

PASSION

CHIRURGIE



PANORAMA

IN DER PROVINZ – CHIRURGIE
IN DER DDR (TEIL 3)

im Fokus

FAMILIE UND
BERUFLICHE
PERSPEKTIVEN

07/08 | 2024

MITGLIEDERZEITSCHRIFT:
DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR CHIRURGIE
BERUFSVERBAND DER DEUTSCHEN CHIRURGIE

DGCH

DEUTSCHE
GESELLSCHAFT FÜR
CHIRURGIE E.V.



BDC | Berufsverband der
Deutschen Chirurgie e.V.

Wie geht es uns Chirurg:innen in Deutschland?

Frauke Fritze-Büttner, Beate Blank, Steffen Axt, Julia Gump

Nachdem das bereits 1994 verabschiedete Arbeitszeitgesetz in entsprechender Form auch in den Krankenhäusern im Januar 2004 Einzug halten sollte, musste ein erstes Umdenken in der Arbeitsorganisation einsetzen. Die Personalplanung musste neu gedacht werden, um den gesetzlichen Anforderungen gerecht zu werden. Gemeinsam mit Ärztinnen und Ärzten wurden innovative Arbeitszeitmodelle entwickelt, um „humanere“ Arbeitsbedingungen zu schaffen, die nicht nur mehr Zufriedenheit, sondern auch mehr Lebensqualität mit sich bringen sollen. Seitdem sind nun 20 Jahre vergangen und in gewisser Weise ist ein Wandel eingetreten. Dort, wo die gesetzlichen Vorgaben eingehalten werden, gehören beispielsweise überlange Schichten und Dienste der Vergangenheit an.

Der Wandel ist aber nicht nur den gesetzlichen Vorgaben geschuldet, sondern vollzieht sich immer mehr durch einen gesellschaftlichen Wandel in der Einstellung zur Work-Life-Balance. Hier geht es auch nicht mehr um „das eine“ Modell einer Work-Life-Balance, sondern es geht um Flexibilität, Individualität und auch gleichzeitig um ein gewisses Maß an Sicherheit. Es sind Modelle gefragt, die es

ermöglichen, Karriere, Familie und Freizeit im Laufe des Lebens unterschiedlich zu priorisieren oder auch alles gleich zu gewichten, ohne die ökonomische Sicherheit und Aufstiegsmöglichkeiten zu verlieren. Dass diese Ansprüche oftmals mit einem chirurgischen Fachgebiet schwer vereinbar sind, liegt auf der Hand: Operationstische können nicht zum pünktlichen Feierabend verlassen werden, wenn Eingriffe anspruchsvoll und langwierig sind, Notfalleingriffe sind nicht planbar und unsere Patienten haben den Anspruch auf eine vollumfängliche Versorgung. Es geht auch nicht darum, die Grundlagen unserer Arbeit in Frage zu stellen, es geht vielmehr darum, die Grundlagen unserer Arbeit zu erhalten und nicht durch zusätzliche Arbeiten zu überfrachten. Dazu gehört, dass wir von „Entbürokratisierung“ im medizinischen Bereich sehr weit entfernt sind und ständig mit neuen bürokratischen Erfordernissen konfrontiert werden.

Sich hier für innovative Ideen zu öffnen, ist ein Gebot der Zeit, denn uns droht ein Nachwuchsmangel und alle berufspolitischen Institutionen sollten sich hierfür öffnen und einbringen. Dafür engagiert sich der BDC.



Dr. med. Frauke-Fritze Büttner
Leiterin Themenreferat „Familie und berufliche Perspektiven“ im BDC
Sana Klinikum Lichtenberg
Klinik für Allgemein- und
Viszeralchirurgie
frauke.fritze-buettner@sana.de



Dr. Beate Blank
Themenreferat „Familie und berufliche Perspektiven“ im BDC
Klinik für Handchirurgie, Plastische
und Mikrochirurgie
Dr. Erler Kliniken
handchirurgie@erler-klinik.de

Fritze-Büttner F, Blank B, Axt S, Gump J:
Wie geht es uns Chirurg:innen in Deutschland?
Passion Chirurgie. 2024 Juli/August;
14(07/08): Artikel 01.



Mehr zum Thema „Familie und Beruf“
finden Sie auf BDC|Online (www.bdc.de)
unter der Rubrik „Karriere“.


Dr. med. Steffen Axt

Themenreferat „Familie und berufliche Perspektiven“ im BDC
Klinik für Allgemeine, Viszeral- und Transplantationschirurgie
Universitätsklinikum Tübingen
steffen.axt@med.uni-tuebingen.de


Dr. Julia Gump

Themenreferat „Familie und berufliche Perspektiven“ im BDC
Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie
Kliniken Altmühltal
julia.gump@klinikum.neumarkt.de

Bereits 2021 erfolgte eine erste Umfrage des BDC zur Arbeits(zeit)gestaltung in Deutschland, an der sich 1.940 Chirurginnen und Chirurgen unterschiedlicher Fachdisziplinen beteiligten. Die letzten drei Jahre waren zudem sehr bewegt. So hat die Corona-Pandemie auch im chirurgischen Arbeitsalltag deutliche Spuren hinterlassen. Der Druck auf die Krankenhäuser, entstandene Defizite auszugleichen, die Forderungen der Tarifparteien nach Tarifierhöhungen zum Inflationsausgleich und die anstehende Krankenhausreform sorgen für viel Unruhe. Um zu erfassen, wie sich all dies auf die Arbeitssituation der Chirurg:innen in Deutschland auswirkt, haben wir 2024 erneut eine Umfrage durchgeführt (siehe Artikel „Arbeitszeiten im Wandel?“). Dass diese Thematik auf viel Interesse stößt, zeigt die weiterhin hohe Beteiligung daran. In diesem Jahr nahmen sogar 2.300 Chirurg:innen teil, 2.221 vollständige Beantwortungen konnten in die Analyse eingeschlossen werden.

Die Analyse der Daten erbrachte keine relevanten Unterschiede zwischen Chirurginnen und Chirurgen, auch wenn diesmal mit 44,63 % mehr Chirurginnen geantwortet hatten. In der Aufarbeitung der Daten wurden zwei Themenblöcke

auffällig: Zum einen die Problematik der Arbeitszeitgestaltung in den Krankenhäusern, zum anderen die zunehmende psychische Belastung der Chirurg:innen und deren möglichen Folgen. Auf diese Schwerpunkte setzen wir daher in dieser Ausgabe den Fokus. Ein weiterer Aspekt lag uns vom Referat „Familie und berufliche Perspektive“ auch aus eigener Erfahrung besonders am Herzen: Als Mütter und Väter haben wir uns durch den rechtlichen Wirrwarr der Ansprüche und Regelungen zur Elternzeit gekämpft und wollen mit einem Artikel mit Tipps Hilfestellung für alle (werdenden) Eltern geben.

Wünschenswert wäre es, wenn Umfrageergebnisse nicht nur Analysen bleiben, sondern sich durch Nachdenken und Umdenken neue Lösungswege beschreiben lassen. ○

HERAUSGEBER

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

DGCH

Präsident: Prof. Dr. med. Udo Rolle
Vizepräsidenten: Prof. Dr. med. Christiane Bruns,
Prof. Dr. med. Roland Goldbrunner,
Prof. Dr. med. Jens Werner
Generalsekretär: Prof. Dr. med. Thomas Schmitz-Rixen
(V.i.S.d.P.)
Schatzmeister: Prof. Dr. med. Johann Pratschke

BDC

Präsident: Prof. Dr. med. Dr. h.c. Hans-Joachim Meyer
V.i.S.d.P.
Vizepräsidenten: Dr. med. Peter Kalbe,
Dr. med. Jörg-Andreas Rüggeberg
Geschäftsführerin: Dr. med. Friederike Burgdorf
Justitiar: Dr. jur. Jörg Heberer, Berlin/München

REDAKTION

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

VERLAG

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

DESIGN

Nina Maria Küchler, Berlin

ANZEIGEN

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

ABBILDUNGSHINWEISE

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

ERSCHEINUNGSWEISE UND BEZUG:

Passion Chirurgie erscheint 10-mal jährlich als elektronische Ausgabe (eMagazin via BDC/Mobile App über Apple AppStore oder GooglePlay).
Quartalsweise erscheint sie als gedruckte Zeitschriftenausgabe unter IVW-Mitgliedschaft.

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****2 EDITORIAL**

2 Wie geht es uns Chirurg:innen in Deutschland?
Frauke Fritze-Büttner, Beate Blank, Steffen Axt, Julia Gump

6 KURZNACHRICHTEN**8 CHIRURGIE****8****ELTERNZEIT**

Steffen Axt, Beate Blank,
Julia Gump, Frauke Fritze-Büttner

14**ARBEITSZEITEN IM WANDEL?**

Frauke Fritze-Büttner, Claudia Kunze,
Beate Blank, Steffen Axt, Julia Gump

19**HOT TOPIC – SUIZIDALITÄT BEI CHIRURGINNEN UND CHIRURGEN**

Julia Gump

22 CHIRURGIE⁺

22 Akademie aktuell: Das Online-Facharztseminar
Orthopädie/Unfallchirurgie vom BDC Olivia Päßler



- 26 **Hygiene-Tipp:** Wie sind Explantate für Patienten aufzubereiten? *Walter Popp, Klaus Wiese, Lutz Jatzwauk, Wolfgang Kohnen*

- 29 Leserbrief *Achim Schröder*

- 31 **Arztpraxis Tipp:** Ausufernde Hygienebestimmungen des RKI *Peter Kalbe*

- 33 Honorarberichte der KBV 1. Quartal 2023 *KBV*

- 35 Abrechnung von Verlaufsberichten nach GO.-Nr. 115 *Peter Kalbe*

- 37 Personalia

38 RECHT

- 38 **F+A:** Aufteilung Hybrid-DRG zwischen Operateur und Anästhesist *Jörg Heberer*

- 39 **F+A:** Abrechnungsgrundlagen für die neuen Hybrid-DRGs *Jörg Heberer*

41 GESUNDHEITSPOLITIK

- 41 Vorwort: Sie haben Post! *Carsten J. Krones, Daniel Vallböhmer*

- 41 **BDC-Praxistest:** Leistungsgruppe futsch – Aus die Maus? *René T. Steinhäuser*

- 45 Fachärztliche Weiterbildung Chirurgie unter den Vorzeichen der neuen Weiterbildungsrichtlinie und der Gesundheitsreformgesetzgebungen *Dirk Farghal*

- 48 Festrede vom Parlamentarischen Abend in Berlin *Hans-Joachim Meyer*

- 50 **Berufspolitik Aktuell:** BDC und DGCH nehmen gemeinsam Stellung: Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung *Friederike Burgdorf, Peter Kalbe, Hans-Joachim Meyer, Thomas Schmitz-Rixen*

- 54 Gesundheitsminister Lauterbach und die GOÄ-Novelle *Olivia Päßler, Peter Kalbe*

57 INTERN

57 DGCH

- 57 Sehr persönlich nachgefragt bei Tina Histing
- 59 Bericht zum Organspendelauf 2024 in Leipzig *Matthias Anthuber*

- 61 Ausschreibung Preise und Stipendien 2025

- 63 Nachruf auf Prof. Dr. med. Erhard Kiffner

- 64 Nachruf auf Prof. Dr. med. Dr. h.c. Klaus-Peter Thon

- 66 Rekrutierende multizentrische chirurgische Studien in Deutschland *Solveig Tenckhoff*

- 69 Spendenaufruf Langenbeck-Virchow-Haus

71 BDC

- 71 BDC|News

- 74 BDC|Landesverbände

- 76 Termine BDC|Akademie

- 79 Lifestyle-Angebote im Juli/August 2024

80 PANORAMA

- 80 Chirurgie in der DDR – In der Provinz (Teil 3) *Volker Klimpel*

7/8 24 Kurz Nachrichten

AKTUELLE UMFRAGE

Neue europäische Umfrage zum Einsatz von KI in der Chirurgie gestartet

Das Institut für bildgestützte Chirurgie führt derzeit eine neue Umfrage durch unter Chirurginnen und Chirurgen, die das Wissen, die Erwartungen und Erfahrungen der Mediziner:innen mit künstlicher Intelligenz in der Chirurgie aufzeigen soll.

Ziel ist es, den Verlauf und den Einfluss von KI auf die Chirurgie im Laufe der Jahre zu untersuchen.

Hier geht's zur Umfrage (Dauer weniger als 10 Minuten)...



Mustervorlage „Hygieneplan in der Arztpraxis“

Das Kompetenzzentrum Hygiene und Medizinprodukte der KVen und der KBV hat die 2. Auflage der „Mustervorlage – Hygieneplan in der Arztpraxis“ fertiggestellt. Sie finden den „Musterhygieneplan“ auf der Website des Kompetenzzentrums unter www.hygiene-medizinprodukte.de/start. Auf Anfrage bei den [Hygieneberatern der KVen](#) können Sie auch eine Word-Datei für die praxiseigene Anpassung erhalten.

Ziel des Musterhygieneplans ist es, den Praxen ein Unterstützungs- und Serviceangebot

für das Erstellen des eigenen Hygieneplans an die Hand zu geben. Dieser berücksichtigt sowohl den Patienten- als auch den Schutz der Mitarbeitenden. Hintergrundinformationen liefert die Broschüre „[Hygiene in der Arztpraxis. Ein Leitfaden](#)“ (3. Auflage; 2023), die ebenfalls vom Kompetenzzentrum Hygiene und Medizinprodukte der KVen und der KBV stammt.



BUNDES
KLINIK
ATLAS

DGCH-UMFRAGE ZUM BUNDES-KLINIK-ATLAS UNTER CHIRURG:INNEN

Hohe Beteiligung und Benennung der Schwachstellen des Tools

Eine Umfrage der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie e.V. (DGCH) unter leitenden Chirurginnen und Chirurgen zum Bundes-Klinik-Atlas (B-K-A) zeigte ein hohes Maß an Unzufriedenheit mit der Qualität des Online-Tools. Zugleich beurteilt eine Mehrheit der Befragten die Einrichtung eines unabhängigen Klinikatlas grundsätzlich als positiv, wenn die publizierten Ziele tatsächlich umgesetzt würden.

Die DGCH empfiehlt eine intensive Zusammenarbeit mit den Fachgesellschaften, um bei dem Portal nachzubessern.

Die Ergebnisse der Umfrage zusammengefasst auf den Seiten der DGCH...

Mitglieder werben Mitglieder



Werben Sie ein neues Mitglied
und belohnen sich mit

- Hoodie „Aufschneiderin“ oder „Aufschneider“
(türkis oder blau)
- 1 Jahr 50% Rabatt auf Ihren
BDC-Mitgliedschaftsbeitrag

Wählen Sie zusätzlich
eine dieser Prämien:

- 3-Monatsabo der Fachzeitschrift
Die Chirurgie inklusive Zugang zu
allen Online-Angeboten oder
- 6-Monatsabo der Fachzeitschrift
Die Unfallchirurgie oder
- 35 Euro Wunschgutschein
(amazon oder Dussmann)



Prämien für neue
BDC-Mitglieder:

- 3-Monatsabo einer
Fachzeitschrift der Wahl
(Die Chirurgie,
Die Unfallchirurgie,
Die Orthopädie)



- + Vollzugriff auf die
Wissensplattform
AMBOSS für 3 Monate



Empfehlen
und Prämie
sichern!





IM FOKUS

Familie und Beruf



Korrespondierender Autor:
Dr. med. Steffen Axt
 Themenreferat „Familie und berufliche Perspektiven“ im BDC
 Klinik für Allgemeine, Viszeral- und Transplantationschirurgie
 Universitätsklinikum Tübingen
steffen.axt@med.uni-tuebingen.de



Dr. Beate Blank
 Themenreferat „Familie und berufliche Perspektiven“ im BDC
 Klinik für Handchirurgie, Plastische und Mikrochirurgie
 Dr. Erler Kliniken
handchirurgie@erler-klinik.de

Axt S, Blank B, Gump J, Fritze-Büttner F:
 Elternzeit. Passion Chirurgie. 2024 Juli/August;
 14(07/08): Artikel 03_01.



Mehr zum Thema „Familie und Beruf“
 finden Sie auf BDC|Online (www.bdc.de)
 unter der Rubrik „Karriere“.

Elternzeit

Steffen Axt, Beate Blank, Julia Gump, Frauke Fritze-Büttner

Durch eine Schwangerschaft ergeben sich für werdende Eltern zahlreiche Veränderungen. In allen Bereichen des Lebens muss Platz für einen weiteren Menschen geschaffen werden. Im Verlauf der Schwangerschaft können zahlreiche Fragen aufkommen, deren man sich vorher in diesem Maße nicht bewusst war.

Eines dieser relevanten Themen stellt die Elternzeit dar. Diese kollidiert oft mit dem medizinischen Beruf, der zahlreiche Überstunden und Dienste bedingt.

Dieser Artikel soll helfen, einen Überblick über die wichtigsten Fakten, Fristen und Neuerungen zu geben.

GRUNDLAGEN UND RECHTE

Die Elternzeit ist ein bedeutsames Instrument, das es Eltern ermöglicht, sich um ihre Kinder zu kümmern und gleichzeitig beruflich aktiv zu bleiben. Sie stellt eine unbezahlte Auszeit vom Berufsleben dar, wobei zum Ausgleich Elterngeld beantragt werden kann. In Deutschland ist die Elternzeit gesetzlich geregelt und beinhaltet zahlreiche Möglichkeiten und Rechte für Arbeitnehmende. Die rechtlichen Grundlagen der Elternzeit sind im Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetz (BEEG) festgelegt. So besteht zum Beispiel während der Elternzeit ein besonderer Kündigungsschutz, der auch eine Kündigung aus betrieblichen Gründen ausschließt. Das Arbeitsverhältnis und damit auch die grundlegenden Rechte der Arbeitnehmenden bleiben grundsätzlich bestehen. Arbeitnehmende haben zudem nach Ablauf der Elternzeit einen Anspruch auf Wiedereinstellung auf denselben Arbeitsplatz mit denselben Arbeitszeiten wie sie vor der Elternzeit bestanden haben.

ZUR INFO

- Besonderer Kündigungsschutz
- Arbeitsverhältnis bleibt grundsätzlich bestehen
- Anspruch auf Wiedereinstellung in gleicher Position

ANSPRUCH AUF ELTERNZEIT

Voraussetzungen für den Anspruch der Elternzeit bestehen darin, das Kind selbst zu betreuen bzw. zu erziehen und mit dem Kind in einem gemeinsamen Haushalt zu leben. Hierbei muss keine Rundumbetreuung des Kindes erfolgen. Elternzeit kann auch genommen werden, wenn das Kind einen Teil des Tages durch andere Personen (Au-Pairs, Tageseltern, Kindertagesstätten) betreut wird. Die Elternzeit kann dabei bei einem leiblichen eigenen Kind, bei leiblichen Kindern des Ehepartners oder Lebenspartners, bei Kindern, für die eine Vaterschaftsanerkennung/Vaterschaftsfeststellung beantragt wurde, bei Pflegekindern, bei Adoptivkindern, bei Enkelkindern sowie in weiteren besonderen Fällen gestellt werden. Bei gleichgeschlechtlichen Paaren, vor allem, wenn beide rechtlich anerkannte Elternteile sind, gelten an sich dieselben Voraussetzungen wie bei verschiedengeschlechtlichen Paaren. Bei gleichgeschlechtlichen Paaren, bei denen ein Elternteil nicht rechtlich anerkannter Elternteil ist, gelten die Voraussetzungen wie im Falle von Stiefeltern- und Adoptivelternschaft. Eine weitere rechtliche Besonderheit stellt in diesem Zusammenhang lesbische Paare dar. Die Elternzeit durch die Partnerin kann bei lesbischen verheirateten Paaren beantragt werden, wenn ein gemeinsamer Haushalt besteht. Bei lesbischen unverheirateten Paaren besteht ein Anspruch auf Elternzeit, wenn ein gemeinsamer Haushalt

besteht und eine Adoption durch die Partnerin besteht oder angestrebt wird. In diesen Fällen bedarf der Elternzeitantrag der Zustimmung des sorgeberechtigten Elternteils.

ZUR INFO

- Anspruch bei Betreuung von Kindern im gemeinsamen Haushalt
- Partielle Betreuung durch andere (Au-Pairs, Tageseltern, Kindertagesstätten) zulässig
- Anspruch bei gleichgeschlechtlichen Ehen/Partnerschaften kann abweichen

ZEITLICHE RAHMENBEDINGUNGEN

Generell kann, wenn ein Anspruch besteht, pro Kind (auch bei Zwillingen und Mehrlingen) eine Elternzeit von maximal drei Jahren pro Elternteil bzw. Personen, die darauf Anspruch haben, genommen werden (Achtung: bei Müttern ist der Mutterschutz nach der Geburt in diese Zeit inkludiert!).

Der Anspruch besteht unabhängig davon, ob es sich um das erste Kind oder um weitere Kinder handelt. Eltern können zwischen verschiedenen Modellen wählen, darunter die vollständige Inanspruchnahme der Elternzeit direkt nach der Geburt, die teilweise Inanspruchnahme in Form von Teilzeitbeschäftigung oder die Aufteilung der Elternzeit zwischen beiden Elternteilen. Bei Müttern beginnt die Elternzeit frühestens im Anschluss an den Mutterschutz. Bei Partnern und Partnerinnen beginnt diese frühestens mit der Geburt des Kindes.

Die Elternzeit kann bis zum 8. Geburtstag des Kindes flexibel wahrgenommen werden. Es ist darauf zu achten, dass die Elternzeit in maximal drei Zeitabschnitte unterteilt werden kann, ohne dass es der Zustimmung des Arbeitgebers bedarf. Die Zeitabschnitte können dabei Monate, Wochen oder sogar Tage betragen. Sobald die maximale Anzahl von drei Zeitabschnitten überschritten wird, ist

die Zustimmung des Arbeitgebers notwendig. Eine direkte Verlängerung der Elternzeit über den beantragten Zeitraum hinaus, welche jedoch der Zustimmung des Arbeitgebers bedarf, zählt hierbei nicht als neuer Zeitabschnitt. Ein neuer Zeitabschnitt kann lediglich geltend gemacht werden, wenn zwischen den einzelnen Elternzeitabschnitten eine Beschäftigung im ursprünglichen Arbeitsverhältnis bestand.

Im sogenannten „Bindungszeitraum“, dieser stellt die Zeit bis zum dritten Geburtstag des Kindes dar, muss die Anmeldung der Elternzeit beim Arbeitgeber mit festgelegten Zeiträumen erfolgen. Wird im Bindungszeitraum ein Teil der Elternzeit nicht genommen, wird hierdurch automatisch darauf verzichtet. Denn nach dem dritten Geburtstag des Kindes und damit nach der Zeit des Bindungszeitraums können maximal noch 24 Monate der Elternzeit genommen werden. Nachträgliche Änderungen der Elternzeit können nur noch im Einverständnis des Arbeitgebers erfolgen! Durch diese Regelung soll dem Arbeitgeber eine bessere Planbarkeit gewährleistet werden. Nach dem dritten Geburtstag des Kindes, und damit nach Beendigung des Bindungszeitraums, kann die Elternzeit wieder frei gewählt werden. Sie bedarf hier keiner weiteren Zustimmung des Arbeitgebers. Hierbei ist jedoch die Anmeldefrist zu beachten.

ZUR INFO

- **Drei Jahre Elternzeit** pro Kind ab Ende Mutterschutz/Geburt bis 8. Geburtstag möglich
- Ohne Zustimmung Arbeitgeber maximal **drei flexible Zeitabschnitte** möglich
- Definitive Festlegung der Elternzeit bis zum dritten Geburtstag des Kindes („Bindungszeitraum“)
- **Änderungen** der Elternzeit bis zum dritten Geburtstag **nur mit Zustimmung des Arbeitgebers**
- Freie Elternzeitwahl ohne Arbeitgeberzustimmung nach dem dritten Geburtstag des Kindes



Dr. Julia Gump

Themenreferat „Familie und berufliche Perspektiven“ im BDC
Klinik für Allgemein- und
Viszeralchirurgie
Kliniken Altmühltal
julia.gump@klinikum.neumarkt.de



Dr. med. Frauke-Fritze Büttner

Leiterin Themenreferat „Familie und berufliche Perspektiven“ im BDC
Sana Klinikum Lichtenberg
Klinik für Allgemein- und
Viszeralchirurgie
frauke.fritze-buettner@sana.de

ANTRAGSTELLUNG UND RECHTE

Die Elternzeit stellt ein grundlegendes Recht Arbeitnehmender dar. Generell ist es notwendig, sich an Fristen und Formalitäten zu halten, um diese Rechte in Anspruch nehmen zu können. Hierbei muss der Antrag schriftlich beim Arbeitgeber eingereicht werden. Bei der Antragsstellung ist darauf zu achten, wer der Arbeitgeber ist, da dies nicht zwingend der ärztliche Direktor sein muss, und dadurch Anträge bei der Verwaltung gestellt werden müssen. Der Antrag kann formlos per Mail erfolgen. Sollte durch den Arbeitgeber keine Reaktion bzw. keine Antwort auf die Antragsstellung erfolgen, ist von einem (stillen) Einverständnis des Arbeitgebers auszugehen. Idealerweise sollte der Antrag bis spätestens sieben Wochen vor Beginn der Elternzeit eingereicht sein. Bei der Antragstellung muss der geplante Beginn, wobei hier das errechnete Geburtsdatum des Kindes als Grundlage genommen werden kann, und die gewünschte Dauer sowie ggf. die vorgesehene Unterteilung der Elternzeit angegeben werden. Sollte eine Teilzeitbeschäftigung in der Elternzeit vorgesehen sein, kann, muss jedoch nicht, eine unverbindliche Ankündigung mit dem Elternzeitantrag eingereicht werden.

ZUR INFO

- Schriftlicher Antrag auf Elternzeit **mindestens 7 Wochen** vor Beginn der Elternzeit
 - **Angabe des Beginns**, der **Dauer** sowie der **geplanten Zeitabschnitte**
- Ablehnung durch Arbeitgeber nur in schriftlicher Form bei dringenden betrieblichen Gründen spätestens 4 Wochen nach Antragseinreichung möglich

TEILZEIT IN ELTERNZEIT

Eine Teilzeitbeschäftigung in der Elternzeit bis zu 32 Stunden pro Woche (30 Stunden bei Geburten vor dem 01.09.2021) ist möglich und kann in diesem Rahmen flexibel mit dem

Arbeitgeber vereinbart werden. Die Berechnung dieser erfolgt anhand des monatlichen Durchschnittes der Arbeitszeit. Dies bedeutet, dass die wöchentliche Arbeitszeit 32 Stunden überschreiten kann, wenn hierdurch der monatliche Durchschnitt der Arbeitszeit darunterliegt.

Hierbei ist in besonderem Maße darauf zu achten, dass Bereitschaftszeit vollumfänglich als Arbeitszeit angesehen wird und bei der Berechnung dieser Arbeitszeit voll zu berücksichtigen ist. Demnach ist bei der Berechnung des monatlichen Durchschnittes der Arbeitszeit die Bereitschaftszeit generell zu 100 % hinzuzuziehen und zwar unabhängig der tatsächlich geleisteten Arbeit (§ 7 Abs. 8 ArbZG; EuGH, 01.12.2005, C14/04).

Überschreitet man den monatlichen Durchschnitt von 32 Stunden verliert man den Anspruch auf Elterngeld. Es besteht zudem nur unter bestimmten Voraussetzungen ein Recht auf Teilzeit in der Elternzeit. Diese Voraussetzungen sind, dass das Arbeitsverhältnis bei diesem Arbeitgeber länger als sechs Monate besteht und in der Regel mehr als 15 Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer (exklusive Auszubildende oder Personen in Berufsbildungsmaßnahmen) bei dem Arbeitgeber beschäftigt sind.

Zudem muss die Teilzeit mindestens über einen Zeitraum von zwei Monaten und im zeitlichen Rahmen von mindestens 15 (und maximal 32) Stunden pro Woche erfolgen. Sollten diese Bedingungen erfüllt sein, kann eine Teilzeit durch den Arbeitgeber dennoch bei Bestehen dringender betrieblicher Gründe abgelehnt werden. Diese können zum Beispiel darin bestehen, dass der Arbeitsplatz nicht für eine Beschäftigung in Teilzeit geeignet ist. Die Ablehnung aus betrieblichen Gründen muss dann jedoch innerhalb von vier Wochen bei Anträgen vor dem dritten Geburtstag des Kindes und acht Wochen bei Anträgen nach dem dritten Geburtstag des Kindes schriftlich begründet werden. Sollten die Voraussetzungen zum Recht auf Teilzeit in Elternzeit nicht bestehen, kann mit dem Arbeitgeber trotzdem eine Teilzeitbeschäftigung vereinbart werden, wobei diese dessen Einverständnis benötigt.

