

PASSION

CHIRURGIE

PANORAMA

ARZT-PATIENTEN-
KOMMUNIKATION: VERSTEHEN
MICH MEINE PATIENTEN?

im Fokus

NOTFALL-
VERSORGUNG

09 | III | 2024

MITGLIEDERZEITSCHRIFT:
DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR CHIRURGIE
BERUFSVERBAND DER DEUTSCHEN CHIRURGIE

DGCH

DEUTSCHE
GESELLSCHAFT FÜR
CHIRURGIE E.V.
Gründ. 1872, Sitz Berlin



BDC

Berufsverband der
Deutschen Chirurgie e.V.



SURGEONTALK

Der BDC | Podcast



WIR PRÄSENTIEREN SURGEON TALK

**Chirurgisches Wissen
auf den Punkt.**

www.surgeontalk.de



Neue Anforderungen an die Chirurgie in bewegten Zeiten

Julia Seifert



Prof. Dr. med. Julia Seifert
Präsidiumsmitglied im BDC
Stellv. Leiterin Deutsche Akademie für
Fort- und Weiterbildung des BDC
ABS-Expertin und Hygienebeauftragte
Ärztin
Vorsitzende Interdisziplinäre Sektion
Krankenhaus- und Praxishygiene der
DGKH
Klinik für Unfallchirurgie und
Orthopädie
Unfallkrankenhaus Berlin
Julia.Seifert@ukb.de

In einer Zeit, in der „Krieg“ und politischer sowie religiöser Extremismus in unserem Alltag immer präsenter werden, ergeben sich auch in der Chirurgie neue Vorzeichen.

Im Rahmen der NATO-Verträge ist geregelt, dass Deutschland im NATO-Bündnisfall sogenanntes Aufmarschland ist und als Drehscheibe für bis zu 1 Mio. Soldatinnen und Soldaten der alliierten Kräfte die primär medizinische Versorgung übernehmen müsste.

Zudem ist in den letzten Jahren das Risiko von Terroranschlägen gestiegen. Damit erhöht sich auch die Wahrscheinlichkeit, dass Chirurg:innen mit besonders schweren und komplikationsträchtigen Verletzungsmustern durch Schuss- und Explosionsverletzungen konfrontiert werden. Zur Bewältigung dieser Herausforderungen bedarf es funktionierender Netzwerke, die im Bereich der Traumatologie bereits vor vielen Jahren durch die DGU installiert wurden (Traumanetzwerke) und auf die wir zurückgreifen werden können. Darüber hinaus bedarf es vermehrt differenzierter Fort- und Weiterbildung der Chirurg:innen.

Nicht nur in der Kriegsmedizin, sondern auch in den übrigen Bereichen der Medizin, so z. B. Sportmedizin, bedarf es einer zunehmenden Spezialisierung, da hier, wie in anderen Fachgebieten auch, geschlechtsspezifische Merkmale wirksam werden und deren Erkennen für die Behandlung und Prävention wichtig ist.

Fortbildungsangebote werden zukünftig einen höheren Stellenwert auch für die Weiterbildung einnehmen. Daher ist große Sorgfalt nötig bei der inhaltlichen curricularen Gestaltung sowie einer besonderen Kontrolle der Ärztekammern, welche für die Qualität der medizinischen Fort- und Weiterbildung verantwortlich sind. Dass der Kontrollverlust der Ärztekammer über Inhalte der Notfallmedizin zu personellen Engpässen durch aufwendige und langwierige Fortbildungsprozeduren führen kann, zeigt das Berliner System der Fortbildungssystematik in der präklinischen Notfallmedizin, welches durch die Feuerwehr implementiert wurde.

Wir wünschen Ihnen eine spannende Lektüre.



Seifert J: Editorial Neue Anforderungen an die Chirurgie in bewegten Zeiten. *Passion Chirurgie*. 2024 September; 14(09/III): Artikel 01.



Mehr zum Thema Notfallmanagement
lesen Sie auf BDC|Online (www.bdc.de)
unter der Rubrik BDC|News.

CHIRURGIE

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/Wavebreakmedia

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

ISSN 2194-5586

GERICHTSSTAND UND ERFÜLLUNGORT: BERLIN

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



INHALT

1 EDITORIAL

- 1 Neue Anforderungen an die Chirurgie
in bewegten Zeiten *Julia Seifert*

4 KURZNACHRICHTEN

6 CHIRURGIE

6

NOTFALLVERSORGUNG IN DEUTSCHLAND

Konrad von Kottwitz

12

CHIRURGISCHE HERAUSFORDERUN- GEN BEI DER LANDES- UND BÜNDNIS- VERTEIDIGUNG

Benedikt Dieter Friemert

18

GESCHLECHTSSPEZIFISCHE SPORTORTHOPÄDIE – EIN THEMA SO AKTUELL WIE NOCH NIE

Rebecca Sängler



22 CHIRURGIE⁺

- 22 **Akademie aktuell:** Seminar „Basischirurgie“: ein Teil online, ein Teil in Präsenz *BDC*
- 23 Wo liegt die Zukunft der Chirurgischen Weiterbildung? *Ralph Lorenz et al.*
- 29 **Safety Clip:** Second Victim: Wenn der Beruf zum Trauma wird *Larissa Gerke*
- 33 **Hygiene-Tipp:** Nosokomiale Infektionen – Zahlen *Walter Popp, Lutz Jatzwauk, Wolfgang Kohnen*
- 35 DRG und Kodierung 2024 in der Chirurgie *Thomas Auhuber*
- 40 Personalia

41 RECHT

- 41 Kooperation mit Krankenhaus – Das Bayerische Landessozialgericht eröffnet Möglichkeiten für Berufsausübungsgemeinschaften *Jörg Heberer, Oliver Butzmann*
- 44 **F+A:** Anspruch auf kostenlose Kopie der Patientenakte *Jörg Heberer*

45 GESUNDHEITSPOLITIK

- 45 Vorwort: Top-Sharing in der Chefetage – Geht das? *Carsten J. Krones, Daniel Vallböhmer*
- 45 **BDC-Praxistest:** Geteilte Chefarztrolle – wie kann es funktionieren? *Carolina Pape-Köhler, Barbara Schulze Eilfing*
- 50 **Berufspolitik Aktuell:** Fehlschlag oder Change Management? *Friederike Burgdorf*

51 INTERN

51 DGCH

- 51 Kommentar des Generalsekretärs
- 56 Sehr persönlich nachgefragt bei Stefanie Adili
- 57 Der Leibchirurg Friedrichs des Großen: Bataillons-Feldscher Schlauch (†1786) *Michael Sachs*
- 61 Rekrutierende multizentrische chirurgische Studien in Deutschland *Solveig Tenckhoff*
- 64 Spendenaufruf Langenbeck-Virchow-Haus

