SMR) in mehreren Amputationshöhen. Diese auffälligen regionalen Unterschiede wurden durch die hohe altersadjustierte Prävalenz des Diabetes mellitus begründet [9]. Diese Situation scheint sich seit 2015 in den genannten Bundesländern nur marginal verbessert zu haben [3] (Abb. 6). Dies bestärkt die Notwendigkeit einer Verbesserung der gefäßchirurgischen Versorgung in ländlichen und strukturschwachen Regionen. Bereits 2018 publizierten Udelnow *et al.* grundlegende Erkenntnisse der gefäßmedizinischen

Versorgung in SA. Sie arbeiteten heraus, dass bereits vor 20 Jahren bevölkerungsbezogene Schätzungen zur für die Aufrechterhaltung der medizinischen Versorgung notwendigen Zahl niedergelassener Spezialist:innen publiziert worden waren. Hier wurde bereits eine Zahl von einem/r Angiolog:in auf 100.000 Einwohner:innen gefordert. Die tatsächliche Zahl von niedergelassenen Angiolog:innen und Gefäßchirurg:innen in SA zusammen betrug zu diesem Zeitpunkt nur 0,87 auf 100.000 Einwohner:innen für beide Fachgebiete. Aufgrund der demografischen Entwicklung ging man auch von einem weiter steigenden Bedarf aus [10].

HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN

Der Konvent leitender Gefäßchirurg:innen Deutschlands, Österreichs und der Schweiz im Jahr 2007 und 2008 erkannte bereits die Herausforderungen der kommenden Jahre und warb um mehr Eigenständigkeit der Gefäßchirurgie i. S. einer unbedingten Klinikerhaltung bei Neuberufung einer/s universitären Klinikdirektor:in als auch Neuetablierung von gefäßchirurgischen Universitätskliniken, mehr Präsentation und Repräsentanz der Vertreter

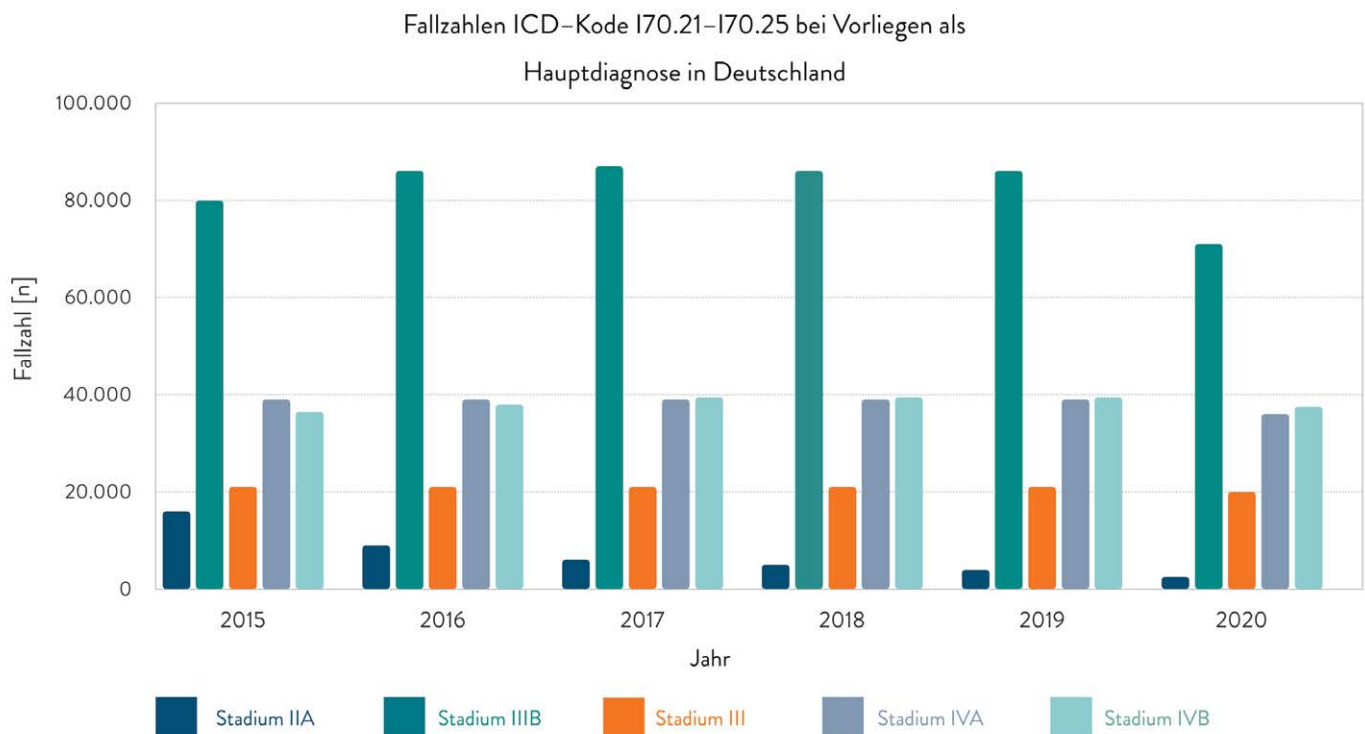


Abb. 4: Fallpauschalenbezogene Krankenhausstatistik (DRG-Statistik) zur pAVK in Deutschland nach Abfrage bei der AOK Sachsen-Anhalt

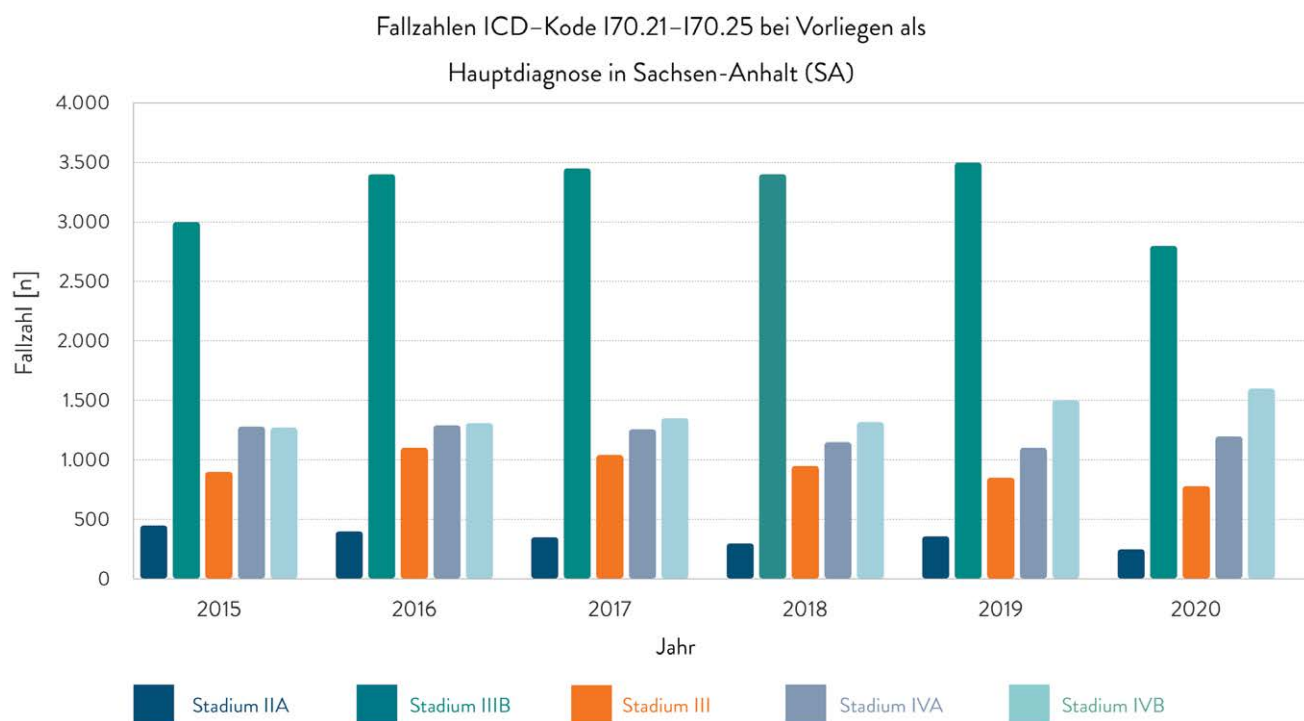


Abb. 5: Fallpauschalenbezogene Krankenhausstatistik (DRG-Statistik) zur pAVK in Sachsen-Anhalt nach Abfrage bei der AOK Sachsen-Anhalt

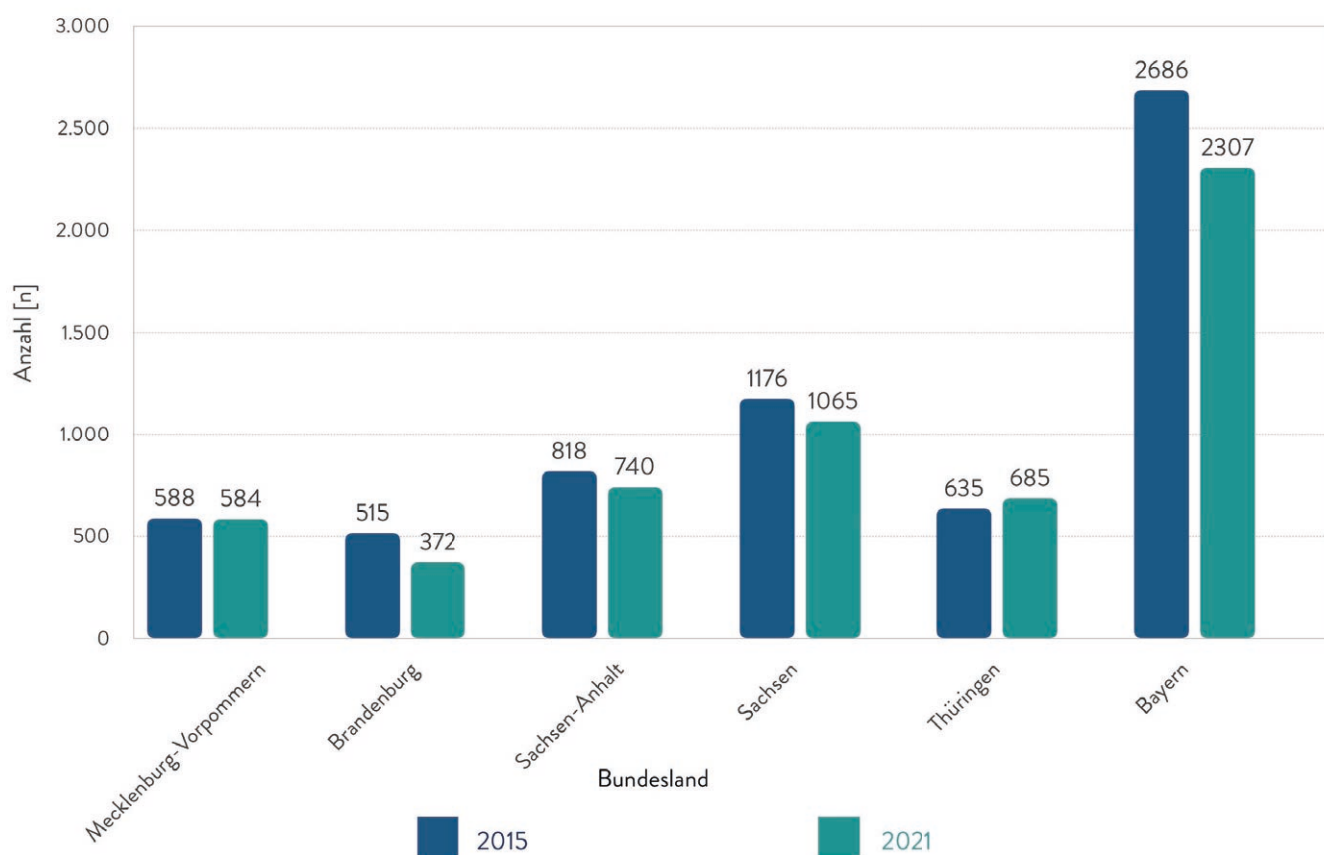


Abb. 6: Operationen und Prozeduren der vollstationären Patientinnen und Patienten in Krankenhäusern – Prozedur 5-864 (Amputation und Exarticulation untere Extremität)

der Gefäßchirurgie, Aufbau von Forschungsoperationen und -netzwerken, systematische Ausbildung von gefäßchirurgischen Fachkräften, höhere Transparenz wissenschaftlicher Aktivitäten und eine fachgesellschaftsübergreifende Zusammenarbeit [11].

In den vorgestellten Gutachten im Auftrag der DKG und dem Gutachten von „PricewaterhouseCoopers“ in Zusammenarbeit mit dem Darmstädter Forschungsinstitut WifOR sind eine Reihe von Handlungsempfehlungen aufgezeigt, die im Folgenden erläutert werden.

1. Übereinstimmend empfehlen die beiden Gutachten eine Entlastung von Verwaltungsaufgaben und Dokumentationspflichten. Zu Recht wird der Dokumentationsaufwand im Krankenhaus als Ergebnis externer Dokumentationsanforderungen vor allem der Politik, der Selbstverwaltung sowie der Kostenträger und des „Medizinischen Dienstes der Krankenkassen“ (MDK) gewertet [1]. Durch Einstellung von Verwaltungskräften und den intelligenten Einsatz moderner IT-Systeme kann die Fokussierung von ärztlichen Fachkräften auf ihre angestammten Tätigkeiten erfolgen und die Attraktivität des Berufs deutlich erhöhen [2].
2. Professionelle Personalplanung und Personalentwicklung fördern die Anreize für eine befriedigende Tätigkeit und das Verbleiben im Unternehmen. Neben flexiblen Arbeitszeitmodellen kann ein auf Mitarbeiter bezogenes Konzept zur Gesundheitsförderung und Gesundheitsvorsorge bei der jungen Generation punkten [12]. Instrumente wie strukturierte oder standardisierte Einarbeitungs-, Fort- und Weiterbildungskonzepte, Karriereplanungen, Beurteilungssysteme für Vorgesetzte und Mitarbeiter oder schriftliche Grundsätze der Mitarbeiterführung existieren bereits und können damit unproblematisch und aufwandsarm herangezogen sowie angewendet werden [1].
3. Als weiteres Mittel wird die Senkung der „Drop-out“-Raten im Medizinstudium und die Erhöhung der Studienkapazitäten in der Humanmedizin erwähnt [1]. Die Anzahl der Studienanfänger hat zwar in den letzten zehn Jahren zugenommen,

aber ein Zuwachs von 500 Studienanfängern im Jahr 2019 gegenüber dem Jahr 2010 [6] kann den kommenden Ersatz- und Mehrbedarf kaum decken.

4. Bei einem Frauenanteil von 62 % der Personen im Medizinstudium [6] sind familienorientierte Maßnahmen ein wichtiger Bestandteil zukünftiger Aufgaben im Gesundheitssystem. Besonders die Schaffung einer bedarfsgerechten und idealerweise betrieblichen Kinderbetreuung wird die Wahl des beruflichen Standorts der Ärzt:innen bzw. jungen Ärzt:innen-Familien maßgeblich mit beeinflussen.
5. Die parallel entstandene Doppelversorgung durch strikte Trennung von ambulanter und stationärer Behandlung wird durch den entstehenden Ärzt:innenmangel ebenfalls in Frage gestellt. Eine weitgehende und regelhafte Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante Versorgung durch die Möglichkeit zur ambulanten fachärztlichen Behandlung durch Krankenhausärzt:innen über persönliche und Institutsermächtigungen hinaus kann Versorgungslücken in der vertragsärztlichen Versorgung schließen [1, 2].
6. Bereits lange in der Diskussion ist die Neuordnung ärztlicher Aufgaben durch Delegation. Im Bereich von Dokumentation, Administration und Organisation können die Ärzt:innen entlastet werden [1]. Die Rahmenbedingungen für die Ausbildung und Etablierung von „Physician Assistants“ wurde durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) bereits 2017 definiert [13]. In der Gefäßchirurgie wurde ein strukturiertes Aus- und Weiterbildungsprogramm entwickelt und die neue Fachqualifikation „Gefäßassistent/In DGG®“ definiert und etabliert.
7. Ohne eine gezielt geförderte Zuwanderung kann der Mangel an Ärzt:innen nicht behoben werden, da der Wettbewerb um Ärzt:innen auch zunehmend international ausgetragen wird [2].

AKTUELLE INITIATIVEN

Die DGG hat durch zwei Kampagnen die Initiative ergriffen. Die Kampagnen „Gefäßchirurgie macht Schule“ und „Tür auf“ sollen

einerseits bereits Schülerinnen und Schüler in der Oberstufe und Studierende für die Gefäßchirurgie interessieren. Umfangreiches Informationsmaterial und Unterlagen sind hier über die Internetseite der DGG abrufbar. Der „Berufsverband der Deutschen Chirurgie“ (BDC) möchte mit seinem Projekt „Nur Mut! Kein Durchschnittsjob: ChirurgIn“ für das Fach Chirurgie begeistern sowie ganzheitlich informieren und unterstützen, eine bereits über Jahre aktive Initiative. Die Politik konzentriert sich im Wesentlichen auf lokaler Ebene auf die Nachwuchsförderung im Hausärzterbereich, meist durch gemeinsame Unterstützungsprojekte mit der KBV und den Krankenkassen. Die Ärztekammer SA möchte mit der Initiative „Arzt in Sachsen-Anhalt“ zentrale Informationen und Fördermöglichkeiten rund um eine ambulante und stationäre Ärzt:innen-Tätigkeit in SA bündeln.

DISKUSSION

Die personelle Situation hat sich, statistisch gesehen, sowohl in der Anzahl registrierter Gefäßchirurg:innen im stationären Bereich als auch in der Quote pro 100.000 Einwohner:innen im stationären und ambulanten Bereich bei zumindest statistisch nachweisbarem konstantem Patient:innenaufkommen in Deutschland bezüglich der pAVK verbessert. Auffällig ist eine Altersverschiebung der Gefäßchirurg:innen überwiegend zu der Altersgruppe zwischen 50 und 60 Lebensjahren und den über 60-jährigen Kolleg:innen in Deutschland und insbesondere in SA. In Nordrhein-Westfalen ist der Anstieg in der Altersgruppe zwischen 35 und 40 Jahren am stärksten. Neben der deutlich geringeren Anzahl an Gefäßchirurg:innen in SA ist hier von einem höheren Altersdurchschnitt im Vergleich zu Nordrhein-Westfalen auszugehen. Während hier nur 15,75 % der stationär tätigen Gefäßchirurg:innen im Alter zwischen 50 und 60 Jahren ist, sind es in SA 40,38 %. Allein anhand dieses Unterschieds lässt sich erkennen, dass der Nachwuchsmangel in SA früher zum Tragen kommt. Die Anzahl der Ausbildungsassistent:innen in der Gefäßchirurgie in Deutschland und in den Bundesländern wird nicht erfasst und ist auf Basis der freiwilligen Angaben bei den Landesärztekammern nur schätzbar. Insofern kämen in

SA bei 23 gefäßchirurgischen Versorgungseinheiten und 18 geschätzten Ausbildungsassistent:innen 0,78 Assistent:innen auf eine gefäßchirurgische Einheit. Eine genaue statistische Nachweisführung eines Nachwuchsmangels in der Gefäßchirurgie ist aus den aktuell zugänglichen Daten nicht möglich.

Die genaue Erfassung der Anzahl und des Ausbildungsstands von gefäßchirurgischen Ausbildungsassistent:innen ist eine dringliche Aufgabe, um eine verlässliche Bedarfsplanung zu generieren und gezielt Initiativen zur Rekrutierung zu führen. Auch wenn der aktuelle Stand des gefäßchirurgischen Nachwuchses statistisch nicht abgebildet werden kann, werden doch einige geplante gesundheitspolitische Entwicklungen der nächsten Jahre die Attraktivität der gefäßchirurgischen Weiterbildung beeinträchtigen. Die Empfehlungen des Instituts für Gesundheits- und Sozialforschung nach § 115b Abs. 1a SGB V umfasst die zusätzliche Aufnahme von 24 OPS-Codes im AOP-Katalog zur (perkutan-)transluminalen Implantation von nicht medikamentenfreisetzen, medikamentenfreisetzen, bioresorbierbaren und gecoverten Stents verschiedener Körperregionen, beschränkt auf einen Stent im gefäßchirurgischen Bereich [14]. Jedoch können nur ambulant tätige interventionelle Radiolog:innen eine ambulante Intervention durchführen, was bedeutet, dass die Ausbildung der gefäßchirurgischen Weiterbildungsassistent:innen in endovaskulären Techniken für Einrichtungen mit einer endovaskulär gefäßchirurgischen Dominanz zunehmend schwieriger bis kaum überwindbar wird. Aktuell erfolgt die systematische Prüfung der gefäßchirurgischen Kliniken und Abteilungen durch den MDK zur Qualitätssicherungs-Richtlinie zum Bauchortenaneurysma (QBAA-RL). Es ist zu erwarten, dass einige gefäßchirurgische Einheiten im Zuge des durch die Corona-Pandemie verschärften Fachkräftemangels gerade in der intensivmedizinischen Fachpflege die geforderten Richtlinien nicht mehr umfänglich erfüllen und damit nicht mehr an der Versorgung von Bauchortenaneurysmen teilnehmen können. Die führt zu einem weiteren Ausbildungsdefizit, was die Attraktivität der gefäßchirurgischen Weiterbildung

gerade in strukturschwachen Regionen weiter mildern sollte. Auch die geplante Änderung der Krankenhausstruktur durch Abstufung in drei Krankenhauslevel könnte die bisher bestehende Attraktivität kleinerer gefäßchirurgischer Einheiten weiter schmälern und zur Abwanderung von Ausbildungsassistent:innen in andere Fachgebiete führen. Dies würde gerade in ländlichen Regionen wie SA die breite und qualitativ hochwertige gefäßchirurgische Versorgung gefährden. Inwiefern die Überwindung von Sektorengrenzen (stationär/ambulant), die Erweiterung des ambulanten Operierens und die zunehmende Zentralisierung Einfluss auf die Personalsituation in der Gefäßchirurgie ausüben, kann nicht vorhergesagt werden.

Bislang ist die Vergütung ambulanter gefäßchirurgischer Operationen, wobei hier nur Varizen- und AV-Shuntoperationen verbleiben, da die Durchführung ambulanter (perkutan-)transluminaler Interventionen an eine(n) interventionell tätige(n) Radiolog:in gekoppelt ist, unzureichend vergütet. Alternativ wäre hier das Konzept von operierenden niedergelassenen Gefäßchirurg:innen zu nennen, wodurch sowohl Übergabesituationen zwischen den Sektoren und Fehler vermieden werden als auch gewährleistet wird, dass exakt die Therapie durchgeführt wird, die in langen Gesprächen und oft monatelangen abwägenden Prozessen mit Patient:innen sowie ggf. Angehörigen besprochen worden sind [15]. Somit würden ambulante Versorgungsdefizite ausgeglichen werden. Dies könnte für den Hauptanteil der Gefäßchirurg:innen in Deutschland in der Altersgruppe zwischen 40 und 50 Jahren eine Alternative darstellen. Ungeachtet dessen, sollten vermehrte Anstrengungen zur Generierung des gefäßchirurgischen Nachwuchses in den nächsten Jahren erfolgen. Dazu werden zunehmend auch auf Lokal- und Länderebene Initiativen zur Gewinnung des Nachwuchses gestartet werden müssen.

Die im Folgenden genannten Anregungen sollen als Diskussionsbasis für einen breiten Austausch verstanden werden und dazu anregen, weitere Lösungsvorschläge und Initiativen in die Diskussion mit einzubringen:

- Um die Bedeutung der Gefäßchirurgie zu unterstreichen, ist die Schaffung eines Lehrstuhls für Gefäßchirurgie (Gefäßmedizin) an den Universitäten dringend zu fordern, um die Gefäßchirurgie aus ihrem Sektionsdasein in klinischer und akademisch-wissenschaftlicher Hinsicht herauszuholen. Die Gefäßchirurgie muss für Humanmedizin studierende sichtbarer und präsenter werden [16]!
- Zudem sollten mehr landeseigene Weiterbildungen für junge Assistenzärzt:innen angeboten werden. Zu denken ist dabei an Naht- und Interventionskurse, die in Zusammenarbeit mehrerer Kliniken organisiert und durchgeführt werden können, ohne eine Konkurrenzsituation zwischen den Kliniken zu erzeugen.
- Die Veränderung der Krankenhausstruktur erfordert die Schaffung neuer Ausbildungskooperationen zwischen Krankenhäusern mit unterschiedlichen Weiterbildungsermächtigungen, um die in der Weiterbildungsordnung verankerten Ausbildungsinhalte den Weiterbildungsassistent:innen vollständig anbieten zu können.
- Im Zuge dessen sollte entsprechend dem „Perspektivforum Junger Chirurgen“ der „Deutschen Gesellschaft für Chirurgie“ den gefäßchirurgischen Weiterbildungsassistent:innen eine Plattform auf Landesebene zum Austausch und breiter Diskussion gegeben werden.

ZUSAMMENFASSUNG

Trotz der statistisch nachweisbaren Verbesserung der Personalsituation an Fachärzt:innen für Gefäßchirurgie im stationären und ambulanten Bereich ist von einem Nachwuchsproblem auszugehen. Hier gibt es große regionale Unterschiede, wie am Vergleich zweier Bundesländer gezeigt. Um

die Nachwuchsgewinnung zielgerichtet zu gestalten, ist zunächst die umfängliche Erfassung der Grunddaten der Personalsituation und Personalentwicklung im Bereich der Weiterbildungsassistent:innen in der Gefäßchirurgie erforderlich. Darüber hinaus sollte weiter an der Umsetzung der bereits vor Jahren empfohlenen Handlungsempfehlungen von wissenschaftlichen Gutachten auf Landes- und Bundesebene gearbeitet werden. Eine Wende ist nur in Zusammenarbeit aller Gefäßchirurg:innen im Land zu erreichen mit konkreten Vorschlägen und Forderungen an die Landespolitik und Klinikbetreiber. Leiteinrichtung und Koordinator sollten dabei die Universitätskliniken sein, die den unmittelbaren Zugang zu den Medizinstudierenden haben. Deshalb ist die Stärkung der Gefäßchirurgie durch Schaffung landeseigener Lehrstühle für Gefäßchirurgie dringend zu fordern.