Die Absicht, während der Elternzeit in Teilzeit arbeiten zu wollen, muss rechtzeitig angekündigt werden. Hierbei gilt, dass in den ersten drei Lebensjahren des Kindes der Antrag mindestens sieben Wochen vor Beginn der Tätigkeit in schriftlicher Form gestellt werden muss. Sollte man mit Beginn der Elternzeit in Teilzeit arbeiten wollen, muss der Antrag demnach ebenfalls wie der Antrag auf Elternzeit sieben Wochen vor der Geburt des Kindes erfolgen. Dies kann vor allem der Fall sein, wenn schon vor der Elternzeit ein Teilzeitbeschäftigungsverhältnis von 32 Stunden pro Woche besteht, welches nahtlos weitergeführt werden soll. Eine Teilzeitbeschäftigung zwischen dem dritten und dem achten Geburtstag des Kindes muss 13 Wochen vor Beginn dieser gestellt werden.

Die Einhaltung dieser Fristen bedingt, dass keine Zustimmung des Arbeitgebers notwendig ist. Sollten diese Fristen nicht eingehalten werden, ist der Antrag von der Zustimmung des Arbeitgebers abhängig. Der Antrag muss den Beginn, den wöchentlichen Umfang und die Verteilung der Teilzeit, zum Beispiel „vormittags“, „nachmittags“ oder „montags bis mittwochs“, beinhalten. Der Antrag auf Teilzeit kann durch den Arbeitgeber nur im Gesamten angenommen oder abgelehnt werden. Es ist zum Beispiel nicht möglich, den Antrag anzunehmen, die gewünschte Verteilung (zum Beispiel „nur vormittags“) abzulehnen. Auch bei diesem Antrag gilt, dass bei Überschreitung der Fristen oder dem Ausbleiben einer Reaktion/Antwort des Arbeitgebers von einem (stillen) Einverständnis auszugehen ist und die Zustimmung in allen Belangen automatisch als erteilt gilt. Diese Formalien gelten generell auch, wenn eine Teilzeitbeschäftigung bei einem anderen Arbeitgeber oder in Eigenständigkeit geplant ist.

In der Elternzeit kann das Maß der Teilzeitbeschäftigung insgesamt zweimalig ohne die Zustimmung des Arbeitgebers verändert werden.

Es ist in diesem Fall ratsam, die generellen Absichten bezüglich einer Teilzeitbeschäftigung in der Elternzeit dem Arbeitgeber am besten mit dem Antrag auf Elternzeit mitzuteilen. Man ist hierzu nicht verpflichtet und

die Angabe kann dementsprechend unverbindlich sein. Hierdurch kann der Arbeitgeber jedoch in dem Zeitraum, in dem die Teilzeit vorgesehen ist, die Arbeitsstelle freihalten und keine Ersatzkraft einstellen. Wenn aber die Elternzeit mit zum Beispiel zwei Jahren angegeben wird, ohne dass eine Teilzeitbeschäftigungsabsicht geäußert wird, und dann während der Elternzeit ein Antrag auf Teilzeit gestellt wird, besteht die Gefahr, dass dies aufgrund dringender betrieblicher Gründe abgelehnt wird. Um hier dem Arbeitgeber eine bessere Planbarkeit zu geben und damit das Risiko der Ablehnung der Teilzeit in Elternzeit aus dringenden betrieblichen Gründen zu minimieren, kann eine Absichtserklärung mit dem Einreichen der Elternzeit hilfreich sein.

ZUR INFO

- Teilzeit **mindestens 15 und maximal 32 Stunden pro Woche**
 - Berechnung Arbeitszeit und Bereitschaftszeit berücksichtigen (Bereitschaftszeit=Arbeitszeit)
- Nur unter bestimmten Voraussetzungen Recht auf Teilzeit
- Ablehnung durch Arbeitgeber muss schriftlich und fristgerecht erfolgen
 - Ablehnungsgrund können dringende betriebliche Gründe sein
 - Innerhalb von vier Wochen (vor drittem Geburtstag des Kindes)
 - Innerhalb von 13 Wochen (nach drittem Geburtstag des Kindes)

SOLL- UND IST-ZUSTAND

Die gesetzlichen Rahmenbedingungen der Elternzeit scheinen sehr eindeutig zu sein. Trotzdem kann es bei der Elternzeit und der Teilzeitbeschäftigung in Elternzeit immer wieder zu Unklarheiten bis hin zu Konflikten mit dem Arbeitgeber kommen. Diese können zum Beispiel aus den Betreuungszeiten durch staatliche Einrichtungen wie Kindertagesstätten, Kindergärten und Schulen entstehen. Hierdurch bedingte Teilzeitkonzepte (Arbeit „vormittags“, „nachmittags“, „montags bis mittwochs“), die mittels

schriftlichen Antrags gestellt wurden, werden durch Arbeitgeber nicht immer schriftlich beantwortet. Rechtlich ist in solchen Fällen von einem stillen Einverständnis des Arbeitgebers auszugehen. Allerdings stellt diese Situation Betroffene vor die Ungewissheit, ob das Teilzeitkonzept Anklang beim Arbeitgeber findet und ob diese Informationen an Dienstplanerinnen/Dienstplaner entsprechend weitergegeben wird. Vereinbarungen mit dem Arbeitgeber werden durch diese zudem häufig im persönlichen Gespräch getroffen, sodass hierdurch dann nicht automatisch eine schriftliche Fixierung stattfindet. Sollten dann im weiteren Arbeitsalltag die getroffenen Rahmenbedingungen (regelmäßig oder dauerhaft) nicht eingehalten werden muss man sich als Betroffene/Betroffener die Frage stellen, wie man mit dieser Situation umgeht und wie kompromissbereit man sein will bzw. sein kann.

In diese Überlegungen spielt sicherlich auch die Form des Arbeitsvertrags mit hinein, bei der es sich häufig nicht um unbefristete Verträge handelt.

Ratsam ist, primär immer das Gespräch mit den Dienstplaner:innen oder dem Arbeitgeber zu suchen. Zudem besteht die Möglichkeit, beratende Hilfe über Institutionen wie den BDC in Anspruch zu nehmen. Sollten alle Gespräche und Maßnahmen keine befriedigende Lösung bringen, stünde die rechtliche Durchsetzung der Ansprüche zur Verfügung. Dies sollte hoffentlich nur die absolute Ausnahme darstellen. Sollte es aber so weit kommen, ist diese Durchsetzung oder der Wechsel der Arbeitsstelle zu prüfen.

FAZIT

Die Elternzeit spielt eine entscheidende Rolle bei der Vereinbarkeit von Beruf und Familie. Sie ermöglicht es, sich intensiv um ein Kind zu kümmern und gleichzeitig beruflich aktiv bleiben zu können. Dies trägt nicht nur zur persönlichen Entwicklung des Kindes bei, sondern auch zur Entlastung der Eltern und zur Förderung einer ausgewogenen Work-Life-Balance. Arbeitgeber sollten daher familienfreundliche Maßnahmen fördern und flexible Arbeitsmodelle anbieten, um

die Vereinbarkeit von Beruf und Familie zu unterstützen.

Jedoch können im ärztlichen Beruf arbeitsrechtliche Graubereiche, eingefahrene Strukturen und der Mangel an Flexibilität dem gegenüberstehen. Weiterhin fehlen sicherlich bei vielen Arbeitgebern klare und transparente Strukturen, die die Elternzeit und den anschließenden Arbeitsstart adressieren.

RECHTSGRUNDLAGE

- Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetz (BEEG)
 - § 15 Absatz 4
 - § 15 Absatz 6
 - § 15 Absatz 7
 - § 16 Absatz 1 Satz 2
 - § 16 Absatz 1 Satz 7
 - § 16 Absatz 3 Satz 1
- Arbeitszeitgesetz (ArbZG)
 - § 7 Abs. 8
- Urteile europäischer Gerichtshof (EuGH)
 - C14/04; 01.12.2005

Angaben ohne Gewähr, im Zweifelsfall gilt immer der Gesetzestext. 



Arbeitszeiten im Wandel?

Frauke Fritze-Büttner, Claudia Kunze, Beate Blank, Steffen Axt, Julia Gump

Nicht nur der oft noch sehr raue Ton im Operationssaal hält Studienabgänger:innen davon ab, sich für eine chirurgische Facharztausbildung zu entscheiden, auch die steigende Arbeitsbelastung und -verdichtung mit unzureichender Work-Life-Balance und schlechter Vereinbarkeit von Beruf und Familie sind wesentliche Faktoren. Mit der stetig steigenden Zahl von Medizinstudentinnen erhöht sich auch die Zahl der chirurgisch tätigen Ärztinnen. Nach Angaben der Bundesärztekammer hat sich die Anzahl der Chirurginnen von 2017 bis 2023 um fast 24 % erhöht [1, 2]. Eine Umfrage des Marburger Bundes 2022 hat gezeigt, dass 2022 mit 31 % mehr als das Doppelte der befragten Ärztinnen und Ärzte in Teilzeit-Modellen tätig sind als noch 2013 (15 %) [3]. Vielleicht ist es auch dem weiblichen Zuwachs geschuldet, dass

auch Chirurgen zunehmend über Anpassungen von Arbeitszeiten nachdenken, von ihren Rechten Gebrauch machen und auch der Anteil an Chirurgen in Teilzeit in den letzten Jahren deutlich gestiegen ist. Bereits 2021 äußerten in einer durch den BDC durchgeführten Umfrage zur Erhebung der Arbeitsbedingungen 51 % der Chirurgen, dass sie sich durchaus eine (vorübergehende) Reduktion der Arbeitszeit zur besseren Vereinbarkeit von Beruf und Familie vorstellen könnten [4].

Aufgrund der berufspolitischen Relevanz haben wir uns vom Themenreferat „Familie und berufliche Perspektiven“ entschlossen, die Umfrage von 2021, fokussiert auf Arbeitsbedingungen und psychische Belastungen, zu aktualisieren. Eine Umfrage mit 33 Fragen wurde Anfang dieses Jahres sowohl an die



Korrespondierende Autorin:
Dr. med. Frauke-Fritze Büttner
 Leiterin Themenreferat „Familie und berufliche Perspektiven“ im BDC
 Sana Klinikum Lichtenberg
 Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie
 frauke.fritze-buettner@sana.de



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

Mitglieder des BDC als auch über die Fachgesellschaften an deren Mitglieder versandt. Aus 2.300 Rückmeldungen konnten 2.221 Antworten in die Auswertung eingeschlossen werden. Auch wenn im Vergleich zur vorherigen Befragung mit 44,6 % mehr Chirurginnen teilgenommen haben, 2021 waren es nur 34,2 %, wird im Folgenden keine Differenzierung zwischen Chirurginnen und Chirurgen vorgenommen, da demografische Angaben und die Wichtung der Beantwortungen ohne geschlechtsspezifische Unterschiede waren.

Besorgniserregend ist, dass im Vergleich zur Umfrage von 2021 mit 57,1 % die Anzahl der Kolleginnen und Kollegen deutlich zugenommen hat, die sich vorstellen können, ihre Profession aufzugeben. 2021 waren es noch 50,7 %. Und das, obwohl eigentlich der Großteil der Befragten (64,28 %) im Wesentlichen mit ihrer beruflichen Tätigkeit zufrieden waren. Beeinflusst

wird dieser Fakt vor allem durch die Arbeitsmenge und die (nicht) umgesetzten Arbeitszeitregelungen (**Abbildung 1**).

Im Vergleich zu 2021, als mit 72,8 % administrative und bürokratische Tätigkeiten für Unzufriedenheit sorgten, gefolgt von 52,2 % infolge von Überstunden und langen Diensten, hat die Belastung durch nicht chirurgische Tätigkeiten um fast 8,7 % zugenommen, wohingegen die Belastung durch die Arbeits- und Dienstzeiten mit 54,76 % nur geringfügig angestiegen ist. Die Anzahl der Kolleginnen und Kollegen, die eine bis zehn Überstunden wöchentlichen machen, hat sich mit 64,68 % zugunsten derer, die mehr als zehn Überstunden pro Woche absolvieren, mit knapp 4 % erhöht. Hohen Einfluss auf das Belastungsempfinden haben derzeit allerdings die aktuellen gesundheitspolitischen Entwicklungen und zu erwartenden Strukturveränderungen (**Abbildung 2**).

Wie zufrieden sind Sie mit folgenden Bereichen Ihrer beruflichen Tätigkeit?

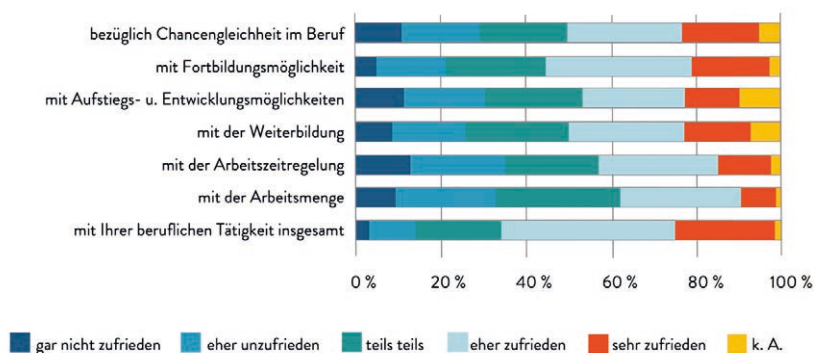


Abb. 1: Faktoren und deren Wichtung hinsichtlich der Bedürfnisse

Wie sehr fühlen Sie sich in Ihrer beruflichen Situation belastet durch...?

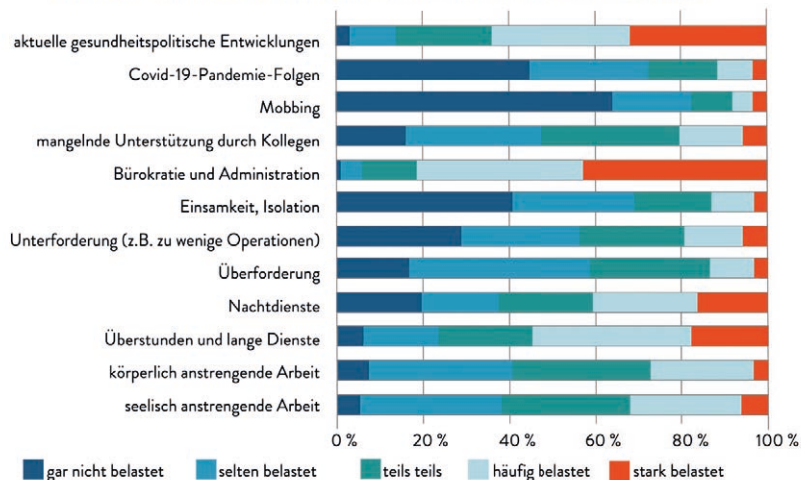


Abb. 2: Faktoren und ihre Wichtung im Rahmen beruflicher Belastung

Fritze-Büttner F, Kunze C, Blank B, Axt S, Gump J: Arbeitszeiten im Wandel? Passion Chirurgie. 2024 Juli/August; 14(07/08): Artikel 03_02.



Mehr zum Thema „Familie und Beruf“ finden Sie auf BDC|Online (www.bdc.de) unter der Rubrik „Karriere“.

**Dr. Beate Blank**

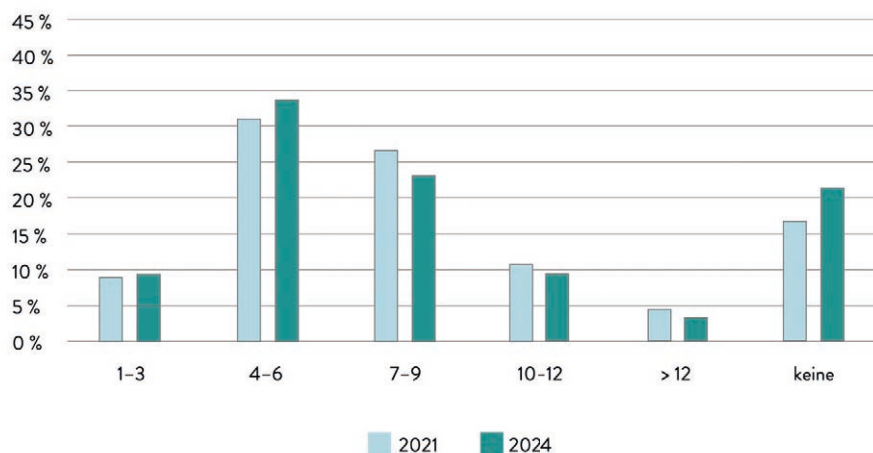
Themenreferat „Familie und berufliche Perspektiven“ im BDC
Klinik für Handchirurgie, Plastische und Mikrochirurgie
Dr. Erler Kliniken
handchirurgie@erler-klinik.de

**Dr. med. Steffen Axt**

Themenreferat „Familie und berufliche Perspektiven“ im BDC
Klinik für Allgemeine, Viszeral- und Transplantationschirurgie
Universitätsklinikum Tübingen
steffen.axt@med.uni-tuebingen.de

**Dr. Julia Gump**

Themenreferat „Familie und berufliche Perspektiven“ im BDC
Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie
Kliniken Altmühltal
julia.gump@klinikum.neumarkt.de

Belastung durch Dienste**Abb. 3:** Belastung durch Dienste

Bei Betrachtung der Belastung durch Dienste hat sich im Vergleich zu vor drei Jahren aufzeigen lassen, dass sich die Anzahl der Dienste, die Chirurgeninnen und Chirurgen monatlich leisten, etwas reduziert hat. Allerdings ist unklar, ob dies auf eine zunehmende Teilzeittätigkeit zurückzuführen ist, auf eine verbesserte Personalsituation oder auf Umstrukturierungsmaßnahmen (**Abbildung 3**).

Betrachtet man die Umfrageergebnisse, ist es nicht sonderlich verwunderlich, dass knapp 60 % der Befragten bereits daran gedacht haben, nicht mehr chirurgisch tätig sein zu wollen. Da uns das Umfrageergebnis 2021 schon aufhorchen ließ, wurde die Frage, ob man wieder eine chirurgische Berufslaufbahn einschlagen würde, in diesem Jahr dezidiert gestellt. Beantworteten diese Frage 2021 mit „eher nein“ oder „sicher nein“ 12,4 % waren es aktuell nur 8,46 %. 36,85 % würden es auch „auf jeden Fall“ wieder tun, aber mit 54,7 % waren es mehr als die Hälfte der Befragten, die es sich nur unter anderen Arbeitsbedingungen vorstellen könnten (Diagramm 4). Mit Reduktion bürokratischer und administrativer Aufgaben, Ausgleich von Überstunden durch Freizeit oder Bezahlung durch adäquate Arbeitszeiterfassung, einer an den klinischen Alltag angepassten flexiblen Arbeitszeitgestaltung und Reduktion der Dienstbelastung könnten hier sicherlich die Weichen neu gestellt werden (**Abbildung 4**).

Diese Fakten zeigen uns, wo die Probleme liegen, aber sie zeigen auch, wie es besser gehen könnte: Wir brauchen aktives Umdenken in Organisationsstrukturen und auch im kollegialen Miteinander. Ist das neue Zauberwort „New Work“? Und ist dieses Konzept der modernen Arbeitsform im Klinikalltag umsetzbar und wenn ja – wie? Voraussetzung ist eine Transformation der Arbeitsmodelle, für die sich die Klinikleitung nicht nur einsetzen, sondern sie, besser noch, vorleben sollte. Dies verlangt Führung, aber nicht in klassischer pyramidenförmiger Hierarchie, sondern in gelebtem Miteinander. Vertrauens- und Fehlerkultur, Kommunikation und Transparenz sind Grundvoraussetzungen.

Die eine oder andere Chefärztin oder der ein oder andere Chefarzt werden sicher behaupten: „Das geht doch gar nicht.“ „Das kann ich nicht umsetzen.“ „An der Uniklinik funktioniert das schon gar nicht.“ „Wer an „meiner Klinik“ bleiben will, muss schon ein bisschen mehr Einsatz zeigen.“ Aber es gilt, nicht kurzfristig zu denken. Die Kolleginnen und Kollegen, die wir jetzt ausbilden, stellen auch unsere zukünftige chirurgische Versorgung sicher. Berufliche Ansprüche, Anforderungen, Wünsche, Ziele und individuelle Werte haben sich über die Entwicklung der Generationen verändert. Und die meiste Lebenszeit wird immer noch vorrangig am Arbeitsplatz verbracht und ist somit Lebensmittelpunkt. Es gibt bereits Kliniken, die diesen Weg beschreiten. Einer

Unter welchen Bedingungen würden Sie wieder Chirurg:In werden wollen? (Mehrfachnennungen möglich)

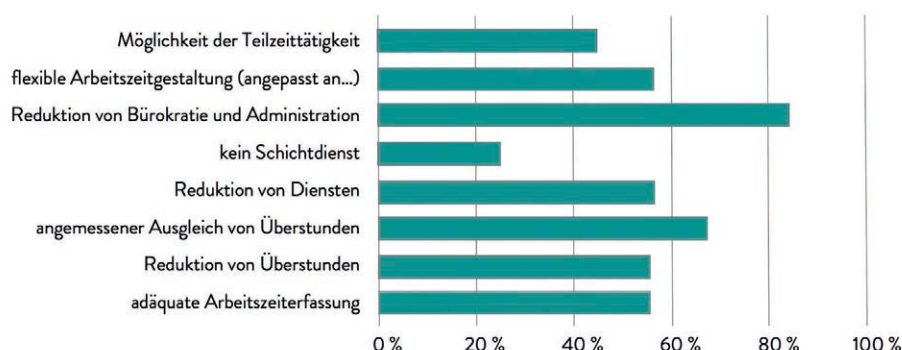


Abb. 4: Faktoren zur Verbesserung der Zufriedenheit mit Arbeitsbedingungen

der Vorreiter und sowohl 2023 geehrt mit dem Modern Work Award in der Kategorie „Modern Work Explorer“ als auch jüngst ausgezeichnet mit dem Vordenker-Award des DRG-Forums ist Prof. Dr. Friedrich-Hubertus Schmitz-Winnenthal, Chefarzt der Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Gefäßchirurgie des Klinikums Aschaffenburg-Alzenau. Mit „Meine Station“ wurde 2022 ein Pilotprojekt initiiert, das nach dem Zusammenarbeitsmodell der Selbstorganisation funktioniert [5].

Warum sollte es im Zeitalter der Digitalisierung nicht möglich sein, Arztbriefschreiben, Kodierung, Studententätigkeiten und Erfassungen für das Qualitätsmanagement im Homeoffice zu erledigen oder Bürotätigkeiten an nicht chirurgisch tätige Kolleg:innen zu delegieren? Vielleicht würde dann auch manche Mutter und mancher Vater nicht ausfallen, um ggf. das erkrankte Kind zu Hause zu pflegen, und vielleicht würden dann bürokratische Aufgaben als weniger belastend empfunden, da sie nicht zwischen Visite und OP stattfinden müssen? Selbstverständlich bringt unser Beruf Schichtdienst, Bereitschaftsdienst, Wochenenddienste und auch Überstunden mit sich. Aber lässt sich diesem Fakt durch adäquate Erfassung, Vergütung oder Ausgleich nicht auch etwas Positives abgewinnen, wenn man selbst mehr mitgestalten kann?

Natürlich bedarf eine chirurgische Klinik auch der Führung, aber es gibt auch Modelle der Führung, die mehr Mitgestaltung erlauben! Warum sollten Teilzeit- oder

Jobsharing-Modelle in Führungspositionen nicht möglich sein? Im respektierten Miteinander und gelebter Kommunikation gehören solche Modelle auf Chefarztenebene zwar noch zu den Raritäten, aber es gibt bereits Beispiele, die zeigen, dass sie umsetzbar sind, so an der Klinik für Gefäßchirurgie am Klinikum Kulmbach und in der Adipositas Klinik am Universitätsklinikum OWL.

Zufriedenheit bei Chirurg:innen mit Schaffung lebenswerter Arbeitsbedingungen ist nicht nur Burnout-Prävention, sondern steigert auch die Attraktivität unseres chirurgischen Handwerks und ist vielleicht ein Ansatz, sicherzustellen, dass auch wir im Alter auf Menschen treffen, die ihren Beruf gerne ausführen und gerne für uns da sind. Denn nur, wenn wir die positiven Seiten unseres Berufs zeigen und unsere Begeisterung vorleben, werden unsere Studierenden die Chirurgie wieder als attraktives Fach erleben.

„
ERWARTEN WIR
NICHT, DASS SICH
DIE DINGE ÄNDERN,
WENN WIR WEITERHIN
DASSELBE TUN.“

und

„
DAS MASS AN INTELLIGENZ
ZEIGT SICH IN DER
FÄHIGKEIT, SICH ZU
VERÄNDERN, WENN ES
NOTWENDIG IST.“

Albert Einstein war zwar kein Chirurg, aber Visionär, und warum sollten Chirurg:innen nicht auch Visionäre sein!

LITERATUR

- [1] Bundesärztekammer. Im Internet: <https://www.bundesaerztekammer.de/baek/ueber-uns/aertzttestatistik/2017>. Stand 29.04.2024
- [2] Bundesärztekammer. Im Internet: <https://www.bundesaerztekammer.de/baek/ueber-uns/aertzttestatistik/2023>. Stand 29.04.2024
- [3] MB-Monitor 2022. Im Internet: https://www.marburger-bund.de/sites/default/files/files/2022-08/3_%20-%20MB_Monitor_%202022_Zusammenfassung_Ergebnisse_0.pdf. Stand 29.04.2024
- [4] Fritze-Büttner F, Kunze C, Mille M: Zufriedenheit und Arbeits(zeit)gestaltung von Chirurg:innen in Deutschland - wo stehen wir aktuell? Passion Chirurgie. 2022 Juli/ August; 12(07/08): Artikel 04_02.
- [5] Klinikum Aschaffenburg-Alzenau. Im Internet: <https://www.klinikum-ab-alz.de/meine-station>. Stand 29.04.2024

M3-Abschlusstraining **STAATS- EXAMEN UND KARRIERE**

Berlin, 20.–21.09.2024

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

→ **www.staatsexamen-und-karriere.de**

Bester
Support
für Ihre
Prüfer:innen

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



© iStock/juannmonino

Hot Topic – Suizidalität bei Chirurginnen und Chirurgen

Julia Gump

Aufgrund der Schwere des Themas lohnt es sich, einen Einzelpunkt aus der Umfrage gesondert zu betrachten: „Kennen Sie einen Suizidfall oder eine Suizidabsicht unter Chirurg:innen?“ Die Ergebnisse sind alarmierend: 26,8 % beantworteten die Frage mit Ja.

Laut Daten des statistischen Bundesamts nahmen sich im Jahr 2022 in Deutschland 10.119 Menschen das Leben. Dies entspricht etwa 28 Personen pro Tag. Die Tendenz bei Suiziden ist zwar im Vergleich zum Vorjahr steigend, im Langzeitverlauf jedoch deutlich fallend (vgl. 1980 mit ca. 50 Suiziden/Tag). Die

Rate an Suizidversuchen wird in Deutschland nicht systematisch erfasst und dürfte daher nach Angaben der WHO ca. 15- bis 20-mal höher liegen als die tatsächliche Suizidrate. Somit sind die aktuellen Umfrageantworten nicht mit den Zahlen aus der Literatur zu Suizid und Suizidalität vergleichbar. Dennoch zeigt die Umfrage, dass fast ein Drittel der Chirurginnen und Chirurgen direkten Kontakt mit dem Thema haben oder hatten. Möglicherweise sind auch die Presseberichte über den Selbstmord einer Ärztin aus Friedrichshafen, die kurz vor der Umfrage erschienen waren, in die Antworten eingeflossen.



Dr. Julia Gump

Themenreferat „Familie und berufliche Perspektiven“ im BDC
Klinik für Allgemein- und
Viszeralchirurgie
Kliniken Altmühltal
julia.gump@klinikallianz.com

Die Antworten sollten aber in einem anderen Kontext gewertet werden: Ärztinnen und Ärzte gelten in Bezug auf Suizidalität als Risikogruppe. Studien zeigen, dass die Rate zwar bezogen auf die Gesamtbevölkerung vergleichbar oder nur gering erhöht sind [1], berücksichtigt man jedoch den sozioökonomischen Status von Ärztinnen und Ärzten, werden die Unterschiede signifikant [2]. Ärztinnen scheinen hier eine besondere Risikogruppe zu sein, obwohl bei nicht-ärztlich Tätigen die Selbstmordraten von Männern deutlich höher liegen [3]. Ursächlich wird eine Vielzahl von Gründen gesehen, inklusive einer signifikant selteneren Nutzung von Hilfs- und Behandlungsangeboten, Angst vor Stigmatisierung und dem Glauben, sich selbst heilen zu können [4].