65 BDC

- 65 BDC|News
- 67 Einigkeit in vielen Punkten: Die BDC|Landesverbände üben den Schulterchluss mit ihren Regionalvertretungen *Sven Gregor, Ralf W. Schmitz*
- 70 BDC|Landesverbände
- 72 Termine BDC|Akademie
- 75 Lifestyle-Angebote im September 2024

76 PANORAMA

- 76 Arzt-Patienten-Kommunikation – Verstehen mich meine Patienten? *Guido Schumacher*
- 81 Bilderrätsel

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):
www.bit.ly/KI-BDC-Umfrage



Experte für Verbrennungen fordert Eltern auf: Kinder im Sommer vor Sonnen- und UV-Strahlung schützen

Interview mit Dr. med. Joachim Suß, Chef-
arzt der Abteilung für Kinderchirurgie am
Katholischen Kinderkrankenhaus Wil-
helmstift in Hamburg und ausgewiesener
Spezialist für Verbrennungen im Kindes-
alter, zum Sonnenschutz von Kindern im
Sommer.

Herr Dr. Suß: Was ist der Unter- schied zwischen Baby-/Kinderhaut und Erwachsenenhaut?

Die Haut von Kindern ist viel empfindli-
cher gegenüber Sonnenstrahlen als die von
Erwachsenen. Das liegt daran, dass sie erheb-
lich dünner und dadurch nicht so wider-
standsfähig gegenüber Belastungen ist, seien
es mechanische, thermische oder UV-Belas-
tungen. Daher sollte die Haut von Kindern
gerade im Sommer unbedingt vor der Sonne
geschützt werden.

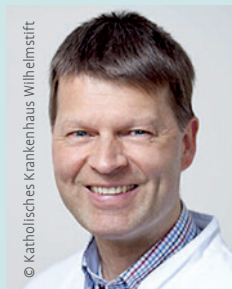
Was sind die besten Maßnahmen, um Kin- der und Jugendliche vor Sonnen- und UV- Einstrahlung zu schützen?

Schatten ist immer gut! Babys, Kinder und
auch Jugendliche sollten nie der direkten
Sonne ausgesetzt werden. Bei Sonnen-
schutzcreme ist ein hoher Lichtschutzfaktor
zu wählen, im Hochsommer empfehlen wir

Faktor 50+. Nach dem Baden im Pool und
in der See sollte erneut eingecremt werden.
Kinder sollten immer eine Kopfbedeckung
tragen, mache benötigen auch eine spezielle
Kleidung mit UV-Schutz – z.B. bei Vorerkran-
kungen. Wichtig ist auch, die Kinder draußen
zu beobachten und ggf. in den Schatten zu
holen, denn sie achten nicht darauf, wo sie
spielen.

Was mache ich, wenn sich mein Kind doch einen Sonnenbrand holt? In welchen Fällen und wie schnell muss mein Kind zum Arzt bzw. welche Anlaufstelle ist die richtige?

1. Das Kind sollte sofort aus der Sonne
genommen und in einen möglichst
kühleren, schattigen Bereich gebracht
werden, damit der Körper wieder runter-
kühlen kann. Kalte Umschläge sollten
nur an lokalen Stellen aufgebracht wer-
den, ansonsten besteht die Gefahr, dass
das Kind sich unterkühlt. Bei Schmerzen
können Eltern einen Schmerzsaft geben.
Wichtig ist, dass die Kinder ausreichend
Flüssigkeit bekommen.
2. Zum Kinderarzt bzw. zur Kinderärztin
sollte man gehen, wenn eine große
Oberfläche des Körpers betroffen ist,
insbesondere, wenn sich Blasen bilden.
Dann benötigt das Kind eine profession-
elle Wundauflage.
3. Wenn die Praxen schon geschlossen ha-
ben, sollten Eltern den ärztlichen Not-
dienst rufen. Bei ganz ausgeprägten
Fällen von Sonnenbrand müssen unter
Umständen der Flüssigkeitsverlust durch
Infusionen ausgeglichen, Schmerzmittel
verabreicht sowie spezielle Wundverbän-
de aufgelegt werden.



Dr. med. Joachim Suß
Chefarzt
Abteilung für Kinderchirurgie
Katholisches Kinderkrankenhaus
Wilhelmstift
Hamburg

Wie hoch ist die Anzahl an Kindern/Jugendlichen, die jährlich in Praxen und Kliniken mit Verbrennungen durch UV- und Sonnenlicht behandelt werden? Wie ist hier die Tendenz

Richtig schwerer Sonnenbrand ist selten. In der Klinik sehen wir vor allem thermische Verletzungen durch heiße Flüssigkeiten und Feuer. Alle Kinder, die eine thermische Verletzung erleiden, erhalten eine intensive Beratung und Betreuung bezüglich Sonnenschutz. Nach thermischen Verletzungen besteht grundsätzlich die Gefahr der Pigmentierungsstörung der Haut. Diese kann sich bei Sonnenlicht noch verstärken. Zudem müssen insbesondere auch die kleinen Patientinnen und Patienten mit Hauttransplantationen geschützt werden.

Was sind die Gefahren, wenn Kinder sich durch Sonnen- und UV-Strahlung Hautverbrennungen zufügen?

Kurzfristig kommt es zur Hautreizung, Blasenbildung, dazu kommen Schmerzen, Fieber

und Flüssigkeitsverlust. Langfristig wird die Haut geschädigt: Der Alterungsprozess verstärkt sich, die Haut wird schneller runzelig und faltig, verliert schneller ihre Elastizität. Außerdem wird die Entwicklung von Hautkrebs begünstigt. Übrigens: Je heller ein Hauttyp ist, desto sonnenempfindlicher ist er. Dunkle Hauttypen tolerieren mehr. Nichtsdestotrotz gelten bei Kindern die Sonnenschutzregeln für alle Hauttypen.

Dr. Joachim Suß' Abteilung ist spezialisiert auf Verbrennungen bei Kleinkindern und Heranwachsenden. In seinem Team arbeiten Wundexpertinnen und spezialisierte Pflegekräfte für thermische Verletzungen, die Eltern und ihre Kinder in der Verbrennungssprechstunde beraten.