LITERATUR

- [1] Blum K, Löffert S (2010) Ärztemangel im Krankenhaus – Ausmaß, Ursachen, Gegenmaßnahmen. Forschungsgutachten im Auftrag der Deutschen Krankenhausgesellschaft. <https://www.dki.de/sites/default/files/2019-05/aerztmangel%20in%20kliniken.pdf>. Zugriff am 10.02.2023
- [2] Ostwald DA, Ehrhard T, Bruntsch F, Schmidt H, Friedl C (2010) Fachkräftemangel. Stationärer und ambulanter Bereich bis zum Jahr, 2030. <https://www.pwc.de/de/gesundheitswesen-und-pharma/assets/fachkraeftemangel.pdf>. Zugriff am 10.02.2023
- [3] Gesundheitsversorgung. <https://www.gbe-bund.de>. Zugriff am 06.02.2023
- [4] Ärztestatistik zum 31. Dezember 2021 https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/BAEK/Ueber_uns/Statistik/2021/2021_Statistik.pdf. Zugriff am 29.04.2023
- [5] Zertifizierte Gefäßzentren der DGG. <https://www.gefaesschirurgie.de/patienten/zertifizierte-gefaesszentren>. Zugriff am 07.02.2023
- [6] KBV-Gesundheitsdaten. <https://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/17074.php>. Zugriff am 08.02.2023
- [7] Kühnl A, Knipfer E, Lang T, Bohmann B, Trenner M, Eckstein HH (2020). Hospital incidence, in-patient care and outcome of peripheral arterial occlusive disease and arterial thrombosis/embolism in Germany, 2005–2018. *Gefäßchirurgie* 25, 433–445
- [8] Rammos C, Steinmetz M, Lortz J, Mahabadi AA, Petrikovich O, Kirsch K, Hering R, Schulz M, Rassaf T (2021) Peripheral artery disease in Germany (2009–2018): Prevalence, frequency of specialized ambulatory care and use of guideline-recommended therapy–A population-based study. *Lancet Reg Health Eur* 5: 100113
- [9] Spoden M (2019) Amputationen der unteren Extremität in Deutschland–Regionale Analyse mit Krankenhausabrechnungsdaten von 2011 bis 2015. *Das Gesundheitswesen* 81: 422–430
- [10] Udelnow A, Smorodin S, Sinicin E, Korsaake K, Meyer F, Halloul Z (2018) Warum ist Sachsen-Anhalt Schlusslicht bei Prophylaxe und Therapie kardiovaskulärer Krankheiten? (Teil 2). *Ärzteblatt Sachsen-Anhalt* 29(12): 32–35
- [11] Halloul Z, Meyer F, Lippert H (2009) Die integrierte Gefäßchirurgie an der Universität – ein Positionspapier. *Ärzteblatt Sachsen-Anhalt* 20: 16–19
- [12] Hellmann W (2021) Die Chirurgie hat Zukunft. Innovative Aus- und Weiterbildung als Erfolgsfaktor. Reihe „essentials“, Springer, Heidelberg Berlin
- [13] Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung. Physician Assistant – Ein neuer Beruf im deutschen Gesundheitswesen. https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/_old-files/downloads/pdf-Ordner/Fachberufe/Physician_Assistant.pdf. Zugriff am 11.02.2023
- [14] IGES Gutachten nach § 115b Abs. 1a SGB V Annex OPS Empfehlungen. https://www.iges.com/kunden/gesundheit/forschungsergebnisse/2022/erweiterter-aop-katalog/index_ger.html. Zugriff am 02.01.2023
- [15] Gregor S, Schick K, Müller C, Pourhassan S, Noppeney T, Pleye J (2022) Niedergelassene Gefäßchirurgie, eine Chance für die Zukunft? *Passion Chirurgie* 12(01/02): Artikel 03_04
- [16] Barth U, Meyer F, Halloul Z (2022) Spezifika der Lehre in der Gefäßchirurgie im interdisziplinär-chirurgischen Setting. *Die Chirurgie* 93(10): 966–975



~~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.



Was bleibt, wenn die Mindestmenge in der kolorektalen Karzinomchirurgie kommt?

Martin Scholz, Holger Steffen, Daniela Möller, Carsten Krones, Hans-Joachim Meyer, Kaja Ludwig

SITUATION

Mit Inkrafttreten des Krankenhausstrukturgesetzes am 01.01.2016 wurde der Prozess der Reformierung der Krankenhauslandschaft in Deutschland eingeleitet. Ziele des Gesetzes sollen die Entökonomisierung, die Sicherung und Steigerung der Behandlungsqualität und die Entbürokratisierung des Systems sein. Im Juli 2023 haben sich Bund und Länder hierzu auf ein Eckpunktepapier geeinigt [1]. Das Bundesgesundheitsministerium hat hieraus konkrete Gesetzesänderungsvorschläge erarbeitet. Diese wurden als erster Entwurf für

ein Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) im September 2023 bekannt gegeben. Seitdem streiten Bund und Länder über die inhaltliche Ausgestaltung. Aktuell liegt ein mehrfach angepasster Arbeitsentwurf vor. Dieser ist jedoch wegen anhaltender Vorbehalte der Länder nicht beschlussfähig. Ein neuer Referentenentwurf hierzu ist derzeit in Arbeit. [2]. Kern des Gesetzes ist die Verbesserung der Versorgungsqualität und die Reform der Krankenhausvergütungsstrukturen [3]. Letztere sieht eine Klinikfinanzierung nach drei Kriterien vor: Vorhalteleistungen, Versorgungsstufen und Leistungsgruppen.

**Korrespondierender Autor:****Prof. Dr. med. habil. Kaja Ludwig**

Chefarzt

Hanse- und Universitätsstadt Rostock
Eigenbetrieb „Klinikum Südstadt
Rostock“Akademisches Lehrkrankenhaus der
Universität Rostock
Südring 81
18059 Rostock
kaja.ludwig@klinikusued-rostock.de

Mit den Vorhalteleistungen soll die bisherige Finanzierung über Fallpauschalen abgelöst werden, da diese einen wirtschaftlichen Druck zur Fallzahlsteigerung erzeugt hat. Künftig sollen die Kliniken einen definierten Betrag für die Bereitstellung bestimmter Leistungen, unabhängig von der erbrachten Fallzahl, erhalten. Weiterhin ist eine Einteilung der Kliniken in Versorgungsstufen (sog. Level) in der Diskussion. Für jedes Level sollen dann klar definierte Mindestvoraussetzungen geschaffen werden. Im Wesentlichen handelt es sich hierbei um die Level 1-Grundversorgung, Level 2-Regel- und Schwerpunktversorgung und Level 3-Maximalversorgung. Weiterhin wird im Zuge der Reform die Etablierung von Leistungsgruppen (LG) geprüft. Diese LG sollen nach den geltenden ICD-10 und OPS-Codes definiert werden. In der Chirurgie könnte nach diesem Plan beispielsweise die LG 2.0 Basisbehandlung Allgemeine Chirurgie, die LG 2.7 Viszeralchirurgie und die LG 2.7.4 Pankreaseingriffe eingeführt werden. Die Zuweisung der LG an die Krankenhäuser würde durch die Länder erfolgen. Als Entscheidungsgrundlage für die Zuweisung soll die Erfüllung genau definierter Voraussetzungen hinsichtlich personeller und apparativer Ausstattung sowie vorhandener Struktur- und Prozesskriterien dienen. Je nach Komplexität wird für jede LG festgelegt, welche Versorgungsstufe das Krankenhaus für die Erbringung (und damit Vergütung) aufweisen muss. Im o. g. Beispiel kann somit die LG 2.0 in allen Krankenhäusern (Level I-III), die LG 2.7 nur in Level II+III- und die LG 2.7.4 nur in Level III-Kliniken erbracht werden. Hierdurch soll die Behandlungsqualität der Patienten maßgeblich verbessert werden. Ein weiteres Element, um die Qualität der Krankenhausbehandlung zu verbessern, ist die Einhaltung von Mindestmengen. Diese werden vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) weiterhin erarbeitet, wobei als wissenschaftliche Grundlage der Zusammenhang zwischen der Leistungsmenge und der Qualität eines Eingriffes berücksichtigt wird.

MINDESTMENGEN IN DER VISZERALCHIRURGIE

In der Viszeralchirurgie wurde auf dieser Grundlage 2020 die jährliche Mindestmenge

für komplexe Eingriffe an der Speiseröhre von zehn auf 26 erhöht. Die wissenschaftliche Grundlage für eine Mindestmengenregelung in der Chirurgie kolorektaler Karzinome wurde durch das IQWiG (Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen) im Auftrag des G-BA bereits im April 2023 vorgelegt [4]. In der Auswertung 19 retrospektiver Kohortenstudien konnte der Zusammenhang zwischen Leistungsmenge und Behandlungsqualität zugunsten der Krankenhäuser mit höherer Leistungsmenge nachgewiesen werden. **Es kann daher mit großer Sicherheit von der Einführung einer Mindestmengenregelung für kolorektale Karzinome ausgegangen werden.**

Über die Höhe der jährlich zu erbringenden Eingriffe an Kolon und Rektum sind bisher keine offiziellen Informationen bekannt. Die Einführung einer Mindestmenge bedeutet für die Krankenhäuser, sie dürfen eine Leistung nur dann erbringen, wenn sie die erforderliche Mindestmenge im nächsten Kalenderjahr voraussichtlich erreichen werden. **Hierdurch ist eine tiefgreifende und nachhaltige Veränderung der viszeralchirurgischen Versorgungsstrukturen zu erwarten, welche auch wesentlichen Einfluss auf die chirurgische Aus- und Weiterbildung haben wird.**

KLK UND BDC INITIIEREN BEFRAGUNG AN 730 CHIRURGISCHEN KLINIKEN IN DEUTSCHLAND

Auf Initiative des KLK (Konvent leitender Krankenhauschirurginnen und -chirurgen) in Zusammenarbeit mit dem BDC (Berufsverband der Deutschen Chirurgie) wurden diese anstehenden Veränderungen zum Anlass genommen, die derzeitige Versorgungsrealität in der kolorektalen Chirurgie in Deutschland zu hinterfragen. Im Januar 2023 wurde hierzu eine Umfrage an den 730 chirurgischen Kliniken Deutschlands durchgeführt. Neben wenigen weiteren Parametern sollten für das Jahr 2022 (bzw. für einen Zeitraum von 12 Monaten innerhalb der letzten drei Jahre) jeweils die Anzahl der Kolon- und Rektumresektionen, unterteilt nach gutartigen und bösartigen Befunden, angegeben werden (**Abb. 1**). 201 Kliniken nahmen an der Umfrage

Scholz M, Steffen H, Möller D, Krones CJ, Meyer HJ, Ludwig K: Was bleibt, wenn die Mindestmenge in der kolorektalen Karzinomchirurgie kommt? *Passion Chirurgie*. 2024 April; 14(04): Artikel 04_03.



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

teil (Rücklaufquote 27,5 %). Die geografische Verteilung war bundesweit ausgeglichen. (Abb. 2) [5].

Die Hälfte der antwortenden Kliniken waren DKG-zertifizierte Darmkrebszentren (Abb. 3). Die Wichtung der Krankenhäuser hinsichtlich ihrer Versorgungsstruktur ist in der Umfrage zwischen Grundversorgern (Ø 250 Betten) und Schwerpunktversorgern (Ø 540 Betten) mit 49 % zu 45 % nahezu ausgeglichen. Maximalversorger (Ø 850 Betten) waren mit 5 % tendenziell leicht unterrepräsentiert (Abb. 4).

Die in den Abbildungen dargestellten Zahlen stellen Durchschnittswerte dar. Die Auswertung erfolgte gestaffelt, abhängig von der angegebenen Versorgungsstufe des Krankenhauses, was mit der Höhe der durchschnittlichen Bettenzahl korrelierte. Während die Eingriffszahlen am Kolon mit knapp 80/Jahr auch an den Grundversorgerkliniken noch hoch war und sich zwischen Schwerpunkt- und Maximalversorgern mit 122 bzw. 128/Jahr nicht wesentlich unterschied, zeigte sich bei den Rektumoperationen eine erhebliche Differenz. Hier lag der Fokus klar auf den großen Häusern, von deren Eingriffszahlen die Schwerpunktversorger nur ≈ 75 % und die Grundversorger nur ≈ 40 % erreichten (Abb. 5). Werden die Eingriffe hinsichtlich der Dignität des Grundleidens differenziert (Abb. 6) zeigt sich, dass bei den Koloneingriffen der Maximalversorger die onkologische Chirurgie im Vordergrund steht. In den anderen beiden Versorgungsstufen sind hingegen benigne Befunde in der Überzahl, welche sich vermutlich im Wesentlichen aus der Sigmadivertikulitis, den chronisch entzündlichen Darmerkrankungen und der Notfallchirurgie generieren. Etwas überraschend war die hohe Anzahl an benignen Eingriffen am Rektum. Hier ist zu vermuten, dass es sich nicht in erster Linie um Resektionsoperationen gutartiger Befunde, sondern eher um Eingriffe aus dem Bereich der Proktologie bzw. Beckenbodenchirurgie handelt (STARR, Transtar™, Rektopexie u. ä.). Dafür spricht eine relativ deutliche Inhomogenität der Eingriffszahlen, was vermutlich auf wenige spezialisierte Zentren schließen lässt. Unter Einbezug aller Kliniken liegt der Durchschnitt bei 15 und der Median bei 8 benignen Rektumeingriffen

Versorgungsstufe Klinikum			
Universität	☐	Schwerpunktversorgung	☐
Grund-/Regelversorgung	☐		
Anzahl Betten Gesamtklinikum			
Anzahl Betten Chirurgische Klinik/Abteilung			
Anzahl Dickdarmresektionen	gesamt		
	davon gutartig		
	davon bösartig		
Anzahl Rektumresektionen	gesamt		
	davon gutartig		
	davon bösartig		
DKG Zertifizierung		Ja	☐
		Nein	☐
Weiterbildungsermächtigung	Viszeralchirurgie	☐	Mo
	Spez. Viszeralchirurgie	☐	Mo
Anzahl Ärzte in Weiterbildung Viszeralchirurgie			
Anzahl Ärzte in Weiterbildung Spez. Viszeralchirurgie			

Abb. 1: Umfragebogen

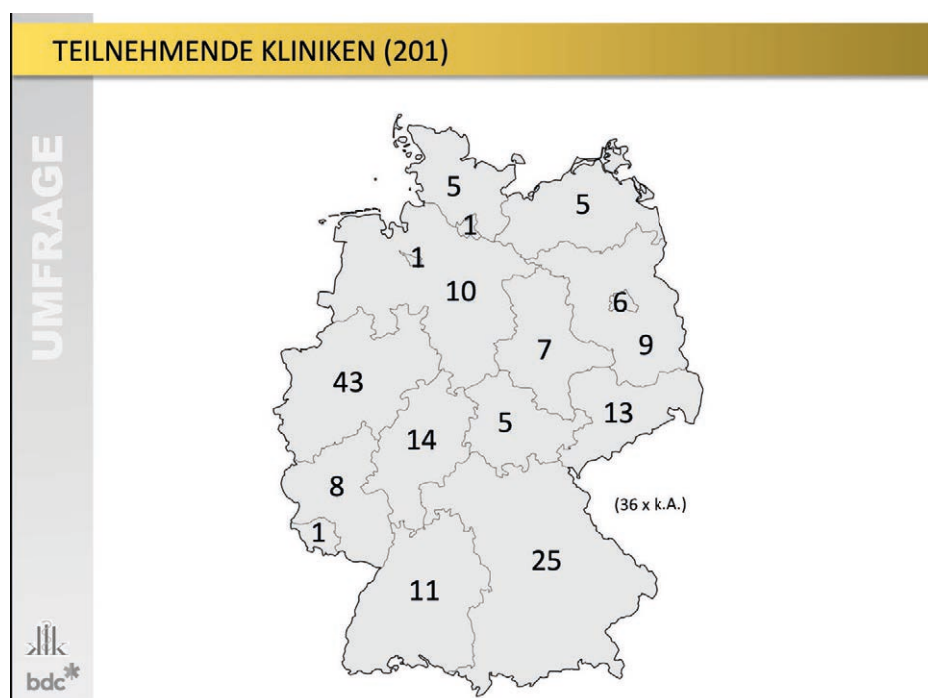


Abb. 2: Teilnehmende Kliniken je Bundesland

DKG-Zertifizierung

OnkoZert

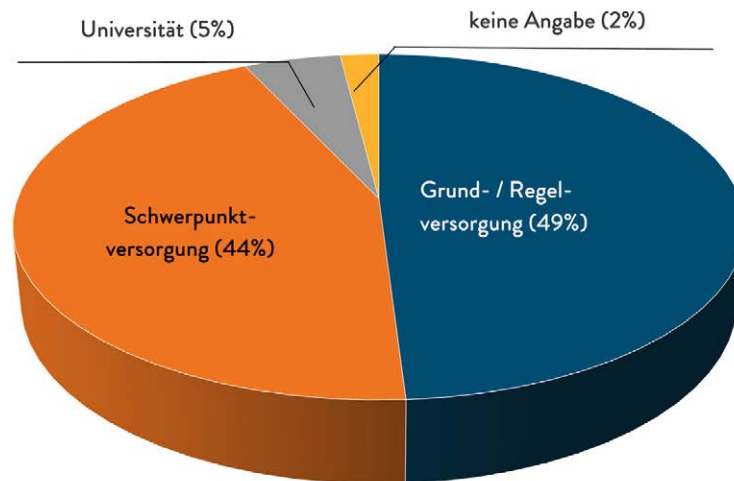


Abb. 3: DKG-Zertifizierung

Versorgungsstufe der Kliniken

OnkoZert

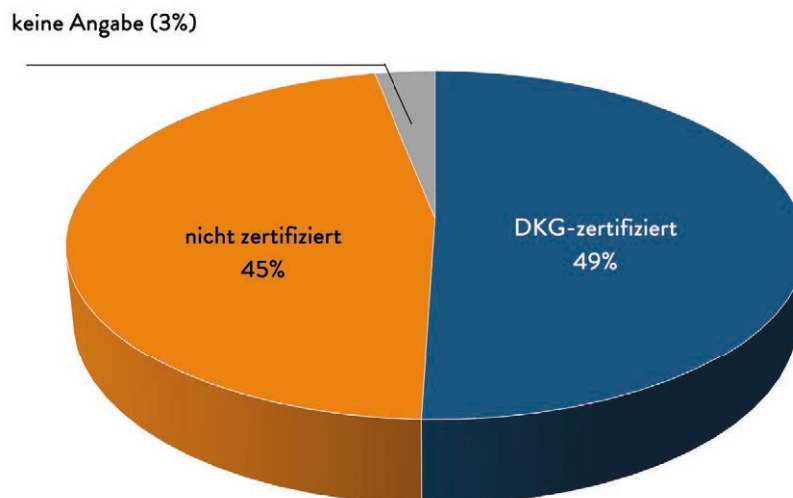


Abb. 4: Versorgungsstufe der Kliniken

KOLOREKTALE RESEKTIONEN GESAMT

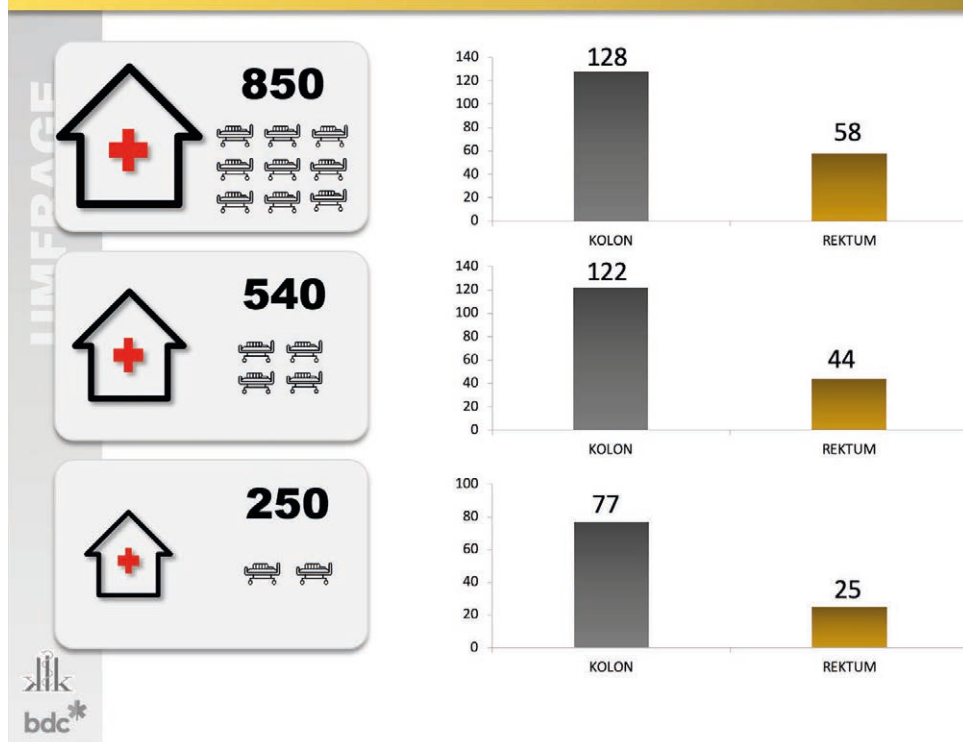


Abb. 5: Kolorektale Resektionen je Versorgungsstufe

KOLOREKTALE RESEKTIONEN GESAMT

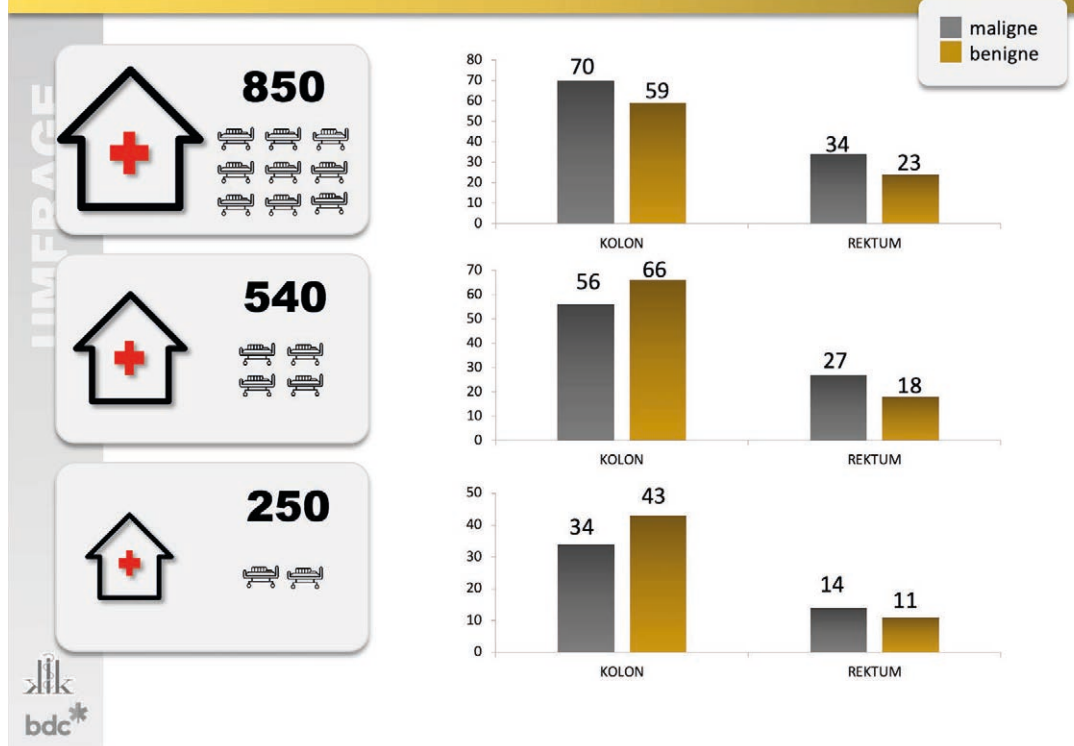


Abb. 6: Eingriffe differenziert nach Dignität

REKTUMRESEKTION (benigne) GESAMT

UMFRAGE

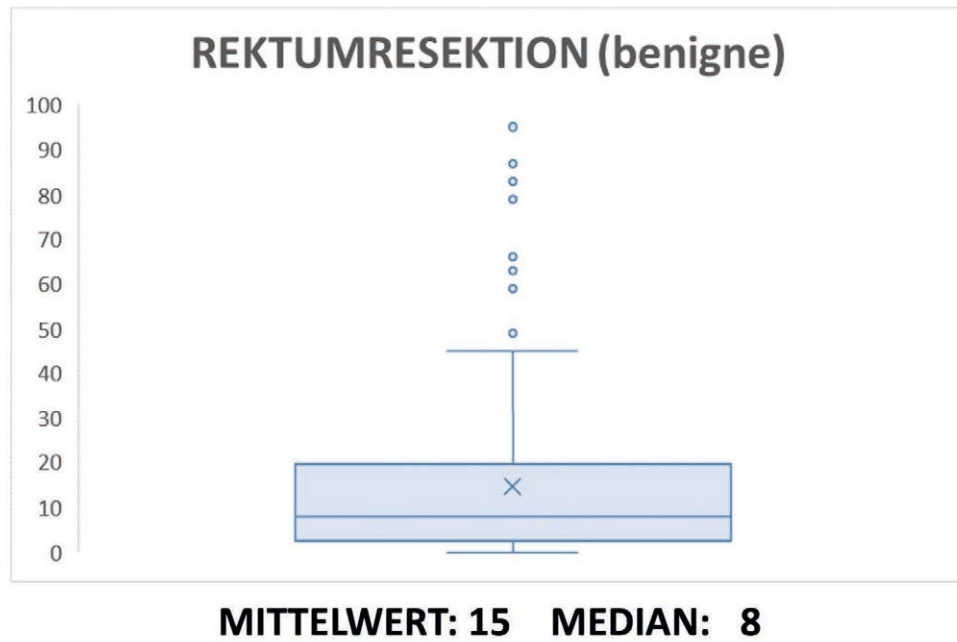


Abb. 7: Statistische Verteilung benigner Rektumresektionen

KOLONKARZINOM *DKG

OnkoZert

Jahresbericht Darm 2023 (Auditjahr 2022 / Kennzahlenjahr 2021)

Operative Primärfälle Kolon

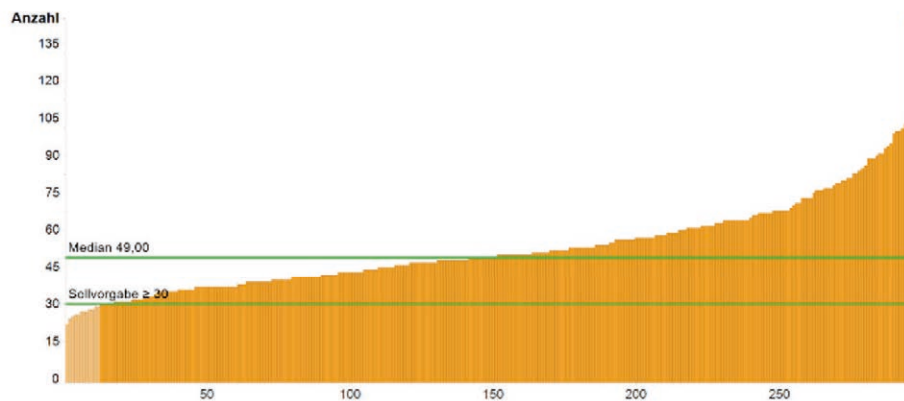


Abb. 8: DKG Jahresbericht 2023 Kolon [6]

REKTUMKARZINOM *DKG

OnkoZert

Jahresbericht Darm 2023 (Auditjahr 2022 / Kennzahlenjahr 2021)

Operative Primärfälle Rektum

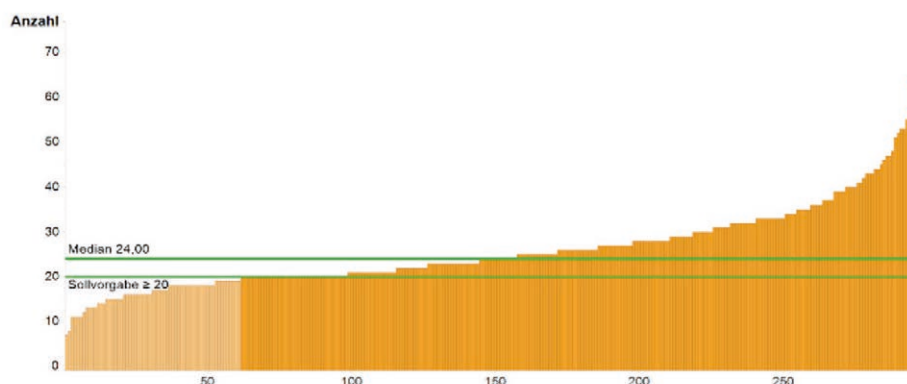


Abb. 9: DKG Jahresbericht 2023 Rektum [6]

pro Jahr (Abb. 7). Nur ca. ein Viertel der Kliniken führt jährlich > 20 dieser Operationen aus. Für alle DKG-zertifizierten Zentren sind Mindestmengen in der Chirurgie kolorektaler Karzinome bereits jetzt ein bekanntes und relevantes Thema.