Diese Zahlen sind nicht neu: Systematische Untersuchungen zum Thema Suizid bei Ärztinnen und Ärzten wurde bereits in den 1960er-Jahren gemacht [5]. Lösungsansätze gibt es bislang nicht. Auch der BDC ist diesem Fakt nachgegangen. In den ersten Umfragen 2008 und 2012, in denen allerdings nur Chirurginnen kontaktiert worden waren, haben nur 12 % der Befragten angegeben, Chirurginnen zu kennen, die Suizid begangen haben oder sich mit dem Gedanken getragen hätten [6]. In der Umfrage von 2021, die sowohl Chirurginnen als auch Chirurgen einbezogen hatte, waren es 23,25 % und aktuell sogar fast 27 % (s. Abbildung) die Kolleg:innen kennen,

für die der Freitod eine Lösung ihrer Probleme darstellt [7].

Das Hessische Ärzteblatt gab im Rahmen einer Artikelserie zum Thema Depression 2023 einem langen Artikel zur Suizidprävention Raum, in dem auch auf die spezifische Situation von Ärztinnen und Ärzten aufmerksam gemacht wurde. Auch die Autoren dieses Artikels kamen zu der ernüchternden Erkenntnis, dass die Problematik weder in die Ausbildung von Studierenden noch in spezialisierte Angebote einfließt. Nach wie vor ist die Sorge vor beruflichen Konsequenzen nach dem „Outing“ einer psychischen Erkrankung größer als die selbst wahrgenommene Notwendigkeit, Hilfe in Anspruch zu nehmen [8]. Ein Suizidversuch erscheint der einzige Ausweg und aufgrund des Fachwissens ist die Wahrscheinlichkeit, dass dieser erfolgreich verläuft, hoch [9].

Die Zahl an Publikationen zur psychischen Gesundheit von Ärztinnen und Ärzten nimmt zu. Die Datenlage wird dichter, Fakten – wie in der hier vorliegenden Arbeit – sind aufgezeigt. Aber ist Licht am Ende eines langen Tunnels? Eher nicht, denn laut einer Metaanalyse von 54 internationalen Studien aus Nord- und Südamerika, Europa, Asien und Afrika wird die mentale Gesundheit unserer Kolleginnen und Kollegen schlechter – und das um 0,5 % pro Jahr [10]!

„Kennen Sie einen Suizidfall oder eine Suizidabsicht unter Chirurg:innen?“

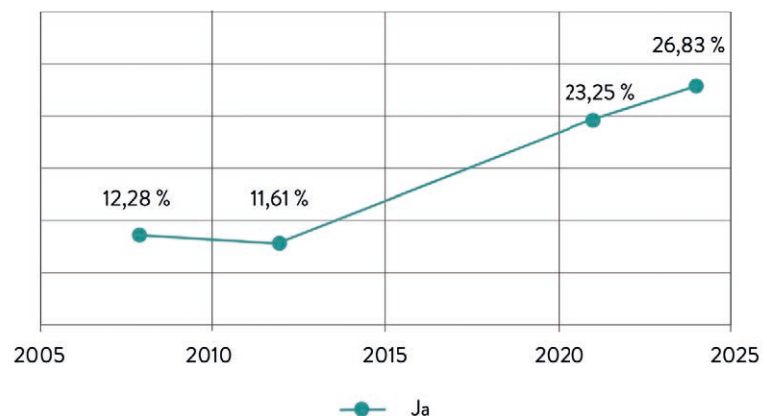


Abb. 1: Anteil der Ja-Antworten auf die Frage nach Suiziden oder Suizidalität im Verlauf der BDC- Umfragen von 2008, 2012, sowie 2021 und 2024

Gump J: Hot Topic – Suizidalität bei
Chirurginnen und Chirurgen. Passion Chirurgie.
2024 Juli/August; 14(07/08): Artikel 03_03.



Mehr zum Thema „Familie und Beruf“
finden Sie auf BDC|Online (www.bdc.de)
unter der Rubrik „Karriere“.

Doch wie kann man diesem Zustand begegnen? Zuwarten und zuschauen? Warum haben schon mehr 57 % der befragten Chirurg:innen daran gedacht, den Beruf aufzugeben? 60 % der Befragten geben an, dass sich die berufliche Belastungssituation auf ihre Beziehung auswirkt. Und das nicht im positiven Sinn. Mehr als 20 % führten partnerschaftliche Trennungen auf die beruflichen Belastungssituationen zurück. Die zunehmende Arbeitsverdichtung, der fehlende Freiraum, Sozialkontakte zu pflegen und die emotionale Belastung, die die Chirurgie mit sich bringt, wenn dann ein Eingriff komplikativ oder sogar letal verläuft, führen zu Depressionen, Burnout und Hilflosigkeit und bringen Chirurg:innen an den Rand ihrer Belastungsfähigkeit.

Umso mehr gilt es, die Thematik offen anzusprechen. Nicht nur, dass bereits im Studium Vorkehrungen getroffen werden müssen, die zukünftigen Mediziner:innen auf das Berufsleben mit seinen Höhen und Tiefen vorzubereiten. Auch im Krankenhaus müssen Grundlagen geschaffen sein bzw. werden, Ärzt:innen zu unterstützen. Das Angebot von Supervisionen, Psycholog:innen als feste Ansprechpartner in und außerhalb von

Krisensituationen, Angebote zum Erlernen von Resilienz und Arbeitsbedingungen, die es ermöglichen, einen Schutz gegen hohe Belastungen aufzubauen.

LITERATUR

- [1] Harvey SB, Epstein RM, Glozier N, Petrie K, Strudwick J, Gayed A, u. a. Mental illness and suicide among physicians. *Lancet*. 4. September 2021;398(10303):920–30.
- [2] Dutheil F, Aubert C, Pereira B, Dambrun M, Moustafa F, Mermillod M, u. a. Suicide among physicians and health-care workers: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2019;14(12):e0226361.
- [3] Duarte D, El-Hagrassy MM, Couto TCE, Gurgel W, Fregni F, Correa H. Male and Female Physician Suicidality: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Psychiatry*. 1. Juni 2020;77(6):587–97.
- [4] Hawton K, Malmberg A, Simkin S. Suicide in doctors. A psychological autopsy study. *J Psychosom Res*. Juli 2004;57(1):1–4.
- [5] Pitts FN, Schuller AB, Rich CL, Pitts AF. Suicide among U.S. women physicians, 1967–1972. *Am J Psychiatry*. Mai 1979;136(5):694–6.
- [6] Ansorg JU, Leschber, Gunda. Chirurg in Deutschland – Ergebnisse einer Umfrage 2008 - BDC[Online [Internet]. BDC. 2009 [zitiert 21. März 2024]. Verfügbar unter: <https://www.bdc.de/chirurgin-in-deutschland-ergebnisse-einer-umfrage-2008/>
- [7] Fritze-Büttner F, Kunze C, Mille M. Zufriedenheit und Arbeits (zeit) gestaltung von Chirurg: innen in Deutschland – wo stehen wir aktuell? *Passion Chir*. 2022;12(07/08):Artikel-04_02.
- [8] Landesärztekammer Hessen [Internet]. 2023 [zitiert 13. Juni 2024]. Serie Depression – Teil 3: Suizidprävention. Verfügbar unter: <https://www.laekh.de/heftarchiv/ausgabe/artikel/2023/april-2023/serie-depression-teil-3-suizidpraevention>
- [9] Hawton K, Clements A, Simkin S, Malmberg A. Doctors who kill themselves: a study of the methods used for suicide. *QJM*. Juni 2000;93(6):351–7.
- [10] Mata DA, Ramos MA, Bansal N, Khan R, Guille C, Di Angelantonio E, u. a. Prevalence of Depression and Depressive Symptoms Among Resident Physicians: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA*. 8. Dezember 2015;314(22):2373–83. 



Facharztseminar

Orthopädie/Unfallchirurgie

Teil 1 online, 26. - 27.09.2024

Teil 2 Berlin, 30.09. - 01.10.2024

Wissenschaftliche Leitung:

Prof. Dr. med. Julia Seifert, Berlin

Prof. Dr. med. Stefan Schulz-Drost, Schwerin

Zeit sparen:
Erst Online,
dann Präsenz!

Das Online-Facharztseminar Orthopädie/Unfallchirurgie vom BDC

Olivia Päßler



Interview mit dem wissenschaftlichen Leiter des BDC-Seminars „Orthopädie/Unfallchirurgie“ Professor Hans-Georg Palm.

Passion Chirurgie: Herr Professor Palm, warum empfehlen Sie Ihr onlinebasiertes Facharztseminar? Mit welchem Wissen bin ich danach ausgestattet?

Hans-Georg Palm: Mit unserem Facharztseminar werden wir den Teilnehmerinnen und Teilnehmern gebündelt und systematisch die wichtigsten Themen aus Orthopädie und Unfallchirurgie näherbringen, um eine optimale Rekapitulation vor der anstehenden Facharztprüfung zu ermöglichen.



Olivia Päßler

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

» ZUR PERSON



**Prof. Dr. Hans-Georg Palm,
MBA**

Seminarleiter der
BDC|Akademie
Direktor des Zentrums
für Orthopädie und
Unfallchirurgie
Klinikum Ingolstadt

PC Für wen ist das Facharztseminar besonders geeignet?

HGP Primäre Adressaten sind natürlich Assistentinnen und Assistenten in den letzten Weiterbildungsjahren, die sich auf ihre anstehende Facharztprüfung erfolgreich vorbereiten wollen. Ich bin aber auch davon überzeugt, dass bereits jüngere Kolleginnen und Kollegen von dem Webinar profitieren, um sich kompakt und – aufgrund des Onlineformats – gut zugänglich Wissen für ihre tägliche Arbeit anzueignen. Das Webinar dient auch als Refresherkurs, z. B. zum Wiedereinstieg nach längerer Pause oder um sich auf den neuesten Stand der Forschungen zu bringen.

PC Welche thematischen Schwerpunkte setzen Sie?

HGP Wir orientieren uns inhaltlich an den Anforderungen des Facharzkatalogs. Dabei gehen wir insbesondere auch auf Inhalte ein, mit denen man seltener in der täglichen Praxis konfrontiert wird und die damit gewisse Befürchtungen vor der Prüfung hervorrufen können. Dazu zählen z. B. die Kinder- und Tumororthopädie.

PC Wie gestalten Sie das Webinar interaktiv?

HGP Mit Fallbeispielen für klassische Prüfungssituationen möchten wir die Teilnehmenden zur lebendigen Interaktion anregen. Da nicht allen eine mündliche Prüfungssituation liegt, schulen die

Falldiskussionen auch hinsichtlich des eigenen, selbstsicheren Auftretens bei der Beantwortung der Fragen.

PC Was liegt Ihnen bei der Vermittlung orthopädisch-unfallchirurgischen Wissens besonders am Herzen?

HGP Der Großteil der Referentinnen und Referenten entstammt aus meinem Zentrum für Orthopädie und Unfallchirurgie am Klinikum Ingolstadt, unterstützt von hervorragenden Kolleginnen und Kollegen weiterer Fachbereiche. Aufgrund der Größe unseres ärztlichen Teams spielt die Aus- und Weiterbildung eine wichtige Rolle. Hinzu kommt, dass wir aufgrund unserer breiten sektoralen Gliederung über Expertinnen und Experten aus der klassischen Orthopädie und Unfallchirurgie, aber auch der Septischen Chirurgie, der Hand- und Plastischen Chirurgie, der Alterstraumatologie und Wirbelsäulenchirurgie verfügen. Mir liegt folglich besonders am Herzen, dass die Teilnehmenden eine fachlich hochkompetente und engagierte Wissensvermittlung erfahren.

PC Was ist Ihr Hintergrund, was ist Ihr orthopädisch-unfallchirurgisches Steckbrief?

HGP Ich selbst durfte aufgrund meiner damaligen Tätigkeit als Einsatzchirurg am Bundeswehrkrankenhaus Ulm eine sehr umfassende Facharztausbildung, zunächst zum Facharzt für Allgemeinchirurgie, dann zum Orthopäden und

Päßler O: Das Online-Facharztseminar Orthopädie/Unfallchirurgie vom BDC. Passion Chirurgie. 2024 Juli/August; 14(07/08): Artikel 04_01.



Mehr aus unserer Akademie auf
BDC|Online (www.bdc.de) unter der
Rubrik Wissen | Aus-, Weiter- und
Fortbildung | Akademie Aktuell.

Unfallchirurgen und schließlich Speziellen Unfallchirurgen erfahren. Im Anschluss an die Bundeswehr war ich am Universitätsklinikum Erlangen als Leitender Oberarzt tätig. Seit Juli 2023 leite ich das Zentrum für Orthopädie und Unfallchirurgie am Klinikum Ingolstadt, das aus einem rund 35-köpfigen ärztlichen Team mit 106 Betten besteht und als überregionales Traumazentrum und SAV-Klinik akkreditiert ist. Mein fachlicher Schwerpunkt ist die allgemeine Traumatologie mit besonderer „Liebe“ zur Beckenchirurgie.

PC Wie haben Sie sich damals auf die Facharztprüfung vorbereitet und was hätten Sie sich damals als Unterstützung gewünscht?

HGP Neben der täglichen klinischen Routine habe ich vor allem Lehrbücher und – punktuell – aktuelle Fachartikel gelesen. Lernkarten haben mir geholfen, akzentuiert Wissenslücken zu schließen. Ein Facharztseminar wie dieses hätte mir aber sehr geholfen, in aktiven Austausch mit erfahrenen Referentinnen und Referenten zu treten und von deren Expertise zu profitieren.

Das nächste Online-Facharztseminar Orthopädie/Unfallchirurgie findet vom 27.– 29. November 2024 statt.

Hier geht's zum Programm und zur **Anmeldung**.



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
- Einjährige Mitgliedschaft im Berufsverband der Deutschen Chirurgie e.V.
- Sechsmonatiger Zugang zur Lernplattform Amboss
- Teilnahme am Deutschen Chirurgie Kongress

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



SURGEONTALK

Der BDC | Podcast



WIR PRÄSENTIEREN

SURGEON TALK

**Chirurgisches Wissen
auf den Punkt.**

www.surgeontalk.de



BDC

Berufsverband der
Deutschen Chirurgie e.V.



HYGIENE TIPP

Wie sind Explantate für Patienten aufzubereiten?

Walter Popp, Klaus Wiese, Lutz Jatzwauk, Wolfgang Kohnen

Der Hersteller ist zunächst der Eigentümer jedes Implantats, durch dessen Verkauf er die Rechte an die medizinische Einrichtung überträgt, welche den operativen Eingriff vornimmt. Mit dem Einsetzen des Implantats geht dieses in das Eigentum des Patienten über (§ 90, § 947 II BGB). Im Zuge einer Trennung des Implantats (Explantation) vom menschlichen Körper bleibt das Explantat Eigentum des Patienten (§ 953 BGB).

Zur dokumentierten ärztlichen Aufklärung des Patienten im Rahmen des Aufklärungsgesprächs gehört eine Patientenerklärung zum Umgang mit dem explantierten Material (Entsorgung, Einlagerung in der Klinik, Übergabe an den Patienten). Im Allgemeinen wird der Patient auf eine Mitnahme verzichten.

Bei vermeintlichen Produktionsfehlern am Explantat (Vorkommnis gemäß § 3 Abs. 2-4 der Medizinsicherheitsplanverordnung) ist eine gutachterliche Prüfung durch einen Sachverständigen (meist im Auftrag des Herstellers) im Interesse des Patienten. In diesem Fall hat eine Meldung an das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte zu erfolgen.

Nicht nur bei Patienten mit bekannten klinischen Infektionen sind Implantate mikrobiell kontaminiert und damit infektiös. Zusätzlich zu der den chirurgischen Instrumenten entsprechenden Kontamination mit Geweberesten, Blut, Bakterien, Pilzen und Viren werden an über 70 % der Osteosynthesen Bakterien im Biofilm nachgewiesen [1]. Wenn das Explantat dem Patienten mitgegeben werden soll, muss die Aufbereitung so geschehen, dass ein Infektionsrisiko für den Patienten weitestgehend ausgeschlossen ist.

Da das Explantat kein Medizinprodukt mehr ist, ist eine gemeinsame Aufbereitung mit den wiederverwendbaren chirurgischen Instrumenten nach validierten Verfahren weder rechtlich notwendig noch empfehlenswert, da es durch wesentliche Gewebereste sowie Knochenzement zu Kontaminationen oder Störungen der validierten Prozesse kommen kann. Dokumentierte Verfahrensanweisungen zum Umgang (zur Aufbereitung) von Explantaten sind daher in jedem OP-Zentrum (jedem Krankenhaus) notwendig. Im Krankenhaus ist dazu eine enge Abstimmung mit der AEMP empfehlenswert.

Idealerweise gäbe es einen eigenen Raum, in dem Reinigung, Desinfektion und ggfs. Sterilisation des Explantats erfolgen könnten. Dies wird normalerweise nicht der Fall sein. Einen eigenen Sterilisator dafür vorzuhalten, dürfte im Übrigen keinen Sinn machen, da Explantate oft erheblich verunreinigt sind (z. B.

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

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

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

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

Popp W, Wiese K, Jatzwauk L, Kohnen W: Hygiene-Tipp:
 Wie sind Explantate für Patienten aufzubereiten?
 Passion Chirurgie. 2024 Juli/August; 14(07/08):
 Artikel 04_02.



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



Abb. 1: Beispiel für Sicherheitstaschen

anhaftender Zement oder Knochenreste), sodass eine zur Sterilität führende Sterilisation nicht gewährleistet werden kann.

Erforderlich sind aber eine Reinigung (soweit möglich) und Desinfektion:

- Dies kann maschinell erfolgen: z. B. in einem separaten RDG.
- Dies kann auch manuell erfolgen, z. B. in einem Ultraschallbecken mit viruzidem Instrumentendesinfektionsmittel oder in Reinigungslösung unter der Wasseroberfläche bürsten, dann mit Trinkwasser abspülen und anschließende Tauchdesinfektion mit viruzidem Instrumentendesinfektionsmittel.

Hierfür ist keine Sachkunde des Aufbereitungspersonals erforderlich, da keine Medizinprodukt-Aufbereitung erfolgt.

Das trockene Explantat sollte dem Patienten verpackt übergeben werden. Hierfür bieten sich spezielle Sicherheitstaschen (ggf. auch Staubschutzbeutel) aus Polyethylen an (Abb. 1). In der hierzu erforderlichen Aufklärung sollte unbedingt vermerkt sein, dass die Verpackung nicht zu öffnen ist, da eine Keimfreiheit nicht sicher gewährleistet ist.

LITERATUR

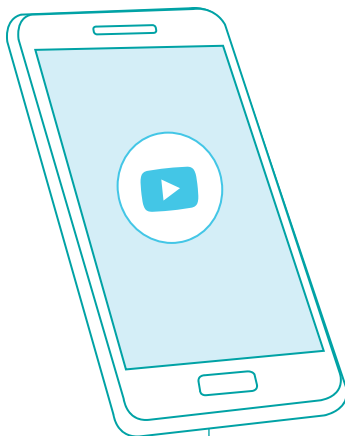
- [1] Schrewe J: Mikrobiell-metagenomische Analysen explantierter Osteosynthesematerialien mittels PCR/DHPLC und Kultur. Inauguraldissertation, Justus-Liebig-Universität Gießen, 2012.

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



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.

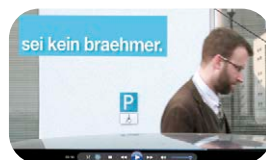
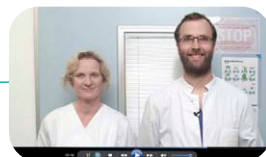
Der Berufsverband der Deutschen Chirurgie und die deutschen Hygieniker betreiben seit 2008 eine bundesweite Informationskampagne, die dazu beitragen soll, vermeidbare Infektionen in Klinik und Praxis zu reduzieren. Wir wissen, dass Sie als Chirurgin/Chirurg alles zur Infektprophylaxe und Hygiene wissen.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



Leserbrief

Achim Schröder

Dr. Achim Schröder
aus Bad Rothenfelde

Betrifft: Artikel von Dr. med. Peter Kalbe in Passion Chirurgie 03/QI/2024 „KI- basierte Arztbrieferstellung – Entlastung für Ärztinnen und Ärzte durch generative Sprachmodelle“.

Sie finden den Artikel auf BDC[Online (www.bdc.de) im Bereich **WISSEN | Aus-, Weiter- und Fortbildung | Rezensionen**, oder klicken **HIER**.

Sehr geehrte Frau Klug,
Sehr geehrter Herr Dr. Kalbe,

zum Artikel über die mögliche zukünftige KI-basierte Generierung von Arztbriefen/E-Briefen möchte ich folgende Anmerkungen machen.

Als langjähriger OA einer Reha-Klinik korrigiere und unterschreibe ich pro Woche 60 bis 70 E-Briefe und lese 3040 E-Briefe aus Akut-häusern, insbesondere nach durchgeführten Operationen. Ich kann mir beim besten

Willen nicht vorstellen, dass die schon jetzt häufig schlechte Qualität der E-Briefe sich mit KI verbessern lässt, wenn die grundsätzli- che „Kunst“ der Abfassung und das Verständ- nis für den Sinn und Zweck dieser wichtigen Dokumente nicht gegeben ist (oder nicht mehr gelernt wird).

Ich versuche meinen Stationsärztinnen und -ärzten mit Mühen beizubringen, dass in jedem E-Brief der individuelle Fall abzubilden ist, sodass der Adressat weiß, wie der Krank- heitsverlauf und die Behandlung waren und

Schröder A: Leserbrief. Passion Chirurgie.
2024 Juli/August; 14(07/08): Artikel 04_03.

welche Konsequenzen und weiteren Maßnahmen zu treffen sind. Stattdessen werden mit Vorliebe Textbausteine verwendet, die einen Brief bis zur Unkenntlichkeit degenerieren lassen. Ich lese aus Akuthäusern Briefe, die man – sorry – getrost in die Tonne treten könnte, weil sie zwar wohlformuliert, aber inhaltlich völlig nichtssagend sind. Da werden nach Endoprothesen Standardtextbausteine automatisiert erstellt, in denen immer gute Verläufe ohne Komplikationen und mit besten Ergebnissen geschildert werden. Kniegelenke sind immer 0-0-90° beweglich, weil das die QS so verlangt. De facto kommen Patienten mit schlechter Beweglichkeit und sezernierenden Wunden.

Teilweise werden Textbausteine verwendet, die für jede beliebige OP gelten könnten. „... auf die prä-OP vorliegenden Befunde dürfen wir verweisen (Nein, die haben wir gar nicht!), ... die OP erfolgte am ... der Verlauf war komplikationsfrei ... wir entließen ...“ usw. Alles Bla-bla. Ich habe im PEER-Review-Verfahren einen Reha-E-Brief mit mangelhaft bewertet, weil er komplett (man kann es ja nicht beweisen, aber beim Lesen zu 95 %

spüren) aus Textbausteinen bestand. Selbst der Abschlussbefund wurde offensichtlich 1:1 vom Aufnahmebefund kopiert.

Ich fürchte einfach, dass eine KI-gesteuerte Erstellung die Sache nicht besser macht, zwar noch schöner formulierte Briefe produziert, die aber dadurch inhaltlich nicht besser werden. Die Kunst der Arztbrieferstellung könnte dann gänzlich verloren gehen, jedenfalls wenn KI ärztliches Denken ersetzt.

Mit freundlichen Grüßen
Dr. Achim Schröder

ANTWORT DES AUTORS

Sehr geehrter Herr Kollege Schröder!

Als niedergelassener Chirurg kann ich Ihre Kritik an den uns übermittelten Arztbriefen sehr gut nachvollziehen. Dort werden oft Befunde, die Medikation, und ja, da stimme ich zu, auch Textbausteine aneinandergereiht, ohne auf die Relevanz für den Rezipienten und vor allem auf die Bedeutung für die Weiterbehandlung zu achten. Als Empfänger,

das haben Sie auch berichtet, hat man dann Probleme, aus dem Wust von Informationen das Wesentliche zu extrahieren. Dabei muss man aber auch berücksichtigen, dass die Verfasser der Briefe oft unter massivem Zeitdruck stehen und wohl auch aus medikolegalen Erwägungen angehalten sind, umfassende (aber ungefilterte und ungewichtete) Informationen in den Berichten zu übermitteln. Da verspreche ich mir schon Fortschritte durch einen gut programmierten Algorithmus, der aus dem Konglomerat von Daten im KIS eben genau das extrahiert, was für die Weiterbehandlung wichtig ist, sei es denn vielleicht auch nur als zusammenfassende Epikrise. Ich hoffe, dass ich mit meinem Optimismus nicht danebenliege und dass eine fortgeschrittene KI dann bessere inhaltliche Leistungen bringt als das freundliche Geschwafel, das man aktuell gelegentlich von ChatGPT erhält.

Freundliche kollegiale Grüße

Dr. med. Peter Kalbe
Vizepräsident BDC



Live-Webinar

Dr. med. Dipl. oec.
Colin Markus Krüger, MBA

Klick!
Jetzt
anmelden!

Modul 5 des Curriculums Robotische Chirurgie
Ökonomie in der Robotik
Mittwoch, 09.10.2024 ab 18.00 Uhr



ARZTPRAXIS TIPP

Frage & Antwort



Ausufernde Hygienebestimmungen des RKI



Antwort von:

Dr. Peter Kalbe

Vizepräsident

Berufsverband der Deutschen

Chirurgie e.V. (BDC)

Gelenkzentrum Schaumburg

Kalbe@bdc.de

Kalbe, P: Ausufernde Hygienebestimmungen des RKI. Passion Chirurgie. 2024 März; 14(03/I): Artikel 04_03.



Mehr Arztpraxis Tipps finden Sie auf BDC|Online (www.bdc.de, Rubrik Wissen | Fachgebiete | Niederlassung).

ANLIEGEN:

In der Praxis eines niedergelassenen Chirurgen fand ein unangekündigter Besuch der Gesundheitsbehörde zur Überprüfung der Hygienehandhabung statt. Die Prüferinnen hielten sich gut zwei Stunden in der Praxis auf und hatten vor Ort erstmal keine wesentlichen Mängel feststellen können, so der Chirurg. Zwei Wochen danach erhielt er einen 15 Seiten langen Prüfbericht mit zahlreichen Empfehlungen und Anweisungen.

- Zur Aufbereitung der Medizinprodukte wird jetzt für seine Praxis anstelle der manuellen Aufbereitung entsprechend Standardanweisungen und quantitativer Restproteinbestimmung eine maschinelle Aufbereitung empfohlen.
- Für die Aufbereitung von Endoskopen sollen demnächst neue KRINKO-Empfehlungen etabliert werden, wonach jeder einzelne Mitarbeitende, der die Reinigung der Geräte durchführt, qualifiziert und validiert werden solle.

Der Chirurg kritisiert diese Anforderungen und hält sie für unangemessen.

ANTWORT:

Völlig zu Recht kritisieren BDC-Mitglieder, dass die strukturellen und personellen Anforderungen in den letzten Jahren immer weiter verschärft und vor allem immer mehr formalisiert worden sind. Auf allen Kanälen engagiert sich der BDC daher dafür, dass dabei pragmatische und auch für die niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen umsetzbare Regelungen getroffen werden. Dass dies durchaus Erfolg haben kann, zeigt die **KRINKO-Empfehlung zur Prävention postoperativer Wundinfektionen aus dem Jahr 2018**. Dort hat sich beispielsweise die Möglichkeit eröffnet, zusammen mit dem jeweiligen beratenden Krankenhaus-Hygieniker und unter Berücksichtigung der eigenen Infektionsstatistik eine rationale Zuordnung von Eingriffen zu den vorhandenen Räumlichkeiten festzulegen. Auch die zum 1. Januar 2024 angepassten D-Arzt-Bedingungen greifen diesen pragmatischen Ansatz auf. Eine Relativierung von Hygienestandards, etwa bei der Aufbereitung von Instrumenten und Endoskopen, ist allerdings argumentativ und auch gesamtpolitisch nicht vertretbar.