Mehr Infos hier: www.kindergesundheit-info.de



IM FOKUS

Notfall- versorgung



Notfallmedizin in Deutschland

Konrad von Kottwitz

Die Notfallmedizin in Deutschland wird in ersten Aufzeichnungen bereits im späten 19. Jahrhundert erwähnt, wobei sich ein organisiertes Rettungswesen erst zu Beginn des 20. Jahrhunderts entwickelte. Als richtungsweisend gilt der erste Internationale Kongress für das Rettungswesen in Frankfurt am Main im Jahr 1908, bei dem der präklinische Bereich erstmals als eigenständige Sonderwissenschaft anerkannt wurde. In den Nachkriegsjahren wurden Hilfsorganisationen und Feuerwehren mit der Sicherstellung des öffentlichen Rettungswesens beauftragt. Die Geburtsstunde des modernen Notarztsystems ist

das Jahr 1957, als in Heidelberg sowohl das „Clinomobil“, ein zu einem mobilen Operationssaal umgebauter Reisebus mit bis zu sieben Ärzten und Pflegekräften, als auch der erste Notarztwagen (NAW) in Köln eingeführt wurden.

Aus dem NAW-Konzept entwickelte sich das aus verschiedenen Gründen effizientere Rendezvous-System, wie wir es heute kennen, mit gleichzeitiger Alarmierung eines Rettungswagens (RTW, eigentlich Rettungstransportwagen) und eines Notarzteinsatzfahrzeuges (NEF).





Konrad von Kottwitz
Leitender Arzt Zentrum für
präklinische Notfallmedizin
BG Klinikum Unfallklinik Berlin
gGmbH
Warener Str. 7
12683 Berlin
konrad.vonkottwitz@ukb.de

Von Kottwitz K: Notfallmedizin in Deutschland.
Passion Chirurgie. 2024 September; 14(09/III):
Artikel 03_01.



Weitere Artikel zur „Orthopädie/
Unfallchirurgie“ finden Sie auf BDC|Online
(www.bdc.de) unter der Rubrik Wissen |
Fachgebiete | Orthopädie/Unfallchirurgie.

Der erste Rettungshubschrauber (RTH) wurde im Jahre 1970 unter der Kennung „Christoph 1“ in München in Dienst gestellt, was den Beginn der zivilen Luftrettung in Deutschland markierte. Mittlerweile können Leitstellen zumindest bei Tageslicht deutschlandweit auf über 85 Luftrettungsmittel, welche die schnelle Zuführung des Notarztes/der Notärztin bzw. den schnellen und schonenden Patiententransport ins nächste geeignete Krankenhaus gewährleisten, zurückgreifen. Nachts reduziert sich die Zahl der disponiblen Luftrettungsmittel deutlich. Hier wird man zukünftig zumindest über eine Randzeiten-erweiterung nachdenken müssen.

Übrig bleiben witterungsbedingte Einschränkungen (reiner Sichtflug nicht möglich), die mit angestrebter Einführung der Point-in-Space-Navigation, einem hochpräzisen satellitengestützten Hubschrauber-Instrumentenflugverfahren, zukünftig reduziert werden sollen.

Im Mai 2013 wurde durch den Bundestag mit Zustimmung des Bundesrates das Gesetz über den Beruf der Notfallsanitäterin und des Notfallsanitäters (NotSanG) verabschiedet. Das Gesetz konnte sein beabsichtigtes Potenzial durch Kompetenzerweiterung für Notfallsanitäter in der medizinischen Diagnostik und Therapie aber noch nicht voll entfalten. Hier gilt es, die Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter, die sich im Rahmen ihrer Ausbildung Wissen und Fähigkeiten angeeignet haben, die sie anschließend aufgrund föderalistischer Strukturen und Vorgaben nicht zur Anwendung bringen können, weiter zu stärken.

Auch die Anforderungen an die notfallmedizinisch tätigen Ärzte und Ärztinnen wurden in den letzten fünf Jahren deutlich verschärft. Das Fachgebiet der präklinischen Notfallmedizin ist eine Zusatzweiterbildung von Ärzten und Ärztinnen aus Fachrichtungen mit notfallmedizinischem Bezug. In der Notfallmedizin gibt es nicht die eine geeignete Fachrichtung; vielmehr muss das gesamte notfallmedizinische Wissen fachgebietsübergreifend über viele Jahre hinweg erlernt und trainiert werden. Dass es sich dabei um einen

fortwährenden und fachgebietsübergreifenden Prozess handelt, ist inzwischen glücklicherweise weitgehend konsentiert.

Genügte es in manchen Regionen Deutschlands bis vor wenigen Jahren noch, auf einem arztbesetzten Rettungsmittel als Hospitant Einsätze im unteren zweitstelligen Bereich zu sammeln, um anschließend „nach Feierabend das bisschen Notfallmedizin“ abzudecken, so sieht sich der Weiterbildungsassistent aus Berlin am Anfang seiner Weiterbildung mit einem Gesamtumfang von 70 Arbeitstagen konfrontiert, bevor er eigenverantwortlich präklinisch praktizieren darf. Notfallmediziner von heute sind Allrounder, sie müssen das gesamte medizinische Spektrum über alle Fachgebiete und Altersgruppen hinweg sicher abdecken, ohne den Anschluss an die Weiterentwicklungen in den jeweiligen Fachgebieten zu verlieren.

Auch ist das professionelle Auftreten in entsprechender persönlicher Schutzausrüstung (PSA) inzwischen die Regel; Einsatzstellen mit Kolleginnen und Kollegen in Birkenstocksandalen und offenem Kittel gehören der Vergangenheit an.

Die überarbeiteten, aber regional noch sehr unterschiedlichen Anforderungen seitens der Landesärztekammern und Rettungsdienststräger werden von Assistenzärzten und -ärztinnen entgegen aller Befürchtungen angenommen und lassen sich auch strukturiert in die jeweiligen Facharztkataloge integrieren.

WAS BEDEUTET DIE KRANKENHAUSREFORM FÜR DIE NOTFALLMEDIZIN?

Die Krankenhausreform in Deutschland zielt darauf ab, die Behandlungsqualität der medizinischen Versorgung zu verbessern und eine Spezialisierung der Krankenhäuser zu fördern. Direkt werden die (hier im Detail nicht näher beschriebenen) Maßnahmenpakete der Reform zu einer Steigerung der Einsatzmittelbindungszeit der Rettungsmittel und indirekt zu einem Anstieg der Sekundärverlegungen führen:

- **Stärkere Spezialisierung:**

Die Reform sieht eine Einteilung der Krankenhäuser in verschiedene Versorgungsstufen (Level) vor. Dies wird mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit dazu führen, dass komplexe Fälle häufiger in spezialisierte Kliniken über weitere Distanzen verlegt werden müssen und mit einem signifikanten Anstieg der Sekundärverlegungen zu rechnen ist.

- **Konzentration von Leistungen:**

Kleinere Krankenhäuser, insbesondere in ländlichen Gebieten, werden aus ökonomischen Zwängen bestimmte Leistungen nicht mehr anbieten und sich zu Klinikverbünden zusammenschließen bzw. Kooperationen anstreben, was die Anzahl der Sekundärtransporte ebenfalls ansteigen lassen wird.