Über den „Jahresbericht Darm“ sind die Eingriffszahlen der 297 Zentren einsehbar. Bereits die derzeit geforderten Mindestmengen (Kolon 30/a und Rektum 20/a) können von einigen Zentren nicht erreicht werden. Im aktuellen Bericht von 2023 konnten für das Kolon 12 (4 %) und für das Rektum 61 (20 %) Zentren die Sollvorgabe nicht erfüllen (Abb. 8 und 9) [6].

KONSEQUENZEN MÖGLICHER ZUKÜNFTIGER MINDESTMENGEN FÜR DIE KLINIKEN

Über die Höhe der anstehenden Mindestmengen gibt es bisher keine offiziellen Angaben. Es kann aber davon ausgegangen werden,

dass mindestens die derzeit gültigen Sollvorgaben der DKG für kolorektale Karzinome gefordert werden. Auch eine deutlich größere Menge wäre, nach der Erfahrung mit der Mindestmenge Ösophagus, nicht unwahrscheinlich. In den folgenden Diagrammen wird anhand der Umfragedaten exemplarisch veranschaulicht, welche Konsequenzen die jeweilige Neuregelung für die Kliniken hätte. Eine Vorgabe von 30 Kolonkarzinomen/a könnte von 26 % der Kliniken nicht erfüllt werden. Bei einer Steigerung auf 50 Eingriffe/a wären schon 62 % der Kliniken betroffen (Abb. 10 und 11). Noch deutlicher wird es beim Rektumkarzinom. Hier würden 46 % der Kliniken an einer Vorgabe von 20 Eingriffen/a und 70 % an einer Vorgabe von 25 Eingriffen/a scheitern (Abb. 12 und 13).

AUSWIRKUNGEN FÜR KLINIKEN SOWIE AUF DIE WEITERBILDUNG

Für diese Häuser, welche die Vorgaben nicht erfüllen können, bliebe somit ausschließlich die kolorektale Chirurgie benignen Befunde

und die Notfallversorgung. In Abbildung 14 sind isoliert nochmal die Eingriffsmengen benignen Befunde dargestellt. Die chirurgische Aus- und Weiterbildung in diesen Kliniken wäre eine neue Herausforderung und ohne Rotationen in die entsprechenden Zentren in der nötigen Breite gar nicht abzudecken. Nach Auswertung der Daten werden an den Häusern der Grund- und Regelversorgung im Durchschnitt drei und an denen der Schwerpunktversorgung vier Weiterbildungsassistenten beschäftigt. Bei vorgeschriebenen 30 Koloneingriffen für den Facharzt für Allgemeinchirurgie bzw. Viszeralchirurgie müssen über eine Weiterbildungszeit von sechs Jahren pro Assistent fünf Eingriffe/a gerechnet werden. Sowohl für Grund- als auch Schwerpunktversorger ergibt sich daraus die Konsequenz, dass jeder dritte Eingriff am Kolon zum Ausbildungseingriff wird. Die Gewährleistung einer fundierten Weiterbildung des chirurgischen Nachwuchses wird somit eine weitere der zahlreichen Aufgaben, welche auf die chirurgischen Kliniken zukommen werden.

Kliniken mit < 30 Kolonkarzinomen

OnkoZert

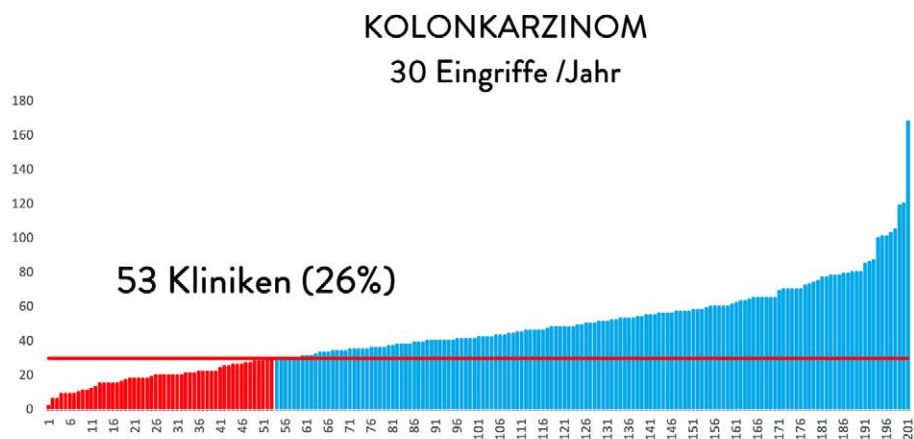


Abb. 10: 10 Kliniken mit < 30 Kolonkarzinome

Kliniken mit < 50 Kolonkarzinomen

OnkoZert

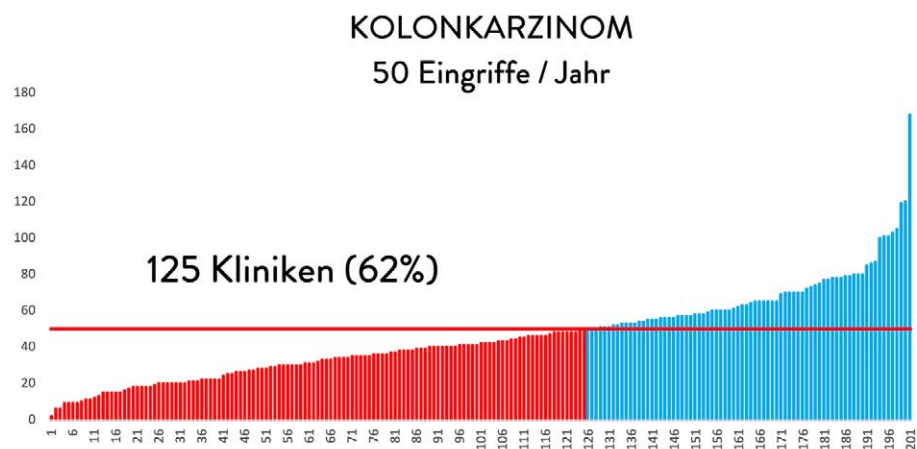


Abb. 11: Kliniken mit < 50 Kolonkarzinome

Kliniken mit < 20 Rektumkarzinoma

OnkoZert

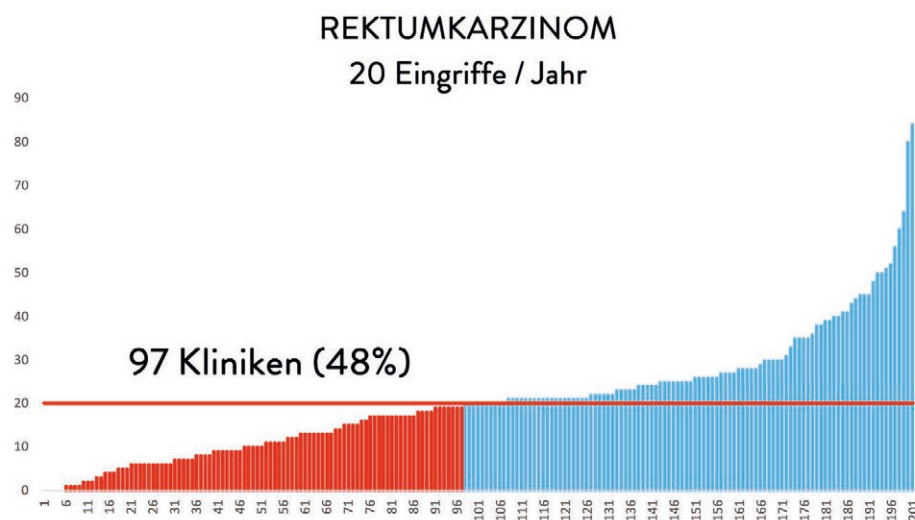


Abb. 12: Kliniken mit < 20 Rektumkarzinomen/a

Kliniken mit < 25 Rektumkarzinoma

OnkoZert

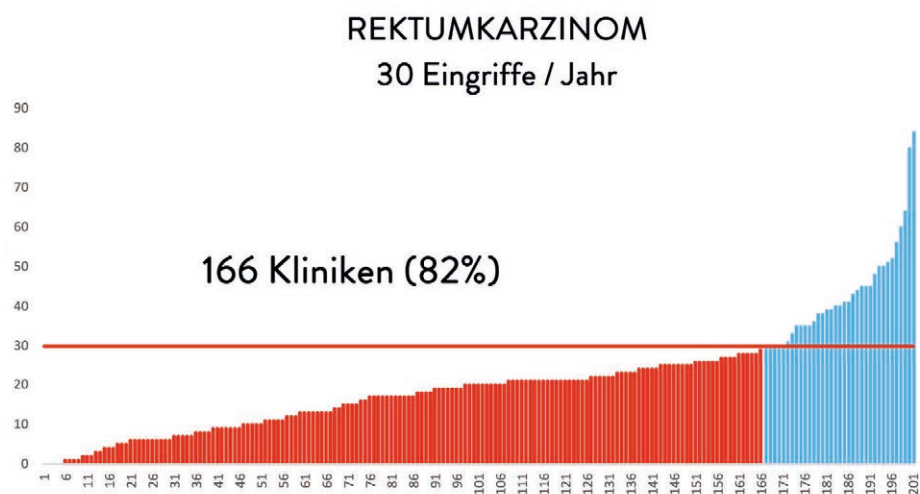


Abb. 13: Kliniken mit < 25 Rektumkarzinomen/a

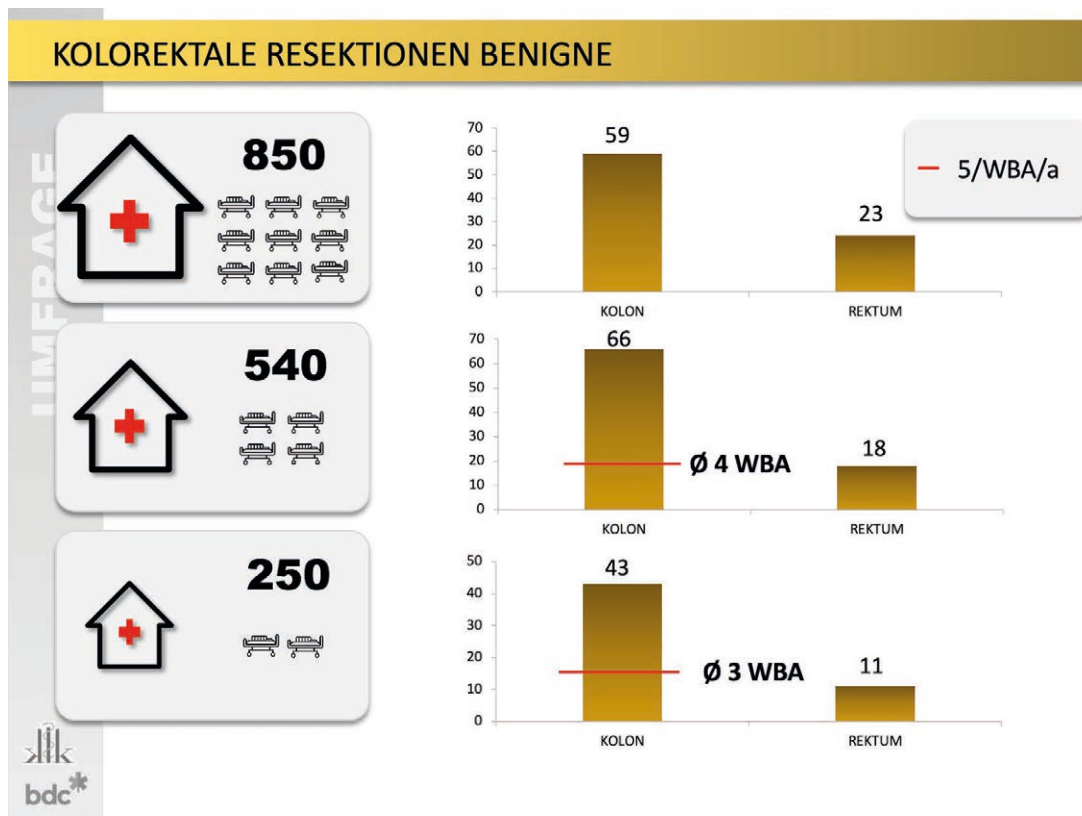


Abb. 14: Anteil der Ausbildungs-OP's bei benignen Befunden

AUSBLICK

Es muss Klarheit darüber bestehen, dass die Einführung von Mindestmengen in der Chirurgie kolorektaler Karzinome zu erheblichen Veränderungen in der allgemein- und viszeralchirurgischen Versorgungsstruktur führen wird. Ein ganz wesentlicher Aspekt hierbei wird sein, ob die Entitäten Kolon und Rektum getrennt gewertet oder zusammengefasst werden. Bedeutet ein Unterschreiten der Rektum-Mindestmenge auch ein Aus für die Koloneingriffe? Wie die Daten gezeigt haben, kann fast die Hälfte aller Kliniken keine 20 Rektumkarzinomresektionen pro Jahr erreichen. Auch für Zentren wird ein Erreichen der Mindestmenge durch sinkende Inzidenzen [7] und Zunahme multimodaler Therapien (total neoadjuvante Therapie-TNT) zunehmend zur Herausforderung. Es herrscht Konsens darüber, dass die Behandlungsqualität der Patienten gesichert und verbessert werden soll. Inwieweit Mindestmengen hier der richtige Weg sind, muss jedoch sehr genau und differenziert abgewogen werden. Wenn

Mindestmengen zum Zweck der verbesserten Versorgung onkologischer Patienten in der Folge vor allem im ländlichen Raum zu Klinikschließungen führen, ist für die Gesamtheit der regionalen Bevölkerung eher ein negativer Effekt auf die Versorgungsqualität zu befürchten. Auf der anderen Seite gibt es für eine gute medizinische Versorgung von Patienten mit kolorektalen Karzinomen mit den zertifizierten Darmzentren bereits jetzt Strukturen, deren Effekt mit der WiZen-Studie wissenschaftlich belegt werden konnte [8]. Neben den bereits genannten Mindestmengen werden hier zahlreiche weitere Parameter in der Prozess- und Strukturqualität stetig geprüft und optimiert. Eine Umstrukturierung der Kliniken hinsichtlich dieser Qualitätsparameter anzustreben steigert die Behandlungsqualität wahrscheinlich mehr, als die Umsetzung einer Mindestmenge.

Es ist unstrittig, dass es in Ballungsräumen ein Überangebot an Kliniken gibt und hier eine gewisse Bereinigung hinsichtlich der angebotenen Leistungen sinnvoll ist. Eine

Übertragung auf die dünner besiedelten ländlichen Regionen ist jedoch nicht ohne weiterreichende Folgen denkbar. Es sollte zudem nicht unterschätzt werden, wie komplex ein solcher Neuordnungsprozess sein kann. Kliniken mit sehr geringen Zahlen werden zweifellos aus der Versorgung gehen müssen, solche mit hohen Zahlen werden hingegen allenfalls eine weitere Zunahme der Fallzahlen organisieren müssen. Dazwischen gibt es jedoch eine große Anzahl von Kliniken mit mittleren Eingriffszahlen, was die flach verlaufende Kurve der Diagramme veranschaulicht. Die Annahme, dass von drei Kliniken knapp unter der Mindestmenge die Eingriffe einer Klinik einfach auf die anderen beiden übertragen werden, ist theoretisch nachvollziehbar. In der Realität wird jedoch kaum eine Klinik freiwillig auf diesen wichtigen Teil des Spektrums verzichten. So sind in der Übergangsphase ethisch fragwürdige „Kämpfe“ um die Patienten zu befürchten. Zudem können die Kliniken in dieser Zeit kaum zukunftsorientiert planen da unklar ist, ob demnächst mehr oder gar keine kolorektale Karzinomchirurgie stattfinden wird.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass eine Einführung von Mindestmengen für die Chirurgie kolorektaler Karzinome zu erheblichen Umstrukturierungsprozessen lokal, regional und überregional führen wird, welche die Kliniklandschaft, wie wir sie heute kennen, nachhaltig verändern und die chirurgische Ausbildung vor neue Herausforderungen stellen wird. Insbesondere für die Weiterbildung steht die Forderung nach unverzüglichen und sinnvollen Anpassungen im Vordergrund.

LITERATUR

- [1] „Eckpunktepapier – Krankenhausreform“, 2023, [Online]. Verfügbar unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Krankenhausreform/Eckpunktepapier_Krankenhausreform_final.pdf
- [2] „Lauterbach: Krankenhausreform ist ein gutes Stück vorangekommen“. [Online]. Zugriffen: 13. Januar 2024; Verfügbar unter: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/ministerium/meldungen/lautebach-krankenhausreform-ist-ein-gutes-stueck-vorangekommen.html>
- [3] „Dritte Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung“, [Online]. Zugriffen: 13. Januar 2024; Verfügbar unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Krankenhausreform/3te_Stellungnahme_Regierungskommission_Grundlegende_Reform_KH-Verguetung_6_Dez_2022_mit_Tab-anhang.pdf
- [4] „Chirurgie kolorektaler Karzinome: Die Erfolgsaussichten steigen mit höheren Fallzahlen“, Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG). [Online]. Zugriffen: 13. Januar 2024; Verfügbar unter: https://www.iqwig.de/presse/pressemitteilungen/pressemitteilungen-detailseite_91840.html
- [5] „Krankenhäuser 2022 nach Trägern und Bundesländern“, Statistisches Bundesamt. [Online]. Zugriffen: 13. Januar 2024; Verfügbar unter: <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhaeuser/Tabellen/eckzahlen-krankenhaeuser.html>
- [6] Deutsche Krebsgesellschaft e.V., „Jahresbericht der zertifizierten Darmkrebszentren Kennzahlenauswertung 2023 Auditjahr 2022 / Kennzahlenjahr 2021“. [Online]. Zugriffen: 13. Januar 2024; Verfügbar unter: https://www.onkozert.de/wordpress/wp-content/uploads/2023/11/qualitaetsindikatoren_darmkrebs_2023-A1_230629.pdf?v=64142134
- [7] Inzidenz und Mortalität proximaler und distaler kolorektaler Karzinome in Deutschland Trends in der Ära der Vorsorgekoloskopie Cardoso R et. al. **Dtsch Arztebl Int** 2021; **118**: 281–7; DOI: [10.3238/arztebl.m2021.0111](https://doi.org/10.3238/arztebl.m2021.0111)
- [8] Krebserstbehandlung in zertifizierten versus nichtzertifizierten Krankenhäusern Ergebnisse der vergleichenden Kohortenstudie WiZen. Schmitt J et al. **Dtsch Arztebl Int** 2023; **120**: 647–54; DOI: [10.3238/arztebl.m2023.0169](https://doi.org/10.3238/arztebl.m2023.0169) ○



BDC | Berufsverband der Deutschen Chirurgie e.V.

Präsenz-Seminar

Berlin, 04.05.2024

Begutachtung im Behandlungsfehler-Prozess

Zivil- und Strafrecht



RECHT &
VERSICHERUNG

Versicherungs- angebote des BDC



Diese Leistungen sind in Ihrem BDC-Mitgliedsbeitrag enthalten:

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

Weitere Versicherungsangebote für BDC-Mitglieder über Rahmenverträge

Exklusiv und marktführend

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

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

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

ECCLESIA MED GMBH

Ecclesiastraße 1-4, 32758 Detmold

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

E-Mail: bdc-versicherungsservice@ecclesia.de

HYGIENE TIPP

Hygiene ist Chefsache

Walter Popp, Lutz Jatzwauk, Wolfgang Kohnen

Hygienefehler sind meistens durch personelles Fehlverhalten bedingt. Für eine korrekte Hygiene ist entscheidend, dass der Chefarzt/die Chefarztin, die Oberärztinnen und -ärzte sowie die Praxisinhaber selbst die geltenden Regeln umsetzen und von den Mitarbeitern einfordern. Die Leitungen haben Vorbildfunktion.

Dies betrifft zu allererst die Indikations-gerechte und regelhafte Händehygiene, vor allem die Händedesinfektion. Insbesondere bei der Visite müssen die Hände zwischen zwei Patienten, soweit sie berührt werden, desinfiziert werden, auch nach dem letzten Patienten ist eine Händedesinfektion erforderlich.

Dies gilt genauso für den Verbandwechsel: Dieser darf erst beginnen nach einer hygienischen Händedesinfektion, damit ist auch abzuschließen. Der Verbandwechsel soll nur kurzärmlich erfolgen – also Arztkittel vorher ablegen.

Gleiches gilt für die persönliche Schutzausrüstung in Isolierzimmern: Wenn bei der Visite die Führungskräfte unzureichend gekleidet in das Zimmer gehen („wir sind ja nur kurz drin und fassen niemand an“), so wird dies genauso von Studenten und Assistenzärzten gemacht werden.

Gerade im Hinblick auf die Hygiene im Patientenzimmer und Untersuchungszimmer ist zu bedenken, dass die Patienten dies alles sehen und inzwischen auch über eine gewisse Kompetenz verfügen.

Daher gilt: Hygiene ist immer Chefsache.

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



Prof. Dr. med. Prof. h. c. (MNG) Walter Popp

Ärztlicher Leiter

HyKoMed GmbH

Vizepräsident der Deutschen Gesellschaft für
Krankenhausthygiene e.V. (DGKH)

popp@hykomed.de

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

Krankenhausthygiene/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
Krankenhausthygiene e.V. (DGKH)

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

Hygiene ist Chefsache. Passion Chirurgie.

2024 April; 14(04): Artikel 04_04.



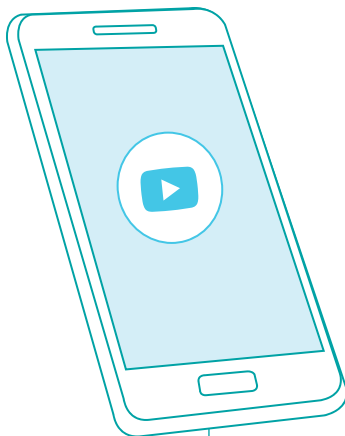
Weitere Hygiene-Tipps finden Sie auf BDC|Online

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

Patientensicherheit | Hygiene-Tipp.

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.

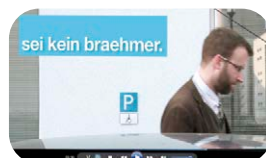
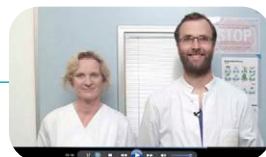
Der Berufsverband der Deutschen Chirurgie und die deutschen Hygieniker betreiben seit 2008 eine bundesweite Informationskampagne, die dazu beitragen soll, vermeidbare Infektionen in Klinik und Praxis zu reduzieren. Wir wissen, dass Sie als Chirurgin/Chirurg alles zur Infektprophylaxe und Hygiene wissen.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



Die Anforderung der Barrierefreiheit für D-ärztliche Praxen

Thomas Ideker

Die Anforderungen der gesetzlichen Unfallversicherungsträger vom 01.01.2024 für das Durchgangsarztverfahren sehen u. a. vor, dass die Praxis barrierefrei zugänglich und entsprechend ausgestattet sein muss. Diese Forderung gilt für alle Anträge auf Beteiligung am Durchgangsarztverfahren seit Jahresbeginn. Dazu zählen auch Anträge von Durchgangsärztinnen und Durchgangsärzten, die infolge einer Praxisverlegung ihre Beteiligung am Verfahren neu beantragen müssen.

Die Thematik ist im Bereich der Durchgangsarztanforderungen nicht völlig neu. Bereits seit den Bestimmungen von 1999 müssen durchgangsärztliche Praxen zumindest für nicht gehfähige Unfallverletzte zugänglich und ausgestattet sein. Nachdem die UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (UN-BRK) seit dem 26.03.2009 geltendes Recht in Deutschland geworden ist, ist auch die gesetzliche Unfallversicherung verpflichtet, die Ziele der UN-BRK zur Gleichstellung von Menschen mit Behinderungen



Thomas Ideker

Stellvertretender Geschäftsstellenleiter
Deutsche Gesetzliche
Unfallversicherung e.V. (DGUV)
Landesverband Nordwest
Hildesheimer Str. 309
30519 Hannover
thomas.ideker@dguv.de

umzusetzen. Dazu zählt u. a. auch die Anforderung nach barrierefreien D-ärztlichen Praxen.