Wir alle wissen, dass die erhöhten Anforderungen an die Hygiene nur mit großem technischem und personellem Aufwand umzusetzen sind. Da es keine guten Argumente gegen die verschärften Hygieneregeln bei der Instrumentenaufbereitung gibt, fordert der BDC schon seit Jahren einen finanziellen Ausgleich für den Mehraufwand bei den Kostenträgern ein. Diese kommen dem leider nur verzögert und nicht ausreichend nach. Allerdings konnte gerade erst ein weiterer Hygieneaufschlag im neuen EBM-Kapitel 31.02.19 nach den GO-Nr. 31020 bis 31082 im EBM erreicht werden, der rückwirkend zum 1. Januar 2024 gilt. Der Hygienezuschlag ist je nach Eingriff unterschiedlich hoch. Die Höhe richtet sich unter anderem nach dem Aufwand der Aufbereitung der OP-Instrumente,

der Dauer der Operation sowie dem Ambulantisierungsgrad. Die Höhe der Zuschläge reicht von 3,34 Euro bis 62,18 Euro.

Im Bereich der Berufsgenossenschaften konnte unter Hinweis auf die steigenden Hygienekosten in den letzten Jahren mehrfach eine zusätzliche und gezielte Anhebung der Zuschläge für ambulante Operationen nach den Nrn. 442 bis 445 in der UV-GOÄ erreicht werden.

Mit diesen ersten Schritten werden wir uns natürlich nicht zufriedengeben und eine weitere Anhebung dieser Zuschläge fordern. Wie auch alle anderen formalen und bürokratischen Auflagen schlagen diese relativ umso höher zu Buche, je kleiner die operative

Einrichtung beziehungsweise die Praxis ist. Daher gilt auch aus diesem Grund unsere generelle Empfehlung, sich zu größeren Einheiten zusammenzuschließen, damit dieser Aufwand, etwa für die Qualifizierung von Personal für die Instrumentenaufbereitung, auf möglichst viele Schultern verteilt werden kann. Dem BDC ist die Problematik der unverhältnismäßigen Steigerung der Hygienekosten durchaus bewusst, weshalb er sie regelmäßig bei den Honorarverhandlungen thematisiert. 



Webinar & Präsenz-Seminar

Wissenschaftliche Leitung:
Dr. med. Jörg Sauer, Essen

Klick!
Jetzt
anmelden!

Basischirurgie

Teil I online 07. - 08. Oktober 2024
Teil II Workshops 18. - 19. Oktober 2024, Berlin

Honorarberichte der KBV

1. Quartal 2023

KBV



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

Die Kassenärztlichen Bundesvereinigung hat die Honorarberichte für die vertragsärztliche Versorgung nach § 87c SGB V für das **1. Quartal 2023** veröffentlicht. Sie informieren über die Honorarverteilung, die Gesamtvergütung, die Bereinigungssummen und das Honorar je Arzt und Abrechnungsgruppe im jeweiligen Quartal.

Erstes Quartal 2023

Alle bisher erschienenen Berichte sowie weitergehende Kennzahlen zur vertragsärztlichen Abrechnung sind ebenfalls auf der [Webseite der Kassenärztlichen Bundesvereinigung](#) veröffentlicht.

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



©iStock/utrecht



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

RECHT &
VERSICHERUNG

Versicherungs- angebote des BDC



Diese Leistungen sind in Ihrem BDC-Mitgliedsbeitrag enthalten:

- ✓ Berufs-Rechtsschutz
- ✓ Praxisvertreter-Haftpflicht

Weitere Versicherungsangebote für BDC-Mitglieder über Rahmenverträge

Exklusiv und marktführend

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

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

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

ECCLESIA MED GMBH

Klingenbergstr. 1-4, 32758 Detmold

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

E-Mail: bdc-versicherungsservice@ecclesia.de



Abrechnung von Verlaufsberichten nach GO.-Nr. 115

Peter Kalbe

Ein niedergelassener Chirurg und Durchgangsarzt bemängelte beim BDC die nach seiner Meinung systematische Kürzung der GO-Nr. 115 durch eine Unfallkasse bei allgemeiner Heilbehandlung. Er verweist dazu auf den § 29 des Arztvertrags, der die Nachschau regelt.

Die meisten UV-Träger sind grundsätzlich dankbar für alle Berichte, in denen der aktuelle Befund beschrieben und der Behandlungsplan fortgeschrieben wird. In vielen D-Arzt-Praxen wird dies daher so gehandhabt, dass bei der Weiterbehandlung von D-Fällen regelhaft ein neuer D-Arzt-Bericht erstellt wird. Dies ist auf jeden Fall gerechtfertigt, wenn der Unfallverletzte keinen Bericht vom

Erstbehandler mitbringt. Dies wird aus den genannten Gründen von den meisten UV-Trägern toleriert, auch wenn dies formal nicht ganz vertragskonform ist.

Sofern allerdings überflüssige Berichte moniert und die Leistungen nach GO-Nr. 115 gestrichen werden, ist eine genaue Klärung der Umstände im Einzelfall notwendig. Dabei sind folgende Konstellationen zu unterscheiden, wenn die Erstbehandlung von D-Fällen im Krankenhaus stattgefunden hat:

1. Vom D-Arzt des Krankenhauses wird besondere Heilbehandlung eingeleitet und diese soll durch einen niedergelassenen D-Arzt erfolgen: Die Erstellung (mindestens) eines Verlaufsberichts ist



Dr. med. Peter Kalbe

Vizepräsident

Berufsverband der Deutschen Chirurgie

e.V. (BDC)

kalbe@bdc.de

Kalbe P: Abrechnung von Verlaufsberichten nach GO.-Nr. 115. *Passion Chirurgie*. 2024 Juli/August; 14(07/08):

Artikel 04_06.



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

beim Wechsel des D-Arzt bei besonderer Heilbehandlung in jedem Fall notwendig und gerechtfertigt.

2. Vom D-Arzt des Krankenhauses wird eine allgemeine Heilbehandlung eingeleitet und diese soll durch einen anderen Arzt erfolgen. Formal gibt es bei dieser Konstellation keinen Anlass für eine Berichterstattung des weiterbehandelnden Arztes an den UV-Träger. Es sei denn, es hätten sich Komplikationen oder sonstige Besonderheiten, wie etwa eine Änderung der Diagnose, des Therapieplans etc. ergeben, die eine Übernahme in besondere Heilbehandlung erfordern würden. Sofern ein niedergelassener Chirurg diese allgemeine Weiterbehandlung selbst übernimmt, wird er hierbei als „anderer Arzt“ und nicht als D-Arzt tätig, zumal die allgemeine Heilbehandlung beispielsweise auch durch den Hausarzt erfolgen könnte. Hierfür können auch nur die Gebührensätze für die allgemeine Heilbehandlung angesetzt werden. Dies im Gegensatz zur „Nachschau“ (s. unter 3.), bei der die Sätze der besonderen Heilbehandlung gelten.

Hierzu wird in den „**Arbeitshinweisen Arztrechnungen**“ der DGUV richtig ausgeführt: „Eine Nachschau i. S. des § 29 ÄV liegt nicht vor, wenn zwischenzeitlich keine Behandlung durch einen anderen Arzt stattgefunden hat (s. § 29 Abs. 2 ÄV) und die allgemeine Heilbehandlung somit nur

- durch den D-Arzt selbst oder
- durch einen anderen D-Arzt oder
- bei Handverletzungen durch einen nach § 37 Abs. 3 ÄV beteiligten Handchirurgen durchgeführt wird.

In diesen Fällen besteht kein Anspruch auf die Berichtsgebühr.

3. Vom D-Arzt des Krankenhauses wird die allgemeine Heilbehandlung eingeleitet und diese erfolgt durch einen anderen Arzt, beispielsweise den Hausarzt. Auf Veranlassung des Erstbehandlers, beispielsweise durch Eintrag eines Nachschautermins im D-Arzt-Bericht, oder aus sonstigen Gründen (Verordnung von physikalischer Therapie oder Hilfsmitteln, Komplikationen im Heilverlauf etc.) wird vom behandelnden Arzt eine

Nachschau beim D-Arzt veranlasst und damit erforderlich. Nunmehr erfolgt eine formale Nachschau beim Durchgangsarzt, die früher mit einem „Nachschaubericht“ dokumentiert wurde, der inzwischen vom einheitlichen „Verlaufsbericht nach F2100“ abgelöst wurde.

Nur auf diese Konstellation beziehen sich die Regelungen im § 29 des Ärztevertrags.

Das heißt, nur wenn zwischenzeitlich eine Behandlung durch einen anderen Arzt im Rahmen der bei der Erstversorgung eingeleiteten allgemeinen Heilbehandlung stattgefunden hat, ist eine Nachschau zu rechtfertigen. Und diese im § 29 Absatz 2 erwähnte „zwischenzeitliche Behandlung durch einen anderen Arzt“ bezieht sich nicht auf die Erstbehandlung durch den Krankenhaus-D-Arzt, sondern eben auf die vorhergehende sonstige ärztliche allgemeine Heilbehandlung.

Diese Bedingungen können im Einzelfall auch erfüllt sein, wenn ein Unfallverletzter, der sich in allgemeiner Heilbehandlung befindet, sich aus eigener Veranlassung bei einem Durchgangsarzt vorstellt, z. B. wegen Problemen im Heilverlauf oder wegen Unzufriedenheit mit der Beurteilung im Rahmen einer anderen Nachschau.

Zusammenfassend ist also festzustellen, dass der Verlaufsbericht nach F2100 kein Instrument der allgemeinen Heilbehandlung ist. Allein bei Komplikationen im Verlauf einer selbst durchgeführten allgemeinen Heilbehandlung ist eine Berichterstattung notwendig, die dann aber regelhaft auch zur Einleitung der besonderen Heilbehandlung führen dürfte.

Sofern also bei den beanstandeten Streichungen der GO.-Nr. 115 eine Konstellation gemäß des oben beschriebenen Absatzes nach 2. vorgelegen hat, sind diese als formal gerechtfertigt zu bewerten. Der D-Arzt könnte daher in der Zukunft in diesen Fällen auch auf den Aufwand der Berichtserstellung verzichten und lediglich die zur Abrechnung des Falls erforderlichen Grunddaten (UV-Träger, Unfalldatum, Unfallbetrieb) erheben lassen. ○

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.

JULI/AUGUST 2024

Prof. Dr. med. Karl-Heinz Bauer, ärztlicher Direktor am Klinikum Westfalen in Dortmund, wurde auf dem wissenschaftlichen Kongress „Viszeralmedizin NRW“ in Dortmund von der Niederrheinisch-Westfälischen Gesellschaft für Chirurgie zum ersten Generalsekretär ernannt. Anlässlich der 190. Jahrestagung hatte die Gesellschaft ihre Strukturen angepasst und dieses Ehrenamt neu eingerichtet.

Prof. Dr. med. Christian Jurowich leitet seit Juni 2024 neben der Allgemein-, Viszeral- und Onkologischen Chirurgie/Minimalinvasive Chirurgie am Innklinikum Altötting auch die Allgemein- und Viszeralchirurgie der Kliniken Südostbayern in Traunstein. Unter seiner Leitung soll ein verbundübergreifendes Viszeralzentrum aufgebaut werden.

Prof. Dr. med. Carsten J. Krones, zuletzt als Vorstand und Chefarzt der Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Minimalinvasive Chirurgie am Marienhospital Aachen tätig, ist neuer Chefarzt der Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Thoraxchirurgie am Krankenhaus Düren.

Prof. Dr. med. Sven Märdian ist neuer Chefarzt der Klinik für Unfall-, Hand- und Wiederherstellungschirurgie der Universitätsmedizin Rostock. Märdian war zuvor stellvertretender geschäftsführender Direktor des Centrums Muskuloskeletale Chirurgie an der Berliner Charité, wo er auch das Sarkomzentrum der Charité leitete.

PD Dr. med. habil. Christian Mönch, ist seit Mai 2024 Chefarzt von drei chirurgischen Kliniken der Westpfalz-Klinikum GmbH. Zu den Standorten Kaiserslautern und Kusel kam nun der Standort Kirchheimbolanden dazu. Das Klinikum bietet so die Versorgung des kompletten Spektrums der Chirurgie im Westpfalz-Klinikum.

Prof. Dr. med. Udo Rolle, Direktor der Klinik für Kinderchirurgie am Universitätsklinikum Frankfurt am Main, ist für die Amtsperiode 2024/25 zum Präsidenten der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie e.V. (DGCH) gewählt worden.

Dr. med. Jens Rudolph, zuvor langjähriger Oberarzt der Klinik, ist seit Juli 2024 Chefarzt der Klinik für Gefäßchirurgie am Gemeinschafts Krankenhaus Bonn, Haus St. Petrus. Er übernahm die Position von **Dr. med. Jürgen Remig**, der als Senior Gefäßchirurg und Co-Chefarzt weiterhin in der Klinik tätig sein wird.

Dr. med. Rayk Wilutzky ist der neue Chefarzt der Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Minimalinvasive Chirurgie am Marienhospital Aachen. Der Facharzt für Allgemeinchirurgie, Viszeralchirurgie und spezielle Viszeralchirurgie war zuletzt leitender Oberarzt der Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie am Universitätsklinikum OWL der Universität Bielefeld, Campus Klinikum Bielefeld. ○



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

Frage & Antwort



Aufteilung Hybrid-DRG zwischen Operateur und Anästhesist



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

Heberer J: F+A: Aufteilung Hybrid-DRG zwischen Operateur und Anästhesist.
2024 Juli/August; 14(07/08): Artikel 04_08.



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

FRAGE:

Eine niedergelassene Chirurgin fragt an, wie die Hybrid-DRG zwischen Operateur und Anästhesist aufgeteilt werden soll.

ANTWORT:

Weder § 115f SGB V noch die Hybrid-DRG-Verordnung (Hybrid-DRG-VO) oder die zwischen GKV-Spitzenverband und KBV getroffene Abrechnungsvereinbarung (Hybrid-DRG-AV) enthalten Vorgaben oder Anhaltspunkte für die zwischen den an der ambulanten Hybrid-DRG-Operation beteiligten Ärzten im Innenverhältnis gesondert zu treffende Aufteilungsvereinbarung. Auch die für Krankenhäuser geltenden Hybrid-DRG-Umsetzungsvereinbarungen zwischen DKG und GKV-Spitzenverband bzw. zwischen DKG und PKV-Verband vom jeweils 06.02.2024 sehen keine Festlegungen hierzu vor.

Klar ist lediglich, dass nur einer der beiden Akteure die Hybrid-DRG gegenüber den Kassen zulässigerweise abrechnen kann, also entweder der Operateur oder der Anästhesist.

Aus juristischer Sicht muss den vertragsärztlichen Leistungserbringern jedenfalls zunächst dringend angeraten werden, dass im Rahmen einer Vereinbarung die korruptionsrechtlichen Vorschriften des Strafrechts (§§ 299a, b StGB) und des Berufsrechts (§ 31 BO) beachtet werden. Es muss somit jedenfalls eine transparente und

angemessene Aufteilung vereinbart werden und jegliche (verdeckte) Zuweisung gegen Entgelt muss vermieden werden. Im Rahmen der Transparenz müsste festgelegt werden, anhand welcher Kriterien die Aufteilung (z. B. Leistungserbringung, OPS-Anteil, InEK-Kalkulation) erfolgt. Hinsichtlich der Angemessenheit ist aus juristischer Sicht zu fordern, dass Leistung und Gegenleistung sich entsprechen müssen. Ferner darf zum Ausschluss einer Strafbarkeit keine sog. Unrechtsvereinbarung vorliegen, also eine inhaltliche Verknüpfung von Vorteil und Gegenleistung für eine unlautere Bevorzugung. Es muss damit durch die tatsächlich gelebten Gegebenheiten ausgeschlossen sein, dass beispielsweise dem Operateur vom Anästhesisten oder umgekehrt Vorteile (z. B. überhöhtes Entgelt, unentgeltliche Gestellung von Personal) für die Zuweisung von Patienten gewährt werden.

Der BDC und der BDA haben sich im Sinne einer Orientierungshilfe ohne Rechtsverbindlichkeit auf eine Grundsatzempfehlung zur pauschalen prozentualen Aufteilung zukünftiger Hybrid-DRGs zwischen Operateuren und Anästhesisten, vorbehaltlich einer noch ausstehenden definitiven Regelung der Selbstverwaltung zur Abrechnung der Hybrid-DRG, geeinigt (vgl. [BDC|Online](#)).

Die Empfehlung von BDC und BDA beruht dabei auf den durchschnittlichen Honoraranteilen der beiden Fächer in der InEK-Kalkulation der DRGs und im EBM. Dies scheint also ein möglicher Ansatzpunkt für eine Aufteilung zu sein. Selbstverständlich können aber auch unter Berücksichtigung individueller Umstände (z. B. Gestellung von Personal, Instrumenten) und/oder der Eingriffsart andere Prozentsätze vereinbart werden.

Ein anderer möglicher Weg als eine pauschale Aufteilung nach Prozentsätzen könnte eine Aufteilung nach konkreter betriebswirtschaftlicher Kalkulation anhand der jeweiligen konkreten Einzelfallumstände sein, indem die Betriebs- und Sachkosten sowie der verbleibende Arztlohn jeweils genau ermittelt werden und letzterer sodann nach den jeweiligen Umständen (z. B. der Betriebsabläufe vor Ort) aufgeteilt wird. ○

Frage & Antwort



Abrechnungsgrundlagen für die neuen Hybrid-DRGs



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

FRAGE:

Ein niedergelassener Chirurg fragt an, welche Abrechnungsgrundlagen für die neuen Hybrid-DRGs beim ambulanten Operieren gelten.

ANTWORT:

Für zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassene Leistungserbringer wie MVZ, ambulante OP-Zentren und Vertragsärzte, die GKV-Patienten ambulant operieren, gelten für die Abrechnung die Hybrid-DRG-Verordnung (Hybrid-DRG-VO) und die zwischen GKV-Spitzenverband und KBV getroffene Abrechnungsvereinbarung (Hybrid-DRG-AV). Ihre gesetzliche Grundlage hat die Hybrid-DRG-VO in § 115f SGB V, der die Voraussetzung für eine spezielle sektorengleiche Vergütung, die unabhängig davon erfolgt, ob die vergütete Leistung ambulant oder stationär erbracht wird, schafft.

Die **Hybrid-DRG-VO** legt in § 1 Satz 1 zum einen fest, dass wenn sich eine Leistung nach Anlage 1 der Hybrid-DRG-VO gemäß dem Definitionshandbuch „aG-DRG German Diagnosis Related Groups Version 2024“ des InEK vom 28.11.2023 einer Hybrid-DRG zuordnen lässt, dann ist diese Leistung mit der jeweiligen Hybrid-DRG nach der Anlage 2 der Hybrid-DRG-VO zu vergüten.

Nicht geklärt ist bislang zwar, ob Vertragsärzte ein Wahlrecht haben, ob Sie in diesem

Fall die Hybrid-DRG abrechnen oder stattdessen nach dem EBM abrechnen können. Nach Auskunft der KBV bestätigte das BMG auch, dass sich aus dem Gesetzeswortlaut des § 115f SGB V ein Abrechnungsausschluss „nicht eindeutig“ ergebe. Jedoch hat der GKV-Spitzenverband hierzu bereits eine deutliche Erklärung dahingehend abgegeben, dass bei Einschlägigkeit einer Hybrid-DRG die Kassen auch nur diese vergüten werden und damit eine Bezahlung nach EBM strikt ablehnen (vgl. KBV, Ärzte können neue Hybrid-DRG abrechnen – KBV und GKV-Spitzenverband einigen sich auf Abrechnungsverfahren, https://www.kbv.de/html/1150_68194.php, abgerufen 20.05.2024).

Zum anderen wird in § 1 S. 2 Hybrid-DRG-VO bestimmt, dass die Leistung mit den Maßnahmen zur Operationsvorbereitung und -planung beginnt und mit dem Abschluss der postoperativen Nachbeobachtung endet, jeweils in der Einrichtung, in der die Operation durchgeführt wird. Es wird somit der Leistungszeitraum festgelegt. Voruntersuchungen und auch Nachsorgen zur Sicherung oder Festigung des Erfolgs der ambulanten OP sind grundsätzlich nicht von der Hybrid-DRG umfasst. Prä- und postoperative Leistungen können also auch bei diesen Eingriffen über den EBM abgerechnet werden.

Heberer J: F+A: Abrechnungsgrundlagen für die neuen Hybrid-DRGs. 2024 Juli/August; 14(07/08): Artikel 04_09.



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

Die Hauptkritikpunkte aus vertragsärztlicher Sicht befinden sich in den Regelungen des § 1 S. 3 und 4 Hybrid-DRG-VO, wonach mit der Hybrid-DRG alle im Zusammenhang mit der Behandlung des Patienten entstandenen Aufwände abgegolten sind und die Hybrid-DRG unabhängig von der Anzahl der beteiligten Leistungserbringer nur einmal vergütet wird.

Der Abgeltungsumfang in Satz 3 umfasst u. a. alle im Zusammenhang mit der OP stehenden Sachkosten, die Aufwände für Unterkunft und Verpflegung der Patienten, die bei Übernachtung anfallen sowie sämtliche ärztlichen Aufwände, auch wenn sie einem anderen an der Leistung beteiligten Arzt als dem Operateur entstehen und mit der Erbringung der Leistung in unmittelbarem Zusammenhang stehen, beispielsweise erforderliche Anästhesien, aber auch perioperatives Labor sowie intraoperative und unmittelbar postoperative Röntgenleistungen (vgl. **BMG, Hybrid-DRG-VO mit Begründung, S. 18**, abgerufen 20.05.2024).

Vor allem durch die Abgeltung der Sachkosten werden bestimmte Sachkosten nun nicht mehr wie bislang im Bereich des AOP-Vertrags nach § 115b SGB V voll refinanziert, was sich in einigen Fällen somit finanziell nachteilig auswirken kann. Folglich können nach derzeitiger juristischer Einschätzung des Verfassers beispielsweise in die Fallpauschale einbezogene Implantatkosten auch nicht gesondert als Privatleistung abgerechnet werden.

Auch die nur einmalige Berechnungsfähigkeit der Hybrid-DRG gemäß Satz 4 stößt in der Praxis auf erhebliche Unklarheiten und Umsetzungsprobleme. Denn wenn mehrere selbständig tätige Ärzte an der ambulanten

OP mitwirken, wie dies regelmäßig bei Operateur und Anästhesist der Fall ist, kann hiernach die Hybrid-DRG nur von einem der beiden gegenüber den Kassen abgerechnet werden. Es muss folglich künftig zwischen den an der ambulanten OP beteiligten Ärzten im Innenverhältnis gesondert vereinbart werden, wer die Hybrid-DRG abrechnet und wie diese letztendlich unter ihnen sodann aufgeteilt wird. Inwieweit der Verweis in der Gesetzesbegründung darauf, dass wenn eine KV mit der Abrechnung der Leistung nach § 115f Abs. 3 S. 3 SGB V beauftragt wird, diese bei der Aufteilung und Weiterleitung der Vergütung unterstützen kann, hier in der Praxis zumindest teilweise die Problematik lösen können wird, bleibt abzuwarten.

Die **Hybrid-DRG-AV** regelt sodann Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens Selbstverständlich können nach wie vor Hybrid-DRG-Leistungen nur erbracht und abgerechnet werden, wenn die vertragsärztlichen Leistungserbringer eine Abrechnungsgenehmigung der KV nach der Qualitätssicherungsvereinbarung ambulantes Operieren gemäß § 135 Abs. 2 SGB V nachweisen können. Die Hybrid-DRG-AV gilt sowohl für die unmittelbare Abrechnung mit der Krankenkasse als auch für die mittelbare Abrechnung mit der Krankenkasse bei einer Abrechnungsbeauftragung einer KV oder eines Dritten.

Die Abrechnungsvereinbarung trifft insbesondere konkrete Festlegungen zur Datenübermittlung und deren Inhalte, zu Abrechnungs- und Zahlungsfristen sowie zu Übergangsregelungen. Das neue elektronische Abrechnungsverfahren für die Hybrid-DRG soll spätestens ab 01.01.2025

flächendeckend bei den Kassen umgesetzt sein. In dieser Übergangszeit können Vertragsärzte, sofern sie die KV gemäß § 5 mit der Abrechnung gegenüber der Kasse beauftragen, über die Quartalsabrechnung der KV abrechnen. In Fällen, in denen eine Kasse das neue Verfahren bereits vor dem oben genannten Zeitpunkt umsetzt, kann natürlich auch direkt oder über einen Dritten mit der Kasse abgerechnet werden. In jedem Fall wird empfohlen, die hierzu herausgegebenen konkreten Informationen und Vorgaben der jeweils zuständigen KV zu beachten.

Hinsichtlich der Abrechnungsfrist legt § 3 Abs. 1 Hybrid-DRG-AV fest, dass eine Übermittlung der Abrechnung spätestens sechs Monate nach Beendigung eines Hybrid-DRG-Abrechnungsfalles erfolgen soll und die Krankenkasse unmittelbar nach Eingang der Rechnung die sachlich-rechnerische Richtigkeit zu prüfen hat. § 3 Abs. 2 Hybrid-DRG-AV setzt der Kasse eine Zahlungsfrist von 21 Tagen ab Rechnungseingang, sofern innerhalb dieser Frist keine Beanstandung durch die Krankenkasse im Rahmen des Fehlerverfahrens der Anlage 2, dessen Details bis zum 30.06.2024 vereinbart werden sollen, erfolgt.

Neu ist zudem, dass Vertragsärzte für die Abrechnung eine neue Software, eine sog. Grouper-Software, benötigen, die ermittelt, ob ein Eingriff einer Hybrid-DRG zugeordnet werden kann. Die Hybrid-DRG-VO gibt diesbezüglich vor, dass Grouper dem „Definitionshandbuch aG-DRG German Diagnosis Related Groups Version 2024“ des InEK entsprechen müssen. Auch hierzu sind den Informationen der jeweils zuständigen KV Aufmerksamkeit zu schenken. 

Leistungsgruppe futsch – Aus die Maus?

René T. Steinhäuser

VORWORT – SIE HABEN POST!

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

„*Sie haben Post!*“ Diesen Klassiker von AOL aus dem Jahr 2012 kennen sicherlich die meisten. Dagegen den 14. Juni 2024 vielleicht nicht jeder. An diesem Tag haben alle Krankenhäuser in NRW die Benachrichtigungen des MAGS bzgl. der Leistungsgruppen-Zuteilung im Rahmen der zukünftigen Krankenhausplanung erhalten.

Und was Laumann kann, das kann natürlich Lauterbach mit dem Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) allemal. Im Gegenteil, jetzt sind es nicht nur 60, sondern 65 Leistungsgruppen, die auf den Weg gebracht werden sollen.



René T. Steinhäuser
Rechtsanwalt
Rechtsanwälte Wigge
Großer Burstah 42
20457 Hamburg
kanzlei@ra-wigge.de

Natürlich kann man diese bundesweiten Reformpläne aus unterschiedlicher Sicht betrachten, wie z. B. vor dem Hintergrund des chronischen Fachkräftemangels oder der aktuellen Weiterbildungsordnung. Aber auch mit dem „juristischen Auge“ sollten die Reformpläne sorgfältig betrachtet und eventuelle Auswirkungen definiert werden.

Entsprechend freuen wir uns, dass Herr Rechtsanwalt Steinhäuser uns im folgenden Beitrag einen aktuellen Überblick zu dieser Thematik gibt.

Erhellende Lektüre wünschen

Prof. Dr. med. C. J. Krones

und

Prof. Dr. med. D. Vallböhmer



Weg von einer Bettenplanung und hin zu einer Leistungsgruppensystematik. So war zumindest einer der zentralen Gedanken im Rahmen der Krankenhausreform. Durch die Leistungsgruppen sollte der regionale Versorgungsbedarf der Bevölkerung sowie die landeseinheitlichen Qualitätskriterien sorgfältig und angemessen berücksichtigt werden. Doch was nun? Ist die Leistungsgruppenzusage futsch?

Hierzu sollte man zumindest den aktuellen Stand der Krankenhausreform genauer unter die Lupe nehmen. Diese setzt sich im Kern im ersten Schritt aus dem am 28.03.2024 in Kraft getretenen Gesetz zur Förderung der Qualität der stationären Versorgung durch Transparenz (Krankenhaustransparenzgesetz) und im zweiten Schritt wesentlich durch das Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus (Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz „KHVVG“), für das am 27.06.2024 die erste von drei Lesungen im Bundestag stattfand, zusammen.

Ziel der Reform ist die wirtschaftliche Situation der Krankenhäuser, die sich in den letzten Jahren wegen Mängeln des Finanzierungssystems massiv verschlechtert hat, zu verbessern. Zumindest kann ein solches Versagen nicht von der Hand gewiesen werden, wenn fast 80 Prozent der Krankenhausstandorte

dauerhaft rote Zahlen schreiben. Doch kann die aktuelle Reform diesem Vorhaben gerecht werden?