- **Potenzielle Krankenhausschließungen:**

Analysen gehen davon aus, dass aufgrund von Personalmangel und Insolvenz bis zu einem Drittel der Krankenhäuser, vor allem kleinere Häuser, geschlossen oder umgewandelt werden könnten. Aufgrund längerer Transportwege ist mit einem Anstieg der Einsatzzeiten des/der jeweiligen Primärrettungsmittel zu rechnen.

- **Herausforderungen bei Verlegungen:**

Schon jetzt berichten intensivmedizinisch tätige Notärzte und Notärztinnen von steigenden Herausforderungen bei Verlegungen von schwer kranken Patientinnen und Patienten in Kliniken höherer Versorgungsstufen. Dieser Entwicklung dürfte nur mit verpflichtenden Schulungen (mit intensivmedizinischem Schwerpunkt) für Rettungsdienstmitarbeitende, mit Vorrhaltung von boden- und luftgebundenen Intensivtransportressourcen und mit einheitlichen Vorgaben zum Verfahren bei Verlegungen mit Spezialteams (z.B. Verlegung von pädiatrischen Patienten oder Anwendung extrakorporaler Verfahren) zu begegnen sein.

Die tatsächliche, durch die Krankenhausreform bedingte Zunahme der Einsatzmittelbindungszeit bei Primär- und Sekundäreinsätzen

sowie der Anstieg der Anzahl bei den Interhospitalverlegungen bleibt abzuwarten und wird von der konkreten Umsetzung der Reform und den regionalen Gegebenheiten abhängen.

Seit einiger Zeit finden sich in den Medien und sozialen Netzwerken ausführliche Berichte und Beiträge, die eindringlich auf Missstände in der Notfallmedizin hinweisen. Es werden Vergleiche zu Rettungsdienststrukturen im Ausland gezogen und dabei aber oft außer Acht gelassen, dass es sich dabei meist nur um erfolgreiche Teilaspekte eines ebenfalls überforderten Gesundheitssystems handelt. Teilerfolge einzelner Leuchtturmprojekte oder Spezialrettungsmittel sollten anerkannt und sorgfältig auf Überführungsmöglichkeit ins deutsche Rettungsdienstsystem überprüft werden.

WIE LÄSST SICH DIE NOTFALLMEDIZINISCHE VERSORGUNG IN DEUTSCHLAND VERBESSERN?

Der Rettungsdienst steht aufgrund der Bekanntheit der 112 als letzte Versorgungsinstanz jederzeit zur Verfügung und muss oft auch für Probleme herhalten, die wesentlich ressourcenschonender gelöst werden könnten.

Die notfallmedizinische Versorgung in Deutschland lässt sich durch verschiedene Maßnahmen verbessern, dazu zählen die Stärkung des Notfallsanitäters, der Ausbau der Digitalisierung, Laienreanimationsschulungen der Bevölkerung und Einführung des Telenotarztes. Die folgenden Punkte lassen sich nicht alle gleichzeitig umsetzen und benötigen Zeit, bevor sie ihre Wirkung messbar entfalten können.

- Zielsetzungen der Digitalisierung in der Notfallmedizin waren die Verkürzung der Einsatzzeit durch Entbürokratisierung und mehr Zeit für Empathie und medizinische Maßnahmen am Patienten. Das Potenzial der Digitalisierung und Harmonisierung von Schnittstellen über alle Sektoren unseres Gesundheitssystems hinweg bleibt bisher weitge-

hend ungenutzt. Der Datenfluss an den Schnittstellen ist leider noch immer von Kommunikationsbrüchen und Informationsverlust geprägt, gerade im präklinischen Setting. Das führt in Zeiten von Personal- und Ressourcenverknappung zu vermehrtem Dokumentationsaufwand, Zeit, die wir sinnvoller nutzen könnten.

- Bundeseinheitliche Vorgaben zu Mindeststandards in der notfallmedizinischen Versorgung und Einhaltung von Hilfsfristen sind längst überfällig. Hier wird insbesondere in ländlichen Regionen über den Ausbau der Luftrettung zu diskutieren sein.
- Datenerhebung und -auswertung sowie die verpflichtende Teilnahme am Deutschen Reanimationsregister im Sinne eines Qualitätsmanagements sind Voraussetzungen für eine strukturierte Fehleranalyse.
- Die Rolle von Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitätern muss wie oberer Teil des Artikels beschrieben weiter gestärkt werden.
- Das bisher unvollständig genutzte Potenzial von Notfallsanitätern könnte die Effizienz und Reaktionsfähigkeit des Rettungsdienstes erhöhen und die arztbesetzten Rettungsmittel entlasten.
- Die umfassende Ausbildung der Bevölkerung in Reanimationstechniken (BLS) würde die Überlebenschancen bei Herzkreislauf-Stillständen erheblich verbessern. Es gilt, das therapiefreie Intervall bis zum Eintreffen der Rettungskräfte zu überbrücken. Die Teilnahme an Ersthilfe-Kursen und Reanimationsschulungen sollte in Schulen, Unternehmen und öffentlichen Einrichtungen, wie von den Fachgesellschaften gefordert, obligatorisch werden. Dies würde nicht nur die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung erhöhen, sondern auch die Bereitschaft, in Notfällen zu helfen, signifikant steigern. Der internationale Vergleich zeigt, dass wir beim Thema Laienreanimation erheblichen Nachholbedarf haben.
- Der Ausbau der Vernetzung von KV-Notdiensten und Rettungsdienst mit

individueller Patientensteuerung wird in einigen Bundesländern bereits vorangetrieben. Das Ergebnis einer standardisierten Notrufabfrage entscheidet, ob und welche Ressourcen alarmiert werden. Die Optionen sind vielfältig und reichen von der Terminvereinbarung beim niedergelassenen Arzt über die telefonische Beratung bis hin zur Konsultation eines Gemeindefachnotfallsanitäters. Die Alarmierung von Rettungsmitteln stellt die höchste Eskalationsstufe dar.

- Systeme der standardisierten Notrufabfrage werden durch einen Großteil der Leitstellen bereits angewandt. Die vorhandenen Abfragesysteme sind jedoch weder selbstlernend noch fehlerfrei und müssen mittels Code Reviews fortlaufend überprüft und angepasst werden. Die Auswertung einzelner Notrufabfragen und Identifizierung von Einsatzcodes, bei denen die Disponierung angepasst werden muss, ist sehr zeitintensiv.
- Um weitere Aufklärungskampagnen der Bevölkerung wird man nicht herumkommen. Selbst wenn wir anerkennen müssen, dass der Notfall immer subjektiv ist, es für die Alarmierung der 112 multiple Ursachen gibt, so gibt es

sicherlich Einsätze, die auch mit viel Wohlwollen nicht dem Rettungsdienst zuzuordnen sind. Auch wenn teure Aufklärungskampagnen in der Vergangenheit nicht zum gewünschten Ergebnis geführt und teilweise nachweislich das Gegenteil bewirkt haben, führt auch zukünftig kein Weg an präventiven Maßnahmen zum Schutz des Systems vorbei.