Gegenüber früheren Regelungen ist der Begriff der Barrierefreiheit in den neuen Anforderungen für das Durchgangsarztverfahren von 2024 umfassender. Er beschränkt sich nicht nur auf Menschen mit Einschränkungen der Gehfähigkeit, sondern schließt grundsätzlich alle Arten von Behinderungen ein. Das Ziel, eine Praxis in diesem Sinne vollständig barrierefrei zu gestalten, ist kaum zu erreichen. Diesem kann sich daher nur schrittweise angenähert werden, insbesondere wenn es sich um Praxisräume in Bestandsgebäuden handelt. Nachfolgend werden die wichtigsten

Kriterien angeführt, die für eine barrierefreie Zugänglichkeit und Ausstattung durchgangsarztlicher Praxen von Bedeutung sind. Orientierende Beurteilungsgrundlage bildet die DIN 18040-1, Planungsgrundlagen für barrierefreies Bauen für öffentlich zugängliche Gebäude – Teil 1, von 2010. Zu den öffentlichen Gebäuden zählen auch Einrichtungen des Gesundheitswesens.

ZUGANG ZUR PRAXIS

Der Zugang zur Praxis sollte möglichst ebenerdig und frei von Stufen und Schwellen sein. Der Untergrund muss so beschaffen sein, dass ohne große Kraftanstrengungen und Unfallgefahr eine Fortbewegung mit

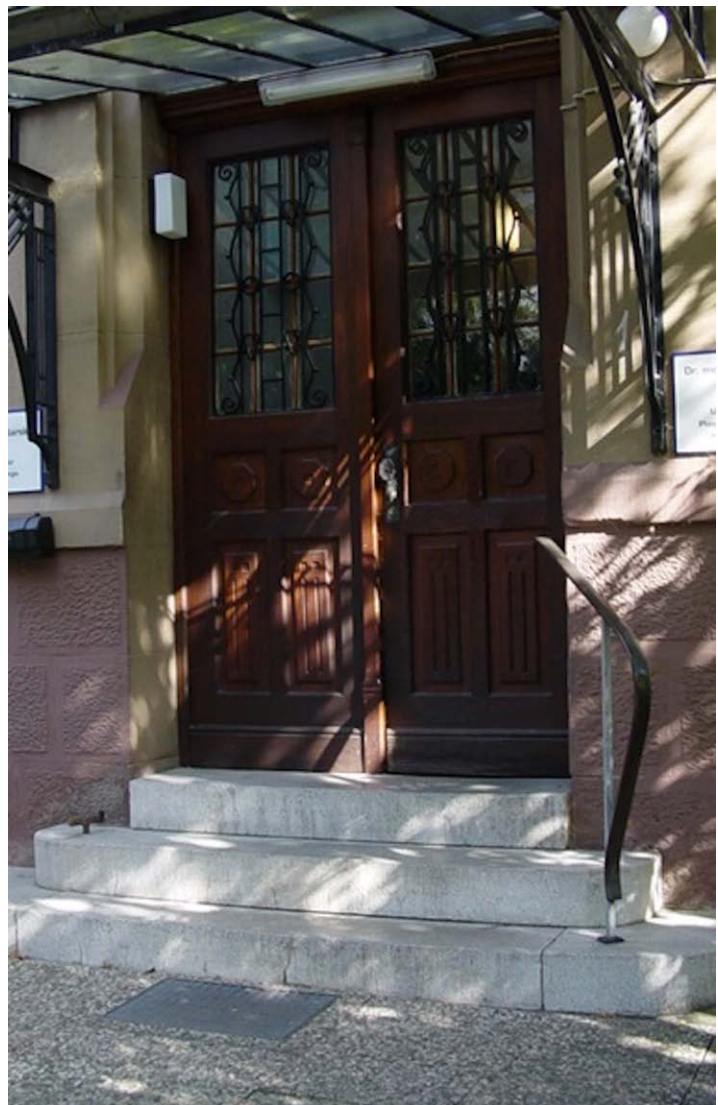


Abb. 1: Der Eingang zu einer chirurgischen Praxis; Stufen und schwergängige Türen bilden noch immer die häufigsten Barrieren für Menschen mit Behinderungen.

Ideker T: Die Anforderung der Barrierefreiheit für D-ärztliche Praxen. *Passion Chirurgie*. 2024 April; 14(04): Artikel 04_05.



Weitere Artikel zum Thema „D-Arzt“ finden Sie auf BDC|Online (www.bdc.de) unter der Rubrik Wissen | Fachgebiete | Niederlassung.

Rollstuhl, Rollator oder auch Unterarmgehstützen möglich ist. Untergründe wie Kies, Sand oder grobes Kopfsteinpflaster sind ungeeignet. Sofern für den Zugang zum Gebäude eine Rampe erforderlich ist, gibt die o. g. DIN dafür notwendige Maße und Steigungswinkel vor, die einzuhalten sind. Sowohl die Zugangstür zum Gebäude als auch die Eingangstür zur Praxis müssen leicht zu öffnen und ausreichend groß bemessen sein. Die lichte Mindestbreite beträgt 0,90 m. Türen mit besonderen Brandschutzeigenschaften haben oftmals ein hohes Eigengewicht und brauchen daher zum Öffnen unterstützend einen automatischen Türantrieb. Karussell- oder Pendeltüren sind nicht barrierefrei. Zu einem barrierefreien Zugang gehört auch ein ausgewiesener Behindertenparkplatz sowie eine gut lesbare Ausschilderung zur Praxis.

Ist zum Erreichen der Praxis ein Aufzug erforderlich, muss dieser gewissen Anforderungen entsprechen. Neben einer ausreichenden Bewegungsfläche vor dem Aufzug sollte die Kabine im Inneren mindestens 1,10 m x 1,40 m groß sein, um den Transport eines Rollstuhlbenutzenden einschließlich Begleitperson zu ermöglichen. Für die Aufzugtür gilt ebenfalls die bereits erwähnte Mindestbreite von 0,90 m. Das Bedienfeld des Aufzugs sollte so gestaltet sein, dass es auch für Menschen mit Sehbehinderung geeignet ist. Sogenannte Treppenlifte, die bevorzugt in privaten Haushalten eingesetzt werden, sind ungeeignet, weil ein Rollstuhl oder Rollator nicht transportiert werden kann.

AUSSTATTUNG DER PRAXIS

Bei der Ausstattung der Praxis liegt das Hauptaugenmerk auf den Türbreiten und ausreichenden Bewegungsflächen in den Funktionsräumen, die für die Versorgung der Patienten notwendig sind, einschließlich Wartezimmer und Sanitärbereich. Wie bereits oben angeführt, gilt auch hier das Mindestmaß von 0,90 m lichte Breite für die Türen.

Mindestens ein Untersuchungs- und Behandlungsraum muss so ausgestattet sein, dass ein ausreichendes Platzangebot zum Anfahren der höhenverstellbaren Untersuchungs- und Behandlungsfläche mit einem Rollstuhl besteht. Die Fläche muss dabei so im Raum platziert werden können, dass sie von beiden Seiten angefahren werden kann. Gleiches gilt für den Röntgenbereich im Röntgenraum.

Die Tür zum Behinderten-WC muss sich nach außen öffnen. Im Raum selbst muss vor dem WC-Becken eine ausreichende Bewegungsfläche von mindestens 1,5 m x 1,5 m als Rangierfläche zur Verfügung stehen sowie neben dem WC-Becken eine Anfahrbreite von 0,90 m. Bei Neubauplanungen müssen beide Seiten des WC-Beckens anfahrbar sein. In Bestandsgebäuden muss das WC-Becken mindestens von einer Seite angefahren werden können. Darüber hinaus gehören zur Ausstattung des Sanitärzimmers stufenlos arretierbare Stützgriffe, um das Umsetzen vom Rollstuhl auf das WC-Becken zu ermöglichen sowie ein akustischer und optischer Alarm (Zwei-Sinne-Prinzip). Weitere Ausstattungsdetails finden sich in der o. g. DIN. Die Nutzung einer behindertengerechten WC-Anlage durch mehrere Praxen auf einer Ebene oder innerhalb eines Gebäudes ist grundsätzlich möglich, wenn der Zugang von der D-ärztlichen Praxis zur Anlage ebenfalls barrierefrei und im Alarmfall eine kurzfristige Hilfestellung sichergestellt ist.

Auch das Wartezimmer muss ausreichend Platzgelegenheit für Rollstuhlbenutzende aufweisen. Feststehende Sitzbänke sind in der Regel ungeeignet. Eine Abstellfläche für Rollstühle, Rollatoren und Unterarmgehstützen kann dagegen auch außerhalb des Wartebereiches eingerichtet werden.

Neben den vorgenannten Kriterien gibt es weitere Bereiche, die die Nutzung der Praxisräume für Menschen mit Behinderungen grundsätzlich ermöglichen, aber nur unter erschwerten Bedingungen. Dazu kann

z. B. der Empfangstresen gehören, wenn er ausschließlich für Patienten konzipiert ist, die vor dem Tresen aufrecht stehen. Patienten, die dagegen an den Rollstuhl gebunden sind, können in diesem Fall vom Praxispersonal, das auf der anderen Seite des Tresens sitzt, nicht gesehen werden. Ist auch ein Unterfahren des Tresens nicht möglich, ist durch den erhöhten Abstand die Verständigung erschwert und das Anreichen von Unterlagen oftmals gar nicht möglich. Für sehbehinderte Menschen sind eine kontrastreiche Farbgebung und gut lesbare Beschilderungen wichtig, was nicht immer ausreichend Berücksichtigung findet. Im Rahmen von Praxisbegehungen sprechen wir auch solche Themen an, mit dem Ziel, bei späteren Sanierungs- oder Renovierungsarbeiten entsprechende Veränderungen vorzunehmen.

SCHLUSSWORT

Das Thema Barrierefreiheit ist sehr umfangreich und, wie eingangs angeführt, wird dieses Ziel voraussichtlich nie vollständig erreicht werden können. Wichtig ist daher, das Bewusstsein für dieses Thema weiter zu stärken, um sich dem Ziel so weit wie möglich anzunähern. Wenn Betroffene über ihre Erfahrungen berichten, wie schwierig es für sie noch immer ist, selbst in Großstädten wie Hamburg, z. B. eine Zahnarzt- oder Hautarztpraxis zu finden, die rollstuhlgerecht ist, wird deutlich, wie groß noch immer der Handlungsbedarf ist. Dieser wird durch den demografischen Wandel zusätzlich erhöht. Das Thema erfordert zudem auch fachliche Kenntnisse, weshalb bei Neu- und Umbauten die Hinzuziehung von auf diesem Fachgebiet spezialisierten Architektinnen und Architekten sehr zu empfehlen ist. Ärztinnen und Ärzte, die eine Beteiligung am Durchgangsarztverfahren anstreben, sollten zusätzlich vor dem Kauf einer bestehenden Praxis oder dem Bau neuer Praxisräume mit dem zuständigen Landesverband der DGUV Kontakt aufnehmen. Die Beratung dort erfolgt kostenfrei. 

Frage & Antwort



Abrechnung von Simultaneingriffen



Antwort von:

Dr. Peter Kalbe

Vizepräsident

Berufsverband der Deutschen

Chirurgie e.V. (BDC)

Kalbe@bdc.de

Kalbe, P.: Abrechnung von Simultaneingriffen.

Passion Chirurgie. 2024 April; 14(04):

Artikel 04_06.



Mehr Artikel zum Thema Abrechnung finden Sie auf BDC|Online (www.bdc.de), Rubrik Wissen | Vergütung | EBM).

FRAGE:

Ein niedergelassener Gefäßchirurg arbeitet in einer Praxisklinik. Er behandelt operativ als Schwerpunkt Varizenerkrankungen. Diese werden teilweise in Narkose im OP der Praxisklinik mit deren Anästhesisten zusammen behandelt. Die Praxis für Anästhesiologie hat eine Plausibilitätsprüfung aufgrund von überschrittener Prüfzeiten bekommen. Dabei sind Fehler in der Abrechnung der Zuschlagsziffern bei Simultaneingriffen aufgefallen. Hierbei wurden auch vermeintlich zu viele Zuschlagsziffern bei Varizenpatient:innen des Chirurgen abgerechnet. Seine Frage: Ist ein Simultaneingriff (Seitenastexhairese) bei einer Crossektomie und Stripping mit ausgedehnter Seitenastextirpation zulässig? Wonach richtet sich die Anzahl der Zuschlagsziffern?

ANTWORT:

Zur Beurteilung muss formal auf die Bestimmungen des EBM verwiesen werden. Dort heißt es in der Präambel zum Anhang 2:

2. **Erfolgen mehrere operative Prozeduren unter einer Diagnose** und/oder über einen gemeinsamen operativen Zugangsweg, so kann nur der am höchsten bewertete Eingriff berechnet werden.

3. Abweichend von 2. kann bei Simultaneingriffen (**zusätzliche, vom Haupteingriff unterschiedliche Diagnose**, und gesonderter operativer Zugangsweg) die durch das OP- und/oder das Narkoseprotokoll nachgewiesene Überschreitung der Schnitt-Naht-Zeit des Haupteingriffs durch die zusätzliche Berechnung der entsprechenden Zuschlagspositionen berechnet werden. Die berechnungsfähige Höchstzeit bei Simultaneingriffen entspricht der Summe der Zeiten der Einzeleingriffe. Als Berechnungsgrundlagen für Simultaneingriffe gelten folgende Zeiten:

Kategorie 1: 15 Minuten
Kategorie 2: 30 Minuten
Kategorie 3: 45 Minuten
Kategorie 4: 60 Minuten
Kategorie 5: 90 Minuten
Kategorie 6: 120 Minuten

Die KBV hat diese Bedingungen auch noch einmal in einem **Merkblatt** zusammengefasst. Voraussetzung für die Berechnung eines Simultaneingriffs ist somit gemäß der Regelung unter 3. eine **zusätzliche Diagnose**. Dies trifft nach unserer Einschätzung für die Seitenastvarikose zu. Ein gesonderter operativer Zugangsweg liegt unbestreitbar vor.

Im Kommentar der KBV heißt es dazu:

„
EINE GESONDERTE
DIAGNOSE IST
AUCH GEGEBEN BEI
NAHEGELEGENEN,
ANATOMISCH ABER
DIFFERENTEN
STRUKTUREN, DIE
NICHT GRUNDSÄTZLICH
GEMEINSAM
BEHANDLUNGS-
BEDÜRFTIG SIND.“

Ohne Zweifel muss bei einer Varizen-OP nicht grundsätzlich auch eine Seitenastvarikose operativ behandelt werden. Als weiteres Indiz für eine „gesonderte Diagnose“ kann darauf verwiesen werden, dass sich im Anhang 2 eine gesonderte ops. 5-385.9d findet, unter der auch eine isolierte Seitenastexhairese als selbstständiger Eingriff kodiert werden kann.

Der Ansatz der GO-Nr. 31208 als Zusatz zu den Leistungen der Crossektomie und der Entfernung der Stammvarikosis wäre somit gerechtfertigt, wenn eine zusätzlich Seitenastexhairese durchgeführt und im OP-Bericht dokumentiert wurde. **Dies allerdings nur dann, wenn die weitere einschränkende Bedingung erfüllt ist, nämlich, dass dieser zusätzliche Simultaneingriff mindestens 15 Minuten gedauert hat** und dies ebenfalls im OP-Bericht und möglichst auch als weitere Schnitt-Naht-Zeit im Narkoseprotokoll

nachvollziehbar dokumentiert ist. Sie müssen also individuell einschätzen, wie häufig dies bei Ihren Operationen zutrifft und dokumentiert ist. Dies dürfte auch deswegen problematisch sein, weil die oben erwähnte ops. 5-385.9d für die Seitenastexhairese der Kategorie K1 und damit einer Kalkulationszeit bis zu 15 Minuten zugeordnet wurde.

Eine Begründung für einen Simultaneingriff liegt unabhängig davon unbestritten bei gleichzeitiger Operation beider Beine vor. Dann wäre (je nach Dauer x-mal je 15 Minuten) die GO-Nr. 31208 für die 2. Seite anzusetzen. ○



**Beste Vorbereitung auf deine M3-Prüfung –
lerne durch Fallbeispiele!**

www.bdc-eakademie.de

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.

APRIL 2024

Prof. Dr. med. Chris Braumann ist seit Juli 2023 Direktor der chirurgischen Kliniken am Evangelischen Klinikum Gelsenkirchen und Evangelischen Krankenhaus Herne, innerhalb des neu gegründeten Evangelischen Verbund Augusta Ruhr.

Dr. med. Michael Dykta ist seit Februar 2024 Chefarzt der neuen Abteilung Allgemein-, Viszeral- und Adipositaschirurgie in der Klinik Füßen. Dykta war zuvor Oberarzt der Allgemein-, Viszeral- und Thoraxchirurgie am Sana Klinikum Hof, wo er das Adipositaszentrum leitete.

Dr. med. Astrid Flötgen ist seit Januar 2024 neue Cheärztin der Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Endokrine Chirurgie am St. Joseph-Stift in Dresden. Die stellvertretende Leiterin des Darmkrebszentrums und des Zentrums für Schilddrüsen- und Nebenschilddrüsenchirurgie war seit 2013 Oberärztin der Klinik.

PD Dr. med. Christoph Holmer ist neuer Chefarzt der Allgemein- und Viszeralchirurgie, Proktologie der Caritas-Klinik Dominikus in Berlin. Er wechselte vom St. Joseph-Krankenhaus, wo er als Oberarzt tätig war.

Ljubomir Nilovic, zuvor seit 2017 Chefarzt der Allgemein- und Viszeralchirurgie am Helios Klinikum Schwelm, ist seit Februar 2024 neuer

Standortleiter der Chirurgie in der Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Gefäßchirurgie am Evangelischen Klinikum Gelsenkirchen an der Seite von **Prof. Dr. med. Chris Braumann**.

Gennaro Manzo übernahm Anfang März 2024 die cheftätliche Leitung der Orthopädie und Unfallchirurgie der Helios Frankenwaldklinik Kronach. Der Facharzt für Chirurgie, Orthopädie und Unfallchirurgie, mit den Schwerpunkten Unfallchirurgie und spezieller Unfallchirurgie war zuvor Leitender Arzt der Unfallchirurgie/Orthopädie/Handchirurgie am Rheinlandklinikum Neuss.

Dr. med. Jürgen Ropers wechselte Anfang April 2024 von seiner cheftätlichen Wirkungsstätte der Paracelsus-Klinik Henstedt-Ulzburg nach Neustadt in Holstein. Dort leitet er nun die Wirbelsäulenchirurgie der Schön Klinik.

Dr. med. Hagen Rudolph, ehemals leitender Oberarzt und Leiter des Viszeralonkologischen Zentrums am Klinikum Chemnitz, wechselte Anfang März 2024 an die Zeisigwaldklinik Bethanien Chemnitz. Der Facharzt für Viszeralchirurgie mit Zusatzweiterbildung spezielle Viszeralchirurgie ist dort der neue Chefarzt der Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie. ○



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

Nachruf auf Univ.-Prof. Dr. med. Dr. h.c. mult. Jörg Rüdiger Siewert



in memoriam

Univ.-Prof. Dr. med. Dr. h.c. mult.
Jörg Rüdiger Siewert
(*08.02.1940 † 09.01.2024)

Am 9. Januar 2024 verstarb im Alter von 83 Jahren Jörg Rüdiger Siewert nach kurzer schwerer Krankheit in der von ihm entscheidend geprägten und fortentwickelten Universitätsklinik rechts der Isar der Technischen Universität.

Seinen spektakulären Werdegang durfte ich in seinen frühen Jahren ganz unmittelbar miterleben, was mir einen Nachruf nahelegt. In ihm sei eine aufschlussreiche Schrift erwähnt, die er mir einst in Göttingen widmete: „H.-J. Peiper – Freund und Lehrer, Jörg Rüdiger Siewert (Universitätsmedizin Göttingen, 2016)“.

In Berlin geboren und aufgewachsen, begann er nach seinem dortigen Studium eine chirurgische Laufbahn in dem damals noch städtischen großen Rudolf-Vichow-Krankenhaus unter dem dortigen Chefchirurgen Professor Dr. Wilhelm Heim, dem später langjährigen Präsidenten der Berliner Ärztekammer. Einer von dessen Mitarbeitern, Werner Stengel (später Chefarzt in Bad Hersfeld), war ein entfernter Verwandter von mir. Ihm hatte er sehr rasch bedeutet, dass der junge, mit der Facharztweiterbildung begonnene Jörg Rüdiger Siewert, aufgrund seiner Befähigungen unbedingt an eine Universitätsklinik gehöre. Hierzu sei ihm eingefallen, dass Stengel mich in Göttingen kennen müsse und eine Empfehlung an ihn wohl erfolgreich sein könne. Und so geschah es, dass Siewert sofort als Assistenzarzt angenommen wurde und dies 1967 zu einem Standortwechsel führte. Ich setzte ihn darauf hin zur Erprobung auf meiner etwas altertümliche „Privatstation“ ein, deren Zimmer in verschiedenen Bereichen unserer alten Klinik (1871) lag. Auf dem morgendlichen Visitenweg kam mir die Idee, Siewerts Einsatzbereitschaft zu erproben, mein Ziel war es, die eigentlich mir zugehörige und von den Thoraxchirurgen angeeignete Ösophaguschirurgie zurück zu gewinnen. Dies plante ich durch Erstellung eines neuartigen Manometrielabors für diagnostische Druckmessungen in

der Speiseröhre. Innerhalb weniger Tage machte Siewert sich schlau, fuhr nach Ingelheim, wo ein derartiges Verfahren tierexperimentell erprobt wurde und richtete eine derartige Möglichkeit unmittelbar in Göttingen ein, wo es bis heute unter bewährter Leitung funktioniert. Nunmehr kamen die entsprechenden Patienten zu uns und wurden hier gegebenenfalls auch operiert. Daraus resultierten zunehmende Erfahrungen in der Ösophaguschirurgie, die Siewert später am Großstadtkrankengut in München in größerem Umfang zu Nutzen kamen. Er erwarb sich dann über Jahre hinweg national und dann auch international den Ruf eines bedeutenden Spezialisten auf diesem Gebiet.

1972 erfolgte Siewerts Habilitation über „Klinische und experimentelle Untersuchungen zum Wirkungsmechanismus und zur Rekonstruktion des unteren Ösophagusphinkters“.

1977 bereits konnte ich ihn als apl. Professor und geschäftsführenden Oberarzt einsetzen. Er war ein stets präsenter und beliebter Koordinator für die anderen Kliniken. Es entsprach zudem meinem Wunsch, der in den letzten Jahren entstandenen Bedeutung einer kardiovaskulären Chirurgie eine differenzierte, moderne Gastroenterologie durch meine Mitarbeiter entgegenzusetzen, wobei mir Siewert entscheidende Unterstützung leistete. Diesbezüglich griff er während unserer häufigen gemeinsamen Sylt-Aufenthalte unser beider entwickelte Verbindung zu Dr. Götze vom Springer Verlag auf, ein umfassendes drei bändiges interdisziplinäres Werk zu einer modernen Gastroenterologie entstehen zu lassen. Kontaktfreudig, wie Siewert war, pflegte er regelmäßige Treffen mit den Hauptautoren und dies jeweils in Deutschland, der Schweiz, Frankreich ect. Die persönlichen Kontakte gingen soweit, dass man versuchte ihn für die Schweiz abzuwerben. Meine Dankbarkeit für sein Verbleiben in Deutschland lag auf der Hand und sollte Früchte tragen.

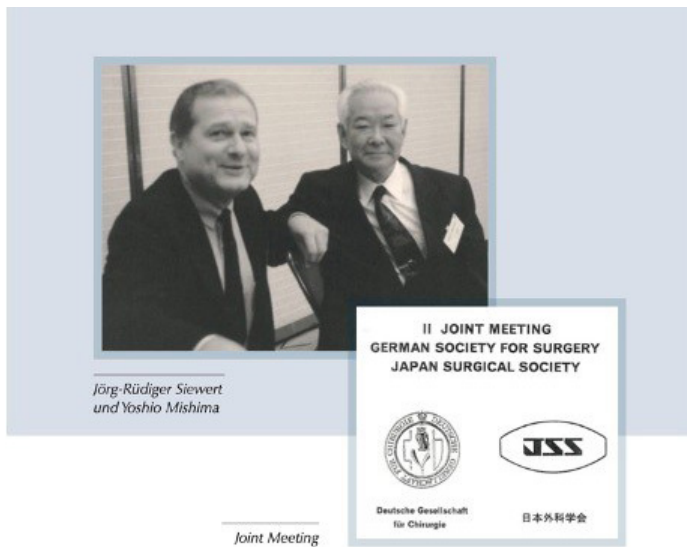


Abb. 1: PEIPER 1984

Siewerts Verantwortung für die ihm anvertrauten Assistenzärzte nahm er sehr ernst und förderte sie maßgeblich in ihrem beruflichen Weiterkommen. Die Bewunderung der Assistenten war immer groß, auch wenn er gelegentlich gefürchtet wurde. Ich weiß, dass die jüngeren Mitarbeiter, insbesondere auch die Studenten, von seinen Vorlesungen, seinem operativen Können und seinen beachtlichen anatomischen Kenntnissen schwärmten.

Seine internationalen Kontakte waren ungewöhnlich vielseitig. Ich konnte sie u. a. bei vielseitigem gemeinsamen Kongressbesuchen und Einladungen erleben. Besonders erwähnenswert waren Verbindungen nach Japan, hier besonders die Begegnung mit Yoshio Mishima, damals Chefchirurg in Chiba, später Ordinarius an der dentalen und medizinischen Fakultät in Tokio. Es war seinerzeit in Köln, als Jörg Rüdiger Siewert die Initiative zur Gründung eines Verbundes der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie mit der Japan Surgical Society ergriff. Hierdurch kam es jeweils alle drei Jahre in Deutschland und Japan zu Joint Meetings, an deren Gestaltung wir beide regelmäßig teilhaben konnten. Diese Treffen waren über viele Jahre hin Ausdruck der engen Freundschaft beider Nationen und haben erst nach einer langen Zeit ein Ende gefunden, insbesondere, weil es keine Initiatoren mehr gab. Ein letztes Treffen fand in Sapporo auf der Insel Hokkaido im Jahre 2002 statt.

Die Münchener Jahre wiesen für Jörg Rüdiger Siewert neben seinem wissenschaftlichen Wirken eine Fülle organisatorischer wie auch berufspolitischer Leistungen auf. In dieser Zeit kam es zu vielseitigen Auszeichnungen, Ehrungen und Ehrenmitgliedschaften. Sie werden bei der Würdigung seiner eigenen Schüler in München rechts der Isar beschrieben. Unvergessen bleibt seine Präsidentschaft in der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie 2001-2002.