Das Verlangen nach einer finanziellen Sicherung und dadurch Sicherheit der Versorgungsstrukturen unter Berücksichtigung der Morbidität der Gesellschaft und der Entbürokratisierung wurde von vielen Stimmen deutlich geäußert. Besonders viel erhofften sich die Akteure von den Leistungsgruppen, die sich an dem Modell aus Nordrhein-Westfalen orientieren sollten. Umso größer scheint die Enttäuschung, dass das Bundesgesundheitsministerium gerade dieses Modell eher oberflächlich im Referentenentwurf des KHVVG vom 15.05.2024 berücksichtigt hat. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft betont in der aktuellen Stellungnahme vom 30.05.2024, dass die notwendigen und geforderten Reformbedürfnisse in dem Referentenentwurf deutlich hinter den Erwartungen der Krankenhäuser zurückliegen.

Bereits im Juli 2023 konnten Bund und Länder eine Einigung dahingehend erzielen, dass die Krankenhausplanung nach dem Vorbild NRW und somit bundeseinheitlichen Leistungsgruppen erfolgen soll. Diese Leistungsgruppen wurden nicht im Alleingang von oben herab verordnet, sondern es wurde nach intensiver Beteiligung der Landesverbände

Steinhäuser RT: BDC-Praxistest: Leistungsgruppe futsch – Aus die Maus? Passion Chirurgie. 2024 Juli/August; 14(07/08): Artikel 05_01.



Diesen und weitere Artikel zum Thema finden Sie auf BDC|Online (www.bdc.de) unter der Rubrik Politik.

der Krankenkassen, der kommunalen Spitzenverbände, der Ärzte- und Pflegekammer, der Krankenhausgesellschaft sowie weiterer ein gemeinsames System entwickelt. Dieses beinhaltet zudem in regelmäßigen Abständen Auswirkungsanalysen, nach denen dann gegebenenfalls weitere Anpassungen vorzunehmen sind. Die Allgemeinen Gruppen ergeben sich insbesondere aus der Weiterbildungsordnung für Ärztinnen und Ärzte. Die spezifischen Leistungsgruppen richten sich nach den Operationen- und Prozedurenschlüsseln nach § 301 SGB V, der International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems der Weltgesundheitsorganisation (ICD-10) und anderen geeigneten Merkmalen, wie zum Beispiel dem Alter der Patientinnen und Patienten.

Die Leistungsgruppen und die an sie gestellten Qualitätskriterien werden in Anlage 1 zu dem durch das KHVG neu einzuführenden § 135e SGB V aufgeführt. Dabei orientierte sich das Bundesgesundheitsministerium zwar an dem Modell aus NRW 2022, aber zusätzlich zu den sechzig Leistungsgruppen aus NRW fügte es fünf weitere Leistungsgruppen hinzu und stellte erhebliche Mindestanforderungen auf. Diese Qualitätsanforderungen richten sich nach dem neu durch das KHVG einzuführenden § 135e Abs. 1 Nr. 2 SGB V und richten sich nach der Erbringung verwandter Leistungsgruppen, der sachlichen Ausstattung, personellen Strukturen und sonstigen Struktur- und Prozesskriterien. Die zusätzlichen fünf eingeführten Leistungsgruppen wurden unter Berücksichtigung der Vorschläge aus medizinisch wissenschaftlicher Sicht der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. (AWMF) im Zuge des Eckpunktepapiers vom 10.07.2023 eingeführt. Die Leistungsgruppen selbst als auch die an sie gestellten Qualitätskriterien sollen grundsätzlich den aktuellen Stand der medizinischen Erkenntnisse berücksichtigen und zu einer leitliniengerechten, qualitativ hochwertigen und für Patienten sicheren medizinischen Versorgung beitragen. So heißt es zumindest in der Begründung zu dem KHVG. Was jedoch bei genauer Betrachtung der Anforderungen direkt ins Auge fällt, sind die Vielzahl an interdisziplinären Verbindungen und auch die Notwendigkeit bestimmte

Kooperationen abschließen zu müssen. Die Qualitätsvoraussetzungen werden in personelle und sachliche Voraussetzungen eingeteilt und es werden sowohl kumulative als auch alternative Voraussetzungen aufgelistet. Für den Leistungsort der Kooperation kommt es auf den Ort an, der durch Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der Deutschen Krankenhausgesellschaft als Leistungsort festgelegt wird.

Nach Ansicht der Deutschen Krankenhausgesellschaft sind die neu eingeführten Leistungsgruppen weder im Einklang mit der Weiterbildungsordnung noch mit den möglichen zur Verfügung stehenden Ressourcen. Diese Problematik gibt sich auch weiter, wenn man die Qualitätsvoraussetzungen für die einzelnen Gruppen betrachtet. In der Regel wird eine feste Anzahl von Ärzten vorausgesetzt. Diese scheint geradezu willkürlich. Dabei ist ebenfalls davon auszugehen, dass mit der Anzahl der genannten Ärzte auch lediglich solche gemeint sein können, die im Umfang von 40 Wochenstunden tätig sind. Der aktuelle Fachkräftemangel scheint komplett unberücksichtigt geblieben zu sein, wenn man sich die personellen Voraussetzungen der einzelnen Leistungsgruppen ansieht.

Die hinter der Einführung der Leistungsgruppen in NRW stehenden Überlegungen finden sich hier gerade nicht wieder. Zudem werden teilweise kleine Leistungsgruppen wie etwa die „chirurgische Onkologie“ an die Zahl der vorzuhaltenden Fachärztinnen und Fachärzte geknüpft, ohne dabei derzeitige Versorgungsstrukturen abzuschätzen. Die Mindestvorhaltezahlen führen lediglich dazu, dass in Zukunft den Krankenhäusern ein wichtiger Anteil ihrer Finanzierung entfällt und das nur, weil ein bestimmter sowieso schon kleiner Fachbereich nicht mit im Einzelfall aufgrund von Spezialisierungen größer angelegten Fachbereichen mithalten kann. Zudem stellt das ganze Verfahren einen erheblichen bürokratischen Aufwand dar.

Nach dem durch das KHVG neu einzuführenden § 6a Absatz 1 KHEntgG erfolgt bei Vorliegen der Qualitätsmerkmale die Festsetzung mit Feststellungsbescheid durch die zuständige Landesbehörde. In Absatz 2

Satz 1 heißt es weiterhin, dass das Krankenhaus jeweils vor Zuweisung den Nachweis der sachlich und personellen Qualitätsmerkmale nachzuweisen hat. Bei notwendiger Auswahl mehrerer Krankenhäuser entscheidet die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde, wonach die Ziele besser erreicht werden können. Daraus ergibt sich, dass auch wenn ein Krankenhaus aktuell eine bestimmte Abteilung besetzt, dies nicht zwingendermaßen nach den nun neu festgelegten Leistungsgruppen gilt. Zudem kann eine Überprüfung der Leistungsgruppe durch den Medizinischen Dienst erfolgen. Ein Anspruch auf Zuweisung einer Leistungsgruppe besteht allerdings nicht. Dabei ist die Vorstellung, dass Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bei Schließung ihres Krankenhauses gesichert in das nächstgelegene Krankenhaus wechseln, nicht belegt und realitätsfremd.

Weitere Probleme ergeben sich unter Berücksichtigung daher insbesondere für kleinere Krankenhäuser und Krankenhäusern in dünnbesiedelten Gegenden. Die besonders umfangreichen Anforderungen werden kleinere Kliniken mit dem dazukommenden Personalmangel kaum erfüllen können. Insbesondere wenn man bedenkt, dass zwar die Qualität auf höchstem wissenschaftlichem Stand, so heißt es in der Begründung des KHVG, umgesetzt werden soll, der Start jedoch aus einem bereits finanziell überwiegend defizitären Bereich erfolgt. Insofern ist auch die sachliche Ausstattung kaum in kurzer Zeit anzupassen, während andere Bereiche nutzlos werden, in denen womöglich noch laufenden Finanzierungen bestehen. Zuletzt kann sich die erhoffte finanzielle Sicherheit nur Schall und Rauch erweisen, da die Vorhaltefinanzierung zwar 60 Prozent der Finanzierung ausmachen soll, die restliche Finanzierung sich jedoch letztlich auch wieder über die Anzahl von Fällen bestimmt. Insofern kann kaum von einer Verbesserung durch Wegkommen von „Betten“ die Rede sein, da hieraus ein wesentlicher Teil der Finanzierung des Krankenhauses resultiert. Insofern ändern sich zumindest 40 Prozent der Finanzierung rein tatsächlich nicht oder bleiben jedenfalls unsicher.

Eine Frage ist weiter, wie vor allem mit solchen Ärzten mit doppelten Facharztweiterbildung

und solchen Ärzten, die in besonders speziellen Gebieten tätig sind, umzugehen ist. Zum Beispiel ist der Fachbereich „Allgemeine Chirurgie“ offen und umfangreich. Die Ärzte müssen nun in gewisser Weise taktisch Leistungsgruppen zugeordnet werden. Zudem werden kleine Fachbereiche kaum bis gar nicht abgebildet und letztlich durch die Mindestvorhaltezahlen wieder aussortiert. Es obliegt daher der Klinikleitung und dem Klinikmanagement, sich hier Ausgestaltungen zu überlegen und bestmöglich so zuzuordnen, wie es im Rahmen der fachärztlichen Bildung und vertretenen Leistungsgruppen im Krankenhaus möglich ist. Die Weiterbildungsordnung sollte dabei zudem nicht zu kurz kommen. Auch wenn diese im Rahmen der Krankenhausreform kaum aufgegriffen wurde, zumal die ärztliche Weiterbildung ohnehin verfassungsrechtlich der Zuständigkeit der Länder unterliegt. Wobei aktuell ad absurdum zum Beispiel in der Leistungsgruppe „Allgemeine Chirurgie“ besondere Schwerpunktbereiche tätig sein dürfen, jedoch die Weiterbildung nur in der Allgemeinen Chirurgie umgesetzt werden darf.

Im Kontext der taktischen Planung, die nun primär die Klinikleitung und sekundär den Chirurgen trifft, müssen unbedingt Kooperationen bedacht werden. Deren Einführungen grundsätzlich begrüßt werden, wenngleich es teils noch an konkretisierenden Regelungen fehlt und sich sozialversicherungsrechtliche Themen ergeben werden.

Weiter offen bleibt, wie mit den Geräten umgegangen werden soll, die in laufender Finanzierung sind, wenn die Leistungsgruppe nicht in dem Krankenhaus festgelegt wird. Das finanzielle Ausmaß scheint lediglich in der nun fünfjährigen Übergangsphase eine untergeordnete Rolle gespielt zu haben. Möglicherweise kann eine außerordentliche Kündigung erwirkt werden, die rechtlichen Möglichkeiten sind jedoch sehr vom Einzelfall abhängig.

Besondere Sorge besteht aktuell zudem, was die Grund- und Notfallversorgung im ländlichen Raum anbelangt. Hier gibt es nach vielen Stimmen zum Teil einen besonders akuten Fachpersonalmangel, sodass die Annahme naheliegt, dass nunmehr eine Verschlechterung statt einer Verbesserung der Versorgung aufgrund der Umstrukturierung eintreten wird.

Die zuständigen Landesbehörden können Leistungsgruppen trotz fehlender Qualitätskriterien im Ausnahmefall erteilen, wenn dies zur Sicherung der flächendeckenden Versorgung der Patienten notwendig ist. Eine solche Sicherung ist nach der Vorstellung des Bundesgesundheitsministeriums notwendig, wenn die Allgemeinmedizin und Allgemeine Chirurgie nicht innerhalb von 30 Minuten mit einem Kfz und für die anderen Leistungsgruppen innerhalb von 40 Minuten mit einem Kfz erreichbar sind. Dagegen wurde sich im öffentlichen Diskurs ausgesprochen, jedoch ist eine solche Ausnahmeregelung notwendig, damit die Grundversorgung in ländlichen Bereichen gesichert ist oder gesichert werden kann. Die konkrete Ausgestaltung bleibt aktuell abzuwarten. Die Landesbehörde kann daher nach ihrem Ermessen entscheiden, in welchem Krankenhaus die Ausnahmeregelung angewandt wird und in welchem Krankenhaus nicht. In den Übergangsjahren ist nicht darauf zu bauen, dass einem Krankenhaus eine Ausnahme genehmigt wird, sondern die Geschäftsführung gemeinsam mit den Ärztinnen und Ärzten aktiv an der Erfüllung der Qualitätskriterien arbeiteten. Und dennoch ist zu berücksichtigen, dass die Landesbehörde selbst bei Erfüllung der Qualitätskriterien der Zuweisung der Leistungsgruppe widersprechen kann.

Im Zweifel steht dem Krankenhaus der Verwaltungsrechtsweg gegen den Feststellungsbescheid der Leistungsgruppe offen oder ggf. der Sozialrechtsweg gegen das in § 135e Abs. 3 SGB V neu eingeführte Gremium.

Zusammengefasst ist daher festzuhalten, dass sich das Bundesgesundheitsministerium bei dem Entwurf des KHVVG im Kern nur bei der Benennung der sechzig Leistungsgruppen an dem NRW-Modell orientiert hat. Diese Abweichung findet besonders starke Ablehnung, da zumindest nach Ansicht der Deutschen Krankenhausgesellschaft und auch einiger Länder dadurch unnötige Versorgungsengpässe forciert werden. Für die unnötig hohen Qualitätsanforderungen der Leistungsgruppen und die zusätzlich eingeführten Leistungsgruppen ergibt sich nach aktuellem Stand keinerlei Notwendigkeit. Viel eher hätte nach einer Einführungsphase von zwei Jahren des strengen NRW-Modells eine Analyse stattfinden können und es hätten weitere Gruppen oder Voraussetzungen festgelegt werden können. Durch das aktuelle Vorhaben streut das Bundesgesundheitsministerium in gewisser Weise Salz in die offene Wunde und verfehlt letztlich die eigene Zielsetzung.

Nach der aktuellen Planung soll ab dem Jahr 2029 das KHVVG komplett implementiert sein. Nach einer zweijährigen Eingangsphase folgt eine zweijährige Konferenzphase. Die Zuweisung der Leistungsgruppen soll innerhalb der Anfangsphase bis Ende des Jahres 2026 erfolgen.

Derzeit befindet sich das KHVVG noch im Gesetzgebungsprozess. Bereits nach der ersten Lesung im Bundestag erfolgte die Streichung einiger Passagen, sodass mit weiteren Änderungen zu rechnen ist. Es bleibt spannend, wie es am Ende des Gesetzgebungsprozesses um die Leistungsgruppen steht und ob die Länder entgegen der Auffassung des Bundesgesundheitsministeriums dem KHVVG zustimmen müssen. 



© iStock/Moyo Studio

Fachärztliche Weiterbildung Chirurgie unter den Vorzeichen der neuen Weiterbildungsrichtlinie und der Gesundheitsreformgesetzgebungen

Dirk Farghal

Die neue Weiterbildung 2018, aktualisiert am 29.06.2023 [1], und die geplante Gesundheitsreform, vor allem der Referentenentwurf für das Krankenhaus-versorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG), der am 16.03.2024 zur Ressortabstimmung eingebracht wurde [2], werden zu erheblichen Veränderungen für die chirurgische fachärztliche Weiterbildung führen.

Bereits 2015 hat der BDC sich mit dem Thema chirurgische Weiterbildung befasst und hierzu einen [Artikel in der Passion Chirurgie](#) veröffentlicht [3]. Damals ging es vor allem um Standards in der chirurgischen Weiterbildung.

Der jetzige Artikel will als erster Artikel einer Serie die aktuellen und zukünftigen



Dirk Farghal

Stellv. Regionalvertreter des
BDC|Landesverband Bayern
Vorsitzender der Arbeitsgemeinschaft der
Beleg- und Kooperationsärzte (AG BeKo)
im BDC
Stellv. Vorsitzender RNC im BDC
Ärztlicher Leiter MVZ Rothenburg o.d.T.
dirk.farghal@t-online.de

Farghal D: Fachärztliche Weiterbildung
Chirurgie unter den Vorzeichen der
neuen Weiterbildungsrichtlinie und der
Gesundheitsreformgesetzgebungen. *Passion
Chirurgie*. 2024 Juli/August; 14(07/08):
Artikel 05_02.



Mehr zur chirurgischen Weiterbildung
finden Sie auf BDC|Online unter der
Rubrik Politik | Aus- und Weiterbildung.

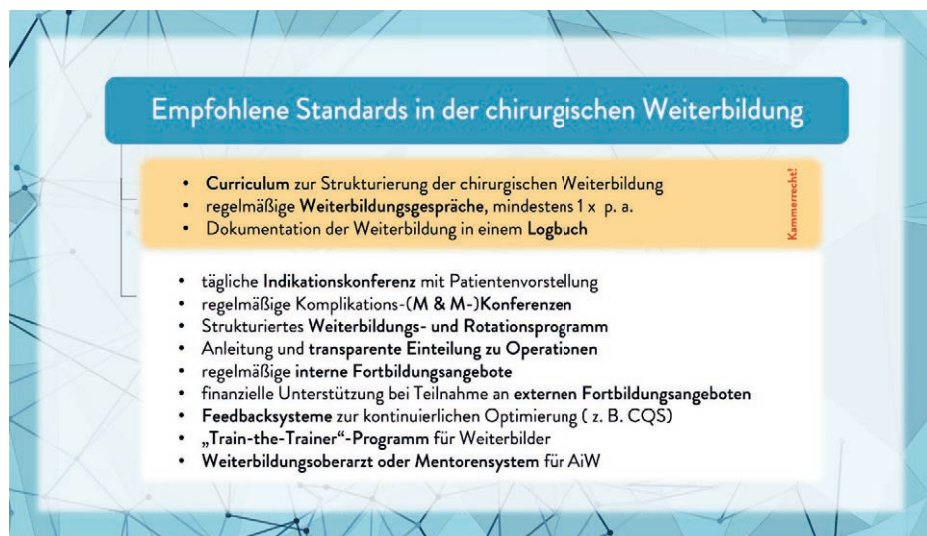


Abb. 1: Kriterien für eine hohe Qualität in der chirurgischen Weiterbildung. Herausgegeben von der gemeinsamen Weiterbildungskommission aus BDC, DGCH und Chirurgischen Fachgesellschaften, 2002-2004

Herausforderungen in Folge der zunehmenden Ambulantisierung und der geplanten Krankenhausreform beleuchten. Am 06.03.2024 veröffentlichten der BDC und die DGCH hierzu das Positionspapier der Gemeinsamen Weiterbildungskommission (WKB) Chirurgie, das auf die zunehmenden Probleme aufmerksam macht.

Nach § 6 der Musterweiterbildungsordnung (MWBO 2018) muss die Weiterbildung an einer zugelassenen Einrichtung erfolgen. Neben stationären Einrichtungen sind hier auch niedergelassene Arztpraxen ausdrücklich genannt. Wie bekannt, umfasst der Bereich Chirurgie acht Weiterbildungsbereiche. Nicht alle Bereiche und Eingriffe werden zukünftig sämtlich in einer stationären Einrichtung erworben werden können. Je nach der zukünftigen Ausgestaltung des **Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetzes (KHVVG)** und der Definition der Fallgruppen durch einen zukünftigen Bund-Länder Ausschuss werden nicht mehr alle Inhalte, die im Weiterbildungskatalog gefordert werden, an einer einzigen Klinik, nicht mal mehr an einer Uni-Klinik, erworben werden können. Zukünftige und geltende Mindestmengen werden den Erwerb gewisser Eingriffe und Therapien an allen Krankenhäusern unmöglich machen, wie dies heute schon für viele Kliniken gilt. Neu wird sein, dass selbst Universitätskliniken und Maximalversorger kaum noch in der Lage sein werden, den komplette Weiterbildungsinhalt anbieten zu können. Mit dem MDK-Gesetz, das

am 01.01.2020 in Kraft getreten ist, wurde der Katalog ambulant zu erbringender Leistungen erheblich erweitert [4].

Die Einführung der Hybrid-DRGs am 01.01.2024 wird den Prozess der Ambulantisierung verstärken [5]. Insbesondere die letzten beiden genannten Gesetze lassen arthroskopische Eingriffe, Hernienchirurgie, Proktologie, Hand- und Fußchirurgie, kleine und mittlere Weichteilchirurgie kaum noch im stationären Setting zu. Zudem machen die Kontextfaktoren zur Begründung einer stationären Aufnahme diese schwieriger. Somit treten die Kliniken mit den hoch effektiven Strukturen der Niederlassung in Konkurrenz.

Für Ärzte und Ärztinnen in Weiterbildung verlangen die vielen Gesetzgebungsverfahren mehr berufliche und räumliche Flexibilität, aber sie eröffnen neue Perspektiven, nämlich die Arbeit in Kliniken verschiedener Versorgungsstufen (Levels) und die Arbeit in der Arztpraxis, ob angestellt oder selbstständig. Vor allem in der Niederlassung ist das Spektrum der Versorgungsmöglichkeiten, ob in der Einzelpraxis, BAG oder MVZ, vielfältiger, anspruchsvoller, komplexer und interessanter geworden. Auch arbeiten in Klinik und Praxis ist möglich. Je nach Arbeitgeber kann dieses Spektrum sogar bei demselben Arbeitgeber abgerufen werden. Gerade die großen Gesundheitskonzerne wie Helios, Asklepios, Sana und

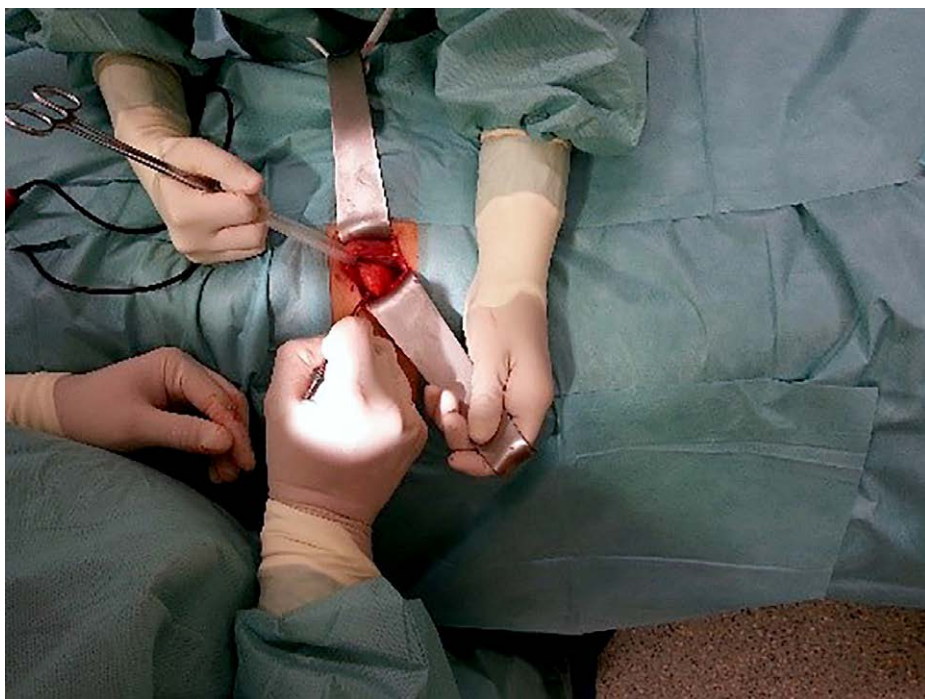


Abb. 2: Operation, Quelle: D. Farghal (aus dem eigenen OP)

Rhön-Kliniken werben mit strukturierter und organisierter Weiterbildung. Aber auch staatliche und kommunale Arbeitgeber können bei geeigneter Struktur mithalten. Wichtig ist, dass Kliniken verschiedener Versorgungsstufen und möglicherweise mit mehreren Standorten und MVZs vorhanden sind.

Verbundweiterbildung und der Weiterbildungsverbund können Lösungen sowohl für den Arbeitgeber zur Fachkräftegewinnung sein als auch die Weiterzubildenden, um eine strukturierte und organisierte Weiterbildung zu erhalten.

Die **Verbundweiterbildung** ist Modell für eine möglichst vollständige Weiterbildung zum

Facharzt über fünf Jahre unter Beteiligung stationärer und ambulanter, auch niedergelassener Strukturen. Gemäß der Weiterbildungsordnung und nach Möglichkeit ohne Wohnortwechsel.

Der **Weiterbildungsverbund** ist ein Netzwerk von mehreren Kliniken, ambulanten Einrichtungen und Praxen/MVZ/BGA einer Region, der ressourceneffizient die Weiterbildung betriebsübergreifend organisiert und durchführt – am besten beim gleichen Arbeitgeber.

Weiterbildung kann in der Niederlassung in Bayern mit bis zu 5.400 € je Arzt oder Ärztin in Weiterbildung gefördert werden. Vorher muss ein Antrag bei der KV Bayern gestellt

werden. Diese Regelungen und Förderungen können in den verschiedenen KVen und Ärztekammern variieren.

Um weiterzubilden zu können, muss eine entsprechende Befugnis vorliegen. Daher ist jedem nahezu legen, sich um sich um eine solche zu bemühen und entsprechende Anträge bei der zuständigen Landesärztekammer zu stellen.

Fazit: Gerade im niedergelassenen Bereich eröffnen sich neue Chancen zur Weiterbildung. Kollegen und Kolleginnen in Weiterbildung wird mehr Flexibilität abgefordert, das Spektrum der Weiterbildung jedoch deutlich erweitert. Vernünftige Weiterbildungsstrukturen werden zunehmend bei der Personalgewinnung an Bedeutung gewinnen.

LITERATUR

- [1] www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/BAEK/Themen/Aus-Fort-Weiterbildung/Weiterbildung/20230629_MWBO-2018.pdf
- [2] www.aerzteblatt.de/nachrichten/150016/Lauterbach-legt-lang-erwarteten-Gesetzesentwurf-zur-Krankenhausreform-vor
- [3] Ansorg J. Editorial: Gute Weiterbildung braucht gute Weiterbilder. *Passion Chirurgie*. 2015 August; 5(08): Artikel 01.
- [4] MDK-Reformgesetz (bundesgesundheitsministerium.de)
- [5] KBV - Ärzte können neue Hybrid-DRG abrechnen – KBV und GKV-Spitzenverband einigen sich auf Abrechnungsverfahren
- [6] Homepage der Bayerischen Landesärztekammer, <https://www.blaek.de/>



In Bayern gibt es hierfür eine eigene Koordinierungsstelle für die Facharztweiterbildung und Allgemeinärztliche Weiterbildung. Diese sind an der Landesärztekammer angesiedelt und helfen und beraten beim Aufbau von Weiterbildungsverbünden und vermitteln interessierte Ärzte und Ärztinnen an entsprechende Einrichtungen [6].

Kontakt per E-Mail an: info@kostf-bayern.de; koordinierungsstelle@kosta-bayern.de.





Festrede vom Parlamentarischen Abend in Berlin

Hans-Joachim Meyer

Frau Präsidentin, Herr Präsident,
sehr geehrte Gäste,
liebe Kolleginnen und Kollegen,

zuerst einmal einen herzlichen Dank an den Hartmannbund und die weiteren Mitorganisationen, die uns zu diesem besonderen parlamentarischen Abend Jahr für Jahr einladen.

Genauso schwierig wie eine Vorhersage des Wetters in diesem Sommer, also „rain or shine“, ist die Frage nach weiteren Gesetzesvorlagen im Gesundheitswesen durch den im Dezember 2021 noch als „Minister der

Herzen“ bezeichneten Prof. Karl Lauterbach. Ein Gesetzesvorhaben bzw. Referentenentwurf folgt dem anderen: Auch wenn man sie mit den mittlerweile vertrauten Abkürzungen, wie GVSG, KHVG, MFG, BKA, GHG oder geplantes BIPAM etc. nur stichwortartig kommentieren will, würde die sogenannte heiße Schlacht um das nicht nur kalte Buffet an diesem Abend sicherlich ausfallen müssen.

Berufspolitisch sind wir also im Gesundheitssektor mit den vielfältigsten Herausforderungen konfrontiert, die wir nur gemeinsam mit der vorhandenen Expertise und Nutzung unserer



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

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



Abb.1: Prof. H.-J. Meyer/Präsident, Dr. F. Burgdorf/Geschäftsführerin, Dr. P. Kalbe/Vizepräsident des BDC (v.l.n.r.)

Schwarmintelligenz meistern können. Unabhängig davon sind nur noch 64 % der Deutschen nach einer Umfrage in diesem Jahr vor allem aufgrund von Versorgungsproblemen mit dem derzeitigen Gesundheitssystem zufrieden und eine Reduktion um acht Prozentpunkte entsprechen den Angaben aus UK und Kasachstan.