- Der Einsatz von Telenotärzten führt nachweislich zur Ressourcenschonung arztbesetzter Rettungsmittel und einer Erhöhung der Leitlinienadhärenz vor Ort befindlicher Einsatzkräfte. Telenotärzte können über digitale Plattformen und telemedizinische Geräte in Echtzeit Anweisungen an Rettungskräfte vor Ort geben. Dies ermöglicht eine schnellere und oft lebensrettende medizinische Versorgung, insbesondere in ländlichen Gebieten oder bei komplexen Notfällen, in denen ein Notarzt nicht sofort verfügbar ist. Die digitale Vernetzung aller an der Notfallversorgung beteiligten Institutionen ist hierbei von zentraler Bedeutung. Für das Hinzuziehen eines Telenotarztes bestehen derzeit hauptsächlich die drei folgenden Indikationen:

- Entscheidungsfindung/rechtl. Absicherung für RTW vor Ort
- Zeitliche Überbrückung bis zum Eintreffen NEF/RTH
- Telemedizinische Überwachung nicht komplexer Verlegungstransporte

Die Reform des Rettungsdienstes in Deutschland erfordert eine ganzheitliche Herangehensweise, die sowohl die Stärkung des Personals als auch die Integration moderner Technologien umfasst. Einheitliche Qualitätsstandards, eine bessere Zusammenarbeit zwischen Bund und Ländern sowie die Digitalisierung sind entscheidende Faktoren für eine erfolgreiche Umsetzung.

Inzwischen ist alles gesagt – wir wissen, was zu tun ist, an welchen Schrauben wir nachjustieren müssen. Packen wir es gemeinsam an!

Ich freue mich auf Ihre Kommentare.

Ihr Konrad von Kottwitz

Aus Gründen der Lesbarkeit wird auf die Verwendung geschlechtsspezifischer Sprachformen verzichtet. Entsprechende Bezeichnungen sollen stets für alle Geschlechtsidentitäten gelten.



Facharztseminar

Orthopädie/Unfallchirurgie

Teil 1 online, 26. - 27.09.2024

Teil 2 Berlin, 30.09. - 01.10.2024

Zeit sparen:
Erst Online,
dann Präsenz!

Wissenschaftliche Leitung:

Prof. Dr. med. Julia Seifert, Berlin

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

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!



Das Heer der Bundeswehr erprobt im April 2024 bei der NATO North Atlantic Treaty Organization-Übung „Saber Strike“ in Polen sein Konzept der Mittleren Kräfte. Das Jägerbataillon 1 übt mit seinen Radpanzern an der Seite der Alliierten. Hier: Marsch in der Kolonne: Rings um den Truppenübungsplatz Bemowo Piskie liegen malerische Dörfer. Für die Menschen der Umgebung ist es völlig normal, Militärfahrzeuge auf den Straßen zu sehen.





**Prof. Dr. med. Benedikt Friemert,
Oberarzt**

Bundeswehrkrankenhaus Ulm
Oberer Eselsberg 40
89081 Ulm
benediktfriemert@t-online.de

Chirurgische Herausforderungen bei der Landes- und Bündnisverteidigung

Benedikt Friemert

WIE IST DIE AKTUELLE SICHERHEITSPOLITISCHE LAGE?

Chirurgie bei der Landes- und Bündnisverteidigung (LV/BV) – wer hätte gedacht, dass wir uns als Chirurgen nun so intensiv mit diesem Thema auseinandersetzen müssen? Aber nachdem die Krim 2014 von Russland annektiert wurde, 2015 dann die Besetzung einiger Ostgebiete der Ukraine von Russland erfolgte und im April 2022 die Ukraine von Russland in einem klassischen konventionellen Krieg überfallen wurde, musste uns allen spätestens zu diesem Zeitpunkt klar werden, dass sich die Europäische Sicherheitslage und auch die Sicherheitsordnung dramatisch verändert hatten. Putin hat gezeigt, was seine Ziele sind, und was er bereit ist, dafür zu tun. Inzwischen ist die gesamte Wirtschaft Russlands auf eine Kriegswirtschaft umgestellt worden [1]. Er ist aktuell in der Lage, z. B. ca. 100 Panzer im Monat zu bauen!

Damit ist natürlich auch die Bedrohung Europas, insbesondere Deutschlands erheblich gestiegen. Die Nato geht davon aus, dass Putin spätestens Ende des Jahrzehnts in der Lage sein wird, die NATO anzugreifen. Hier stehen bekanntermaßen die baltischen Staaten in seinem Fokus [2].

WAS BEDEUTET DAS NUN FÜR DIE CHIRURGIE IN DEUTSCHLAND?

Zunächst ist die Frage zu beantworten, was die Landes- und Bündnisverteidigung eigentlich ist. Hierzu ist festzustellen, dass die Landes- und Bündnisverteidigung (LV/BV) der Hauptauftrag der Bundeswehr ist [3]. Sie umfasst die Verteidigung der Souveränität, der territorialen Integrität und Bevölkerung Deutschlands. Gleichzeitig muss die Bundeswehr in der Lage sein, unsere Bündnispartner zu verteidigen. Wie allgemein bekannt, ist Deutschland seit 1955 Mitglied der NATO, die am 4. April 1949 gegründet wurde [4]. Die letzten Mitglieder, die der NATO beigetreten sind, waren Schweden und Finnland. Damit hat Putin genau das Gegenteil von dem erreicht, was er eigentlich wollte. (Abb. 1)

Zu Zeiten des Kalten Kriegs, also bis zum Ende der 90er-Jahre, war Deutschland in dem Szenario von LV/BV sog. Frontnation, was bedeutet hat, dass der militärische Frontverlauf auf deutschem Territorium verlief. Durch die NATO-Osterweiterung nach der Wiedervereinigung 1991 hat sich die geostrategische Lage Deutschlands in der Form verändert, dass wir Aufmarschland geworden sind. Deswegen sprechen wir nun auch von der Drehscheibe Deutschland im Rahmen von LV/BV.

Friemert B: Chirurgische Herausforderungen bei der Landes- und Bündnisverteidigung, *Passion Chirurgie*. 2024 September; 14(09/III): Artikel 03_02.



Weitere Artikel zur „Orthopädie/Unfallchirurgie“ finden Sie auf BDC|Online (www.bdc.de) unter der Rubrik Wissen | Fachgebiete | Orthopädie/Unfallchirurgie.

WAS BEDEUTET DAS FÜR DIE CHIRURGISCHE VERSORGUNG?