Ich hatte nie Zweifel, dass Siewert einen erfolgreichen akademischen Weg bestreiten würde. Dieser begann 1981 mit seiner Berufung auf den chirurgischen Lehrstuhl am Klinikum rechts der Isar der Technischen Universität München. Mit der Bewunderung für den alten Freund und Schüler konnte ich anlässlich einer Einladung nach München erleben, wie vollendet Siewert neuzeitlichen Entwicklungen in seiner Klinik Gestalt verlieh, so dem Aufbau einer seiner Klinik zugeordneten Intensivstation sowie absolut neuartig: die Einführung einer interdisziplinären Morgenbesprechung zu allen neu aufgenommenen Kranken. Dies fand im Beisein der Vertreter der wichtigsten Nachbardisziplinen statt. Auch der neuartigen minimalinvasiven Chirurgie widmete er sich frühzeitig. Ebenso gab er der wissenschaftlichen Forschung einen fortschrittlichen Freiraum. In all den Jahren kam es zu vielseitigen Auszeichnungen, Ehrungen und Ehrenmitgliedschaften.

Nicht vergessen seien verschiedene familiäre Schicksalsschläge die er bei den enormen

beruflichen Belastungen verkraften musste. Teilweise erlebten wir sie durch unsere privaten Begegnungen.

Dabei erinnere ich mich eines Ausspruchs meines Vorgängers Professor Dr. Hans Hellner:

„
LEICHT FÄLLT DIE
ENTSCHEIDUNG NICHT,
ZWISCHEN NEIGUNG
UND PFLICHT.
ZU UNSEREN
PFLICHTEN MÜSSEN
WIR SCHWEIGEN,
VOR UNSEREN NEI-
GUNGEN UNS TIEF VER-
NEIGEN. WOHL DEM,
BEI DEM NEIGUNG UND
PFLICHT IM GLEICHGE-
WICHT!“

Er meisterte dieses Gleichgewicht und hatte so ein volles, ein erfülltes Leben. Ihm zu Gedenken möchte ich mich den Abschiedsworten von Jörg Rüdigers Siewerts Familie anschließen:

„
ER HINTERLÄSST EINE
LEUCHTENDE SPUR“

und dies ganz besonders in einem Leben, das er seiner Chirurgie gewidmet hat.

Hans-Jürgen Peiper



Frage & Antwort



Aufbereitung von Medizinprodukten von Praxispersonal



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

FRAGE:

Ein niedergelassener Chirurg fragt an, ob das von ihm für die Aufbereitung von Medizinprodukten der Kategorie semikritisch A und kritisch B eingesetzte Praxispersonal (MFAs) die von der Medizinprodukte-Betreiberverordnung (MPBetreibV) geforderte Sachkenntnis benötigen oder ob diese nur für die Instandhaltung der Produkte erforderlich ist.

ANTWORT:

Zunächst ist es für das Erfordernis der Sachkenntnis nach § 5 Abs. 1 Nr. 1 MPBetreibV unerheblich, ob es sich um eine Instandhaltung oder eine Aufbereitung eines Medizinproduktes handelt, denn für beide wird die Sachkenntnis gefordert. Für die Instandhaltung ergibt sich dies aus § 7 Abs. 2 MPBetreibV und für die Aufbereitung aus § 8 Abs. 7 MPBetreibV.

§ 8 Abs. 7 S. 1 MPBetreibV verlangt hinsichtlich der Voraussetzungen für die Aufbereitung von Medizinprodukten, dass der Betreiber – hier konkret also der Praxisinhaber – nur Personen, Betriebe oder Einrichtungen mit der Aufbereitung von Medizinprodukten beauftragen darf, die selbst oder deren Beschäftigte, die die Aufbereitung durchführen, die Voraussetzungen nach § 5 MPBetreibV hinsichtlich der Aufbereitung des jeweiligen Medizinproduktes erfüllen. § 8 Abs. 7 S. 2 MPBetreibV regelt, dass die nach

§ 5 MPBetreibV erforderliche Ausbildung auch durch die Teilnahme an fachspezifischen Fortbildungsmaßnahmen ersetzt werden kann. Dabei soll man sich an den Empfehlungen der Anlage 6 der KRINKO-Empfehlung orientieren.

Nichts anderes ergibt sich meiner Ansicht nach aus der KRINKO-Empfehlung „Anforderungen an die Hygiene bei der Aufbereitung von Medizinprodukten“ aus 2012 (siehe [HIER](#); abgerufen 25.09.2023) i. V. m. der Ergänzung zur Empfehlung „Anforderungen an die Hygiene bei der Aufbereitung von Medizinprodukten“ der KRINKO vom 08.02.2018 (vgl. [HIER](#), S. 2; abgerufen am 25.09.2023). Die Ergänzung vom 08.02.2018 verweist zunächst darauf, dass sich die Anforderungen an die Qualifikation des Personals für die Aufbereitung aufgrund der Verordnungsänderung nicht mehr aus § 4 Abs. 3 MPBetreibV ergeben, sondern jetzt in § 8 MPBetreibV in Verbindung mit § 5 MPBetreibV geregelt sind.

Auch hiernach muss die mit der Aufbereitung beauftragte Person hinsichtlich der jeweiligen Tätigkeit über aktuelle Kenntnisse aufgrund einer geeigneten Ausbildung und einer einschlägigen beruflichen Tätigkeit verfügen (= § 5 Abs. 1 Nr. 1 MPBetreibV).

Die in der Anlage 6 „Sachkenntnis des Personals“ der KRINKO-Empfehlung aus 2012 aufgeführten inhaltlichen Anforderungen an die Sachkenntnis behalten weiterhin ihre Gültigkeit (vgl. KRINKO Ergänzungsempfehlung vom 08.02.2018, a. a. O., S. 2). Die gemäß Anlage 6 festgelegte Sachkenntnis des Personals gilt für Aufbereitungseinheiten gemäß der in Anlage 5 dargestellten Kategorien A (Medizinprodukte semikritisch und kritisch A) und B (Medizinprodukte semikritisch und kritisch B (s. [HIER](#); abgerufen am 25.09.2023)).

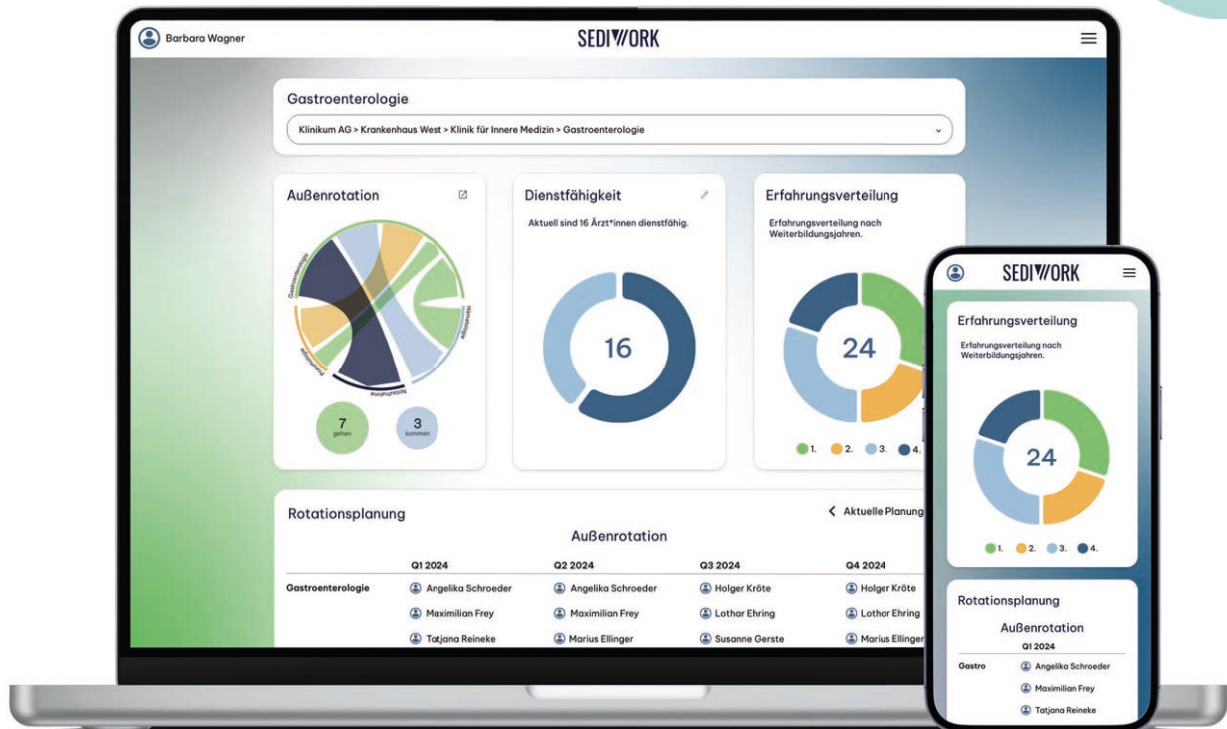
Folglich ist für die Aufbereitung von Medizinprodukten der Kategorien semikritisch A und kritisch B nach Ansicht des Verfassers die Sachkenntnis des die Aufbereitung durchführenden Personals nach § 5 Abs. 1 Nr. 1 i. V. m. § 8 Abs. 2, 7 MPBetreibV i. V. m. den KRINKO-Empfehlung „Anforderungen an die Hygiene bei der Aufbereitung von Medizinprodukten“ von 2012 und vom 08.02.2018 zwingend erforderlich. ○

Heberer J: F+A: Aufbereitung von Medizinprodukten von Praxispersonal. 2024 April; 14(04): Artikel 04_09.



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

BDC-PRAXISTEST



SEDIWORK, eine cloudbasierte Software für die ärztliche Rotationsplanung

Dilan Sinem Sert

VORWORT – ROTIERENDE ÄRZTINNEN UND ÄRZTE

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

Rotationen waren schon immer fester Part der chirurgischen Karriere. Aber mit der ärztlichen Weiterbildung hatte das oft weniger zu tun. Man rotierte als Belohnung, aus Strafe auch mal länger, angeblich geplant, doch manchmal auch spontan, früher oder später, wenn es passte und wenn nicht, dann eben nicht. Wer sich beschwerte oder gar forderte, der lebte gefährlich. Es gab einfach genug andere.



Dr. med. Dilan Sinem Sert
Geschäftsführerin
SEDIDOC GmbH
Karl-Liebknecht-Straße 14
04107 Leipzig

Doch diese Zeiten sind zum Glück vorbei. Eine verlässliche und transparente Weiterbildungszeit ist auf dem medizinischen Bewerbermarkt zu einem sehr wichtigen Jobkriterium geworden, an dem selbst Ordinateure nicht mehr vorbeisegeln können. Doch die angemessene Verteilung der Mitarbeiter ist anspruchsvoll. Neben tradierten Fragen der Zugehörigkeit spielen z. B. Lernkurven, individuelle Pläne, Teambildungen, Partnerfragen, institutionelle Möglichkeiten und auch Belohnungsmuster eine durchaus relevante Rolle. Die angestrebte Neuverteilung von medizinischen Leistungen durch die niemals endende Reform der Reform der Reform ... im Gesundheitssystem wird eine weitere hohe Hürde bauen. Rotationen in der Weiterbildung bekommen dadurch noch mehr inhaltlichen Druck.

Da erscheint eine cloudbasierte Rotationsplanung für den standortübergreifenden Einsatz gerade richtig. Die Autorin verrät nicht zu viele Details, aber das Programm macht neugierig, denn die Anforderungen und Ansprüche sind hoch. Warum gerade ein Klinikum, der bis dato nicht unbedingt für Altruismus stand, das Roll-Out unterstützt? *Honi soit qui mal y pense*. Spielt aber auch keine Rolle, denn „wer heilt, hat recht“. Um das zu beurteilen, müsste man aber auch in 12 bis 24 Monaten bilanzieren. Wir sind also gespannt auf die Ergebnisse der Hamburger Rotation. Und bis dahin hoffen wir, dass das Programm im Einsatz immer eine Handbreit Wasser unterm Kiel hat.

Anregende Lektüre wünschen

Prof. Dr. med. C. J. Krones

und

Prof. Dr. med. D. Vallböhmer



Die moderne Gesundheitsbranche befindet sich derzeit in einem tiefgreifenden Wandel, der nicht nur medizinische Fortschritte, sondern auch innovative digitale Technologien umfasst. Ein Bereich, der bisher oft manuell und zeitaufwändig organisiert wurde, betrifft die Rotationsplanung für Ärzte in Kliniken. Die Einführung einer cloudbasierten, intelligenten Rotationsplanung am Beispiel der Asklepios-Kliniken in Hamburg verspricht nicht nur eine Steigerung der Effizienz, sondern auch eine engere Zusammenarbeit zwischen den Kliniken und eine erhebliche Verbesserung der Arbeitszufriedenheit der Ärzte.

Schauen wir uns die Arbeitswelt des Arztes an, beobachten wir, dass in den letzten Jahren die Bürokratie in der Medizin zugenommen hat, was das Leistungspotential von Ärzten erheblich hemmt. Um den medizinischen

Fortschritt voranzutreiben und die bestmögliche Versorgung für Patienten sicherzustellen, sind die Entbürokratisierung des Arztberufs sowie die Digitalisierung unumgänglich.

Warum ist das so wichtig? Weil Ärzte sich auf ihre eigentliche Aufgabe konzentrieren sollten: Die Medizin, die Behandlung und die Versorgung von Patienten. Wenn sie ihre Zeit und Energie mit organisatorischen und bürokratischen Angelegenheiten verbringen müssen, geht wertvolle Zeit verloren, die stattdessen der Patientenversorgung gewidmet werden könnte. Dies führt nicht nur bei den Ärzten zu großer Frustration, sondern hat auch erhebliche wirtschaftliche Auswirkungen auf viele Kliniken.

Eine wichtige Aufgabe der Ärzte besteht darin, die nächste Generation von Medizinerinnen effektiv auszubilden. Ein Bereich, der bisher

Sert DS: BDC-Praxistest: SEDIWORK, eine cloudbasierte Software für die ärztliche Rotationsplanung. *Passion Chirurgie*. 2024 April; 14(03/Q1): Artikel 05_01.



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

manuell verwaltet wird, betrifft die Rotation der Ärzte. Ärzte wechseln zwischen den verschiedenen Abteilungen einer Klinik oder mehreren Kliniken, um die erforderlichen Fähigkeiten für ihre Facharztweiterbildung zu erlangen.

Aktuell erfolgt die Planung manuell und erfordert die Berücksichtigung einer Vielzahl komplexer Parameter. Dazu gehören nicht nur die verschiedenen Rotationsbereiche, sondern auch die präzise Koordinierung der Kapazitäten, die Berücksichtigung der Weiterbildungsordnung, die Anpassung an klinikinterne Curricula und die sorgfältige Organisation von externen Rotationsmöglichkeiten.

Die hohe Komplexität dieser Aufgabe erfordert einen erheblichen Zeitaufwand, der die Aufmerksamkeit der Ärzte von ihren klinischen Tätigkeiten ablenkt. Im Durchschnitt widmet ein Chefarzt gut 12 % seiner Arbeitszeit im Monat allein der Planung der Rotationen, die er oft an seine qualifizierten Oberärzte delegiert, die dann in dieser Zeit nicht mehr für die direkte Patientenversorgung zur Verfügung stehen.

Die Lösung für diese komplexe Herausforderung liegt in einer intelligenten, cloud-basierten Rotationsplanung. Die innovative Software SEDIWORK ermöglicht es, sämtliche relevanten Parameter mithilfe von leistungsstarken Algorithmen zu berücksichtigen und Rotationsvorschläge für Ärzte und Kliniken zu generieren.

SEDIWORK

Sie unterstützt die standortübergreifende Zusammenarbeit zwischen den Kliniken, passt sich bei Ausfällen an, sichert die Qualität der ärztlichen Weiterbildung und die der medizinischen Versorgung und steigert insgesamt die Arbeitszufriedenheit. Durch die Digitalisierung und Automatisierung administrativer Prozesse erhalten Ärzte mehr

Freiheit, Selbstständigkeit und Teilhabe an ihrer beruflichen Entwicklung.

In den **Hamburger Asklepios-Kliniken** wird SEDIWORK derzeit ausgerollt. Maßgebliche vorangetrieben in Hamburg hat Professorin Carolin Tonus, Chefärztin der Viszeralchirurgie Asklepios Klinik St. Georg sowie Vorsitzende BDC Hamburg, die das Thema standortübergreifende Rotation und Weiterbildung bereits lange verfolgt.

”

**UNSER EINZIGARTIGES
UND EUROPaweit
GRÖSSTES KLINIK CLUSTER
IN HAMBURG TREIBT
MIT DER BÜNDELUNG
FÄCHERÜBERGREIFENDER
KOMPETENZEN SPITZEN-
MEDIZIN DURCH QUA-
LITATIV HOCHWERTIGE
WEITERBILDUNG VORAN.
DAS MACHEN WIR MIT
SEDIWORK VOLLSTÄNDIG
DIGITAL.“**

Prof. Dr. med. Carolin Tonus,
Chefärztin Allgemein- und
Viszeralchirurgie und Ärztliche
Direktorin Asklepios Klinik St. Georg

Mit der tatkräftigen Unterstützung der dortigen Chirurgen sind personalplanende Oberärzte nicht mehr durch bürokratische Tätigkeiten gebunden, sondern können sich darauf konzentrieren die eigenen und die individuellen Potenziale ihrer Mitarbeiter zu entfalten.

Die Neugestaltung der ärztlichen Rotationen in den Asklepios-Kliniken ist daher nicht nur ein technologischer Fortschritt, sondern ein bedeutender Schritt hin zu einer zeitgemäßen Personalentwicklung in einem modernen und effizienten Gesundheitswesen, die sowohl den Bedürfnissen der Ärzte als auch der Patienten gerecht wird.

”

**DER PERSONALOBERRARZT
SPIELT EINE SCHLÜSSEL-
ROLLE IN DER ENTWICK-
LUNG JUNGER KOLLEGEN
HINSICHTLICH IHRER
FÄHIGKEITEN. UM SICH
DARAUF KONZENTRIEREN
ZU KÖNNEN, BRAUCHT
ER ZEITGEMÄSSE TOOLS.
WERTSCHÄTZUNG GEGEN-
ÜBER DEN MITARBEITEN-
DEN ZEIGT SICH DURCH
UNTERSTÜTZUNG IHRER
INDIVIDUELLEN FÄHIG-
KEITEN, KONKRET MIT
DER FÖRDERUNG IHRER
WEITERBILDUNG.“**
Gründerin von SEDIWORK
Dr. med. Dilan Sinem Sert

Möchten Sie noch mehr von uns erfahren?
Dann nehmen Sie gerne Kontakt auf: dilan.sert@sedidoc.de





Strukturierter intersektoraler Weiterbildungsverbund in O und U

Johanna Ludwig, Ralf Schmitz

Das Thema Weiterbildung und Nachwuchsgewinnung in der Chirurgie wird schon seit vielen Jahren bestimmt durch eine zunehmend aufgehende Schere zwischen erhöhtem Bedarf und schrumpfenden Ressourcen. Der Bedarf wird im Wesentlichen definiert über die demografische Entwicklung. Auf der anderen Seite lässt die Altersstruktur der chirurgischen Fachärztinnen und -ärzte die Alarmglocken schrillen. So sind die im chirurgischen Bereich Tätigen im Krankenhaus in den letzten Jahren nach Angaben der BÄK weiter gealtert. 13 % der stationär tätigen Kolleginnen und Kollegen sind älter als 60 Jahre, im Vertragsarztbereich sind dies sogar

30,3 % [1, 2]. Dies ist ein klares Zeichen dafür, dass nicht ausreichend qualifizierter Nachwuchs zur Verfügung steht und nachrückt. Warum das so ist, wurde in den letzten Jahren vielfach untersucht. Neben den üblichen Verdächtigen, der veränderten Work-Life-Balance und der Familie als ein Hauptfaktor, ist es die ungenügende Qualität der angebotenen Weiterbildung, die junge Kolleginnen und Kollegen das Berufsfeld wechseln lassen [3–6].

Jede Diskussion über Veränderungen in der Weiterbildung führt oft zu einem Abwehrverhalten der etablierten Kolleginnen und Kollegen. Schließlich sind heutige Chefärzte



Dr. med Johanna Ludwig
 Fachärztin Orthopädie & Unfallchirurgie
 MSc Surgical Science and Practice
 BG Klinikum Unfallkrankenhaus Berlin
 Warener Str. 7
 12683 Berlin
 Johanna.Ludwig@ukb.de



Dr. med Ralf W. Schmitz
 Facharzt für Chirurgie,
 Unfallchirurgie und Orthopädie
 Ärtzl. Leiter MVZ Chirurgie Kiel
 Schönberger Str. 11
 24148 Kiel
 schmitz@bdc.de

Ludwig J, Schmitz R: Strukturierter intersektoraler Weiterbildungsverbund in O und U. *Passion Chirurgie*. 2024 April; 14(04): Artikel 05_02.



Mehr zum Thema „Weiterbildung“ lesen Sie auf BDC|Online unter der Rubrik Wissen | Aus-, Weiter- und Fortbildung.

und -ärztinnen in dem bekannten Weiterbildungssystem zu erfolgreichen Operateuren und Operateurinnen geworden. Wieso also sollte sich etwas ändern? Weil zwischenzeitlich eingetretene Entwicklungen in Krankenhaus und Gesellschaft uns dazu zwingen, und die Weiterbildung sich durch die veränderten Strukturen längst passiv verändert hat [7, 8].

Die noch vor einiger Zeit vorliegende Ärzteschwemme ist einem relativen Ärztemangel gewichen. Musste man sich vor einigen Jahren noch unter einer Vielzahl von jungen Kollegen und Kolleginnen durchsetzen und seinen Vorgesetzten hohes Wissen, Motivation und Engagement demonstrieren, sehen sich heute Weiterbildungsbefugte häufig mit einer ungewohnten Anspruchshaltung konfrontiert. Häufig wird dies als reduzierte Kritikfähigkeit und Einsatzbereitschaft wahrgenommen [7]. Das – ohne Zweifel sinnvolle – Arbeitszeitschutzgesetz führt über eine reduzierte Anwesenheit zwangsläufig auch zu verminderter klinischer und operativer Erfahrung. Die gleichzeitig steigende administrative Arbeit der jungen Kolleginnen und Kollegen verstärkt zusätzlich den Mangel an Gelegenheiten, Patienten und Patientinnen zu untersuchen oder gar zu operieren. Hinzu kommt noch der vielerorts bestehende Personalmangel – wie soll dabei eine strukturierte Weiterbildung zustande kommen?

Die zunehmende Spezialisierung und eine immer komplexer werdende Medizin erfordern aber eine solide Grundausbildung und ausreichende Vermittlung von Kompetenzen, die für die Ausübung unseres Faches erforderlich sind [9]. Diesen Überlegungen folgend wurde bereits vor einigen Jahren in Schleswig-Holstein ein bundesweit viel beachtetes Modellprojekt auf den Weg gebracht, die Chirurgische Verbundweiterbildung Kiel [10]. Grundlage war eine seit vielen Jahren bestehende enge Kooperation zwischen der Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie am Universitätsklinikum Schleswig-Holstein (UKSH) und dem vertragsärztlich geleiteten MVZ Chirurgie, beide Institutionen in Kiel [18]. Im November 2015 wurde von der Ärztekammer Schleswig-Holstein (ÄKSH) damals für den Geltungsbereich der Weiterbildungsordnung (WBO) 2011 eine Verbundweiterbildungsbefugnis erteilt

für das Fachgebiet Orthopädie und Unfallchirurgie über insgesamt 48 Monate. Diese Verbundweiterbildung wurde mit Unterstützung des Vorstandes der ÄKSH und der Kassenärztlichen Vereinigung (KVSH) implementiert, um darzustellen, dass ein solches intersektorales Konzept machbar ist und die Qualität der Weiterbildung dadurch erhöht werden kann. Der Weiterzubildende wurde dabei nicht im MVZ angestellt, sondern erlernte oder vertiefte fehlende Kompetenzen – in erster Linie operative Eingriffe – im Rahmen einer Hospitation. Dabei gelang es entgegen allen Widerständen zu demonstrieren, dass eine solche sektorenübergreifende Ausgestaltung der Weiterbildung auch tatsächlich funktioniert. Immer wieder ins Feld geführte Argumente gegen eine Weiterbildung im vertragsärztlichen Sektor, wie z. B. die Pflicht zur persönlichen Leistungserbringung oder Probleme mit der Berufshaftpflichtversicherung oder Anerkennung von sehr kurzen Weiterbildungszeiten durch die Ärztekammer, konnten so ausgeräumt werden. Trotz des Erfolges wurde von Beginn an darauf hingewiesen, dass ohne eine finanzielle Förderung ein solches Modell nicht in die Regelversorgung überführt werden kann.

Weiterbildung kostet Geld! Entgegen einer landläufigen Auffassung sind diese Kosten in der DRG nicht einmal annähernd abgebildet – und im Vertragsarztsektor fehlt eine solche Berücksichtigung vollständig. Weiterbildung ist besonders teuer im Operationssaal, dies haben zahlreiche Untersuchungen zeigen können [11–15]. Die Zeit für Weiterbildungseingriffe erhöht sich um durchschnittlich 34 %. Dieser Wert kann bei komplexen Eingriffen wie z. B. eine Rekonstruktion der Rotatorenmanschette auf bis zu 140 % ansteigen [11, 15].

Bis heute ist unverständlicherweise in Deutschland eine breite Diskussion bezüglich einer auskömmlichen Finanzierung der Weiterbildung nicht in Gang gekommen. In vielen anderen entwickelten Ländern haben ähnliche Entwicklungen im Gesundheitssystem zu einer geänderten Erwartungshaltung der Gesellschaft geführt. Dort wird die Qualität der Weiterbildung als ein Hauptfaktor für Patientensicherheit gesehen [10] und

konsequenterweise auch eine Finanzierung sichergestellt. Dies bedeutet dann finanzierte Fortbildungen und Kurse und für die Kliniken eine höhere Vergütung – wenn denn auch tatsächlich eine qualifizierte Weiterbildung angeboten wird. Die Weiterbildung der jungen Kolleginnen und Kollegen wird als eine Investition in die zukünftige Gesundheitsversorgung der Bevölkerung und damit als Teil der Daseinsfürsorge gesehen.