Die in allen Köpfen gespeicherte Krankenhausreform wird uns in den nächsten Jahren nicht nur begleiten, sondern auch unsere eigene Versorgung aus Patientensicht verändern. Wir alle als Verbände und Fachgesellschaften haben sicherlich das gemeinsame Ziel, auch zukünftig eine verlässliche und qualitativ hochwertige medizinische Versorgung zu gewährleisten. Wie groß der eigene Einfluss oder der der AWMF als Vertreter der Fachgesellschaften auf die Gesetzgebung ist, müssen wir weiterhin leider nur mittelbar zur Kenntnis nehmen. Es bleibt nur zu hoffen, dass das KHVVG sich nicht, wie teilweise befürchtet, zu einem „Qualitätsreduktionsgesetz“ entwickelt.

Dass in der Zusammenarbeit aller Akteure des Gesundheitswesens Verbesserungsbedarf

besteht, zeigt aktuell besonders der Bundes-Klinik-Atlas, die Materialisierung des neben der Cannabisfreigabe einzigen bisher in Kraft getretenen Gesetzes, dem Transparenzgesetz. Auch nach zweiter Revision ebbt die Kritik, vor allem auch von Seiten des BDI, nicht ab. Beim BKA ist sicherlich der zweite vor dem ersten Schritt gemacht worden, wie vielfach hervorgehoben wird.

Die Notfallreform unter Einschluss der Reform der Rettungsdienste begrüßen wir sicherlich, sofern keine Doppelstrukturen eingerichtet werden und die Primärzuordnung der Patienten nach einem evidenzbasierten System erfolgen kann.

Nach einer Titelzeile „Lauterbachs Herz-Gesetz schlägt nicht richtig“ bestätigt sich einmal mehr, dass die Bevölkerung für ein Vertrauen in ihre Versorgung auch die notwendigen Informationen benötigt, sonst funktioniert das ganze System der Primär- und Sekundärprävention nämlich einfach nicht und unkoordinierte Einzelentscheidungen sind wenig erfolgversprechend.

Mein „eigenes Herzthema“ darf ich abschließend ansprechen, nämlich die Nachwuchsgewinnung und -förderung sowie die Entwicklung einer adäquaten und auch umsetzbaren Weiterbildungsordnung, denn es kann nicht sein, dass letztere im KHVVG so gut wie gar nicht vorkommt. Auch hier der Appell an die Politik: Nutzen sie die Erfahrung von Expertinnen und Experten in den Selbstverwaltungsorganen und der klinischen Praxis.

Meine sehr verehrten Damen und Herren, wir befinden uns nicht nur in der letzten Sitzungswoche des Parlaments, sondern auch in der spannendsten Phase der Fußball-Europameisterschaften. Der Teamgedanke mit notwendigem Kampfgeist ist nicht nur im Sport, auch in der Nachspielzeit, von entscheidender Bedeutung, sondern auch in unserem Gesundheitswesen mit derzeit vielfältigen „Revolutionen“. Gehen wir also die Abwicklung derselben gemeinsam an.

In diesem Sinne wünsche ich Ihnen einen schönen Abend!

Meyer HJ: Festrede vom Parlamentarischen Abend des Hartmannbundes. *Passion Chirurgie*. 2024 Juli/August; 14(07/08): Artikel 05_03.



Politische Artikel rund um die Reformen und neuen Gesetze finden Sie auf BDC|Online unter der Rubrik Politik.



Notfälle
Emergencies

BDC und DGCH nehmen gemeinsam Stellung: Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung

Friederike Burgdorf, Peter Kalbe, Hans-Joachim Meyer, Thomas Schmitz-Rixen

Bundesgesundheitsminister Lauterbach spricht von einer Revolution, wenn es um die Krankenhausreform geht. Zweifelsohne haben die jüngsten Reformvorschläge das Potenzial, die deutsche Versorgungslandschaft radikal zu verändern. So äußerte auf dem diesjährigen Hauptstadtkongress Herr Prof. Dr. Christian Karagiannidis (Präsident der Deutschen Gesellschaft für Internistische Intensivmedizin und Notfallmedizin [DGIIN]) als Mitglied der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte

Krankenhausversorgung, man rechne mit einer Bettenreduktion von rund dreißig Prozent im Zuge der Krankenhausreform. Gleichzeitig proklamiert das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) auf seiner Website das Ziel einer besseren Behandlungsqualität bei weniger Bürokratie sowie dem Erhalt eines lückenlosen Netzes von Krankenhäusern in ganz Deutschland.

Wichtiger Motor für die komplexen Neuerungen ist – mit Blick auf den stationären



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



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

Bereich – die vergleichsweise hohe Krankenhaushäufigkeit in Deutschland in Verbindung mit besonderen Leistungshäufigkeiten in bestimmten (lukrativen) Teilbereichen. Die Leistungsinduktion resultiert im Wesentlichen aus dem DRG-System und entspricht damit dem damaligen politischen Willen bei Einführung der DRGs. Dabei wurde in Deutschland im internationalen Vergleich ein extremer Weg gewählt, indem das DRG-System nahezu zur alleinigen Einkommensquelle im Bereich der Betriebsmittel erhoben wurde. Damit unterliegt aktuell fast die gesamte Leistungserbringung an deutschen Krankenhäusern den Anreizen einer Fallzahlsteigerung. Weitere Treiber einer notwendigen Reform unserer medizinischen Versorgung sind der jetzt schon bestehende Personalmangel, der sich durch die Babyboomer noch verstärken wird, sowie ein immenser Investitionsstau, fehlender Inflationsausgleich und steigende Betriebs- und Personalkosten. Dem soll mit einer neuen Systematik mit Vorhaltepauschalen und vermehrter Verlagerung von Leistungen in den ambulanten Bereich begegnet werden.

Auch im Bereich der Notfälle besteht eine reformbedürftige Struktur, wie die hohe Inanspruchnahme von Rettungsdiensten und Notfallmedizin für banale Fälle beweist. Auch hier leistet sich Deutschland ein System des nahezu unbegrenzten Zugangs. Im niedergelassenen Bereich schließlich besteht freie Arztwahl, ebenfalls ohne durchgängige Steuerungsinstrumente. Bestehende Strukturen werden ungesteuert geflutet.

Während auf Ebene der Bundesländer und Kommunen in der Vergangenheit schlichtweg die rechtliche Handhabe wie auch der politische Wille fehlten, einschneidende strukturelle Veränderungen vorzunehmen, hat der Bundesgesundheitsminister nunmehr ein ganzes Bündel von Gesetzesvorhaben auf den Weg gebracht, die neben einer Verbesserung der Versorgungsqualität vor allem einen effizienteren Einsatz des immer knapper werdenden Fachpersonals zum Ziel hat. Dazu gehört auch der aktuelle Referentenentwurf des BMG vom Juni 2024 für eine Reform der Notfallversorgung. Dessen Ziel ist die sachgerechte Steuerung von Patienten in die jeweils

angemessene Versorgungsebene bei einer allgemeinen Reduktion ärztlicher Leistungen.

Dazu haben BDC und DGCH gemeinsam Stellung genommen:

Grundsätzlich wird das Ziel, eine Entlastung der Notaufnahmen der Krankenhäuser und des Rettungsdienstes zu erreichen, ausdrücklich unterstützt. Denn unbestritten sind effektive Rahmenbedingungen für die Notfallversorgung in Deutschland eine wichtige Voraussetzung dafür, Menschen eine optimale Behandlung in der für die Dringlichkeit des subjektiv stets unaufschiebbaren Gesundheitsproblems geeigneten Struktur zu bieten. Entsprechend stehen im Zentrum des vorliegenden Referentenentwurfs eine Vernetzung der Versorgungsbereiche sowie die Steuerung der hilfesuchenden Patientinnen und Patienten in die richtige Versorgungsebene, wenn möglich schon vor der Vorstellung in einem der sogenannten „Integrierten Notfallzentren“ (INZ). Dabei muss berücksichtigt werden, dass die personellen Ressourcen, auch im vertragsärztlichen Bereich, begrenzt sind und schon jetzt nicht ausreichen, um alle Wünsche einer ständig verfügbaren ärztlichen Versorgung über Notfälle hinaus zu gewährleisten.

Folgende Anpassungen der Gesetzesplanung haben BDC und DGCH schriftlich gegenüber dem BMG gefordert:

1. NOTRUF/ AKUTFALLVERMITTLUNG: KOOPERATION AKUTLEITSTELLE UND RETTUNGSLEITSTELLE

Die bisherigen Aufgaben der Terminservicestellen der Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) im Bereich der Akutfallvermittlung nehmen gemäß dem vorliegenden Referentenentwurf zukünftig sogenannte „Akutleitstellen“ der KVen wahr.

Die angestrebte bundesweit einheitliche Vernetzung mit den Rettungsleitstellen, die perspektivisch idealerweise zu einer integrierten Leitstelle („Gesundheitsleitsystem“) für alle Belange der Notfallversorgung führt, wird begrüßt. Denn durch eine

Burgdorf F, Meyer HJ, Kalbe P, Schmitz-Rixen T:
Entwurf eines Gesetzes zur Reform der
Notfallversorgung. *Passion Chirurgie*.
2024 Juli/August; 14(07/08): Artikel 05_04.



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



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

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



Prof. Dr. med. Thomas Schmitz-Rixen

Generalsekretär
Deutsche Gesellschaft für Chirurgie e.V.
(DGCH)
info@dgch.de

bedarfsgerechte Steuerung können sowohl die Notaufnahmen der Krankenhäuser als auch die Rettungsdienste entlastet werden. Gemäß vorliegendem Gesetzentwurf ist auf Antrag eines Trägers einer Rettungsleitstelle die zuständige KV zur Kooperation verpflichtet. Eine Umsetzung kann aber nur gelingen, wenn umgekehrt auch die Rettungsleitstellen gesetzlich zur Kooperation in einem solchen Gesundheitsleitsystem verpflichtet werden, das nur dann bundesweit flächendeckend installiert werden könnte. Daher muss vonseiten der Bundesländer eine solche gesetzliche Kooperationsverpflichtung für die Rettungsleitstellen auf den Weg gebracht werden. Dies sollte normativ unbedingt in der jeweiligen Landesgesetzgebung verankert werden.

2. INHALT UND UMFANG DER VERTRAGSÄRZTLICHEN SICHERSTELLUNG ZUR ENTLASTUNG DES NOTDIENSTES: TELEMEDIZINISCHE UND AUFSUCHEDE VERSORGUNG 24/7

Zur Sicherstellung einer medizinisch notwendigen Akutversorgung von Patientinnen und Patienten werden die Kassenärztlichen Vereinigungen verpflichtet, sich an den Integrierten Notfallzentren zu beteiligen sowie durchgängig (24/7) eine telemedizinische und eine aufsuchende Versorgung bereitzustellen.

BDC und DGCH lehnen eine Erweiterung des Sicherstellungsauftrags in Bezug auf die aufsuchende Versorgung 24/7 ab. Eine durchgängige aufsuchende Versorgung für Patientinnen und Patienten mit eingeschränkter Mobilität ist derzeit und mittelfristig – auch unter Zuhilfenahme telemedizinischer Maßnahmen und teilweiser Delegation auf nichtärztliches Personal – vor dem Hintergrund von Ärzte- und Fachkräftemangel nicht umsetzbar, auch wenn es Argumente gibt, die dafürsprechen. Zudem fordern die Verbände, die Beteiligung der Notdienstpraxen an den Integrierten Notfallzentren auf die bisherigen Zeitvorgaben des Notdienstes zu beschränken, es sei denn, das INZ trifft eine abweichende Vereinbarung. In vielen Bereichen haben sich bereits gut funktionierende sektorenverbindende

Notfallstrukturen etabliert, die ihre zeitliche Aufgabenverteilung dem regional unterschiedlichen Patientenaufkommen angepasst haben. Diese sollten unbedingt erhalten bleiben. Mit einem zusätzlichen aufsuchenden Notfalldienst zusätzlich zur jetzt schon vorhandenen Möglichkeit des dringlichen Hausbesuchs zu den üblichen Sprechstundenzeiten würde eine Doppelstruktur mit erheblichem Missbrauchspotenzial aufgebaut.

Kritisiert wurde zudem, dass auch in diesem Gesetzesentwurf wiederum Personalkalkulationen und Lösungsansätze zur Vermeidung der Sozialversicherungspflicht bei Einsatz von Poolärztinnen und -ärzten fehlen.

3. INTEGRIERTE NOTFALLZENTREN – ZENTRALE ERSTEINSCHÄTZUNGSSTELLE

Integrierte Notfallzentren (INZ) werden gemäß dem Gesetzesentwurf als sektorenübergreifende Notfallversorgungsstrukturen eingerichtet. Sie bestehen aus der Notaufnahme eines Krankenhauses, einer Notdienstpraxis der Kassenärztlichen Vereinigung im oder am Krankenhausstandort und einer gemeinsamen zentralen Ersteinschätzungsstelle (ZES). Zugelassene Krankenhäuser und Vertragsärzte arbeiten darin verbindlich zusammen mit dem Ziel einer bedarfsgerechten ambulanten Erstversorgung. Die fachliche Leitung und Verantwortung für die ZES obliegt dem Krankenhaus, sofern in einer Kooperationsvereinbarung nichts Abweichendes geregelt ist. Damit ist der Kritik der Krankenhäuser gegenüber dem ursprünglichen Eckpunktepapier der Notfallreform nachgekommen worden.

DGCH und BDC begrüßen dabei die Beauftragung des GB-A zur Entwicklung eines rechtssicheren Ersteinschätzungsinstrumentes für die INZ. Nur wenn dadurch eine rechtssichere Fallübergabe von der ZES an die Kooperationspraxen ohne Arztkontakt im INZ möglich wird, kann die knappe Ressource Arzt in den Notaufnahmen eingespart werden und eine echte Entlastung resultieren. Dazu gehört auch die verpflichtende digitale Fallübergabe in einem interoperablen Datenformat, nicht nur innerhalb des INZ, sondern mittelfristig

auch an die Kooperationspraxen über die Telematik-Infrastruktur.

4. KOOPERATIONSPRAXEN

Notdienstpraxen in den Integrierten Notfallzentren haben gemäß dem vorliegenden Entwurf während der Sprechstundenfreien Zeiten zeitlich begrenzt eine vertragsärztliche Notfallversorgung zu gewährleisten.

Die Kassenärztlichen Vereinigungen werden verpflichtet, darüber hinaus für die Versorgung von Akutfällen während der Sprechstundenzeiten (außerhalb der Öffnungszeiten der Notdienstpraxis), sogenannte „Kooperationspraxen“ einschließlich digitaler Fallübergabe einzubinden. Dies würde ermöglichen, Notfälle in die beteiligten Praxen einzusteuern, die gemäß der Ersteinschätzung keine Behandlung in den Krankenhausstrukturen benötigen. Dies wird aus der Sicht der Chirurgie befürwortet, zumal aus Häufigkeitsuntersuchungen bekannt ist, dass bis zu 50 Prozent der in den Krankenhausnotaufnahmen behandelten Fälle Unfallverletzte sind, von denen eine große Anzahl auch fachlich kompetent in chirurgischen Unfallpraxen versorgt werden könnten. Eine enge Kooperation zwischen dem Intersektoralen Notfallzentrum und einer chirurgischen Kooperationspraxis kann somit für leichtere Unfallverletzungen einen Arztkontakt im INZ ersparen und dadurch eine echte Entlastung der Krankenhausnotaufnahmen bewirken, ohne die Patientensicherheit zu gefährden. Zumindest die bundesweit 2.744 niedergelassenen Durchgangsarztinnen und -ärzte (Stand 2022) in ca. 2.000 Durchgangsarztpraxen stehen den Arbeitsunfallverletzten (nach SGB VII) ohnehin während der festgelegten unfallärztlichen Bereitschaftszeit zur Verfügung und könnten in diese Versorgung einbezogen werden.

Da diese Art der Akutversorgung mit zusätzlichem Aufwand und veränderten Prozessen in den Praxen verbunden ist, sehen BDC und DGKCH es für notwendig an, einen verbindlichen Auftrag an die Selbstverwaltung zu richten, diese Strukturen in Form einer Vorhaltepauschale und einer zusätzlichen fallbezogenen Vergütung zu fördern.

5. WEITERE KRITIKPUNKTE

Zur Anpassung an die Neuregelung der Erreichbarkeit ist ein Übergangszeitraum von sechs Monaten geplant. Diese Übergangsfrist soll es den Kassenärztlichen Vereinigungen ermöglichen, das für die vorgeschriebenen Erreichbarkeitszeiten gegebenenfalls erforderliche zusätzliche Personal zu rekrutieren. Dieser Zeitraum erscheint bei der jetzigen Situation auf dem Arbeitsmarkt und der zusätzlich notwendigen Ausbildung als extrem ambitioniert. Wir halten einen Übergangszeitraum von 12 Monaten für eine realistische Größe und damit für erforderlich.

Die Notfallversorgung ohne die präklinische Versorgung durch den Rettungsdienst bundesweit zu organisieren, halten wir aus medizinischer und logistischer Sicht für eine vertane Chance. Auch ließen sich hier durch Effektivitätssteigerungen gewaltige Ressourcen (das Gesamtvolumen der präklinischen Rettung beträgt in Deutschland mehr als 8,3 Milliarden €) umwidmen oder einsparen. Erweiterte Kompetenzen der Notfallsanitäter wären hier nur ein Aspekt.

Die Notfallmedizin differenziert im Erwachsenenalter selbstverständlich zwischen Chirurgie und Innerer Medizin. Im gleichen Maße ist Notfallmedizin im Kindes- und Jugendalter auch nicht ausschließlich Innere Medizin – also Pädiatrie –, da es sich auch im Kindes- und Jugendalter größtenteils um chirurgische Notfälle handelt. Die betroffenen Kinder und Jugendlichen haben einen Anspruch auf eine adäquate Behandlung. Dazu gibt es Fachärztinnen und -ärzte für Kinder- und Jugendchirurgie. Sofern im Referentenentwurf im Zusammenhang mit Kindern und/oder Jugendlichen eine Fachrichtung genannt wird, ist ausschließlich von der Pädiatrie respektive der Kinder- und Jugendmedizin die Rede. Die DGKCH weist mit Nachdruck darauf hin, dass Notfallzentren für Kinder und Jugendliche zur Gewährleistung einer adäquaten Versorgung nicht nur eine Fachärztin- bzw. einen -arzt für Kinder- und Jugendmedizin benötigen, sondern auch eine Fachärztin bzw. einen -arzt für Kinder- und Jugendchirurgie. Die DGKCH empfiehlt daher, den Referentenentwurf in diesem Sinne zu ergänzen und an den entsprechenden

Stellen von konservativer und operativer Kinder- und Jugendmedizin zu sprechen. Die DGKCH begrüßt ausdrücklich den vorgesehenen Aufbau von Integrierten Notfallzentren für Kinder und Jugendliche, weist aber darauf hin, dass die Einschränkung, wonach diese Zentren an geeigneten Standorten etabliert werden können, sich in der praktischen Umsetzung als äußerst problematisch erweisen könnte. Überdies begrüßt die DGKCH die Implementierung zeitgemäßer telemedizinischer Strukturen in der Notfallversorgung ausdrücklich.

Kritisiert wird auch, dass der Aufklärung der Patientinnen und Patienten durch entsprechende Informationskampagnen und eine Gesundheitserziehung im Gesetzentwurf nichts Konkretes gewidmet ist. Die Effizienz der Notfallversorgung hängt jedoch ganz wesentlich auch vom Umgang der Betroffenen mit dem System ab.

FAZIT

Grundsätzlich ist das Ziel einer verbesserten Patientensteuerung in die richtige Versorgungsebene zu begrüßen. Dies gilt insbesondere vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung und den damit einhergehenden Arzt- und Patientenzahlen sowie der sinkenden Arzt-Zeit, die bei gleicher Anzahl tätiger Kolleg:innen perspektivisch noch zur Verfügung stehen wird. Allerdings nur insoweit, als dass echte Qualitätsverbesserungen resultieren und die Gesetze nicht als reine Einsparinstrumente genutzt werden und daraus eine Wartelistenmedizin und eine Unterversorgung der Bevölkerung resultieren.

In Bezug auf das Gesetz zur Reform der Notfallversorgung fehlen z. B. Regelungen zur auskömmlichen Finanzierung der Behandlung in den Kooperationspraxen sowie in den neu einzurichtenden INZ. Insbesondere hinsichtlich der Krankenhausreform fehlen sachgerechte Wirkungsanalysen und die vorgegebenen Zeitpläne sind unrealistisch. Dies führt dann immer wieder – trotz bester Absichten – zu zweifelhaften Ergebnissen, wie wir es jüngst bei der Einführung der Hybrid-DRG oder der Veröffentlichung des Bundes-Klinik-Atlas (BKA) erfahren mussten. ○



Gesundheitsminister Lauterbach und die GOÄ-Novelle

Olivia Päßler, Peter Kalbe

Den neuesten Versuch, die Novelle der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) voranzubringen, startete am 128. Deutschen Ärztetag BÄK-Präsident Klaus Reinhardt. In seiner Eröffnungsrede im Mai in Mainz appellierte er erneut an Bundesgesundheitsminister Professor Karl Lauterbach, die GOÄ endlich anzugehen: „Geben Sie heute, hier und jetzt, das Startsignal für die Novelle der GOÄ, dann sind wir an Ihrer Seite“, so Reinhardt.

Reinhardt griff eine Aussage von Professor Jürgen Wasem auf, der als Sachverständiger im April in einer Anhörung im Gesundheitsausschuss des Bundestages gesprochen hatte

und forderte: „Sie können und müssen dieses Staatsversagen beenden.“ Es sei mehr als nur ein bisschen schräg, dass der Verordnungsgeber seine Arbeit nicht erledige.

Unterdes arbeiten die Bundesärztekammer (BÄK) und der Verband der Privaten Krankenversicherung (PKV) weiter intensiv an der Finalisierung der neuen Gebührenordnung für Ärzte. BÄK und PKV hätten gemeinsam ein modernes Leistungsverzeichnis erarbeitet. Dieses Verzeichnis bilde den medizinischen Fortschritt ab und beende das Missverhältnis zwischen zuwendungsorientierter und technischer Medizin, das sich über die Jahre



Olivia Päßler

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

entwickelt habe, so Reinhardt. Auch „bei den Bewertungen und dem finanziellen Gesamt-rahmen“ habe man „den Weg zu einer Einigung gefunden“. Noch vor der Sommerpause soll das Werk ausverhandelt und zur Unterschrift fertig sein.

Die öffentliche Anhörung im Gesundheitsausschuss des Bundestages im April zum Thema hätte man sich allerdings sparen

können, meint der Ärztenachrichtendienst. Die Debatte sei in alte Diskussionen zur Einheitsgebührenordnung abgedriftet.

Auch beim Deutschen Ärztetag gab Gesundheitsminister Lauterbach im Rahmen seiner Rede nicht das Startsignal zur GOÄ-Novellierung. Lediglich eine wohlwollende Prüfung stellte er – wieder einmal – in Aussicht. ○

KOMMENTAR

Schaulaufen zur GOÄ vor dem Gesundheitsausschuss – Staatsversagen und keinen kümmert es...

Kaum jemand wird bezweifeln, dass eine Reform der GOÄ dringend erforderlich ist. Das aktuelle Gebührenverzeichnis datiert aus dem Jahr 1982 und wurde seitdem nur marginal angepasst. Die letzten Gebührenerhöhungen erfolgten zwischen 1982 und 1996. Bekanntermaßen hat daher die Bundesärztekammer unter intensiver Mithilfe der Berufsverbände und wissenschaftlichen Fachgesellschaften eine „Reform-GOÄ“ entwickelt, deren Legendierungen längst zwischen der Ärzteschaft und dem Verband der privaten Krankenversicherungen konsentiert sind. Bis auf Ausnahmen besteht auch Einvernehmen über die Gebührenhöhe. Es ist skurril, wie sich der zuständige Gesundheitsminister Karl Lauterbach um seine Aufgabe herumwindet, dieses Werk per Rechtsverordnung der Bundesregierung in Kraft zu setzen. Ein beim Neujahrsempfang der Deutschen Ärzteschaft 2023 an ihn übergebener USB-Stick mit dem kompletten Gebührenverzeichnis ging auf mysteriöse Weise verloren. Aber auch das Nachhaken beim Empfang im Jahr 2024 und der dezente Hinweis auf Umgehungsstrategien der Ärzteschaft mit erhöhten Steigerungssätzen und Abdingungen konnte den Minister nicht motivieren, den berechtigten Forderungen nach einer Modernisierung der völlig veralteten GOÄ nachzukommen. Dies mag aus der grundsätzlichen politischen Sicht der Minister-Partei erklärlich sein, denn im Hintergrund schlummert hier immer noch die Idee der Abschaffung der PKV und der Einführung einer einheitlichen Bürgerversicherung. Doch selbst dafür wäre eine moderne Gebührenordnung unerlässlich.

Auch für Experten überraschend kam nunmehr am 24.04.2024 eine einstündige Anhörung zur GOÄ auf die Tagesordnung des Gesundheitsausschusses des Bundestages. Veranlasst von der größten Oppositionspartei, die es aber in den Jahren ihrer Regierungsbeteiligung auch nicht geschafft hatte, die Reform-GOÄ umzusetzen. Der Präsident der Bundesärztekammer Dr. Reinhardt argumentierte im Ausschuss sehr geschickt und hob vor allem auf die Verunsicherung der betroffenen Patienten ab, die aufgrund des Fehlens moderner Leistungslegenden im Gebührenverzeichnis immer häufiger mit schwer nachvollziehbaren Analog-Beschreibungen konfrontiert würden. Der allseits als Sachverständiger geschätzte Gesundheitsökonom Professor Wasem bezeichnete die jetzt gültige Uralt-GOÄ als „in sich schräg“ und die verschleppte Umsetzung der vorliegenden Reform-GOÄ durch die Bundesregierung als „Staatsversagen“. Trotzdem konnte man sich des Eindrucks nicht erwehren, dass die jeweils dreiminütigen Statements der bekannten Player im

Päßler O, Kalbe P: Gesundheitsminister Lauterbach und die GOÄ-Novelle. *Passion Chirurgie*. 2024 Juli/August; 14(07/08): Artikel 05_05.



Mehr zur Vergütung in der Chirurgie finden Sie auf BDC|Online unter der Rubrik Wissen | Vergütung.

Gesundheitswesen einschließlich des PKV-Verbands mehr oder weniger ein Schaulaufen waren. Immer wieder driftete die Diskussion in grundsätzliche Statements zur Krankenversicherung ab. Die Mitglieder des Gesundheitsausschusses nahmen alles kommentarlos zur Kenntnis, auch den Vorwurf des Staatsversagens.

Nur wer noch an den Weihnachtsmann glaubt, wird eine Rechtsverordnung des BMG zur Reform der GOÄ noch in dieser Legislaturperiode erwarten. Das stellt unsere Frustrationstoleranz als beteiligten Berufsverband auf eine harte Probe. Seit 2016 war auch der BDC intensiv in die Überarbeitung und Relativbewertung der chirurgischen Leistungen einbezogen. Das ist jetzt auch schon wieder mehr als 8 Jahre her und im Grunde müsste man schon wieder von vorne beginnen und neue chirurgische Leistungen, z. B. die robotisch assistierte Chirurgie, einpflegen. Und auch die betriebswirtschaftlich basierten Preise für die Leistungen müssten im Hinblick auf eine Inflation von mindestens 25 % seit der Kalkulation nach oben angepasst werden. Ihre BDC-Interessenvertreter zeichnen sich aber durch eine ungewöhnliche Resilienz im politischen Geschäft aus, sodass wir trotzdem am Ball bleiben werden. Gemeinsam mit der Bundesärztekammer und der DGCH werden wir weiter dafür kämpfen, dass mit der Umsetzung des vorliegenden GOÄ-Reformwerks zumindest der erste Schritt getan wird.

Kommentar von Peter Kalbe,
BDC-Vizepräsident



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





SEHR PERSÖNLICH NACHGEFRAGT BEI TINA HISTING

Was ist das Schönste an Ihrem Beruf?

Die Vielfältigkeit und das Gestalten-Können. Medizin in allen Facetten, operieren, Studierende, Forschung, wirtschaftliche Themen ... Interprofessionalität. Trotz der aktuellen Herausforderungen ist es der schönste Beruf, den man sich vorstellen kann.

Welche Forschungsrichtung inspiriert Sie?

Grundlagenforschung: vor allem In-vivo-Untersuchungen zur Frakturheilung.

Welchen klinischen Schwerpunkt haben Sie?

Allgemeine Traumatologie mit Becken- und Acetabulumchirurgie, Behandlung der Pseudarthrose, Alterstraumatologie.

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

Robotic-assisted plate osteosynthesis of the anterior pelvic ring and acetabulum: an anatomical feasibility study. Küper MA, Trulson A, Johannink J, Hirt B, Leis A, Hoßfeld M, Histing T, Herath SC, Amend B. J Robot Surg. 2022 Dec;16(6):1401-1407.