Das bedeutet zunächst, dass alle Nationen, die in das wahrscheinlichste Kriegsgebiet, nämlich das Baltikum, verlegen wollen, durch Deutschland marschieren müssen. Wir sind zu einem Aufmarschland geworden, was auch damit zusammenhängt, dass die Schweiz und Österreich neutrale Staaten sind und es damit fraglich ist, ob NATO-Truppen in einer solchen Situation durch diese beiden Staaten Richtung Osten marschieren können. Im Rahmen der NATO-Verträge ist geregelt, dass neben vielen anderen Aufgaben die medizinische Versorgung der alliierten Truppen immer durch das Land bereitgestellt wird, in dem sich die Truppen gerade befinden. Das bedeutet, dass wir für ca. 800.000 Soldaten die medizinische und damit auch chirurgische Versorgung übernehmen müssen. Wie wir das im Ukrainekrieg jeden Tag sehen können, ist man in einem Aufmarschland nicht vor Kriegshandlungen geschützt, sondern es werden Sabotageakte und Angriffe genau da erfolgen, wo sich die gegnerischen Truppen formieren. Damit werden auch verwundete Patienten, Soldaten wie auch Zivilisten, hier in Deutschland entstehen, die behandelt werden müssen. Gleichzeitig müssen die verwundeten deutschen Soldaten bei uns in Deutschland versorgt werden. Entsprechend der Berechnung der NATO ist für die Bundeswehr damit zu rechnen, dass ca. 500 bis 1.000 Soldaten täglich nach Deutschland zurückkommen, um in unseren Krankenhäusern versorgt zu werden. Dass diese Versorgung zu einem ganz wesentlichen Teil nicht in den Bundeswehrkrankenhäusern stattfinden wird, sondern in den zivilen Kliniken, erkennt man daran, dass die Bundeswehrkrankenhäuser insgesamt nur 1.850 Betten betreiben und natürlich ein Großteil der Chirurgen beim LV/BV Szenario nicht in den Bundeswehrkrankenhäusern sein werden, sondern an der Front. Damit kommt auf das zivile Gesundheitssystem eine erhebliche Belastung zu, denn zusätzlich ist mit erheblichen Flüchtlingsströmen zu rechnen und unsere eigene Bevölkerung muss ja auch noch versorgt werden. (Abb. 2)

Um diese Aufgabe nun bewältigen zu können, muss man zunächst feststellen und realisieren, dass diese Herausforderung nur



Abb. 1: Abgebildet ist das aktuelle Vertragsgebiet der NATO, nachdem nun auch Schweden und Finnland beigetreten sind. Quelle: <https://osteuropa.lpb-bw.de/nato-gipfeltreffen>, 12.08.2024, 13:47



Abb. 2: Mögliche Patientenströme im Rahmen der Landes- und Bündnisverteidigung. Quelle: eigene Grafik

im Sinne einer gesamtstaatlichen Aufgabe zu bewältigen ist, in der alle eine definierte Rolle spielen müssen.

Zunächst müssen die Patienten, die aus dem Kampfgebiet nach Deutschland zurückkommen – per Flugzeug, per Bahn und per Landtransport – auf die Krankenhäuser flächendeckend verteilt werden. Wie dieser Prozess organisiert und umgesetzt werden soll, ist gerade in der Diskussion und Planung. Hier sind die Bundeswehr, der Bund, die Länder, das Rote Kreuz, das BBK und weitere Player in Pflicht, diese Aufgabe

zu lösen. Ob die Verteilung, wie bei den ukrainischen Patienten, im Pull-Prinzip erfolgen kann, oder ob auf ein Push-Prinzip umgestellt werden muss, was z. B. in die Bettenhoheit der Länder eingreifen würde, ist bisher nicht geklärt. Schlussendlich werden die verwundeten Patienten meist in den Kliniken der Traumanetzwerke DGU® behandelt werden, da es sich naturgemäß in den meisten Fällen um Traumapatienten handelt. Es wäre widersinnig, wenn man eine seit mehr als 20 Jahren etablierte und gut funktionierende Netzwerkstruktur der Traumaversorgung nicht nutzen würde.

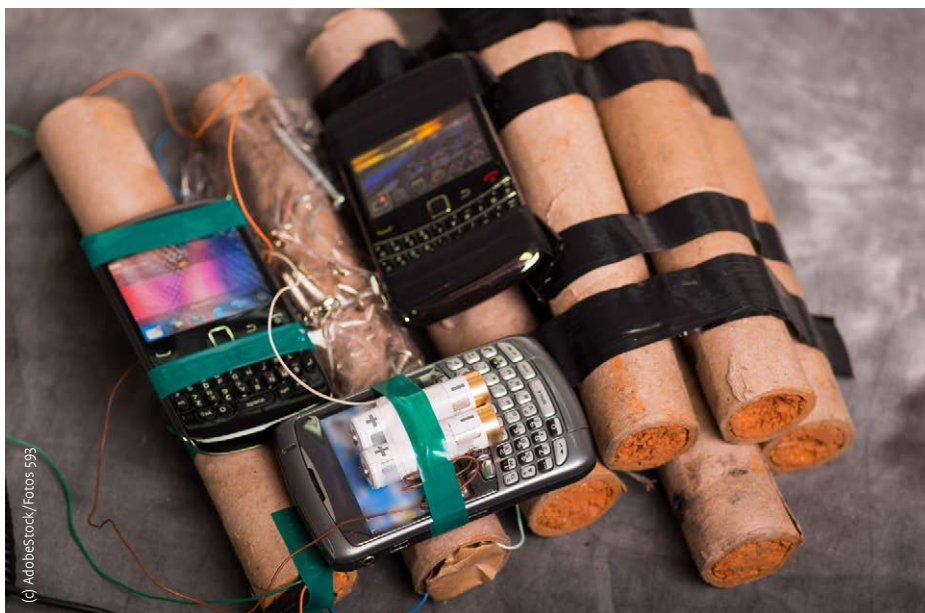


Abb. 3: Abgebildet ist ein improvisierter Sprengsatz unter Nutzung eines Auslösers über ein Handy.

In fachlich-chirurgischer Hinsicht müssen wir uns darauf einstellen, dass in den Kliniken ein erheblicher Anteil an Schuss- und Explosionsverletzungen zu behandeln sein wird. Im Vergleich zu den Verletzungen, die durch Terrorattentate [5, 6] entstehen, zeigen diese klassischen Kriegsverletzungen, gerade bei den Explosionsverletzungen, eine deutlich größere Gewebeerstörung. Dieses liegt daran, dass die industriell hergestellten Explosivwaffen wie Minen, Bomben und Granaten eine erheblich größere Energie freisetzen als die zum Teil selber hergestellten Sprengsätze der Terroristen (Abb. 3) [1].