Und in Deutschland? Die anstehende Krankenhausreform und insbesondere die für Anfang 2024 vorgesehene Implementierung des neu eingeführten § 115f im SGB V werden den Trend zur Ambulantisierung, also zur Verlagerung von stationären Leistungen in den Vertragsarztsektor, erheblich beschleunigen. Dies wiederum hat zusätzliche massive Auswirkungen auf die Weiterbildung des fachärztlichen Nachwuchses. Selbst Krankenhäuser der Maximalversorgung werden zukünftig nicht mehr in der Lage sein, eine allumfassende Weiterbildung anbieten zu können. Dies gilt ganz besonders für den chirurgischen Bereich mit der Notwendigkeit des Erwerbs von operativen Kompetenzen [3, 6, 10, 17]. Daher werden zwingend intersektorale Weiterbildungsverbünde konzipiert werden müssen, d. h. junge Kolleginnen und Kollegen beginnen ihre Weiterbildung in einer Klinik oder Praxis und werden dann für einen definierten Zeitraum in eine Vertragsarztpraxis oder Vertragsklinik wechseln müssen.

Ein solcher intersektoraler Weiterbildungsverbund soll nun als Neuauflage des Modellprojektes Chirurgische Verbundweiterbildung Kiel auch für die neue WBO aus 2020 im Fachgebiet Orthopädie und Unfallchirurgie etabliert werden. Grundlage sind hierbei die von der ÄKSH bereits erteilten Weiterbildungsbefugnisse. Die Weiterzubildenden werden zunächst angestellt und beginnen ihre Tätigkeit am UKSH in Kiel. Vorgesehen ist, dass die Weiterbildungskandidatinnen und -kandidaten nach Ableistung von Zeiten in der Zentralen Notaufnahmestelle (ZNA) und Intensivstation nach einem festen Curriculum im vierten Weiterbildungsjahr für 12 Monate ins MVZ Chirurgie Kiel rotieren, dabei findet ein Arbeitgeberwechsel statt. Im MVZ erfolgt der

Erwerb von Kompetenzen bei operativen Eingriffen, die typischerweise im vertragsärztlichen Sektor erbracht werden. Nach einem Jahr wechseln die Weiterzubildenden dann wieder ins UKSH.

Ohne eine verbindliche Finanzierung könnte eine solche Weiterbildung im Vertragsarztsektor nicht gewährleistet werden. Seit einigen Jahren besteht die Möglichkeit für den Zeitraum der Beschäftigung eines Weiterzubildenden im Vertragsarztsektor eine Förderung nach Maßgabe des § 75a SGB V zu beantragen. Ursprünglich eingeführt zur Sicherung der allgemeinmedizinischen Versorgung wurde diese Paragraph vor kurzem geöffnet auch für eine chirurgische Facharztausbildung [5]. Dabei erhält die Praxis aktuell einen Zuschuss in Höhe von 5.400 € pro Monat und Weiterzubildenden, wenn sie sich verpflichtet, den Weiterzubildenden nach Tarifvertrag Kommunale Arbeitgeber (TV-KA) zu entlohnen. Die Anzahl dieser geförderten Stellen ist allerdings sehr begrenzt und die Weiterbildung in operativ ausgerichteten Praxen ist eigentlich sogar ausgeschlossen, da die Förderung ursprünglich ausschließlich konzipiert war zur Sicherstellung der Grundversorgung auf dem Land. Gleichwohl hat das MVZ Chirurgie mit erneuter Unterstützung der Ärztekammer eine solche Förderung beantragt und die Abgeordnetenversammlung der KVSH hat dem in ihrer Novembersitzung 2023 zugestimmt. Damit ist der Weg frei für eine planbare und auskömmlich finanzierte intersektorale Rotationsstelle.

Trotz dieser erfreulichen Entwicklung muss weiterhin klar sein, dass es sich auch hier nur um ein Modellprojekt handelt, was nicht geeignet ist, in die Versorgungsrealität übernommen zu werden. So erfolgt die Finanzierung im vorgestellten Fall paritätisch ausschließlich über die gesetzlichen Krankenkassen und aus den Honoraren der Vertragsärzte in Schleswig-Holstein. Eine qualitativ hochwertige Facharztweiterbildung ist im Interesse der gesamten Gesellschaft. Es ist daher zwingend erforderlich, alternative Finanzierungsmöglichkeiten zu diskutieren. Best Practice-Modelle aus anderen entwickelten Ländern gibt es genug. Es gilt, eine sichere Lösung für Deutschland zu finden.

LITERATUR

- [1] Bundesärztekammer. Stationär tätige Ärztinnen/Ärzte nach Gebietsbezeichnungen und Altersgruppen. 2018; Im Internet: https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Statistik2018/StatTab07.pdf; Stand: 16.06.2019
- [2] Kassenärztliche Bundesvereinigung. Statistische Informationen aus dem Bundesarztregister. 2022
- [3] Youssef Y, Hättich A, Friemert B. Orthopädie und Unfallchirurgie – Zehnkampf der Medizin. [springermedizin.de](https://www.springermedizin.de/orthopaedie-und-unfallchirurgie-zehnkampf-der-medicin/23842880). Im Internet: <https://www.springermedizin.de/orthopaedie-und-unfallchirurgie-zehnkampf-der-medicin/23842880>; Stand: 19.02.2024
- [4] Perl M, Stange R, Niethard M, et al. Weiterbildung im Fach Orthopädie und Unfallchirurgie. [springermedizin.de](https://www.springermedizin.de/weiterbildung-im-fach-orthopaedie-und-unfallchirurgie/8056848). Im Internet: <https://www.springermedizin.de/weiterbildung-im-fach-orthopaedie-und-unfallchirurgie/8056848>; Stand: 19.02.2024
- [5] DKG, KBV, GKV. Vereinbarung zur Förderung der Weiterbildung gemäß § 75a SGB V. 2022;
- [6] Brandt O, Tjardes T, Grimaldi G, et al. Risikofaktorenanalyse zu den Gründen des Ausscheidens aus der fachärztlichen Weiterbildung im Fach Orthopädie und Unfallchirurgie | Die Unfallchirurgie. Im Internet: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00113-022-01249-x>; Stand: 19.02.2024
- [7] Ludwig J, Seifert J, Schorlemmer J. Challenges and Deficiencies in Orthopaedic Surgical Training in Germany – A Qualitative Study. *Journal of Surgery and Research* 2022; 5: 64–79
- [8] Ludwig J, Seifert J, Schorlemmer J. [Survey on training in orthopedics/trauma surgery: Is Germany ready for a competence-based training?]. *Chirurg* 2021; doi:10.1007/s00104-021-01536-0
- [9] Ludwig J, Heumann P, Gümbel D, et al. Full-body MR imaging: a retrospective study on a novel diagnostic approach for children sustaining high-energy trauma. *European Journal of Trauma and*

- Emergency Surgery 2021; doi:10.1007/s00068-021-01736-7
- [10] Schmitz D med RW. Chirurgische Verbundweiterbildung in Kiel – BDC|Online. BDC 2015; Im Internet: <https://www.bdc.de/chirurgische-verbundweiterbildung-in-kiel-2/>; Stand: 19.02.2024
- [11] Aitken RJ. Lost opportunity cost of surgical training in the Australian private sector. ANZ Journal of Surgery 2012; 82: 145–150. doi:10.1111/j.1445-2197.2011.05968.x
- [12] Bridges Matthew, Diamond D. The financial impact of teaching surgical residents in the operating room. The American Journal of Surgery 1999; 177: 28–32. doi:10.1016/S0002-9610(98)00289-X
- [13] Farnworth LR, Lemay DE, Wooldridge T, et al. A comparison of operative times in arthroscopic ACL reconstruction between orthopaedic faculty and residents: the financial impact of orthopaedic surgical training in the operating room. Iowa Orthop J 2001; 21: 31–35
- [14] Singh P, Madanipour S, Fontalis A, et al. A systematic review and meta-analysis of trainee- versus consultant surgeon-performed elective total hip arthroplasty. EFORT Open Rev 2019; 4: 44–55. doi:10.1302/2058-5241.4.180034
- [15] Wilson T, Sahu A, Johnson DS, et al. The effect of trainee involvement on procedure and list times: A statistical analysis with discussion of current issues affecting orthopaedic training in UK. Surgeon 2010; 8: 15–19
- [16] Pankert J, Psathakis N, Schmidt J, et al. Nachwuchs: Heute PJ – Morgen Chirurgie?! – BDC|Online. BDC 2022; Im Internet: <https://www.bdc.de/nachwuchs-heute-pj-morgen-chirurgie/>; Stand: 19.02.2024
- [17] Schmitz RW, Müller M, Seekamp A Intersektorale Versorgung von unfallchirurgischen Patienten. Passion Chirurgie 2022 April; 12(04): Artikel 03_03 



Qualifizierte Fortbildungen für alle fachlichen Säulen der Chirurgie

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





BDC|Pressemitteilung

Neue Versorgungsmodelle – Krankenhäuser und chirurgische Praxen als Konkurrenten oder als Partner?

Berlin, den 06.03.2024 – Die Gemeinsame Weiterbildungskommission Chirurgie (WBK) fordert Politik und weitere Entscheidungsträger auf, die Weiterbildung zur Fachärztin und zum Facharzt mit in den Fokus ihrer Arbeit zu stellen. Die fachärztliche Weiterbildung müsse dringend an die Entwicklungen auf dem Gesundheits- und Arbeitsmarkt angepasst werden, da sonst in nächster Zukunft der chirurgische Nachwuchs ganz einfach fehlen werde. In einem Positionspapier stellt die WBK ihre Forderungen dar.

„Die notwendige Reform der Krankenhausstrukturen wird zu erheblichen Veränderungen bei der fachärztlichen Weiterbildung führen. Dass die Politik sie daher nicht von Anfang an mit bedacht hat, ist nur schwer nachzuvollziehen. Schließlich geht es um die zukünftige Gewährleistung und Sicherstellung unserer medizinischen Versorgung, die von dem medizinischen Nachwuchs abhängt. Und der erwartet zurecht eine Weiterbildung, die strukturiert, qualitativ hochwertig, entsprechend finanziert und mit dem privaten Leben vereinbar ist“, erklärt der Leiter der Gemeinsamen Weiterbildungskommission Chirurgie, Prof. Dr. Dr. h.c. Hans-Joachim Meyer. Er betont: „Die Verantwortlichen müssen jetzt verstärkt aktiv werden. Denn wenn hier nichts getan wird, werden beide Seiten – Weiterzubildende wie auch die für die Weiterbildung Befugten – mit einer immer

komplizierteren fachärztlichen Weiterbildung konfrontiert werden, die dadurch immer unattraktiver wird.“ Laut der Gemeinsamen Weiterbildungskommission Chirurgie besteht die Gefahr, dass durch die reformbedingten Änderungen für die Weiterzubildenden der Erwerb der geforderten Kompetenzen immer schwieriger wird, ihre Weiterbildung zum Facharzt sich verzögern könnte und sie obendrein noch finanzielle Einbußen in Kauf nehmen müssten. Faktisch träfe dies in unterschiedlicher Ausprägung alle klinischen Fächer.

Um dem entgegenzusteuern, hat die Gemeinsame Weiterbildungskommission Chirurgie in einem Positionspapier drei Kernforderungen formuliert.

1. Transparenz für Weiterbilder und Weiterzubildende sowie Entwicklung und Förderung von sektorenübergreifenden Weiterbildungsverbünden

Die Weiterbildungsstätten mit ihren Angeboten müssen für Ärztinnen und Ärzte in einem digitalen Verzeichnis einsehbar sein, damit sie sich jederzeit informieren können, in welcher Institution welche Inhalte und Kompetenzen erworben werden können. Unverzichtbar dafür ist hier die Auflistung der lokalen und regionalen Weiterbildungsverbünde, um die Rotation für die Weiterzubildenden realistisch gestaltbar zu machen.



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

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

Voraussetzungen für funktionierende Weiterbildungsverbünde sind rechtssichere Arbeitsverträge, eine Angleichung der Gehälter und die Klärung der Berufshaftpflicht bei Ortsbeziehungsweise Arbeitgeberwechseln für die Weiterzubildenden.

2. Entbürokratisierung und Vereinheitlichung der Erlangung einer Weiterbildungsbefugnis

Die Beantragung und Erteilung einer Weiterbildungsbefugnis muss unbürokratisch erfolgen und modular möglich sein, vor allem abgestellt auf Inhalte und nicht ausschließlich auf Zeiträume. Dabei müssen die Leistungsgruppen gemäß der Krankenhausreform berücksichtigt werden und auch einer dynamischen Entwicklung ihrer Differenzierung folgen. Die Kriterien für die Befugnis-Erteilung müssen bundesweit – auch im föderalen System – angeglichen und transparent gestaltet werden.

3. Refinanzierung im Krankenhaus und in der Facharzt-Praxis

Eine ausreichende und transparente Refinanzierung der den Weiterbildungsstätten entstehenden Kosten hat durch die Krankenkassen oder beispielsweise über eine Stiftung zu erfolgen. Für den stationären Bereich ist bei der Konzeption der Vorhaltepauschalen im Rahmen der Krankenhausreform ein relevanter finanzieller Aufschlag exklusiv für diejenigen Kliniken vorzusehen, die eine fachärztliche Weiterbildung anbieten und tatsächlich durchführen. Im vertragsärztlichen Bereich ist die finanzielle Weiterbildungsförderung grundsätzlich für das Gebiet Chirurgie und dabei auch für operativ tätige Praxen zu öffnen.

„Wir betonen noch einmal: Die ärztliche Weiterbildung muss endlich bei allen Reformvorhaben und auf allen Ebenen primär mitgedacht werden. Wir bieten dabei jederzeit unsere Unterstützung bei der Ausgestaltung der Rahmenbedingungen an“, unterstreichen die stellvertretenden Leiter der Gemeinsamen Weiterbildungskommission, Professor Dr. Thomas Schmitz-Rixen und Frau Professor Dr. Julia Seifert.

Zum **Positionspapier Weiterbildung der WBK** auf den Seiten des Berufsverbands der Deutschen Chirurgie e.V. (BDC)

Die Gemeinsame Weiterbildungskommission Chirurgie (WBK) setzt sich aus Expertinnen und Experten des Berufsverbands der Deutschen Chirurgie (BDC), der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH), des Berufsverbands für Orthopädie und Unfallchirurgie (BVOU), des Berufsverbands der niedergelassenen Chirurgen und Chirurginen (BNC) sowie allen chirurgisch-wissenschaftlichen Fachgesellschaften zusammen.

Leiter: Professor Dr. Dr. h.c. Hans-Joachim Meyer (BDC)

Stellvertretende Leiterin: Professor Dr. Julia Seifert (BDC)

Stellvertretender Leiter: Univ.-Prof. Dr. Thomas Schmitz-Rixen (DGCH)

Sprecher der niedergelassenen Chirurginen und Chirurgen: Dr. Peter Kalbe (BDC/DGCH)

Die WBK setzt sich auf allen Ebenen und in der Zusammenarbeit mit den Landesärztekammern und der Bundesärztekammer für eine qualitativ hochwertige Weiterbildung zur Chirurgin und zum Chirurgen ein. Dabei vertritt sie sowohl die Interessen des chirurgischen Nachwuchses als auch die der Weiterbilder. Die Kommission möchte mit ihrer Arbeit dazu beitragen, eine optimale chirurgische Versorgung der Bevölkerung sicherzustellen.

Die WBK tagte im März 1972 zum ersten Mal und führt seither ein- bis zweimal jährlich Sitzungen durch. Federführend sind der Berufsverband der Deutschen Chirurgie (BDC) und die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (DGCH). Darüber hinaus sind alle wissenschaftlichen Fachgesellschaften im Gebiet Chirurgie und die großen chirurgischen Berufsverbände beteiligt.

Gemeinsame Weiterbildungskommission Chirurgie
Luisenstraße 58/59
10117 Berlin



SEHR PERSÖNLICH NACHGEFRAGT BEI HANS F. FUCHS

Was ist das Schönste an Ihrem Beruf?

Der Beruf ist extrem abwechslungsreich, dadurch gibt es immer etwas dazuzulernen.

Welche Forschungsrichtung inspiriert Sie?

Die Vernetzung von Computerwissenschaften und Robotischer Chirurgie, im Speziellen die sog. „Computer Vision“.

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

Der „Robot Trial“ von Richard van Hillegersberg. Eine der ersten Studien, die einen Vorteil der roboterassistierten Chirurgie zeigen konnte.

Welches Buch liegt auf Ihrem Nachttisch?

Lektionen von Ian McEwan

Was war für Ihr berufliches Fortkommen besonders hilfreich?

Postdoc am Center for the Future of Surgery in San Diego, CA

Was war Ihre größte Inspiration?

Mein dortiger Chef und Robotik-Pionier Professor Santiago Horgan.

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

Analyse der Arbeitsergonomie am OP Roboter

Welche persönlichen Visionen möchten Sie gerne umsetzen?

Vereinbarkeit von Familie und Beruf

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

Abbau von unnötigen Regularien, ansonsten verlieren wir die Konkurrenzfähigkeit unseres Standorts.

Wann platzt Ihnen der Kragen?

Beim sogenannten Dienst nach Vorschrift

Welche Hoffnung haben Sie aufgegeben?

Ich gebe nie auf!

Wie gehen Sie mit Frustrationen um?

Möglichst ruhig bleiben, eine Nacht drüber schlafen, mit Freunden oder Kolleg:innen drüber reden.

Ihr wichtigstes Hobby?

Historische Automobile, Skifahren

Wo werden Sie schwach?

Southern California

Was bringt Sie zum Lachen?

Meine Frau, meine drei Kinder, Heinz Becker

Was gehört für Sie zu einem gelungenen Tag?

Erfolg im Beruf, privates Glück

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

Ein schwieriges Thema und No-Go. Alleingänge in der Chirurgie sind nicht gut.

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

Entwicklung der Mitarbeitenden zum frühen selbstständigen Arbeiten, Vermittlung von Connections und PostDocs. Hat bis jetzt immer super geklappt.

Muss eine Chirurgin/ein Chirurg Optimismus ausstrahlen?

Natürlich! Jeder Mediziner braucht eine gehörige Portion davon.

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

Leitender Oberarzt

Leiter Sektion roboterassistierte minimal-invasive Viszeralchirurgie & Künstliche Intelligenz in der Chirurgie

Facharzt für Viszeralchirurgie & Spezielle Viszeralchirurgie

Klinik und Poliklinik für Allgemein-, Viszeral-, Tumor- und Transplantationschirurgie der Uniklinik Köln

Chair des Robotic Committee der EAES

Leiter Referat Digitalisierung & technische Innovation des BDC

Verheiratet, 3 Kinder

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

AUS DER
DGCH

Einladung zur DGCH-Mitgliederversammlung 2024



Prof. Dr. med. Thomas Schmitz-Rixen
Generalsekretär
Deutsche Gesellschaft für Chirurgie
e.V. (DGCH)
DGCH-Präsident 2019-20
info@dgch.de

Im Auftrag des Präsidenten lade ich hiermit alle Mitglieder der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie zur Mitgliederversammlung anlässlich des 141. Kongresses der DGCH 2024 (DCK 2024) in Leipzig sehr herzlich ein.

Die **Mitgliederversammlung** inkl. Wahlen findet am **Donnerstag, den 25.04.2024, 13.00 – 14.00 Uhr** in der **Mehrzweckfläche 3** im Congress Center Leipzig (CCL), Seehausener Allee 1, 04356 Leipzig, statt.

TAGESORDNUNG

1. Eröffnung durch den Präsidenten
2. Wahlen (siehe Bekanntmachung)
3. Bericht des Präsidenten
4. Bericht des Generalsekretärs
5. Bericht des Schatzmeisters
6. Verschiedenes

ZU TOP 2: WAHLEN

In Vollzug der gültigen Satzung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie sind folgende Positionen des Präsidiums ab 01. Juli 2024 neu zu besetzen:

- Schatzmeister
- Dritter Vizepräsident 2024/2025, dann Präsident 2026/2027
- Oberärztin/Oberarzt in nichtselbstständiger Stellung einer Chirurgischen Krankenhausabteilung
- Vertreter des Perspektivforum Junge Chirurgie der DGCH

Nach § 15.1 der Satzung erhält die Mitgliederversammlung für die von ihr zu **bestätigten Kandidaten** (hier 1. & 2.) zum Präsidium bzw. Vorstand jeweils einen Namensvorschlag vom Präsidium. (Darüber hinaus unterbreitet das Präsidium Wahlvorschläge für die weiteren Mitglieder des Präsidiums (§ 13.2))

ZU 1.:

Als Schatzmeister wird der Mitgliederversammlung **Herr Prof. Dr. med. Johann Pratschke aus Berlin**, vorgeschlagen.

ZU 2.:

Als Dritter Vizepräsident 2024/2025 und Präsident 2026/2027 wird der Mitgliederversammlung **Herr Prof. Dr. Jens Werner aus München**, vorgeschlagen.

ZU 3.:

Als Oberärztin/Oberarzt in nichtselbstständiger Stellung einer Chirurgischen Krankenhausabteilung wird der Mitgliederversammlung **Frau Dr. Beate Blank aus Nürnberg**, vorgeschlagen.

ZU 4.:

Als Vertreter des Perspektivforum Junge Chirurgie der DGCH wird der Mitgliederversammlung **Herr Dr. Sebastian Schaaf aus Koblenz**, vorgeschlagen.

Berlin, 05.01.2024

Prof. Dr. med. Thomas Schmitz-Rixen

Bitte AN ALLE CHEF- UND OBERÄRZTE:

Bitte stellen Sie Ihre Assistenzärzte, die nicht Mitglied unserer Gesellschaft sind, aber am Kongress teilnehmen, zur kostengünstigen Teilnahme mit einer Arbeitsbescheinigung aus oder motivieren Sie sie zur Mitgliedschaft.

Organspende in Deutschland, Österreich und der Schweiz



Prof. Dr. med. Matthias Anthuber
Vorsitzender des Landesverband
BDC|Bayern
Direktor der Klinik für Allgemein-,
Viszeral- und Transplantationschirurgie
Universitätsklinikum Augsburg
Stenglinstraße 2
86156 Augsburg
Matthias.anthuber@uk-augsburg.de

Am 09. Februar fand in der Inselhalle in Lindau unter Federführung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie und der Schirmherrschaft des Bayerischen Staatsministeriums für Gesundheit, Pflege und Prävention, der Österreichischen Gesellschaft für Chirurgie und der Schweizer Gesellschaft für Chirurgie eine Fortbildungsveranstaltung zu aktuellen Themen in der Organspende statt. Organisiert, inhaltlich ausgestaltet und durchgeführt wurde die Veranstaltung vom Transplantationszentrum des Universitätsklinikums Augsburg. Ziel dieser Informationsveranstaltung war es rechtliche und medizinisch aktuelle Fragestellungen in den deutschsprachigen Ländern aus der jeweiligen nationalen Perspektive zu beleuchten und sich gegenseitig Anregungen zu geben, wie man die Organspende steigern, den Pool an Spenderorganen erhöhen und so die Transplantationsmedizin in Deutschland, Österreich und der Schweiz fördern kann.

Nach Grußworten des Amtschefs des Staatsministeriums für Gesundheit, Pflege und Prävention, Dr. Winfried Brechmann, der Oberbürgermeisterin der Stadt Lindau, Frau Dr. Claudia Alfons, und des Vorstandsvorsitzenden der Rudolph Pichlmayr-Stiftung, Prof. Dr. Dr. Dr. h.c. Eckhard Nagel, führte die bekannte Fernsehjournalistin des Bayerischen Rundfunks, Frau Anouschka Horn, in einer einstündigen Podiumsdiskussion in die Thematik ein. Diskussionsteilnehmer waren Frau Prof. Dr. med. Gabriele Berlakovich aus Wien, Prof. Dr. med. Bernhard Banas aus Regensburg, Prof. Dr. jur. Erwin Bernat aus Graz, Dr. Winfried Brechmann aus München, PD Dr. med. Franz Immer aus Zürich, Prof. Dr. jur. Josef Lindner aus Augsburg, Prof. Dr. med., Dr. phil., Dr. theol. h.c. Eckard Nagel aus Bayreuth und Dr. med. Axel Rahmel aus Frankfurt. In dieser lebhaften und von Frau Horn professionell geleiteten Diskussion wurden die rechtlichen Regelungen in den teilnehmenden



Ländern und die medizinischen Herausforderungen im Zusammenhang mit Organspende und Transplantation herausgearbeitet.

Der Vortragsblock startete mit dem Referat von Prof. Lindner von der juristischen Fakultät der Universität Augsburg. Er stellte die geschichtliche Entwicklung des Transplantationsgesetzes in Deutschland dar. Darüber hinaus bezog er klar Stellung zur Sinnhaftigkeit und nach seiner Einschätzung verfassungsmäßig grundsätzlich unbedenklichen Umstellung von der Zustimmungslösung auf die Widerspruchsregelung in Deutschland. Nachfolgend beleuchtete Prof. Bernat von der Juristischen Fakultät der Karl-Franzens-Universität in Graz die Entwicklung der Rechtsgrundlage für die Organspende in Österreich. Er wies daraufhin, dass seit über 40 Jahren die Widerspruchsregelung in Österreich erfolgreich umgesetzt ist. Ca. 54.000 Menschen, entsprechend etwa 0,6 % der österreichischen Bevölkerung, haben ihren Widerspruch im Register hinterlegt. Bei jedem potentiellen postmortalen Organspender muss obligatorisch im Register die Einstellung des Verstorbenen zur Organspende abgefragt werden, was bestens etabliert ist. PD Dr. Franz Immer, Herzchirurg und seit 15 Jahren Direktor von Swisstransplant, ging anschließend auf die rechtliche Situation in der Schweiz ein. Vor zwei Jahren hat sich die Schweizer Bevölkerung in einem Volkentscheid mehrheitlich für die Einführung der Widerspruchsregelung ausgesprochen. Auch wenn es kantonal und regional zum Teil erhebliche Unterschiede in den Zustimmungsraten zur Widerspruchsregelung gab, waren am Ende doch über 60 Prozent der Schweizerinnen und Schweizer für die Umstellung von der Zustimmungslösung auf die Widerspruchsregelung. Der politische Umsetzungsprozess diesbezüglich gestaltet sich aufwendig. Man geht jedoch davon aus, dass das Gesetz 2027 in Kraft treten kann.