Die Etablierung der robotischen, also minimalinvasiven Chirurgie in der Becken- und Acetabulumchirurgie erachte ich als einen wichtigen Schritt in der Versorgung der Patienten. Allerdings braucht es noch einige gute Ideen und Innovationen z. B. bzgl. der Repositionstechniken und der Instrumente ... Jeder Anfang ist schwer.

Welches Buch liegt auf Ihrem Nachttisch?

Die Kinderbücher meines Sohnes (6 Jahre). Wir lesen gemeinsam vor dem Schlafengehen. Ansonsten bevorzuge ich das iPad. Ich nehme mir leider privat kaum noch Zeit zum Lesen.

Mit welchem Song wachen Sie in der Früh am liebsten auf?

Spanische Musik z. B. Gipsy Kings.

Was war für Ihr berufliches Fortkommen besonders hilfreich?

Hohe Frustrationstoleranz, Ehrgeiz, Durchhaltevermögen und ein gutes Team beruflich wie privat, Vorbilder.

Was war Ihre größte Inspiration?

Beruflich: meine Forschungsrotation mit neuen Blickwinkeln, interessante Themen, Forschungsreisen. Das war der Trigger für den Wunsch, ein Ordinariat zu erhalten.

Welches Forschungsthema bearbeiten Sie? Wie lautet(e) Ihr Habilitationsthema?

Verschiedene Themen zur Frakturheilung.

Habilitation: **Frakturheilung im Mausmodell: Evaluation verschiedener Osteosynthesetechniken und neuer pleiotroper Behandlung** (Klinik für Unfall-, Hand- und Wiederherstellungschirurgie, Universitätsklinikum des Saarlandes, Homburg/Saar, Prof. Dr. T. Pohlemann).

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

Zur Beurteilung der Stabilität und Therapieentscheidung nutzen wir Techniken zur Simulation der Frakturheilung.

Welche persönlichen Visionen möchten Sie gerne umsetzen?

- Bessere Vernetzung der medizinischen Berufe: Wir müssen wieder zusammenwachsen und gemeinsam die Patienten behandeln.
- Ausbau der Kooperationen am Standort Tübingen.
- Etablierung von Big data und KI in der Unfallchirurgie

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

Das Vergütungssystem der Krankenhausleistungen.

Wann platzt Ihnen der Kragen?

Wenn jemand nicht ehrlich ist und eine Ausrede sucht, anstatt einfach den Fehler zuzugeben. Fehler passieren... Für Faulheit und Unzuverlässigkeit habe ich kein Verständnis.

Welche Hoffnung haben Sie aufgegeben?

Das Wort aufgeben verwende ich eigentlich nicht. Ich bin der Meinung, dass es immer eine Lösung gibt.

Wie gehen Sie mit Frustrationen um?

Ein Glas Wein am Abend, einmal schlafen und wieder weitermachen ...

Ihr wichtigstes Hobby?

Tennis.

Wo werden Sie schwach?

Ein gutes Essen und Zeit am Meer. Am liebsten an der Küste Spaniens.

Was bringt Sie zum Lachen?

Vieles. Ich habe oft gute Laune. Bei schlechter Laune hilft mir mein Team oder mein Sohn.

Was gehört für Sie zu einem gelungenen Tag?

Freizeit: Sonne, Tennis, ein gutes Essen und Zeit mit der Familie.

Beruflich: Erfolgreicher Abschluss eines Projekts, eine erfolgreiche anspruchsvolle Operation.

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

Ich bevorzuge die direkte Kommunikation.

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

Herausforderungen annehmen, Entscheidungsfreiheit, gemeinsame Diskussionen zu verschiedenen Themen, Zeit investieren.

Muss eine Chirurgin/ein Chirurg Optimismus ausstrahlen?

Auf jeden Fall.

Prof. Dr. med. Tina Histing

Unfallchirurgin

Ärztliche Direktorin der BG Klinik Tübingen

Direktorin der Unfallchirurgie der BG Klinik Tübingen

Erste weibliche Lehrstuhlinhaberin für das Fach Unfallchirurgie in Deutschland (seit 2020), Universität Tübingen

1 Sohn (6 Jahre), spielt gerne Tennis, engagiert sich gerne für Studierende (Studierendenbeauftragte der AO Trauma Deutschland)

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



Bericht zum Organspendelauf 2024 in Leipzig

Mehr als 2.000 Menschen nahmen am Organspendelauf der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH) teil. Sie waren dabei nicht nur beim Präsenzlaf am 23. April 2024 in Leipzig, sondern während der Kongresswoche des Deutschen Chirurgenkongresses auch beim virtuellen Lauf im gesamten deutschsprachigen Raum und weltweit in 14 Ländern, u. a. in USA, Mexico, Singapur, Indien und Saudi-Arabien unterwegs. Die Teilnehmenden konnten durch ihre aktive Beteiligung auf individuell gewählten Strecken von 2,5, 5 oder 10 Kilometer auf das Thema Organspende aufmerksam machen. Knapp 200 Sportlerinnen und Sportler wurden mit dem Startschuss der DGCH-Präsidentin, Frau Prof. Dr. Christiane Bruns, auf die Strecke geschickt.

Zahlreiche prominente Unterstützer aus der Sportwelt und auch transplantierte Sportlerinnen und Sportler waren auf und neben der Strecke mit dabei. Darunter die Olympiasieger von 1972 im Marathon und Speerwurf, Waldemar Cierpinski und Klaus Wolfermann, die früheren DDR-Weltklassem sprinterinnen Renate Stecher und Marlies Göhr, der Weltklassem schwimmer Stev Theloke sowie Judo-Weltmeister Florian Wanner.

Prominente Unterstützung kam auch von der Politik. Prof. Dr. Karl Lauterbach, Bundesminister für Gesundheit, warb im Vorfeld der Veranstaltung per Videobotschaft in den sozialen Medien für die Teilnahme am Lauf. Cem Özdemir, Bundesminister für Ernährung und Landwirtschaft, nahm aktiv am virtuellen Lauf teil.



Prof. Dr. med. Matthias Anthuber
Direktor des Transplantationszentrums
am Universitätsklinikum Augsburg
Beauftragter der DGCH für den
Organspendelauf
Matthias.anthuber@uk-augsburg.de

und teilte folgendes Statement: „Über 9.000 Menschen warten in Deutschland derzeit auf ein Spenderorgan. Um darauf aufmerksam zu machen und für die Entscheidung zur Organspende zu werben, bin ich gern beim Organspendelauf mitgelaufen!“

Beim virtuellen Lauf konnten die Teilnehmerinnen und Teilnehmer zwischen 23. und 28. April zu einem selbst gewählten Zeitpunkt individuell oder in der Gruppe auf die Strecke gehen. Über die Lauf-App wurden sie mit Startschuss, musikalischer Untermalung und Soundeffekten auf der Strecke begleitet und schließlich mit über die App eingespieltem Applaus beim Zieleinlauf empfangen.

Prof. Dr. Matthias Anthuber, Direktor des Transplantationszentrums am Universitätsklinikum Augsburg und Beauftragter der DGCH für den Organspendelauf, zeigte sich nach Abschluss des Laufs beeindruckt von der breiten Beteiligung und der großen Aufmerksamkeit, die in Presse, Rundfunk, Fernsehen und den sozialen Medien erzielt werden konnte. Er dankte ausdrücklich allen Teilnehmenden, Sponsoren und prominenten Unterstützern für deren Unterstützung. Er betonte jedoch, dass noch viel Arbeit zu leisten ist, bis Deutschland bei den Organspendezahlen die hinteren Plätze in Europa verlassen kann: „Initiativen wie der jährlich stattfindende DGCH Organspendelauf sind hilfreich, um das Thema Organspende immer wieder in das Bewusstsein der Menschen zu rücken und Informationslücken in der Bevölkerung zu schließen. Wir brauchen vor allem aber auch die politische Unterstützung, um in unserem Land Organspendebedingungen zu schaffen, wie sie in den meisten europäischen Nachbarländern erfolgreich etabliert sind. Dazu gehören die Einführung der Widerspruchsregelung, die

Erlaubnis zur Überkreuz-Lebendspende bei der Nierentransplantation und die Organspende nach Herztod“, so Prof. Dr. Anthuber.

Insgesamt wurde durch die Initiative des DGCH Organspendelaufs in den letzten 12 Monaten in den sozialen Medien eine Reichweite von über 48.000 Impressionen auf Facebook sowie 148.000 Impressionen auf Instagram erzielt. Auf der Veranstaltungswebsite des DGCH Organspendelaufs konnten über 107.000 Seitenansichten bei einer durchschnittlichen Aufenthaltsdauer von 2.25 Minuten verzeichnet werden.

Erreicht wurden diese Zahlen unter anderem auch durch die von den Organisatoren ins Leben gerufene Social Media Aktion RUN4LIVES: Teilnehmende und Unterstützer waren dabei aufgerufen, unter dem gleichnamigen Hashtag „#run4lives“ Fotos und Statements von ihrem Lauf und ihrem Engagement für die Organspende in den sozialen Medien zu posten.

Neben dem wichtigen Ziel der Öffentlichkeitsarbeit unterstützt der DGCH Organspendelauf gemeinsam mit allen Teilnehmenden auch soziale Organisationen, die sich gemeinnützig in der Organspende und -transplantation engagieren. 5 € der Startgebühr des virtuellen Laufs und 10 € der Startgebühr des Präsenzlaufs sowie darüber hinaus gehende freiwillige Spenden werden wie schon in den letzten Jahren ausgewählten Organisationen für deren wertvolle Arbeit zur Verfügung gestellt.

Geplant ist, auch im nächsten Jahr den DGCH Organspendelauf am Kongressort in München in Präsenz und weltweit virtuell über die Lauf-App durchzuführen.



Abb. 1: Prof. M. Anthuber (li) und Prof. C. Bruns (re.)

Ausschreibung Preise und Stipendien 2025

Die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie vergibt im Jahr 2025 die nachfolgend aufgeführten Preise und Stipendien. Die Vergabe erfolgt, wenn nicht anders angegeben, zur Förderung chirurgischer Forschung und/oder einer klinischen Weiterbildung von Ärztinnen und Ärzten, die (noch) keine Leitungsfunktion innehaben.

Bewerbungen werden spätestens bis zum 30.11.2024 angenommen.

Einsendungen bitte barrierefrei als PDF an die

Deutsche Gesellschaft für Chirurgie

Generalsekretär

Herrn Prof. Dr. med. Thomas Schmitz-Rixen

Luisenstraße 58/59 / 10117 Berlin

info@dgch.de

PREISE

NACHWUCHSFÖRDERPREIS DER SEKTION CHIRURGISCHE FORSCHUNG

Der Nachwuchsförderpreis der Sektion Chirurgische Forschung soll der Förderung des wissenschaftlichen Nachwuchses in der akademischen Chirurgie dienen. Der Preis wird der besten einschlägigen Originalarbeit aus dem Bereich der chirurgischen Forschung, die im laufenden Jahr in einem peer reviewed Journal publiziert wurde, zuerkannt.

Dotierung: € 1.000

VON-LANGENBECK-PREIS

Auszeichnung für besondere wissenschaftliche Leistungen auf dem Gebiet der Chirurgie. In der Regel ist dies eine Originalarbeit, die im laufenden Jahr in einem peer reviewed Journal publiziert wurde. Bevorzugt werden Arbeiten, die in einer Reihe weiterer thematisch verbundenen Arbeiten stehen. Bewerben können sich Oberärzte und Assistenten.

Dotierung: € 10.000

RUDOLF-ZENKER-PREIS, GESTIFTET VON BRAUN MELSUNGEN AG

Vergabe an Persönlichkeiten/Personengruppen, die sich in der Vergangenheit um die Weiterentwicklung der klinischen Chirurgie besonders verdient gemacht hat und damit einen Beitrag zu einer wesentlichen Verbesserung der Krankenbehandlung auf dem Gebiet der Chirurgie geleistet haben.

Dotierung: € 6.000

KARL-HEINRICH-BAUER-PREIS

Der Preis soll der Förderung wissenschaftlicher chirurgischer Arbeiten in der chirurgischen Onkologie dienen. Er wird alle drei Jahre verliehen. Der Preis wird der besten eingereichten Arbeit aus dem Bereich der chirurgischen, experimentellen, pathomorphologischen, klinischen und statistischen Tumorforschung, die im laufenden Jahr in einem peer reviewed Journal publiziert wurde, zuerkannt.

Dotierung: € 4.000.

FELICIEN-STEICHEN-PREIS, GESTIFTET VON MEDTRONIC GMBH

Vergabe für besondere Leistungen auf dem Gebiet der viszeralchirurgischen Operationstechniken. In der Regel ist dies eine Originalarbeit, die im laufenden Jahr in einem peer reviewed Journal publiziert wurde.

Dotierung: € 5.000

KARL-STORZ-PREIS, GESTIFTET VON DER KARL STORZ STIFTUNG

Vergabe für besondere Verdienste und Leistungen auf dem Gebiet der minimal-invasiven Chirurgie. Auch hier werden Originalarbeiten, die im laufenden Jahr in einem peer reviewed Journal publiziert wurden, bevorzugt.

Dotierung: € 4.000

WOLFGANG-MÜLLER-OSTEN-PREIS

Zur Förderung wissenschaftlicher Arbeiten, die sich insbesondere mit der Geschichte der Chirurgie, der Erhaltung von Substanz

und Einheit der Chirurgie, der Zukunftsentwicklung der Chirurgie sowie der Qualitätssicherung der chirurgischen Tätigkeit in Krankenhaus und Praxis und den wissenschaftlichen und ethischen Grundlagen des ärztlichen, insbesondere des chirurgischen Berufes befassen. In der Regel ist dies eine Originalarbeit, die im laufenden Jahr in einem peer reviewed Journal publiziert wurde.

Dotierung: € 5.000

LEONARD SCHWEIBERER MEDAILLE

Mit der Leonard Schweiberer Medaille soll ein Chirurg (m/w/d) oder eine der Chirurgie nahestehende Persönlichkeit oder eine Organisation geehrt werden, die sich um die Fortentwicklung der Chirurgie in einem Entwicklungsland (LMIC) verdient gemacht hat. Der Preis wird jährlich ausgeschrieben.

E.-UNGEHEUER-PREIS, GESTIFTET VON DER AESCULAP AKADEMIE

Verleihung für Neuaufnahmen von besonderem wissenschaftlichem und didaktischem Wert in die Mediathek der DGCH.

Dotierung: € 3.000

FRITZ-LINDER-PREIS

Wird an den Erstautor des besten Vortrages der Fritz-Linder-Preisträger-Sitzung im DCK 2025 zur chirurgischen Forschung vergeben. Die Vorträge der Fritz-Linder-Preisträger-Sitzung werden an die besten Abstract-Einreichungen der Chirurgischen Forschung vergeben.

Dotierung: € 2.500

FILMPREIS

Der Preis wird verliehen für Filme bzw. Videos über die Chirurgie und ihre Teilgebiete, die neue wissenschaftliche oder operationstechnische Kenntnisse vermitteln sowie als Lehr- oder Unterrichtsfilm angemeldet werden.

Dotierung: € 1.500

BEST OF RAPID COMMUNICATION (EHEMALIGER POSTERPREIS)

Aus allen akzeptierten Rapid Communications wird der beste wissenschaftliche und didaktische Beitrag ausgezeichnet. Gegenstand soll die Darstellung der neuesten Ergebnisse aus der klinischen und experimentellen Chirurgie sein. In der Regel sollte dies eine Arbeit sein, die das Potential hat, als Originalarbeit, in einem peer reviewed Journal publiziert zu werden.

Dotierung: € 1.500

STIPENDIEN

Bei allen Stipendien ist ein Abschlussbericht spätestens ein Jahr nach Ende der Reise an den Generalsekretär abzuliefern.

STIPENDIUM ALS FORTBILDUNGSHILFE

Beihilfe zu einer Forschungsreise zwecks Fortbildung in der Chirurgie (auch einem Spezialgebiet der Chirurgie) Eine entsprechende Reiseplanung und das zustimmende Votum des Einrichtungsleiters wird erwartet.

Dotierung: € 5.000

REISESTIPENDIUM ZUM JAHRESKONGRESS DES AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS (ACS)

In Abstimmung mit dem American College of Surgeons (ACS) wird die aktive Teilnahme

am Jahreskongress des ACS mit anschließender Hospitation in relevanten Zentren unterstützt. Eine entsprechende Reiseplanung und das zustimmende Votum des Einrichtungsleiters wird erwartet.

Dotierung: € 5.000

REISESTIPENDIUM DER KLAUS-JUNGHANNS-STIFTUNG

Die nach unserem früheren Schatzmeister benannte Klaus-Junghanns-Stiftung verleiht ein Reisestipendium, bevorzugt an einen Krankenhauschirurgen/in. Voraussetzung ist eine abgeschlossene Weiterbildung in einem chirurgischen Fach. Eine entsprechende Reiseplanung und das zustimmende Votum des Einrichtungsleiters wird erwartet.

Dotierung: € 5.000

INTERNATIONALES GASTSTIPENDIUM DER DGCH

Wird verliehen an junge Chirurginnen und Chirurgen, die ihre Weiterbildung zum Facharzt für Chirurgie (oder entsprechende Qualifikation) in ihrem Heimatland absolviert haben und anschließend zur Ausübung ihres Berufes dorthin zurückkehren. Eine entsprechende Reiseplanung und das zustimmende Votum des Einrichtungsleiters in der Heimat und der aufnehmenden Einrichtung wird erwartet.

Dotierung: € 5.000

REISESTIPENDIUM ZUM JAPANISCHEN CHIRURGENKONGRESS

In Abstimmung mit der Japanischen Gesellschaft für Chirurgie wird die aktive Teilnahme am Japanischen Chirurgenkongress mit anschließender Hospitation in japanischen Zentren unterstützt. Eine entsprechende Reiseplanung und das zustimmende Votum des Einrichtungsleiters sowie der Hospitation stiftenden Institution wird erwartet.

Dotierung: € 5.000

Die Bestimmungen für die Verleihung der Preise und die Vergabe von Stipendien finden Sie im Internet unter

www.dgch.de

Sie können auch in der Geschäftsstelle (030/28876290) angefordert werden.

Nachruf auf Prof. Dr. med. Erhard Kiffner



in memoriam
Prof. Dr. med.
Erhard Kiffner
(*19.01.1948 † 25.04.2024)

In tiefer Trauer und Anteilnahme, aber auch mit großer Dankbarkeit nehmen wir Abschied von Herrn Prof. Dr. Erhard Kiffner. Professor Kiffner wurde am 19.01.1948 in Wertheim als Sohn eines Chirurgen geboren. Nach Absolvierung der schulischen Laufbahn mit Abitur in Wertheim studierte er von 1966–1969 zunächst an der Universität Erlangen und von 1969–1972 zusammen mit Ulrich Theodor Hopt an der Universität München Humanmedizin. Mit seinem Kommilitonen, dem späteren Ordinarius für Chirurgie in Rostock und Freiburg, verband ihn zeitlebens eine besondere Freundschaft. Er legte sein Staatsexamen und seine Promotion mit Summa cum laude bei Prof. Brendel 1972 ab. Von 1972 bis 1973 war er Medizinalassistent an der Chirurgischen Universitätsklinik München bei Prof. Zenker. Seine Facharztausbildung begann er 1973 zunächst am Innenstadt-Klinikum Großhadern in München unter Prof. Dr. Heberer, wechselte dann später an die Chirurgische Universitätsklinik Lübeck unter der Leitung von Prof. Dr. Schildberg, wo er 1980 seine Facharztbezeichnung für Chirurgie, 1984 die Zusatzbezeichnung Gefäßchirurgie, 1987 die Facharztbezeichnung für Unfallchirurgie und 1997 die Facharztbezeichnung Viszeralchirurgie erhielt.

Professor Kiffner wurde 1981 zum Oberarzt und 1990 zum kommissarischen Leiter der Chirurgischen Universitätsklinik Lübeck ernannt. Er hat sich 1986 habilitiert und 1989 eine C3-Professur für Chirurgie erhalten. Er wurde 1991 außerplanmäßiger Professor für Chirurgie und wechselte im selben Jahr als neuer Direktor der Chirurgischen Klinik der St. Vincentius-Kliniken Karlsruhe nach Baden.

Professor Kiffner war über Jahrzehnte den St. Vincentius-Kliniken in vielfältiger Weise

verbunden. So war er von 1991 bis 2013 Direktor der Chirurgischen Klinik und Leiter der Allgemein-, Viszeral- und Gefäßchirurgie. 1996–1998 war er zunächst stellvertretender Ärztlicher Direktor und von 1998–2000 Ärztlicher Direktor der St. Vincentius-Kliniken. Professor Kiffner hat während seiner Tätigkeit als Leiter der Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Gefäßchirurgie frühzeitig den Nutzen und die Chancen der minimalinvasiven Operationen erkannt und seine Klinik in diesem Sinne fachlich weiterentwickelt und ausgebaut. So hat er bereits in den 1990er-Jahren für die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie Operationskurse für laparoskopische Leisten- und Gallenblasenoperationen angeboten und durchgeführt.

Er war ein exzellenter Chirurg, dessen fachliche Kompetenz weit über Karlsruhe hinaus bekannt und anerkannt war. Neben der minimalinvasiven Chirurgie hat er die endokrine Chirurgie an den St. Vincentius-Kliniken ausgebaut und befördert. Darüber hinaus hat er die Klinik 2011 als Darmkrebszentrum zertifizieren lassen.

Professor Kiffner war ein Chirurg alter Schule, umfassend ausgebildet und in hohem Maße dem Wohl seiner Patienten verpflichtet. Dennoch war sein Führungsstil gegenüber seinen Mitarbeitern für die damalige Zeit wenig autoritär. Er war durchsetzungsstark, innovativ, kollegial und gerecht. Herausragend war auch sein phänomenales Gedächtnis für Patienten und Krankengeschichten. Er war bei seinen Kollegen und Mitarbeitern in besonderer Weise anerkannt und beliebt.

Seinem Nachfolger Prof. Drogitz hat er 2013 eine exzellent geführte und gut aufgestellte Klinik übergeben. Er ist ihm auch nach seinem

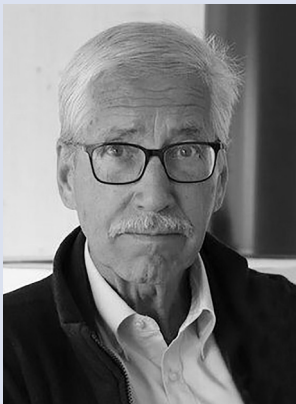
Ausscheiden als Direktor der Chirurgischen Klinik immer mit freundschaftlichem Rat zur Seite gestanden. Professor Kiffner hat durch sein Engagement und seine Persönlichkeit die St. Vincentius-Kliniken Karlsruhe nachhaltig geprägt. Die Mitarbeiter der Chirurgischen Klinik sind ihm zu großem Dank verpflichtet und werden ihm stets ein ehrenvolles Andenken bewahren.

Unsere Anteilnahme gilt seiner Familie.

Prof. Dr. O. Drognitz
Direktor der Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Gefäßchirurgie
ViDia Christliche Kliniken Karlsruhe

Prof. Dr. Dr. h.c. U.T. Hopt
Ärztlicher Direktor a.D., Allgemein- und Viszeralchirurgie, Universitätsklinikum
Freiburg
Vizepräsident

Nachruf auf Prof. Dr. med. Dr. h.c. Klaus-Peter Thon



in memoriam
Prof. Dr. med. Dr. h.c.
Klaus-Peter Thon
(*20.11.1944 † 23.02.2024)

Die Nachricht vom Tod von Herrn Prof. Dr. med. Dr. h.c. Klaus-Peter Thon am 23. Februar hat uns, seine Schüler, Wegbegleiter und Freunde, tief betroffen gemacht.

Wir betrauern einen brillanten Chirurgen, akademischen Lehrer, strategischen Organisator und gründlichen Wissenschaftler, auch einen außergewöhnlichen Menschen. Sein Leben und Werk waren in jedem Augenblick von tiefem menschlichem Verständnis, wissenschaftlicher Neugier und einem unermüdlichen Einsatz für die Medizin geprägt, dabei immer beseelt von einer großen Offenheit Neuem gegenüber und einer tiefen, immer an der Sache interessierten Bescheidenheit.

Als Chefarzt der Chirurgie und ärztlicher Direktor mit großem Weitblick suchte er den gemeinsamen Austausch mit der Verwaltung, er lenkte als Ärztlicher Direktor die Geschicke des renommierten Robert-Bosch-Krankenhauses zusammen mit der Geschäftsführung – etwas, was wir heute mehr denn je brauchen: den gemeinsamen Tisch, die Aufmerksamkeit dem Gegenüber, die Sache in den Mittelpunkt rückend. Trägt man nicht nur ärztliche, sondern auch wirtschaftliche

Verantwortung, scheint dies als Spagat. Professor Thon nahm diese Hürde mit Leichtigkeit, immer klar, immer überzeugend, sodass die „Kraft der Gemeinschaft“ wirkmächtig wurde.

Er brachte die Entwicklung des Robert-Bosch-Krankenhauses mit Ausbau des Versorgungsspektrums, Integration der Standorte und umfangreichen baulichen Weiterentwicklungen wesentlich voran. Er war als Gründungs- und Vorstandsmitglied im Verein der Freunde und Förderer des Robert-Bosch-Krankenhauses e.V.

Er holte ins Boot, erzeugte damit große Kraft, große Beständigkeit und Leistungsfähigkeit all derer, die mit ihm arbeiten durften. Die Abteilung für Chirurgie bekam durch ihn große Strahlkraft: Professor Thon war der Chirurg, in dessen Hände man sich begab. Und in dessen Abteilung die Verantwortung für jeden einzelnen Patienten mit dessen individuellen persönlichen und medizinischen Belangen hochgehalten wurde, jenseits von formalisierten Standardleitlinien, die wohl-gemerkt natürlich als Basisorientierung beachtet wurden, aber eben nicht neueren

und besseren Erkenntnissen im Wege stehen durften. Mut und Demut prägte die Schule von Professor Thon und leitet seine Schüler auch heute noch, wenn sie vor chirurgisch schweren Entscheidungen stehen.

Dies positionierte die Abteilung für Chirurgie und all ihre Mitarbeiter in ein Umfeld der modernen medizinischen Hochleistungsmedizin.

Klaus-Peter Thon wurde in den letzten Kriegsmonaten des Zweiten Weltkrieges am 20.11.1944 geboren als drittes Kind des praktischen Arztes Dr. Heinz Thon und seiner Ehefrau Ursula. Er studierte Medizin in Marburg an der Lahn. Er promovierte über die Patellafraktur. Sein wissenschaftliches Interesse an der Viszeralchirurgie führte ihn nach einer externen Rotation zurück an die Universitätsklinik Marburg. Hier entwickelte Klaus-Peter Thon wegweisende und in Leitlinien einfließende Konzepte des Magenulcus, des Magenkarzinoms und des Ösophaguscarcinoms.

Seinem Marburger Mentor, Herrn Professor Röher, folgte er am 01.04.1984 an die Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf. 1984 habilitierte er und wurde Oberarzt. Bereits eineinhalb Jahre später erfolgte die Ernennung zum leitenden Oberarzt.

1991 bewarb er sich um die Chefarztstelle des renommierten Robert Bosch Krankenhauses

in Stuttgart mit den Worten: „Schwerpunkt meiner klinischen Tätigkeit ist neben der Chirurgie der endokrinen Organe in erster Linie die Gastroenterologie mit Einschluss von Leber und Pankreas.“

Bei seiner Berufung 1991 war Prof Thon mit einem beeindruckenden OP-Katalog nicht nur in der großen Viszeralchirurgie zu Hause, sondern beherrschte auch vieles der Nachbardisziplinen, Unfallchirurgie, Urologie – all dies half ihm später, immer ein gutes und kollegiales Miteinander in der Interdisziplinarität einer großen Klinik zu leben.

Bis zu seinem Tode 2024 suchten erfahrene Kollegen seinen Rat. Er war Verwaltungsratsmitglied im Furtbachkrankenhaus. Auch wurde er berufen in den Aufsichtsrat des Studdienzentrums der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (SDGC).

Bis zuletzt war er wissenschaftlich tätig, davon zeugt auch seine letzte wissenschaftliche Publikation mit Veröffentlichung im Januar 2024: „Late Local Recurrence after Neoadjuvant Therapy and Radical Resection for Locally Advanced Rectal Cancer“. Prof. Thon wurde der Ehrendokortitel der Universität Riga verliehen.