Bei den Schussverletzungen ist der Unterschied nicht gegeben, denn die russische Armee wie auch die Terroristen verwenden das bekannte Sturmgewehr der Firma Kalaschnikow. Messerstichverletzungen, die wir in unseren Kliniken leider immer häufiger sehen, spielen in einem LV/BV Szenario keine Rolle.

Seit den Terrorattentaten 2015 in Paris und 2016 in Brüssel hat sich Deutschland vermehrt mit den dazugehörigen Verletzungsfolgen auseinandergesetzt. Durch die Aufnahme und Behandlung von ukrainischen Kriegsverletzten seit dem Jahr 2022 haben inzwischen viele Kliniken Erfahrungen mit dieser Patientenlientel gesammelt. Bei diesen Verletzten handelt es sich ohne Ausnahme um

Patienten, die vor mehreren Wochen oder Monaten verletzt wurden. Das bedeutet, dass die akute und subakute Traumaphase schon abgeschlossen waren und wir es nur noch mit den Folgeschäden zu tun haben. Das sind im Wesentlichen Defektwunden, bei denen meist noch eine Knocheninfektion vorliegt. Somit mussten aufwendige septische und rekonstruktive Therapien durchgeführt werden.

Eine wesentliche Verletzung im Krieg ist die Amputation. Diese entsteht meist durch zwei Mechanismen: zum einen durch die Verletzung an sich. Die Extremität wird durch die Explosion primär abgetrennt. Zum anderen ist es das Tourniquet, das eine hohe Amputationsrate aufweist. Dieses liegt nicht daran, dass die Anwendung fehlerhaft ist. Es ist schlicht die Tatsache, dass die Soldaten nicht schnell genug in einer chirurgischen Einrichtung ankommen, in der die Blutungskontrolle unter Erhalt der Perfusion erfolgen kann. Die Rettungszeiten sind einfach zu lang. Daher verbleiben die Tourniquets deutlich länger und es kommt nachfolgend zu den Amputationen. Sie sind eine mittelbare Kriegsfolge. Letzte Zahlen aus der Ukraine deuten darauf hin, dass aktuell in der Ukraine ca. 100.000 Amputierte behandelt werden müssen. Dabei ist auch eine nicht unerhebliche Zahl an mehrfachamputierten Patienten. Diese Patienten benötigen, um sie rehabilitieren zu

können, zunächst einen sehr guten Stumpf, um eine Prothese anpassen zu können. Zum zweiten benötigen sie eine Prothese, die erhebliche Kosten verursacht, danach noch eine Rehabilitation. Alle die o. g. Folgen, und hier sind nur einige beispielhaft aufgezeigt, werden Deutschland und damit uns Chirurgen erheblich fordern. Auch das Kliniksystem wird erheblich belastet sein, wie auch das Rehabilitationssystem. Es ist absehbar, dass es zu Priorisierungen bei der Behandlung kommen wird.

Im Rahmen der Landes- und Bündnisverteidigung stellt sich diese Situation aber noch herausfordernder dar, denn die Patienten werden uns in den Kliniken in der akuten oder subakuten Traumaphase erreichen. Diejenigen, die in Deutschland durch Sabotage (Terror Like Attacks, (TLA)) oder einen direkten Angriff verwundet werden, belasten das Gesundheitssystem wie bei einem Terrorattentat [8]. Dieses bedeutet, dass dort, wo ein Angriff erfolgt – man kann es jeden Tag in der Ukraine verfolgen –, lokal das nächste verfügbare Krankenhaus mit den Patienten überlastet werden wird. Bei den Patienten, die von der Front nach Deutschland kommen, sind die Akutphase wie das Schockraummanagement und die ersten lebensrettenden Operationen schon erfolgt. Diese Patienten erreichen uns dann nach ca. 2-3 Tagen, somit in der subakuten Phase. Die NATO geht davon aus, dass ca. 50 % dieser Verwundeten intubiert und beatmet bei uns in den Kliniken eintreffen werden. Somit müssen wir ergänzend zu den Rekonstruktionen auch noch einen erheblichen Teil der Intensivtherapie und der Notfallbehandlung durchführen, bis mit den rekonstruktiven Maßnahmen begonnen werden kann. Dieser letzte Teil unterscheidet sich nicht von der aktuellen Behandlung der ukrainischen Patienten bei uns.

Zusammenfassend muss man feststellen, dass auf die Chirurgie in Deutschland eine erhebliche Belastung und Verantwortung im Falle eines LV/BV zukommt. Dieses liegt an den Verwundetenzahlen inkl. der zusätzlich noch zu behandelnden Patienten, es liegt an den Verletzungsmustern, die uns in der Akut- und Postakutphase fordern, und dann an der gesamten rekonstruktiven Chirurgie zur

Wiederherstellung einer bestmöglichen Funktion incl. der Rehabilitation [9]. Es sei an dieser Stelle erwähnt, dass es nach einem Krieg eine weitere unausweichliche Phase gibt, nämlich den Wiederaufbau. Hier wird jeder gefordert sein. Das bedeutet, je besser wir die Verwunden versorgen, je besser es uns gelingt, die körperliche Integrität und Funktionalität wiederherzustellen, desto leichter wird uns gemeinsam der Wiederaufbau gelingen.

WAS MÜSSEN WIR CHIRURGEN NUN TUN?

Diese Frage ist recht einfach zu beantworten: Wir müssen uns auf diese Situation vorbereiten. Das bedeutet zum einen, dass wir uns mehr als bisher mit den besonderen Verletzungsmustern der Schuss- und Explosionsverletzungen auseinandersetzen müssen. Je besser wir das machen, und hier ist die Herausforderung, diese Fähigkeiten in der Fläche zu entwickeln, desto weniger schwierige Verläufe werden auftreten, desto besser sind die Ergebnisse und desto weniger wird das Gesundheitssystem belastet. Auf der anderen Seite müssen wir uns mit dem Management der Patienten bei einem Massenanfall von Verletzten bei Sabotage (Terror Like Attacks, (TLA), ist wie ein Terroranschlag), also einem TerrorMANV beschäftigen. Dazu gehört es, eine große Anzahl von Patienten, die ein Krankenhaus überrennen, organisieren zu können. Dazu gehört es auch, sich mit häufigen Zusatzverletzungen auszukennen, wie z. B. der Verbrennung, die gerade bei Explosionsverletzungen häufig auftreten. Dazu gehört es, sich mit der Schuss- und Explosionsballistik auseinanderzusetzen. Es gehört aber auch dazu, dass wir versuchen die Chirurgen flächendeckend zu befähigen, nicht nur als Spezialist tätig zu werden, sondern einen gewissen Mut haben, auch außerhalb der eigenen Komfortzone Verantwortung zu übernehmen. Das bedeutet z. B., als Gynäkologe vielleicht eine Bauchblutung zu stillen oder als Plastischer Chirurg eine Gefäßverletzung zu versorgen. Da es in der heutigen Zeit aufgrund der medizinischen Entwicklung nicht mehr möglich ist, alle Chirurgen primär zum Allgemeinchirurgen weiterzubilden – was für dieses Szenario sicher das Beste wäre – können wir das nur über ein entsprechendes Kurssystem incl. einer Personenzertifizierung umsetzen.