Der zweite Sitzungsblock startete mit dem Beitrag von Frau Prof. Berlakovich, Transplantationschirurgin von der Universitätsklinik in Wien zur Situation der Organspende in Österreich. Sie bestätigte die erfolgreiche Umsetzung der Widerspruchsregelung in Österreich, wies dezidiert aber darauf hin,



dass selbst bei einem im Register nicht hinterlegten Widerspruch immer auch noch die Angehörigen über die Organentnahme informiert werden. Sollten die Angehörigen widersprechen, wird bewusst von der Organentnahme abgesehen, um negative Auswirkungen auf die Organspende und deren Akzeptanz unter den Bedingungen der Widerspruchsregelung zu verhindern. Im Anschluss berichtet PD Dr. Immer über die Wiedereinführung der DCD-Spende (donation after cardiac death) in der Schweiz. Mit einem transparenten, systematischen Ansatz ist es in der Schweiz gelungen durch die Verwendung von sog. herztoten Organspendern die Transplantationszahlen mit hervorragenden Ergebnissen beeindruckend zu steigern. Dr. Axel Rahmel, Vorstand der Deutschen Stiftung Organtransplantation (DSO), präsentierte schließlich die Organspendezahlen für Deutschland. In seinem Referat wurde deutlich, dass allein die Umstellung von der Entscheidungslösung zur Widerspruchsregelung in Deutschland allein nicht zielführend ist. Vielmehr müssen sich die Krankenhäuser und Kliniken mit ihren transplantationsbeauftragten Ärzten intensiver in den Prozess der Erkennung potentieller Organspender einbringen und die Umsetzung von Organentnahmen hirntoter Spender forcieren, gerade weil zuletzt vom Gesetzgeber diesbezüglich personell und finanziell bessere Voraussetzungen geschaffen wurden.

Der dritte Vortragsblock widmete sich schließlich der Frage, wie man den Spenderpool erweitern kann. In diesem Zusammenhang ging Prof. Joachim Andrassy, Leitender Oberarzt Campus Großhadern und stellvertretender Leiter der Hepatobiliären und Transplantationschirurgie der LMU München, darauf ein, dass man durch Ausweitung der üblichen Altersgrenzen unter gewissen Bedingungen mehr Nieren und Lebern für die Transplantation gewinnen kann. Erfolgreiches Beispiel ist das sog. ESP (Europäisches Seniorentransplantationsprogramm)- oder old-for-old-Programm von Eurotransplant. Innerhalb dieses Programms werden mit guten Transplantatfunktions- und überlebensraten Nieren von Spendern im Alter über 65 Jahren in einem beschleunigten Allokationsprozess regional an über 65-jährige Organempfänger vermittelt. Anekdotisch berichtete er auch über die lebensrettende Lebertransplantation eines Patienten mit einem Organ eines 100-jährigen Spenders in Italien. Anschließend präsentierte Prof. Thomas Fehr, leitender Nephrologe am Kantonsspital Graubünden in Chur, über das Potential der Nierenlebenspende. Der Schweiz ist es gelungen mit einer nationalen Anstrengung kooperierender klinischer Einrichtungen ein außerordentlich erfolgreiches Programm der Crossover- und Kettenspende zu etablieren. Dadurch können viel mehr Patienten präemptiv und unter optimalen, elektiven

Bedingungen in einem streng anonymen System erfolgreich mit einer Lebendniere spende versorgt werden. Die von Prof. Fehr präsentierten Erfolge sollten Deutschland als Blaupause gelten, die in unserem Land herrschenden ethisch-moralischen Bedenken bezüglich dieses Vorgehens zu überwinden und ebenfalls solche Programme auf den Weg zu bringen. Die Schweiz wird angesichts der beeindruckenden Erfolge versuchen mit europäischen Nachbarländern diese Option noch weiter auszubauen, um noch schneller und mit besseren Ergebnissen in schwierigen immunologischen Konstellationen Lebendnieretransplantationen über Ländergrenzen hinweg durchzuführen. Prof. Stefan Schneeberger, Direktor der Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Transplantationschirurgie am Universitätsklinikum Innsbruck, konnte mit beeindruckenden klinischen und experimentellen Ergebnissen in der Maschinenperfusion von Lebertransplantaten überzeugen. Die Technik ist in Innsbruck mittlerweile soweit gediehen, dass durch Maschinenperfusion der Organe und die dadurch mögliche Verlängerung der Ischämietoleranz Lebertransplantationen kaum mehr nachts durchgeführt werden müssen, und allein dadurch bessere

Ergebnisse erzielbar sind. Darüber hinaus können tatsächlich Transplantate von grenzwertiger Qualität während der Maschinenperfusion funktionell genauer beobachtet und eingeschätzt sowie in manchen Fällen optimiert werden. Die Möglichkeiten der Maschinenperfusion von Nierentransplantaten sind derzeit technisch noch nicht so erfolgreich einsetzbar. Man rechnet jedoch damit, dass dies durch innovative Ansätze mit technischen Modifikationen der Perfusion in überschaubarer Zeit möglich sein wird. Im letzten Beitrag widmete sich schließlich Prof. Dr. Dr. h.c. Bruno Reichart, emeritierter Ordinarius für Herzchirurgie der LMU München und international führender Forscher auf dem Gebiet der xenogenen Transplantation, dem aktuellen Stand dieser die Transplantationsmedizin seit Jahrzehnten beschäftigenden Vision. Die klinischen Misserfolge mit zwei xenogenen Herztransplantationen in Baltimore in den vergangenen zwei Jahren sind vermutlich der Selektion ungeeigneter Empfänger und der Verwendung tierischer Organe einer anderen Schweinerasse und gentechnischer Veränderungen zuzuschreiben, so Prof. Reichart. Das Münchner Team um Prof. Reichart verwendet eine spezielle Schweinerasse aus

Neuseeland, deren Herzen gentechnisch verändert und Primaten transplantiert werden. Unverändert gibt es noch ungelöste Probleme, insbesondere in Zusammenhang mit immunologischen Effekten auf die Blutgerinnung. Dennoch steht man nun nahe an der Schwelle zur klinischen Erprobung.

Zusammenfassend kann man festhalten, dass in inhaltlich und rhetorisch hervorragenden Vorträgen aktuelle Themen zur Organspende in den deutschsprachigen Ländern aus dem rechtlichen und medizinischen Blickwinkel beleuchtet und dargestellt wurden. Bedauerlicherweise haben nur ca. 50 Personen in Präsenz und ca. 40 Personen online an der Veranstaltung teilgenommen. Möglicherweise ist dies ein weiteres Indiz dafür, dass die Organspende in den Krankenhäusern und Kliniken unverändert ein Randthema ist, dem zu wenig Aufmerksamkeit geschenkt wird. In dem Maße wie es gelingt diesen Zustand zu verbessern, in dem Maße gewinnt der Ruf der deutschen Transplantationsmedizin nach Einführung der Widerspruchsregelung an Berechtigung!

Nachruf auf Prof. Dr. med. Dietmar Abendroth



in memoriam
Prof. Dr. med.
Dietmar Abendroth
(*11.05.1950 † 13.12.2023)

Dietmar Abendroth war ein Arzt und Chirurg der alten Schule. Seine chirurgische Prägung erhielt er im Klinikum Grosshadern bei Prof. Georg Heberer und später speziell in der Transplantationschirurgie bei Prof. Walter Land, ebenfalls an der LMU München. Nach seiner Habilitation 1988 war er noch bis 1991 im Klinikum Grosshadern beim Aufbau mehrerer Transplantationsprogramme beteiligt (Pankreas, Leber, Lunge), um dann 1992 in Ulm eine neuartige Professur für „Nierentransplantation und organbezogene Transplantationsimmunologie“ anzutreten. Einer der Unterzeichner (M.Storck) hat viele Jahre in Ulm mit ihm wissenschaftlich kooperiert und eine Habilitation im Bereich der experimentellen Xenotransplantation unter seiner Anleitung dann bei Prof. Sunder-Plassmann, dem zuständigen Ordinarius der Klinik für Thorax- und Gefäßchirurgie, absolvieren zu dürfen.

In der klinischen und wissenschaftlichen Zusammenarbeit, wie auch schon vorher und nachher auch mit dem weiteren Unterzeichner (M.Stangl), zeigte sich immer wieder sein unermüdlicher und langatmiger Forschergeist, auch im Betreten neuer Wege wie z. B. der Forschung im Bereich der Xenotransplantation, gemeinsam mit dem damaligen Weltexperten auf diesem Gebiet, Prof. Dr. Claus Hammer im Institut Chirurgische Forschung (Dir. Prof. K. Meßmer). Immer wieder konnten wir dort experimentell/immunologisch im Bereich der ex-vivo Hämooperation arbeiten, aufgrund der wegbereitenden Initiative und aktiven Mitarbeit von Dietmar Abendroth. Ein Leuchtturmprojekt mit DFG – Unterstützung war die Kooperation mit der Universität Cambridge, Prof. Dr. David White, der die ersten transgenen Tiere für Forschungszwecke schon in den 90'ern Jahren des letzten Jahrhunderts genetisch produziert und unserer Forschungsgruppe (auch der Gruppe von Prof.

Bruno Reichart) vor Ort zu Forschungszwecken zur Verfügung gestellt hatte.

Er war uns ein klinischer Lehrer in der Technik der Nieren- und simultanen Nieren- und Pankreastransplantation, der Technik der Multi-Organentnahme sowie der speziellen Immunsuppression und differenzierten Abstoßungsdiagnostik nach Organtransplantation. Er hat in der Universität Ulm lange die Fahne der Transplantationschirurgie hochgehalten, trotz zum Teil fehlender Strukturen und dem Wechsel der Zugehörigkeit der Chirurgischen Abteilung (zuletzt in der Allgemein- und Viszeralchirurgie Prof. Doris Henne-Bruns). Er war immer Tag und Nacht persönlich ansprechbar und aktionsbereit.

Er pflegte mit seinem Team eine enge Kooperation mit der Transplantationschirurgie in Madison, Wisconsin (Prof. Hans-Werner Sollinger) und vielen anderen Kollegen in Europa und weltweit. Die resultierende Publikationsliste reflektiert sein Engagement, auch im Gebiet der Immun-Pharmakologie und anderen Grenzgebieten der Transplantationschirurgie. Zuletzt forschte er auf dem Gebiet neuer immunologischer Marker (Kynurenin) zur frühzeitigen Detektion von immunologischen Reaktionen nach Organtransplantation und zur Verlaufskontrolle des Long-COVID-Syndroms.

Er wird uns als kritischer, dissensfähiger und äußerst hilfsbereiter Kollege und Lehrer in Erinnerung bleiben, dessen Mittelpunkt immer das Wohlergehen seiner Patienten war, für das er unter hohem persönlichen Einsatz kämpfte. Wir haben ihm viel zu verdanken und wir werden ihn sehr vermissen.

Prof. Dr. Martin Storck und PD Dr. Manfred Stangl

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* Registrierungsnummer: DRKS00030567				
PD Dr. med. Rosa Klotz	Experimentelle Gruppe: Totale mesorektale Exzision (TME) ohne neoadjuvante (Chemo-)Radiotherapie Kontrollgruppe: Leitlinienkonforme neoadjuvante (Chemo-) Radiotherapie (5x5 Gy oder insgesamt 50,4Gy) und ggf. begleitende 5-FU-basierte Chemotherapie gefolgt von TME innerhalb von 12 Wochen	04.05.2023 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 Pankreaskopfresektion, Child-Rekonstruktion und zusätzlicher Braun'scher Fußpunktanastomose zwischen der zu- und abführender Schlinge der Duodenojejunostomie Kontrollgruppe: Patienten mit pyloruserhaltender Pankreaskopfresektion und Child-Rekonstruktion	05.05.2022 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 Laparoskopie + Thorakoskopie; oder über Roboter-assistierte minimal-invasive Ösophagektomie [RAMIE] oder eine Kombination aus beidem) Kontrollgruppe: Hybrid-Ösophagektomie (HYBRID-E; laparoskopische/ robotische Bauchchirurgie und offene Thoraxchirurgie)	14.06.2023 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.N₈ 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 Transplantationschirurgie 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

Verkürzte Antikoagulation nach primärer Hüftendoprothetik

STUDIENZENTREN FÜR DFG-GEFÖRDERTE KLINISCHE STUDIE GESUCHT!

Im Rahmen der DFG-geförderten Klinischen Studie **ENABLE-Hip** (ENhanced Recovery and ABreviated LEngth of Anticoagulation for Thromboprophylaxis after primary **Hip** Arthroplasty) soll bei Patientinnen und Patienten nach elektiver einseitiger Hüft-TEP und der Eignung für eine Frühmobilisation nach dem standardisierten „Enhanced Recovery after Surgery“ (ERAS-)Protokoll die bisherige Standarddauer der postoperativen Thromboseprophylaxe von 35 auf 10 Tage verkürzt werden. Damit ist **ENABLE-Hip** die erste randomisierte Klinische Studie, welche eine Gesamtreduktion der Thromboseprophylaxe evaluiert, anstatt ein Antikoagulans durch ein anderes antithrombotisches Präparat zu ersetzen. Hierdurch könnten sowohl den Patienten als auch dem Gesundheitssystem jährlich Millionen Tage von unnötiger, kostspieliger und potenziell gefährlicher (Blutungsrisiko!) Antikoagulation erspart werden. Es ist zu erwarten, dass die Studienergebnisse zur Gestaltung zukünftiger Leitlinien beitragen werden.

Insgesamt sollen ca. 3.000 Patient:innen für **ENABLE-Hip** rekrutiert werden. Dafür sucht der Sponsor, die Universitätsmedizin Mainz, aktuell nach weiteren Studienzentren. Für weitere Informationen klicken Sie [HIER](#).

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



DER BDC BEIM BUNDESKONGRESS CHIRURGIE



Viel zu besprechen gab es auf dem diesjährigen Bundeskongress Chirurgie 2024 in Nürnberg. Vor allem die Herausforderungen und Unsicherheiten durch die H-DRGs waren ein Hauptthema der Gespräche am Stand und in den sehr gut besuchten wissenschaftlichen Sitzungen. BDC-Vorstand und -Mandatsträger traten wieder engagiert als Referenten in Sitzungen auf. Das BDC-Team informierte am Stand Interessent:innen rund um die Services des BDC und eine die Mitgliedschaft in Deutschlands größtem Verband für Chirurgeninnen und Chirurgen.

[Zu den Impressionen...](#)

BEGUTACHTUNG



IM BEHANDLUNGSFEHLERPROZESS 04.05.2024 BERLIN

GUTACHTERSEMINAR

Jede:r Chirurg:in kann von einem Gericht aufgefordert werden, ein Gutachten über einen vermuteten Behandlungsfehler zu erstellen. Erfahrene Gutachter:innen werden von den Gerichten stets gesucht. Dieses eintägige Seminar soll helfen, den Anforderungen der Gutachtenerstellung besser gewachsen zu sein. Neben praktischen und chirurgischen Hinweisen und Tipps, werden in diesem Seminar besonders auch die juristischen Aspekte von einer Vorsitzenden Richterin aus Hamburg und einem Strafverteidiger aus Berlin anhand von realen Gutachtenfällen und ihren Urteilen ausführlich dargelegt und anschließend diskutiert. Auch das Patientenrechtegesetz wird besprochen.

Mitglieder des BDC erhalten deutlich vergünstigte Teilnahmegebühren.

[Programm und Anmeldung...](#)

[Weitere Gutachter-Seminare der BDC|Akademie...](#)

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.

Nachruf auf Dr. Jürgen Klein



in memoriam
Dr. med.
Jürgen Klein
 (*18.03.1955 † 02.11.2024)

Wie wir erst jetzt erfahren haben, ist unser langjähriges Mitglied Dr. med. Jürgen Klein im September 2023 verstorben.

Jürgen Klein hat sich durch seine jahrzehntelange ehrenamtliche Tätigkeit im Landesverband Nordrhein des BDC große Verdienste erworben. Er war BDC-Landesvorsitzender von 2006 bis 2021 und damit auch Mitglied des BDC-Präsidiums. Als Regionalvertreter der niedergelassenen Chirurgen in Nordrhein agierte er von 2009 bis 2016 auch im Referat Niedergelassene Chirurgen des BDC. Viele Mitglieder werden sich auch noch an die erfolgreichen und sehr gut besuchten Fortbildungsveranstaltungen des BDC in Köln erinnern, die Jürgen Klein maßgeblich mitgestaltet hat. Für den BDC-Vorstand und sicher auch für viele andere Kolleginnen und Kollegen war er immer einer der ersten Ansprechpartner, wenn es um Fragen zur Arthroskopie ging. Viele dürften noch vor Augen haben, dass er seine enge Verbindung zu dieser Spezialisierung auch stets durch

einen Anstecker am Revers seines Sakkos zum Ausdruck gebracht hat. Seine Überzeugungen hat Jürgen Klein immer prägnant und mit klarer Sprache vertreten, oft versehen mit einem kleinen Schuss rheinischen Humors. Zuletzt konnten wir ihn auch als Referenten zu seinen Erfahrungen beim Übergang aus der eigenen Praxis in das MVZ eines großen Praxisverbunds gewinnen. Mit Jürgen Klein verlieren der Berufsverband und die chirurgische Community einen engagierten Streiter für die fachlichen und politischen Interessen der niedergelassenen Chirurgen. Wir werden ihn vermissen.

Für den BDC-Vorstand
 Prof. Dr. med. Dr. h.c. Hans-Joachim Meyer
 Präsident

Dr. med Peter Kalbe
 Vizepräsident

Dr.med. Jörg-Andreas Rüggeberg
 Vizepräsident

BDC|Schnittstelle – im Fokus: Dr. Frauke Fritze-Büttner



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

Päßler O: BDC|Schnittstelle – im Fokus:
Dr. Frauke Fritze-Büttner. Passion Chirurgie.
2024 April; 14(04): Artikel 07_03.



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

» **U**nsere Format BDC|Schnittstelle präsentiert in regelmäßigen Abständen Persönlichkeiten aus den BDC-Gremien. Heute im Fokus: Dr. Frauke Fritze-Büttner, Vorsitzende des Themenreferats Familie & berufliche Perspektiven. Das Interview führte Olivia Päßler vom BDC.

BDC: Frau Dr. Fritze-Büttner, welchen Auftrag haben Sie sich persönlich auf die Fahne geschrieben?

F. Fritze-Büttner: Das chirurgische Fachgebiet muss wieder interessant und vor allem attraktiv werden für junge Chirurg:innen. Die Chirurgie ist ein Fachgebiet, das anspruchsvoll, einnehmend, aber auch hoch interessant, innovativ und vor allem auch dankbar ist. Es gibt doch eigentlich nichts Schöneres, als durch eine gelungene Operation zu

helfen und zu heilen. Das macht stolz. Mit dem demografischen Wandel und der Tatsache, dass die Chirurg:innen der Baby-Boomer-Generation bereits in den Ruhestand gehen, fehlt es damit deutschlandweit an Chirurg:innen. Andererseits werden viele Studienabsolvent:innen von hohen Arbeitszeit- und Dienstbelastungen, unbezahlten Überstunden und einer eingeschränkten Work-Life-Balance davon abgehalten, sich für ein chirurgisches Fachgebiet zu entscheiden.

BDC: Welches Thema liegt Ihnen für die nächsten Jahre besonders am Herzen?

FFB: Das eine ist, Medizinstudent:innen so früh zu begeistern, dass sie sich für eine chirurgische Karriere entscheiden. Hier engagiert sich insbesondere auch der

» ZUR PERSON



Dr. med. Frauke Fritze-Büttner

Leiterin Themenreferat „Familie & Beruf“ im BDC
Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie
Sana Klinikum Lichtenberg
frauke.fritze@sana-kl.de

Geboren 1970 in Greifswald, begann Dr. Fritze-Büttner an der dortigen Universitätsklinik 1996 ihre chirurgische Ausbildung, promovierte zur Doktorin der Medizin 1998 und wechselte 1999 an das Unfallkrankenhaus Berlin Marzahn mit

Facharztabschluss 2003. Im gleichen Jahr wechselte sie als Fachärztin für Chirurgie an das heutige Sana Klinikum Berlin Lichtenberg und erlangte die Qualifikation der speziellen Viszeralchirurgie 2007. 2005 wurde sie Oberärztin und mit 38 Jahren leitende Oberärztin der Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie (damals unter Leitung von Prof. Dr. Klaus Gellert, jetziger Chefarzt Prof. Dr. Michael Heise). Von 2014 bis 2020 engagierte sich Frau Dr. Fritze-Büttner im Rahmen ihrer Tätigkeit im Präsidium der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie als „Oberärztin in nichtselbstständiger Stellung einer Chirurgischen Krankenhausabteilung“ vornehmlich für das Thema „Operieren in der Schwangerschaft“. Seit 2018 ist sie ehrenamtlich im Präsidium des Berufsverbandes der Deutschen Chirurgie und leitet hier seit 2021 das Themenreferat „Familie & berufliche Perspektiven“.

Frau Dr. Fritze-Büttner ist verheiratet und Mutter eines jetzt 9-jährigen Sohnes.

BDC mit der „Nur Mut!“-Kampagne. Das andere ist, dass die Chirurgie so attraktiv sein muss, dass sich Frauen in der noch bestehenden Männerdomäne zunehmend für eine chirurgische Weiterbildung entscheiden, die auch Karrieremöglichkeiten bietet – auch vor dem Hintergrund, einmal Mutter werden zu wollen. Auch für Männer muss der Beruf attraktiv bleiben. In einer BDC-Umfrage von 2021, an der 65 Prozent Chirurgen und nur 35 Prozent Chirurginnen beteiligt waren, hatten zwar 60 Prozent geantwortet, dass sie wieder Chirurg:innen würden werden wollen, 27 Prozent wären allerdings nur bereit, es unter anderen Umständen zu tun. Belastend werden zunehmend bürokratische und administrative Aufgaben, aber vor allem auch Überstunden, viele Dienste und eine unzureichende Erfassung der Arbeitszeiten wahrgenommen.

BDC: Wie möchten Sie es mit Ihrem Verband anpacken? Wen und was benötigen Sie dafür? Was sind die Hürden?

FFB: Berufsverbände wie der BDC sind meiner Meinung nach dafür prädestiniert, Vorstellungen und Wünsche der Berufsgruppe zu erheben, Lösungskonzepte zu entwickeln und entsprechende Lobbyarbeit zu betreiben, um schließlich auch Veränderungen herbeizuführen. So wird zum Beispiel die Thematik einer ausgeglichenen Lebensqualität sowohl in der Presse als auch auf unseren Kongressen häufig diskutiert. Die zukünftige chirurgische Generation stellt dabei eine neue Anforderung an Chefärzt:innen und Klinikdirektor:innen. Hier verlangt es nicht nur eine stringente Umsetzung der realistischen Erfassung der Arbeitszeiten, sondern auch ein Umdenken auf Geschäftsführer- und Chefarztenebene. Moderne Gestaltungsansätze der Arbeitszeit wie Teilzeit, Jobsharing, flexible Arbeitszeiten, natürlich angepasst an einen chirurgischen Alltag, müssen nicht nur diskutiert, sondern auch umgesetzt werden. War es vor ein paar Jahren noch unvorstellbar, dass

auch Chirurgen Elternzeit nehmen oder Chirurg:innen in Teilzeit arbeiten, ist es heutzutage ein gangbarer Prozess. Wird der Gedanke der modernen Arbeitszeitgestaltung im Team und vom Chefarzt beziehungsweise der Chefärztin getragen, wie es auch in unserer Klinik mit 70 Prozent Chirurginnen möglich ist, sind Mitarbeiter:innen auch bereit, in schwierigen Situationen gewisse Opfer zu bringen. Mit mutigen, experimentierfreudigen Verantwortlichen können wir dazu beitragen, unseren Beruf attraktiver zu machen und junge Menschen zu begeistern.

BDC: Welche Verantwortung und welchen spezifischen Einfluss auf die Politik hat der BDC aus Ihrer Sicht?

FFB: Der BDC als Berufsverband und größte chirurgische Interessensvertretung in Deutschland ist in der Verantwortung, Bedürfnisse seiner Mitglieder sichtbar zu machen und diese letztlich auch in den gewerkschaftlichen Vertretungen

und politischen Gremien zu platzieren. Ziel muss es sein, Kräfte zu bündeln, gezielt einzusetzen und mit einem starken Netzwerk die Interessen der Berufsgruppe zu vertreten. Nur so lassen sich Missstände beheben.

BDC: Was wünschen Sie sich für den BDC in den nächsten Jahren nach innen und nach außen?

FFB: Der BDC bietet ein großes Portfolio und ist auch dank der Landesverbände breit aufgestellt und gut etabliert. Er kann somit nicht nur ein starker Partner der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie als Dachgesellschaft, sondern auch aller chirurgischen Fachgesellschaften und weiteren Interessensgruppen (wie z. B.

Die Chirurgeninnen e.V.) sein und dazu beitragen, Veränderungen zu bewirken. Letztendlich wird uns nur eine große Schlagkraft befähigen, die Berufswelt der Chirurg:innen den Lebensumständen anzupassen. Damit meine ich, dass wir den Vernetzungsgedanken stärker leben müssen und vermehrt den Schlusserfolg mit berufspolitischen Gremien und den Fachgesellschaften suchen sollten, um gemeinsam zu gestalten.

BDC: Warum lohnt sich als BDC-Mitglied ein Engagement in seinen Gremien, und wer kann/sollte für ein Mandat kandidieren?

FFB: Der BDC bietet nicht nur vielfältige Leistungen, sondern lädt auch ein, sich einzubringen, mit zu agieren und zu

verändern – und das sowohl auf Landes- als auch auf Bundesebene. Es erfordert Eigenengagement, da es vornehmlich ehrenamtliche Tätigkeiten sind. Meine Hoffnung ist, dass es unter den „jungen Chirurg:innen“ viele gibt, die sehen, was wir gemeinsam erreichen können, und sich dafür positiv einsetzen wollen. Wir haben derzeit auch eine große Chance: Aufgrund des absehbaren Chirurg:innen-Mangels sitzen wir am längeren Hebel und haben die Möglichkeit, unsere zukünftigen Arbeitsplatzbedingungen mitzugestalten. Ich finde, diese Chance sollten wir uns nicht entgehen lassen! ○

Das BDC-Themenreferat „Familie & berufliche Perspektiven“

Das Themenreferat „Familie & berufliche Perspektiven“ ist eines von acht Themenreferaten des BDC mit dem Ziel, entsprechend des neu definierten Leitbildes Schwerpunktthemen des BDC zu bearbeiten und öffentlich zu vertreten. Neben Dr. Fritze- Büttner engagieren sich Dr. Julia Gump, Dr. Beate Block und Dr. Steffen Axt, um Antworten und Lösungen auf multiple Fragen hinsichtlich verbesserter Work-Life-Balance und Vereinbarkeit von Familie und Karriere für Chirurg:innen zu finden.

Mehr zum Thema Familie & berufliche Perspektiven auf BDC|Online (www.bdc.de) unter Wissen | Karriere.