Klaus-Peter Thon war Familienmensch durch und durch. Er hatte vier Kinder und verbrachte seine Zeit gerne bei der Gartenarbeit. Ohne

seine geliebte Frau, Ute Thon, wäre all dies nicht möglich gewesen: klug, liebevoll und verständnisvoll war sie seit der Schulzeit an seiner Seite.

Wir, seine Schüler, Freunde und Familie, tragen die Gedanken und die Werte von Klaus-Peter Thon weiter.

”

**DIE VERGANGENHEIT
IST NIEMALS TOT. SIE IST
NOCH NICHT EINMAL
VERGANGEN“**

**William Faulkner,
Nobelpreisträger für Literatur**

In Dankbarkeit und Hochachtung

Prof. Dr. med. Wolfram Lamadé

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.N[®] Registriernummer: DRKS00027921				
Prof. Dr. med. André L. Mihaljevic	Experimentelle Gruppe: Verschluss der Bauchwand während des Loop-Ileostoma-Verschlusses mit fortlaufendem, langsam resorbierbaren Nahtmaterial in small-stitch-Technik, der mit einem retromuskulären, nicht resorbierbaren, makroporigen leichten Monofilament- oder Mixed Structure-Netz verstärkt wird. Kontrollgruppe: Bauchwandverschluss beim Loop-Ileostoma-Verschluss mit fortlaufendem langsam resorbierbaren Nahtmaterial in small-stitch-Technik ohne Netzverstärkung.	20.01.2023 10 von 304 Patienten	BMBF 650 €/Patient	Prof. Dr. A. L. Mihaljevic Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Transplantation- schirurgie Universitätsklinikum Tübingen T: 07071 29 86 619 E: andre.mihaljevic@med.uni-tuebingen.de

- [1] Anatomical Resection of liver Metastases in patients with RAS-mutated colorectal cancer
- [2] Sleeve gastrectomy versus Roux-en-Y gastric bypass in obese patients with BMI 35–60 kg/m² – a multicenter randomized trial
- [3] Distal Pancreatectomy – A randomised controlled trial to compare minimal-invasive distal pancreatectomy to open resection (DISPACT-2 Trial)
- [4] Hernia reduction following laparotomy using small stitch abdominal wall closure with and without mesh augmentation – HULC
- [5] Selective Neoadjuvant Therapy of Rectal Cancer Patients: SELREC a randomized controlled, open, multicentre non-inferiority trial
- [6] The effect of an additional Braun anastomosis in patients after pancreas head resections
- [7] Eine multizentrisch randomisierte Studie zum Vergleich der postoperativen Morbidität nach total minimal invasiver Chirurgie mit der Hybrid Chirurgie bei der Ösophagektomie - MICkey Studie
- [8] Prophylactic Effect of retromuscular mesh placement during Loop Ileostomy closure On incisional hernia incidence - a multicentre randomized patient- and observer-blind trial (P.E.L.I.O.N Trial)

* Diese Studien werden im Verbund des chirurgischen Studiennetzwerkes Deutschland CHIR-Net durchgeführt.

Stand: Dezember 2023

SPENDENAUFTRUF

Langenbeck-Virchow-Haus



Das Langenbeck-Virchow-Haus wurde nach erfolgreicher „Revitalisierung“ am 01.10.2005 offiziell seiner Bestimmung übergeben. Der historische Hörsaal, die Eingangshalle und der Treppenaufgang sind stilgerecht renoviert, die Büroräume nach dem Auszug der Charité der neuen Nutzung angepasst. Unsere Gesellschaft hatte dabei einen erheblichen Eigenanteil zu tragen. Weitere Belastungen brachte die aufwendige Restaurierung des Gründerbildes. Die Geschäftsstelle, unsere Bibliothek und das Archiv sowie Hallen und Flure des Hauses bedürfen einer verbesserten Ausstattung. Die Mieterlöse, die beiden Trägergesellschaften zugute kommen, werden für die langfristige Refinanzierung benötigt. Das Präsidium unserer Gesellschaft hat auf seiner Sitzung am 07.10.2005 beschlossen, sich mit einem Spendenaufruf an die Mitglieder zu wenden.

Mit „Bausteinen“ in **Bronze (ab 500 €)**, in **Silber (ab 1.500 €)** und **Gold (ab 5.000 €)**, in Form von Plaketten seitlich im Eingangsflur angebracht, würdigen wir die Spender. Sie werden auch in der Mitgliederzeitschrift *PASSION CHIRURGIE* bekannt gegeben.

Überweisungen mit Angabe von Namen und Adresse des Spenders werden erbeten auf das Konto der DGCH bei der Deutschen Apotheker- und Ärztebank Berlin, IBAN DE54 3006 0601 0005 2983 93, BIC DAAEDEDXXX unter dem Kennwort „Baustein LVH“. Eine Spendenbescheinigung wird Ihnen umgehend zugesandt.

Wir würden uns über eine rege Spendenbeteiligung als Ausdruck der Identifikation unserer Mitglieder mit ihrem traditionsreichen Haus sehr freuen.

Prof. Dr. med. U. Rolle

Präsident

Prof. Dr. med. Th. Schmitz-Rixen

Generalsekretär

Prof. Dr. med. J. Werner

Schatzmeister





DCK 2025

Gemeinsam lernen und heilen

142. Deutscher Chirurgie Kongress

18. – 20. März 2025, DCK.digital

**26. – 28. März 2025, ICM – Internationales
Congress Center München**

SICHERE CHIRURGIE FÜR ALLE



www.dck2025.de

SURGEON TALK PODCAST



ZUR FACHÄRZTLICHEN WEITERBILDUNG

Junge, warum hast du nichts gelernt? Die neue Krankenhausreform, das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) soll die Krankenhausversorgung in Deutschland verbessern. Ärztliche Weiterbildung jedoch, wird hierin noch klein – beziehungsweise selten – geschrieben. Doch worum geht es hier genau? Und welche Konsequenzen hat die Krankenhausreform für die ärztliche Weiterbildung?

Surgeon Talk Moderator Professor Dr. Benedikt Braun hat sich mit BDC-Präsident Professor Dr. Dr. h.c. Hans-Joachim Meyer, BDC-Vizepräsident Dr. med. Peter Kalbe sowie DGCH-Generalsekretär Professor Dr. Thomas Schmitz-Rixen zum Gespräch dazu getroffen. Alle drei sind Vorsitzende der Weiterbildungskommission Chirurgie. Viel Spaß beim Anhören!

[Mehr Informationen...](#)

BDC-JOURNALISTENPREIS



EINREICHUNGEN BIS AUGUST

Noch sind Einreichungen möglich für den Journalistenpreis. Der BDC zeichnet wieder die besten journalistischen Beiträge aus, die die Chirurgie und ihre Facetten auf informative und packende Art beschreibt – und das für Publikumsmedien. Das Preisgeld beträgt 1.500 Euro.

Die Auszeichnung ist für journalistische Arbeiten aller Art vorgesehen. Die Beiträge sind in Textform oder für Radio, TV, als Podcast, Online-Video oder im Blogformat willkommen. Sie sollen fachlich fundiert und allgemeinverständlich die Leistungen

des Fachs Chirurgie, Entwicklungen auf diesem Gebiet oder die Chirurgie betreffende gesundheitspolitische Aspekte thematisieren. Alle Beiträge müssen den professionellen Standards der journalistischen Arbeit und Sorgfaltspflicht genügen. Jeder Autor beziehungsweise jede Autorin kann einen Beitrag einreichen, Autoren-Teams für jeweils einen Beitrag sind möglich.

Die Beiträge müssen in einem deutschsprachigen Publikumsmedium im Zeitraum vom 01. Juli 2023 bis 30. Juni 2024 erschienen sein. Einreichungen sollten bis spätestens 31. August 2024 gerne per E-Mail an presse@bdc.de erfolgen.

Wir freuen uns auf zahlreiche Beiträge.

[Mehr Informationen...](#)

PARLAMENTARISCHER ABEND



BDC, BDI, HARTMANNBUND, MEDI GENO, PVS

Der Parlamentarische Abend hat im Juli wieder viele Akteure aus dem Gesundheitswesen zusammengebracht. Der BDC zeigte als Mitveranstalter Präsenz. BDC-Präsident Professor Dr. Dr. h.c. Hans-Joachim Meyer fasste in seiner Einführungsrede (in diesem Heft zu lesen) zusammen: „Wir befinden uns nicht nur in der letzten Sitzungswoche des Parlaments, sondern auch in der spannendsten Phase der Fußball-Europameisterschaften. Der Teamgedanke mit notwendigem Kampfgeist ist nicht nur im Sport, auch in der Nachspielzeit, von entscheidender Bedeutung, sondern auch in unserem Gesundheitswesen mit derzeitig vielfältigen

„Revolutiönchen“. Gehen wir also die Bewältigung derselben gemeinsam an.“

Danke an den Hartmannbund – Verband der Ärztinnen und Ärzte Deutschlands e.V. für den stimmungsvollen, schönen Abend.

Zur Bildergalerie...

Eröffnungsrede des BDC-Präsident auf Seite 48.

TAGUNGEN



DER BDC-LANDESVERBÄNDE IN DIESEM JAHR

Das Jahr 2024 schreitet voran und die Arbeit des BDC ist wie immer in vollem Gange. Kati Steinert von der BDC-Mitgliederverwaltung unterstützt die Leitenden der Landesverbände bei Einladung und Organisation von Mitgliederversammlungen und Tagungen.

Gemäß der Satzung des BDC richtet jeder BDC|Landesverband mindestens eine Sitzung pro Jahr aus. Die Landesverbände Bayern, Berlin, Brandenburg, Nordrhein und Westfalen-Lippe haben bereits getagt beziehungsweise ihre Sitzungen bereits terminiert.

Die Mitglieder aller übrigen Landesverbände sind herzlich eingeladen, an den Sitzungen zahlreich teilzunehmen. Neben wichtigen und interessanten Vorträgen besprechen die Teilnehmenden relevante Themen aus Berufspolitik und Chirurgie – seien Sie Teil davon, beteiligen Sie sich an den Sitzungen und reden und entscheiden Sie mit!

Zur den Landesverbänden...



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

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



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. Stellvert. 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

Komm. Vorsitzender
Prof. Dr. med. Tim Glowka

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
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
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	400,00 €	550,00 €
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
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 €
09.10.2024		online	2024-24637	Ökonomie in der Robotik	Dr. med. MBA Colin Markus Krüger	80,00 €	100,00 €
10.10.2024	11.10.2024	Tuttlingen	2024-23683	Spezielle Viszeralchirurgie	Prof. Dr. med. Michael Schäffer	300,00 €	500,00 €
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	250,00 €	300,00 €
14.11.2024		online	2024-23613	Osteosyntheseverfahren an der unteren Extremität	Prof. Dr. med. Michael Paul Hahn	150,00 €	200,00 €
15.11.2024	16.11.2024	Dresden	2024-23781	12. Dresdner Handkurs: Wiederherstellung der Handfunktion	Prof. Dr. med. Adrian Dragu; Dr. med. Tim Fülling	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 €
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 €

FACHBEZOGENE SEMINARE, WORKSHOPS UND HOSPITATIONEN

VON	BIS	ORT	KURS-NR.	SEMINARTITEL	WISSENSCHAFTLICHE:R LEITER:IN	PREIS MITGLIED	PREIS NICHT-MGL
28.11.2024	29.11.2024	Recklin- ghausen	2024-23676	Viszeralchirurgie Kompakt: Rektum- und Analfistelchirurgie	PD Dr. med. Gabriele Böhm	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
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		
15.11.2024	16.11.2024	Essen	2024-24711	Abschlusscolloquium zum Kurs „Hygienebeauftragte(r) Ärztin/ Arzt“			

SOFTSKILL- & MANAGEMENTSEMINARE

VON	BIS	ORT	KURS-NR.	SEMINARTITEL	WISSENSCHAFTLICHE:R LEITER:IN	PREIS MITGLIED	PREIS NICHT-MGL
08.11.2024	09.11.2024	Berlin	2024-26533	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.de

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

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

EXTERNE VERANSTALTUNGEN

VON	BIS	ORT	SEMINARTITEL	WISSENSCHAFTLICHE:R LEITER:IN	PREIS MG	PREIS NICHT-MGL
10.09.2024	10.09.2024	Kassel	Tag des OP-Managements 2024	digmed GmbH	95,00 €	95,00 €
20.09.2024	21.09.2024	Köln	ESSKA Course: Osteotomies around the knee - Course on human specimens	Rimasys GmbH	950,00 €	950,00 €
20.09.2024	21.06.2025	online	Online-Fortbildung Wundversorgung (15 CME-Punkte)	AMBOSS GmbH	127,50 €	170,00 €
22.11.2024	23.11.2024	Köln	Komplexe Frakturen am Ellenbogen Frakturversorgung am Humanpräparat	Rimasys GmbH	1.680,00 €	1.680,00 €
23.11.2024		Mannheim	Sklerotherapie und Gummibandligatur beim Hämorrhoidalleiden	Dt. End- und Dickdarm Zentrum Mannheim	250,00 €	250,00 €
29.11.2024	30.11.2024	Rotenburg (Wümme)	Rotenburger Laparoskopie-Kurs Nahttechniken	Agaplesion Diakonieklinikum Rotenburg gGmbH	320,00 €	350,00 €
13.05.2025	15.05.2025	Berlin	18. Endoprothetik Kongress			

SPONSOREN DER BDC | AKADEMIE

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

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

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

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

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

B. BRAUN
SHARING EXPERTISE

corzamedical

Johnson & Johnson
Med Tech

INTUITIVE

Medtronic
Engineering the extraordinary

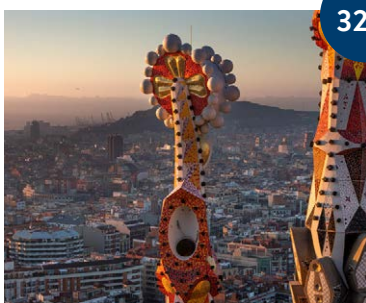
STORZ
KARL STORZ – ENDOSKOPIE

LIFESTYLE- ANGEBOTE

im Juli/August 2024

%

32 %



TIQETS: MIND. 13 %
RABATT FÜR BDC-MITGLIEDER

10 %



ANKER: BIS ZU 20 %
RABATT FÜR BDC-MITGLIEDER

20 %



NATURTREU: 25 %
RABATT FÜR BDC-MITGLIEDER

20 %



STABILO: BIS ZU 25 %
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.



PANORAMA

Medizin- geschichte

Chirurgie in der DDR

In der Provinz

In der Provinz (Teil 3)

Volker Klimpel



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

Der zunehmende politische Druck fand seinen vorläufigen Höhepunkt in den Zwangsaustritten aus der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie, dem sich nur wenige Standhafte widersetzen.¹ Zu ihnen gehörte Prof. Dr. Herbert Wendt (1913-2005), der von 1963 bis 1980 Chefarzt der Chirurgie am Bezirkskrankenhaus Dessau, dem einst vom Flugzeugbauer und Unternehmer Hugo Junkers geförderten Stadtkrankenhaus, gewesen ist. In Kriegszeiten bei Lorenz Böhler geschult, wurde er Oberarzt und Habilitand bei Werner Lembcke an der Chirurgischen Klinik der Medizinischen Akademie Magdeburg, die er 1963 als Professor zugunsten von Dessau verließ. Von seiner früheren Ausbildung her war Wendt auch Orthopäde. Als Allrounder und integre Persönlichkeit, die Vater und Sohn Böhler sowie Golo Mann zu ihren Freunden zählte, leitete er zwei Jahreskongresse der Medizinisch-Wissenschaftlichen Gesellschaft

für Chirurgie an der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg. Seinen Lebensabend verbrachte Prof. Wendt in Rostock und verstarb dort im 92. Lebensjahr.

In Halle an der Saale gibt es neben der Chirurgischen Universitätsklinik seit 1887 das große katholische St. Elisabeth und St. Barbara-Krankenhaus. Die Chirurgie allein besaß schon früh über 100 Betten. Ihr Leiter war ab 1930 für mehrere Jahrzehnte Prof. Eberhard Cordes (1892-1979), ein Chirurg alter Schule mit einer bewegten wie umfassenden chirurgischen Vergangenheit, die vom Luisenhospital in Aachen (Marwedel) über das Augusta-Viktoria-Krankenhaus Berlin (Nordmann) bis zur Chirurgischen Universitätsklinik Kiel (Anschütz) reichte. Den Hauptteil seiner Ausbildung verbrachte Cordes jedoch bei Prof. Hermann Küttner (1870-1932) in Breslau, als dessen Schüler er gilt.



Abb. 1: Herbert Wendt [Quelle: Wikipedia]



Abb. 2: Eberhard Cordes [Quelle: Arch. St. Elisabeth-St. Barbara Halle/S.]

Klimpel V: In der Provinz —
Chirurgen in der DDR (Teil 3).
Passion Chirurgie. 2024 Juli/August;
14(07/08): Artikel 09.



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

¹ In dieser Zeit verbannte die Partei- und Staatsführung der DDR den Begriff „Deutschland“ aus dem Sprachgebrauch; der Text der DDR-Nationalhymne durfte nicht mehr gesungen werden.



**Teilansicht des neuen Provinzial - und Krankenhauses
St. Elisabeth, Halle-Saale, 1928**

Abb. 3: Krankenhaus St. Elisabeth u. St. Barbara Halle/S. 1928
([Quelle: Arch. St. Elisabeth-St. Barbara Halle/S.]

An der Friedrich-Wilhelm-Universität habilitierte Cordes 1929. Ein Jahr später verließ er Breslau als Facharzt für Chirurgie, Urologie und Orthopädie. Eine solche Häufung von Facharztanerkennungen war seinerzeit nicht ungewöhnlich, wobei die Modalitäten der Ausbildung und die Prüfungen nicht mit denen von heute vergleichbar sind. Prof. Cordes, Humanist durch und durch, hat zahlreiche wissenschaftliche Arbeiten veröffentlicht, sich als einer der Ersten auch mit der Neurochirurgie beschäftigt und u. a. über „Die Hirnbrüche und Hirnspalten“ gearbeitet. In Zeiten materieller und technischer Engpässe kam dem konfessionellen Haus und seinem Chef zugute, dass durch die enge Verbindung zu Schwester-Krankenhäusern in der BRD und zur Caritas moderne medizinische Geräte zur Verfügung standen.

Die Uebermuth-Schule in Leipzig entließ im Mai 1967 einen ihrer fähigsten Dozenten ins Muldental: Georg Zeumer (1922-2005). Der gebürtige Leipziger war nach dem Staatsexamen seiner Alma Mater treu geblieben und absolvierte unter den Professoren Sonntag, Wachs und vor allem Uebermuth seine chirurgische Ausbildung. Er spezialisierte sich auf dem Gebiet der Traumatologie und

Handchirurgie, habilitierte 1964 über Sehnenrekonstruktion und wurde 1981, da war er schon lange in Grimma, zum Professor ernannt. Als Chef eines allgemeinen Versorgungskrankenhauses kam auch wieder die Viszeralchirurgie, die er voll beherrschte, zur Geltung. Dennoch konnte Zeumer in Grimma sein Herzensprojekt verwirklichen: 1972 erschien bei J. A. Barth in Leipzig das Buch „Praxis der Handchirurgie“, das drei Auflagen erlebte und neben Leni Büchters „Chirurgische Behandlung der verletzten und erkrankten Hand“ das zweite Lehrbuch zum Thema in der DDR war. Zeumer, der elegante Operateur und vorbildliche Lehrer, hätte unter anderen gesellschaftlichen Bedingungen durchaus ein Ordinariat erhalten können.

Zeumers um 17 Jahre jüngerer Nachfolger Doz. Klaus Schauer (1939-2021) hatte ebenfalls die Leipziger Schule durchlaufen, nun unter Albrecht Gläser und Werner Kothe, war dann einige Jahre nach der Habilitation ans Kreiskrankenhaus Grimma gegangen (1988). Wie sein Vorgänger Zeumer (und zahlreiche andere Chefs) sorgte er sich um die Weiterbildung des Nachwuchses, drang auf Literaturstudium, wobei auch „Der Chirurg“ aus der BRD zur Verfügung stand, und ermöglichte

Assistenten den Besuch der alle zwei Jahre in der Kongresshalle am Berliner Alexanderplatz stattfindenden Chirurgenkongresse. Der Autor ist mehrfach Zeuge dieser Tagungen gewesen, die der Gesellschaft für Chirurgie der DDR und ihren Protagonisten internationales Ansehen verschafften. Denn sie kamen alle: die Brunner, Nissen, Zenker, Stelzner, Tönnis, Trede, Linder, Hollender, Reifferscheid, Bauer, Böhler, Denck, Eiseman und viele andere. Die Begegnungen mit solchen Koryphäen wurden zu einem bleibenden Erlebnis. Oft stellte es für die Chefarzte in den kleinen Häusern der Provinz ein Problem dar, einen Mitarbeiter, eine Mitarbeiterin zum Kongress freizustellen. In der Regel aber wollten sie sich nicht nachsagen lassen, der Weiterbildung der Kollegen im Wege zu stehen.

Privatdozent Dr. Klaus Schauer ging 2004 in den Ruhestand. Er hatte in Grimma den Krankenhausneubau begleitet und Spezialgebiete gefördert. Noch bis zum 78. Lebensjahr ärztlich aktiv, wurde Klaus Schauer Opfer der Corona-Erkrankung.

Ergänzend zu den Ausführungen über Chemnitz und Zwickau in Teil 2 sind hier die Chirurgen Gottfried Lindemann (1931-2012) und



Abb. 4: Georg Zeumer [Quelle: Arch. Verf.]



Abb. 5: Titelblatt „Praxis der Handchirurgie“ v. G. Zeumer [Quelle: Arch. Verf.]



Abb. 6: Gerd Kuhlitz [Quelle: Arch. Verf.]

Gerd Kuhlitz (1923-2005) zu erwähnen. Der Sebnitzer Lindemann hat nach dem Studium in Leipzig seine Laufbahn unter Prof. Unger im damaligen Karl-Marx-Stadt² begonnen, alle Fährnisse während des „sozialistischen Gesundheitswesens“ überstanden und ist als Chefarzt der Gefäßchirurgie 1996 in den Ruhestand verabschiedet worden. Dr. Lindemann widmete sich früh dem Spezialgebiet der Gefäßchirurgie, hospitierte an einer Prager Fachklinik und hat in Karl-Marx-Stadt eine selbständige Abteilung aufgebaut. Zweimal ist er auch leitender Arzt des Klinikums gewesen: 1977 und 1990. Dr. Lindemann engagierte sich ab 1990 in der neu gegründeten Sächsischen Landesärztekammer und in der Sächsischen Chirurgenvereinigung, zu deren Vorsitzenden er 1995 gewählt wurde. Die Ausgestaltung und Präsidentschaft der 6. Jahrestagung dieser Gesellschaft 1996 sah Lindemann als Höhepunkt seines Chirurgenlebens an. Im Juli 2002 ist Dr. Gottfried Lindemann nach langer schwerer Krankheit in Chemnitz verstorben.

Professor Dr. Gerd Kuhlitz (1923-2005) ist einer der Nachfolger von Heinrich Braun (s. Teil 2) in Zwickau gewesen. Im Krieg hatte er den rechten Unterschenkel verloren und sich

dann trotzdem für die Chirurgie entschieden. Über Lüneburg, Gotha und Greifswald kam er an die Chirurgische Universitätsklinik Rostock (Karitzky, Schmitt), wo er 1957 habilitierte und 1962 Professor wurde. Seine Tendenz ging zunächst in Richtung Thorax- und Kardiochirurgie. Kuhlitz hat viel publiziert, auf Kongressen gesprochen und stand auf den Berufungslisten mehrerer Universitäten bzw. medizinischen Akademien. Ein Ordinariat blieb ihm jedoch – wie auch anderen DDR-Chirurgen – aufgrund seiner konsequenten Weigerung, der Staatspartei beizutreten, versagt. So übernahm Prof. Kuhlitz 1964 die traditionsreiche Chirurgische Klinik des Heinrich-Braun-Krankenhauses in Zwickau, organisierte diese neu, widmete sich wieder der Viszeralchirurgie, schuf Spezialabteilungen und führte die Herzschrittmacher-Implantation und die Bypass-Operation ein. Kuhlitz war ein bekannter Mann in der DDR-Chirurgie, nicht zuletzt als Vorstandsmitglied der Gesellschaft für Chirurgie der DDR und als Redaktionsmitglied des „Zentralblatt für Chirurgie“. Ein tragischer Arbeitsunfall mit schweren Schäden der Augen zwang ihn, erst 53 Jahre alt, zur Aufgabe der chirurgischen und Leitungstätigkeit. Mit der Wissenschaft und seinen Mitarbeitern, die ihn, bei aller

Strenge, ob seiner klaren Sachlichkeit und Verlässlichkeit sehr schätzten, blieb er weiterhin verbunden.

Ins Vogtland führt nun der Weg zu Professor Dr. Georg-Michael Fleischer (1941-2022), von 1986 bis 2006 Chefarzt am Bezirkskrankenhaus Plauen. Bis dahin hatte der Berliner chirurgisch viel gesehen: das Kreiskrankenhaus in Wittenberge (F. W. Pötter) als Assistent und als Chefarzt, dazwischen die Chirurgische Klinik der Medizinischen Akademie Magdeburg (Heinrich), wo er 1985 habilitierte und Dozent wurde. Nach der friedlichen Revolution erfolgte die Umhabilitation an der Universität Leipzig – durch seine Position in Plauen war Fleischer Sachse geworden! Leipzig ernannte ihn dann 1998 auch zum Professor. Der Vollblut Chirurg besaß die Teilgebietsanerkennungen für Viszeralchirurgie und Gefäßchirurgie, war standespolitisch aktiv und frönte der Geschichte der Seefahrt, was Ausdruck in mehreren Büchern fand.

Vieles wäre noch zu berichten, Namen von Chirurgen zu nennen, welche die Provinz zu ihrem Arbeits- und Lebensmittelpunkt machten, immer bestrebt um eine bestmögliche chirurgische Versorgung: Im Norden gingen

² von 1953 bis 1990 so genannt, Hauptstadt des gleichnamigen Bezirkes; eine Anwesenheit des Philosophen Karl Marx in dieser Stadt ist nicht belegt.



Abb. 7: Heinrich-Braun-Krankenhaus Zwickau [Quelle: Wikimedia]



Abb. 8: Gottfried Lindemann [Quelle: Arch. Verf.]



Abb. 9: Georg-Michael Fleischer [Quelle: Arch. Verf.]



Abb. 10: Titelblatt „Schiffschirurgen“ von G.-M. Fleischer [Quelle: Kaden-Verlag Mannheim]

Chefarzt Dr. Pietsch von Rostock nach Wismar und Prof. Woziwodski von Magdeburg über Pritzwalk nach Schwerin, aus Meißen und Berlin-Buch kam Dozent Wilfrid Klaus Seifart nach Brandenburg/Havel (Nachfolger von L. Krafft, s. Teil 1), im Süden kamen Prof. Busse von Jena kurz nach Eisenach (und dann nach Nordhorn) und Prof. Schramm von Jena nach Gera, aus Jena ging auch Wolfgang Sellenthin als Chef nach Großenhain in Sachsen, die Professoren Paschold und Reichel aus Erfurt wurden Chefarzte in Arnstadt und Nordhausen

und aus Dresden kamen Prof. Burkhardt nach Meißen und Dozent Herwig nach Suhl.³

Der Vorsitzende der letzten Tagung der Gesellschaft für Chirurgie der DDR vor ihrer Auflösung, Prof. Richard Reding (*1932) aus Rostock, führte in einem Resümee u. a. aus: „Es müssten noch viele genannt werden, die sich bleibende Verdienste in der Chirurgie erworben haben, besonders die Kollegen in den kleineren chirurgischen Einrichtungen, die, oft bis zur Selbstaufgabe, sich stets um hohe ärztliche Leistungen bemühten.“ [1]

LITERATUR

- [1] Kiene, S., Reding, R. u. W. Senst (Hrsg.): Getrennte Wege – ungeteilte Chirurgie. Beiträge zur Chirurgie in der DDR. Augsburg 2009, S. 84

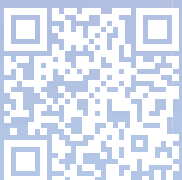
³ Es handelt sich bei den beschriebenen Chirurgen ausschließlich um historische Personen.

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

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 Hämostaticum, 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 Liquorlecks nach neurochirurgischen Eingriffen zu vermeiden. **Gegenanzeigen:** Intravaskuläre Anwendung, Überempfindlichkeit gegen die Wirkstoffe oder einen der sonstigen Bestandteile. **Nebenwirkungen (Häufigkeit nicht bekannt):** Anaphylaktischer Schock, Überempfindlichkeit, Thrombose, Darmverschluss (in der Bauchchirurgie), Adhäsionen, 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