LIFESTYLE- ANGEBOTE

im April 2024

%



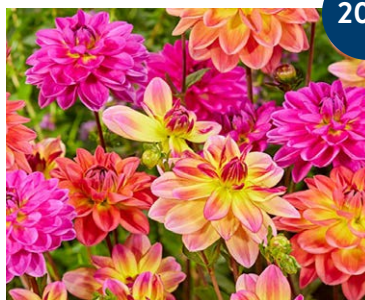
20 %

FOODSPRING: 20 %
RABATT FÜR BDC-MITGLIEDER



40 %

FISCHER: BIS ZU 40 %
RABATT FÜR BDC-MITGLIEDER



20 %

BALDUR-GARTEN: 15 %
RABATT FÜR BDC-MITGLIEDER



40 %

TRAVADOR: 20 %
RABATT FÜR BDC-MITGLIEDER

WIE KANN ICH DIE ANGEBOTE IN ANSPRUCH NEHMEN?

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

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
Dr. med. Knut Müller-Stahl

Stellv. Vorsitzender
Prof. Dr. med. Michael Paul Hahn

Regionalvertreter NL
N.N.

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
23.05.2024	25.05.2024	Berlin	2024-21504	Praktischer Workshop: Allgemein-, Viszeral- und Gefäßchirurgie	Dr. med. Jörg Sauer	400,00 €	600,00 €
04.07.2024	06.07.2024	Hamburg	2024-21666	Basischirurgie	PD Dr. Dr. Uwe Johannes Roblick; Prof. Dr. med. Hans-Bernd Reith	350,00 €	550,00 €
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 €
07.- 08.10.2024	18.- 19.10.2024	Berlin und online	2024-21665	Basischirurgie	Dr. med. Jörg Sauer	400,00 €	600,00 €
25.11.2024	29.11.2024	Berlin	2024-21664	Basischirurgie	Dr. med. Christian Müller; Prof. Dr. med. Stephan Gretschel	400,00 €	600,00 €

FACHARTZTVORBEREITUNG							
VON	BIS	ORT	KURS-NR.	SEMINARTITEL	WISSENSCHAFTLICHE:R LEITER:IN	PREIS MITGLIED	PREIS NICHT-MGL
22.04.2024	26.04.2024	Hamburg	2024-23820	Facharztseminar Orthopädie/ Unfallchirurgie	Prof. Dr. med. Frank Timo Beil; Prof. Dr. med. Lars Gerhard Großterlinden	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 €
12.06.2024	14.06.2024	Düsseldorf	2024-23711	Facharztseminar Thoraxchirurgie	PD Dr. med. Aris Koryllos	350,00 €	550,00 €
09.09.2024	13.09.2024	Leipzig	2024-22550	Facharztseminar Allgemein- chirurgie	Dr. med. Ludwig Schütz	450,00 €	600,00 €
26.- 27.09.2024	30.09.- 01.10.2024	Berlin und online	2024-23823	Facharztseminar Orthopädie/ Unfallchirurgie	Prof. Dr. med. Julia Seifert; PD Dr. med. habil. Stefan Schulz-Drost	300,00 €	500,00 €
11.11.2024	15.11.2024	Dortmund	2024-22530	Facharztseminar Allgemein- chirurgie	Dr. med. Jens-Peter Stahl; Prof. Dr. med. Maximilian Schmeding	450,00 €	600,00 €
11.11.2024	14.11.2024	Hamburg	2024-23672	Facharztseminar Viszeralchirurgie	Prof. Dr. med. h.c. Jakob R. Izbicki; PD Dr. med. Matthias Reeh	400,00 €	550,00 €
27.11.2024	29.11.2024	online	2024-23821	Facharztseminar Orthopädie/ Unfallchirurgie	Prof. Dr. med. Hans-Georg Palm	300,00 €	500,00 €

FACHBEZOGENE SEMINARE, WORKSHOPS UND HOSPITATIONEN							
VON	BIS	ORT	KURS-NR.	SEMINARTITEL	WISSENSCHAFTLICHE:R LEITER:IN	PREIS MITGLIED	PREIS NICHT-MGL
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 €
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 €
22.05.2024		online	2024-24636	Ökonomie in der Robotik	Dr. med. MBA Colin Markus Krüger	80,00 €	100,00 €

FACHBEZOGENE SEMINARE, WORKSHOPS UND HOSPITATIONEN

VON	BIS	ORT	KURS-NR.	SEMINARTITEL	WISSENSCHAFTLICHE:R LEITER:IN	PREIS MITGLIED	PREIS NICHT-MGL
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 €
28.08.2024	30.08.2024	Straßburg	2024-24632	Robotik-/Laparoskopie im IRCAD Module 1–3	Prof. Dr. med. Hans Fuchs; Prof. Dr. Dr. med. Barbara Seeliger	28.08.2024	30.08.2024
12.09.2024	13.09.2024	Berlin	2024-22404	CAMIC 3: Laparoskopische Chirurgie des Gastrointestinal- traktes	Dr. med. Panagiotis Fikatas	500,00 €	700,00 €
19.09.2024	20.09.2024	online	2024-23680	Spezielle Unfallchirurgie Teil I	Prof. Dr. med. Frank Hildebrand	300,00 €	500,00 €
10.10.2024	11.10.2024	Tuttlingen	2024-23683	Spezielle Viszeralchirurgie	Prof. Dr. med. Michael Schäffer	300,00 €	500,00 €
07.11.2024	08.11.2024	Frankfurt am Main	2024-23674	Viszeralchirurgie Kompakt: Adipositas- und Metabolische Chirurgie	Dr. med. Sylvia Weiner; Prof. Dr. med. Mirko Otto; PD Dr. med. Susanne Blank	350,00 €	500,00 €
14.11.2024	15.11.2024	Bremen	2024-23613	Osteosyntheseverfahren an der unteren Extremität	Prof. Dr. med. Michael Paul Hahn	400,00 €	600,00 €
15.11.2024	16.11.2024	Dresden	2024-23781	1. Dresdener Handkurs: Wie- derherstellung der Handfunktion	Prof. Dr. med. Adrian Dragu; Dr. med. Feras Taqatqeh	500,00 €	650,00 €
21.11.2024	22.11.2024	Berlin	2024-22406	CAMIC 4: Laparoskopische kolorektale Chirurgie	Dr. med. Panagiotis Fikatas	500,00 €	700,00 €
21.11.2024	22.11.2024	Köln	2024-24633	Robotische Chirurgie: Modul 4 - Hospitation oberer Gastrointes- tinaltrakt	Prof. Dr. med. Christiane J. Bruns; Prof. Dr. med. Hans Fuchs	400,00 €	600,00 €
21.11.2024	22.11.2024	Köln	2024-23635	VATS OP Kurs: Anatomische Segmentresektion	Prof. Dr. med. Erich Stoelben	400,00 €	500,00 €
22.11.2024		online	2024-23685	Viszeralchirurgie Kompakt: Beckenbodenchirurgie	PD Dr. med. Annett Gauruder- Burmester	175,00 €	250,00 €
28.11.2024	29.11.2024	Köln	2024-23684	Viszeralchirurgie Kompakt: Pankreaschirurgie	Prof. Dr. med. Christiane J. Bruns; PD Dr. med. Felix Popp; Prof. Dr. Dr. med. Thomas Schmidt	350,00 €	500,00 €
29.11.2024	30.11.2024	Dresden	2024-23631	Kindertraumatologie für D-Ärzte/-Ärztinnen	Prof. Dr. med. Guido Fitze	300,00 €	500,00 €

FACHÜBERGREIFENDE SEMINARE

VON	BIS	ORT	KURS-NR.	SEMINARTITEL	WISSENSCHAFTLICHE:R LEITER:IN	PREIS MITGLIED	PREIS NICHT-MGL
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		
11.10.2024	12.10.2024	Berlin und online	2024-24708	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
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 €
08.11.2024	09.11.2024	Berlin	2024-26536	Refresherkurs: Chirurginnen auf dem Weg nach oben	Dr. med. Gunda Leschber; Sabine Schicke	500,00 €	700,00 €
09.11.2024		online	2024-27708	Abrechnungseminar EBM	Dr. med. Björn Ackermann	50,00 €	80,00 €
09.11.2024		online	2024-27708	Abrechnungseminar GOÄ und UV-GOÄ	Dr. med. Peter Kalbe	50,00 €	80,00 €
15.11.2024	16.11.2024	Berlin	2024-24600	Chirurginnen und Chirurgen in leitender Position	Prof. Dr. med. Heinz-Jochen Gassel	400,00 €	600,00 €

BDC|Akademie

Information und Anmeldung:

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

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

EXTERNE VERANSTALTUNGEN

VON	BIS	ORT	SEMINARTITEL	WISSENSCHAFTLICHE:R LEITER:IN	PREIS MG	PREIS NICHT-MG
27.04.2024	27.04.2024	online	Kurs Aktualisierung Fachkunde Strahlenschutz für Ärzte, MTA/MTRA, MFA und OP-Personal	durchblicken.org	170,00 €	170,00 €
21.06.2024	22.06.2024	Sulzbach	SarkomMeeting - interdisziplinärer Kompaktkurs Sarkomtherapie	VARISANO Klinikum Frankfurt Höchst Allgemein-, Viszeral-, Gefäß- und Thoraxchirurgie	200,00 €	200,00 €
05.07.2024	05.07.2024	Kassel	Zertifikatskurs Fraktursonografie im Wachstumsalter	durchblicken.org	250,00 €	250,00 €
06.09.2024	06.09.2024	Hannover	Zertifikatskurs Fraktursonografie im Wachstumsalter	durchblicken.org	310,00 €	310,00 €
28.09.2024	28.09.2024	Düsseldorf	Intensivkurs Röntgenbefundung im Wachstumsalter	durchblicken.org	350,00 €	350,00 €
25.10.2024	25.10.2024	Berlin	Zertifikatskurs Fraktursonografie im Wachstumsalter	durchblicken.org	310,00 €	310,00 €
15.11.2024	15.11.2024	Mannheim	Zertifikatskurs Fraktursonografie im Wachstumsalter	durchblicken.org	310,00 €	310,00 €
22.11.2024	22.11.2024	München	Zertifikatskurs Fraktursonografie im Wachstumsalter	durchblicken.org	310,00 €	310,00 €

SPONSOREN DER BDC | AKADEMIE

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

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

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

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

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

B. BRAUN
SHARING EXPERTISE

corzamedical

Johnson & Johnson
Med Tech

INTUITIVE

Medtronic
Engineering the extraordinary

STORZ
KARL STORZ – ENDOSKOPIE



PANORAMA

Medizin- geschichte

Chirurgie in der DDR

In der Provinz

In der Provinz (Teil 2)

Volker Klimpel



Dr. med. habil. Volker Klimpel
Grazer Straße 3
01279 Dresden

Im mittleren Teil der „deutschöstlichen Region“ (Wulf Kirsten) fällt für einige Zeit die nabelschnurartige Verbindung zwischen der Hallenser und der Leipziger Chirurgie in den Blick, wobei es sich diese beiden Städte verbeten haben würden, als Provinz bezeichnet zu werden, insbesondere Leipzig, die „heimliche Hauptstadt der DDR“. Im Mittelpunkt stehen das ehemalige Bezirkskrankenhaus St. Georg in Leipzig und die Chirurgische Universitätsklinik in Halle an der Saale. So wurde der aus dem Sudetenland vertriebene Chirurg Franz Mörl (1899–1979) in der Leipziger Universitätsklinik unter Ernst Heller (1877–1964)¹ groß und dann dessen Nachfolger im St. Georg. Von dort berief man ihn auf das Ordinariat in Halle, während der dortige Oberarzt und Schüler von Werner Budde (1886–1960), Gerhard Rothe (1911–1978), Professor und Chefarzt am Klinikum St. Georg in Leipzig-Wiederitzsch wurde. Rothe hatte bei Brunner in Zürich und bei Derra in Düsseldorf hospitiert und

als erster Lungenoperationen im großen Stil in Mitteldeutschland durchgeführt. Aus der Heller-Mörl-Rothe-Schule stammte auch der langjährige Chefarzt und Ärztliche Direktor des Kreiskrankenhauses Borna, Dr. Gerhard Schreckenbach (1918–2016).

Im Dunstkreis von Halle, aber von Becker aus Jena kommend, entfaltete der Arztsohn Prof. Baldur Schyra (1934–2009) am Klinikum in Bernburg an der Saale (heute zur AMEOS-Gruppe gehörend und Akademisches Lehrkrankenhaus der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg) eine hohe Wirksamkeit. Schyra hatte noch ein zusätzliches Studium der Philosophie mit Promotion absolviert, in Budapest und Leningrad chirurgisch hospitiert und 1969 in Jena habilitiert. Die Chirurgische Klinik in der ehemaligen anhaltinischen Residenzstadt Bernburg leitet er 29 Jahre(!) Prof. Schyra, der auch in den Fach- und Standesvertretungen aktiv war, z. B. im Präsidium der DGCH, hinterließ mit



Abb. 1: Franz Mörl



Abb. 2: Gerhard Rothe

Klimpel V: In der Provinz –
Chirurgen in der DDR (Teil 2).
Passion Chirurgie. 2024 April;
14(04): Artikel 09.



Den ersten Teil „Chirurgie in der DDR“
lesen Sie auf BDC|Online (www.bdc.de)
unter der Rubrik Wissen | Panorama.

¹ Inaugurator der nach ihm benannten Kardiomyotomie bei Pylorospasmus und der Thorakoplastik bei Empyemresthöhe



Abb. 4: Das alte Krankenhaus in Bernburg



Abb. 3: Baldur Schyra

dem Buch „Momentaufnahmen eines Chirurgen“ 2003 fesselnde Lebenserinnerungen, die Einblicke in das Spannungsfeld eines Chirurgen zwischen täglicher Arbeit im Operationsaal und der Verantwortung eines „staatlichen Leiters“ im „sozialistischen Gesundheitswesen“ erlauben. Als Kuriosum sei hier angefügt, dass Schyra seine medizinische Dissertation („Johann Wilhelm Baumer und seine Bedeutung für die medizinische Wissenschaft“) an jener Abteilung der Medizinischen Akademie Erfurt angefertigt hat, an welcher der Verfasser 25 Jahre später als wissenschaftlicher Mitarbeiter tätig war.

Über seinen Wirkungskreis am Stadt Krankenhaus Dresden-Friedrichstadt hinaus galt Albert Fromme (1881–1966) als Papst der Chirurgie in Mitteldeutschland, hinter vorgehaltener Hand auch „Pius“ genannt. Die

Durchführung der 66. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH) 1945 in Dresden unter seiner Präsidentschaft blieb ihm infolge von Krieg und Zerstörung versagt. Als 1954 die Medizinische Akademie „Carl Gustav Carus“ in Dresden gegründet wurde², wurde Fromme erster Ordinarius für Chirurgie und erster Rektor. Penibel im Diagnostizieren und Operieren, war Fromme, seit 1915 Professor, chirurgisch noch Allrounder und ist wissenschaftlich vor allem mit einer seinerzeit viel diskutierten Mesenchymtheorie des Karzinoms hervorgetreten. Frommes Nachfolger, die Professoren Hans-Dieter Schumann (1911–2001) und Karl-Heinz Herzog (1927–1993) waren bei aller Unterschiedlichkeit aus dem gleichen Holz geschnitzt. Man könnte sie fast als das „Dresdner Triumvirat“ bezeichnen, vermochten sie doch ihre Klinik vor den schlimmsten Auswüchsen des

² Zur Beseitigung des Ärztemangels wurden zeitgleich die Medizinischen Akademien in Erfurt und Magdeburg gegründet.

„sozialistischen Gesundheitswesens“ und des totalitären Systems zu bewahren.

Die Tendenz, auch kleine und mittlere Häuser mit Professoren zu besetzen, ist nicht neu. Als Beispiel sei hier das Stadtkrankenhaus Arnstadt in Thüringen angeführt, das immer wieder Professoren an die Spitze der Chirurgie berief. Prof. Gerhard Jorns (1900–1995) dürfte der prominenteste gewesen sein. Er kam von Guleke in Jena – wie breit dessen Schule ihre Abkömmlinge in die Peripherie entsandte, wird sich noch an anderer Stelle zeigen – und übernahm 1935 das Arnstädter Haus, weiterhin in Jena lesend. Jorns' große Vielseitigkeit und seine enorme Leistungsfähigkeit zeigten sich vor allem im und nach dem Zweiten Weltkrieg, wo er nicht nur Chefchirurg und Leiter des gesamten Krankenhauses, sondern auch verantwortlich für zahlreiche Lazarette der Umgebung war. In der Nachkriegszeit rief er Polikliniken, Landambulatorien und Dispensaires ins Leben, die es zuvor noch nicht gegeben hatte. Ungeachtet dieser Arbeitsbelastung veröffentlichte Prof. Jorns chirurgische Lehr- und Handbücher, die großen Anklang unter den Fachkollegen fanden und noch weit über seine Zeit hinaus wirkten, wie z. B. das zweibändige „Lehrbuch der speziellen Chirurgie“ (zusammen mit W. E. Goldhahn, 1955 ff).

In Arnstadt gab es noch einen weiteren prominenten Professor der Chirurgie, der allerdings nicht mit Jorns konkurrierte, weil er sich gänzlich auf die orthopädische Chirurgie spezialisiert hatte: Prof. Dr. Leopold Frosch (1890–1959), von 1925 bis 1959 Chefarzt der Orthopädischen Klinik „Marienstift“. Die chirurgischen Lehrer des gebürtigen Berliners waren Moritz Katzenstein (1872–1932), Otto Hildebrand (1858–1927) und August Bier (1861–1949), alle in Berlin. Vor allem Kinder mit Rachitis, Knochentuberkulose und Haltungsschäden, natürlich auch Erwachsene, kamen scharenweise aus ganz Thüringen und darüber hinaus zu Frosch. Wie Jorns ist auch er Namensgeber einer Straße in Arnstadt.

Dass Provinzkrankenhäuser auch als Sprungbrett für höhere Aufgaben dienen können, zeigt sich am Beispiel von Heinrich Kuntzen (1893–1977), der als Payr-Schüler zunächst



Abb. 5: Gerhard Schreckenbach



Abb. 7: Hans-Dieter Schumann

an das Stadtkrankenhaus nach Chemnitz ging und von dort 1951 auf das chirurgische Ordinariat in Jena berufen wurde. Zu Chemnitz (von 1953 bis 1990 „Karl-Marx-Stadt“) wäre noch anzufügen, dass die späteren Chefärzte Kurt Unger (1916–1996), Wilfried Wehner (1932–2022), Rainer Morgenstern (1940–2016) und Joachim Boese-Landgraf (*1950) als Professoren aus dem universitären Bereich kamen.

Wiederum aus der Jenaer Chirurgenschule stammte Prof. Fred Nöller, langjähriger Chefarzt am Bezirkskrankenhaus Gera-Milbitz. Der



Abb. 6: Albert Fromme



Abb. 8: Gerhard Jorns

Guleke-Schüler hatte dort 1950 den nicht minder namhaften Prof. Otto Hilgenfeld (1900–1983) abgelöst. Nöller, der noch das Gesamtgebiet der Chirurgie beherrschte und auch Facharzt für Urologie war, hielt weiter Vorlesungen in Jena. Er brachte die Geraer Klinik auf den neuesten Stand und hat zahlreiche Fachärzte und Oberärzte in die Umgebung entlassen. Ihm eignete zudem eine zeichnerische Begabung, die sich u. a. in einem Porträt seines Meisters Guleke ausdrückte.

Hier schließt sich nahtlos Prof. Gerhard Hartmann (1923–2011) an, der ebenfalls aus der

chirurgischen „Kaderschmiede“ von Guleke in Jena kam. Auch Kuntzen und Becker hat er noch erlebt, bevor er 1968 als Chefarzt an das Kreiskrankenhaus in Greiz „entwich“, zu groß waren die Meinungsverschiedenheiten mit seinem Chef in der Jenaer Bachstraße. Hartmann hat diesen Wechsel nie als Abstieg, sondern als Glücksmoment empfunden, konnte er sich doch in der Greizer Selbständigkeit als Chirurg und Urologe fachlich voll entfalten und seine Vorstellungen von einer reibungslos funktionierenden chirurgischen Abteilung verwirklichen. Zudem war es ihm in der Provinz mehr als im „Dschungel“ der Hochschule möglich, seinen humanistischen und psychologischen Neigungen zu frönen.

Einer der im wahrsten Sinne des Wortes berühmtesten sogenannten Provinzchirurgen war Heinrich Braun (1862–1934) in Zwickau. Hier schuf er ein Großkrankenhaus im damals modernen Pavillonstil mit über 600 Betten, die Hälfte davon chirurgische. Aus Nah und Fern kamen nicht nur Patienten, sondern auch am Krankhausbau interessierte Besucher nach Zwickau. Kurz nach Brauns Tod erhielt die Einrichtung den noch heute bestehenden Namen „Heinrich-Braun-Krankenhaus“. Die Chirurgie erlernte Braun bei Richard von Volkmann (1830–1889) in Halle, autodidaktisch als Privatkliniker in Leipzig sowie als Habilitand bei Karl Thiersch (1822–1895) in Leipzig. Als Chefarzt des neuen Diakonissenkrankenhauses (1899–1905) in Leipzig stand Braun bereits auf eigenen Füßen und widmete sich dem Gebiet der Lokalanästhesie, das ihm später Weltruhm verschaffen sollte. In Zwickau bewies Braun, dass die wissenschaftliche Arbeit längst nicht mehr auf die Universitätskliniken beschränkt war. Eine anschauliche Beschreibung seines Werdeganges gibt Heinrich Braun in seiner Autoergobiographie: „Die Medizin der Gegenwart in Selbstdarstellungen“. Hrsg. v. L. Grote. Bd. 5. Leipzig 1925, S. 1–34.

Braun, seit 1905 Extraordinarius an der Universität Leipzig, hat sich besonders um die

Lokalanästhesie verdient gemacht, hierbei oft als Widerpart von Carl Ludwig Schleich (1859–1922). Wir kennen noch heute seine Leitungs- und Infiltrationsanästhesie, seine Bein-Lagerungsschiene und (vielleicht) seinen Transfusionsapparat. Für immer verbunden bleibt sein Name auch als Mitherausgeber der ersten großen chirurgischen Operationslehre in Deutschland, dem „Bier-Braun-Kümmell“, zusammen mit August Bier (1861–1949) und Hermann Kümmell (1852–1937). 22 Jahre hat Braun in Zwickau gearbeitet, ist 1924 Präsident der DGCH gewesen und 1929 zu ihrem Ehrenmitglied ernannt worden.

Gelegentlich kam es auch zu Rückberufungen von in die Provinz gegangenen Chirurgen an ihre Alma Mater. Ein solcher Fall begegnet uns in der Person von Hans Schröder (1929–1997), ein Schüler Kuntzens, der dann bei Theo Becker (1916–1997) habilitierte, Professor wurde und von 1972 bis 1981 Chefarzt der Chirurgie am Bezirkskrankenhaus in Gera wurde. Er folgte Becker auf dem Jenaer Lehrstuhl (1981–1995).

Der Franke Dr. Wilhelm Heufelder (1896–1976) hatte bei seinem Dienstantritt 1930 in Waltershausen am Fuße des Thüringer Waldes München als akademischen Hintergrund. Er verließ die Ludwig-Maximilians-Universität, wo er studiert und promoviert hatte, als Facharzt noch zu Zeiten Erich Lexers (1867–1937). Waltershausen wurde zu Heufelders Wahlheimat. Hier setzte er den Krankenhausneubau am Geizenberg durch und hier erwarb er sich den Ruf eines Struma-Spezialisten, zu dem nicht nur Patienten aus dem Thüringer Endemiegebiet kamen, sondern aus der gesamten DDR. Über seine Pensionierung hinaus hat Chefarzt Dr. Heufelder Sprechstunden abgehalten und ist beratend tätig gewesen. In Waltershausen ist er dann auch gestorben.

Die seit 1954 im Rahmen der neu gegründeten „Medizinischen Akademie Erfurt“ als Hochschulklinik fungierende Chirurgische



Abb. 9: Wilhelm Heufelder

Klinik mit ihren Direktoren Prof. Egbert Schwarz (1890–1966) und Prof. Werner Usbeck (1920–2007) war ebenfalls daran interessiert, möglichst viele aus ihrem „Stall“ hervorgegangene Chirurgen auf Chefpositionen in der Region unterzubringen. Auf diese Weise wurden u. a. die Kreiskrankenhäuser in Arnstadt, Gotha, Bad Langensalza, Sömmerda, Ilmenau und Nordhausen besetzt. Und so war zumindest in diesen Kliniken dann ein einheitliches chirurgisches Vorgehen („Erfurter Schule“) gewährleistet. Im Umland anderer großer Ausbildungseinrichtungen war es ähnlich.

Ohne an dieser Stelle auf weitere Städte, in denen Professoren chirurgische Chefärzte waren, wie z. B. Frankfurt an der Oder, Saalfeld an der Saale oder Plauen im Vogtland näher eingehen zu können (was vielleicht an anderer Stelle einmal möglich ist), bleibt zu resümieren, dass in Ost und West, in Nord und Süd des ehemaligen zweiten deutschen Staates sich die Chirurgen gleichermaßen mit PASSION ihrem Metier gewidmet haben, egal ob dies in den Kathedralen der Universitäten oder „auf dem platten Land“ geschah. ○

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 Hämostatikum, ATC-Code: B02BC30. **Anwendungsgebiete:** Bei Erwachsenen und Kindern ab einem Alter von 1 Monat zur unterstützenden Behandlung in der Chirurgie zur Verbesserung der Hämostase, zur Unterstützung der Gewebversiegelung und zur Nahtsicherung in der Gefäßchirurgie, wenn Standardtechniken insuffizient sind, sowie bei Erwachsenen zur unterstützenden Versiegelung der Dura mater, um postoperative Liquorleckagen nach neurochirurgischen Eingriffen zu vermeiden. **Gegenanzeigen:** Intravaskuläre Anwendung, Überempfindlichkeit gegen die Wirkstoffe oder einen der sonstigen Bestandteile. **Nebenwirkungen (Häufigkeit nicht bekannt):** Anaphylaktischer Schock, Überempfindlichkeit, Thrombose, Darmverschluss (in der Bauchchirurgie), Adhäsionen, Bildung eines Fremdkörpergranuloms. **Weitere Warnhinweise:** Nach Öffnen der äußeren Folie sofort verwenden. Nicht resterilisieren. Chargendokumentationspflichtig. **Inhaber der Zulassung:** Corza Medical GmbH, Speditionstraße 21, 40221 Düsseldorf, Deutschland. **Stand der Information:** 03/2023. **DE:** Verschreibungspflichtig. **AT:** Rezept- und apothekenpflichtig, wiederholte Abgabe verboten. Weitere Informationen entnehmen Sie bitte der Fachinformation von TachoSil[®] Versiegelungsmatrix.

corza.com

2023080119