Die chirurgischen Fachgesellschaften haben dazu inzwischen verschiedene Kurse entwickelt, die sich mit diesen Themen beschäftigen. Neu verabschiedet ist eine Personenzertifizierung der DGU® in Zusammenarbeit mit dem Sanitätsdienst der Bundeswehr sowie den BG-Kliniken, der DGOU und der DGCH. Diese Personenzertifizierung bündelt alle notwendigen Kenntnisse und fokussiert auf die Fähigkeit, bei einem TerrorMANV, auch im Rahmen eines LV/BV und einem TLA, zu bestehen und nennt sich NotfallchirurgMANV. Weiterhin stehen Formate wie der „Terror and Disaster“-Kurs (TDSC), der „ATC“-Kurs (Acute Care in Trauma, AUC), ein „BurnsKurs 48“ sowie ein „Gefäßtraumakurs“ u. v. m. zur Verfügung.

ZUSAMMENFASSUNG

Ziel dieses Artikels ist es, uns Chirurgen für das Thema der Landes- und Bündnisverteidigung zu sensibilisieren. Dieses Thema betrifft eben nicht nur die Bundeswehrchirurgen, sondern alle Chirurgen in Deutschland. Um sich auf eine solche Situation vorbereiten zu können, ist es zunächst notwendig zu verstehen, was in einem solchen Szenario auf Deutschland und die Medizin in Deutschland zukommt. Wir Chirurginnen und Chirurgen stehen hier ganz wesentlich, wie auch die anästhesiologischen Kolleginnen und Kollegen, im Fokus der Verantwortung und damit auch der Belastung. Und klar ist auch, dass man sich in einer Notsituation besser schlägt, je besser man vorbereitet ist. Dieses impliziert, dass es ein eigenes chirurgisches Interesse sein muss, uns um diese notwendige Vorbereitung zu bemühen und auch einzufordern. Das sind wir denen schuldig, die in einem solchen Szenario an der Front kämpfen, um unsere demokratisch freiheitliche Grundordnung auch für uns und die gesamte Gesellschaft zu verteidigen.

LITERATUR

- [1] <https://www.bpb.de/themen/wirtschaft/europa-wirtschaft/542999/russland-auf-dem-weg-in-die-kriegswirtschaft/> (12.08.2024, 13:19)
- [2] <https://www.faz.net/aktuell/politik/ausland/generalinspekteur-breuer-in->

fuenf-jahren-kann-putin-nato-angreifen-19681205.html (12.08.2024, 13:23)

- [3] <https://www.gesetze-im-internet.de/gg/BJNR00010949.html> (12.08.2024, 13:25)
- [4] <https://www.bmvg.de/de/themen/verteidigung/multinationale-zusammenarbeit/nato> (12.08.2024, 13:29)
- [5] Achatz G, Bieler D, Franke A, Friemert B; Deployment, Disaster and Tactical Surgery Section. International efforts for improved terror preparedness: a necessity and an obligation. Eur J Trauma Emerg Surg. 2023 Apr;49(2):587-588. doi: 10.1007/s00068-023-02251-7. PMID: 37166503; PMCID: PMC10175376.
- [6] Friemert B, Franke A, Bieler D, Achatz A, Hinck D, Engelhardt M. Versorgungsstrategien beim MANV/TerrorMANV in der Unfall- und Gefäßchirurgie : Darstellung eines Versorgungskonzeptes [Treatment strategies for mass casualty incidents and terrorist attacks in trauma and vascular surgery : Presentation of a treatment concept]. Chirurg. 2017 Oct;88(10):856-862. German. doi: 10.1007/s00104-017-0490-4. PMID: 28801785.
- [7] https://en.wikipedia.org/wiki/Improvised_explosive_device (12.08.2024, 13:42)
- [8] Hoth P, Bieler D, Friemert B, Franke A, Blätzing M, Achatz G; AG EKTC der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie. Sicherheitsaspekte und Vorbereitung zur Notfallvorsorge und Gefahrenabwehr in Kliniken bei MANV/TerrorMANV : Ausblick auf zukünftige Herausforderungen anhand von Umfrageergebnissen zur 3. Notfallkonferenz der DGU [Safety aspects, emergency preparedness and hazard prevention in hospitals concerning mass casualty incidents (MCI)/terror-related MCI : Prospects on future challenges based on survey results from the 3rd emergency conference of the DGU]. Unfallchirurgie (Heidelb). 2022 Jul;125(7):542-552. German. doi: 10.1007/s00113-021-01046-y. Epub 2021 Aug 2. PMID: 34338840; PMCID: PMC9256572.
- [9] Rehabilitation in a war zone. Bull World Health Organ. 2022 Nov 1;100(11):658-659. doi: 10.2471/BLT.22.021122. PMID: 36324550; PMCID: PMC9589391. 

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**

Geschlechtsspezifische Sportorthopädie – Ein Thema so aktuell wie noch nie

Rebecca Sängler

Das Jahr 2024 wird ganz besonders in Europa durch zahlreiche sportliche Großveranstaltungen geprägt. Während zunächst die Fußball-Europameisterschaft der Männer die Massen begeisterte, beherbergt Paris erstmals seit 2012 die Olympischen Sommerspiele auf europäischem Boden. Doch auch aus Gleichstellungssicht markieren die Spiele ein besonderes Ereignis. Zum ersten Mal in der Geschichte werden die Startplätze zu gleichen Teilen an Frauen und Männer vergeben. Im Sinne einer bestmöglichen Versorgung aller Athletinnen und Athleten macht also eine geschlechtsspezifische Betrachtungsweise von Sportverletzungen Sinn.

Männer zeigen im Vergleich zu Frauen im Sport eine höhere Verletzungshäufigkeit.

71 % aller Sportverletzungen wurden bei männlichen Sportlern registriert [1]. Jedoch verletzen sich weibliche Athletinnen schwerer. In einer vergleichenden Studie einer je männlichen und weiblichen Profi-Fußballmannschaft der Spanischen Primera División fielen die männlichen Spieler durch eine 30 bis 40 % höhere Spielverletzungsinzidenz auf [2]. Die Spielerinnen hingegen zeigten 21 % mehr Abwesenheitstage, am ehesten aufgrund der deutlich schwerwiegenderen Verletzungen wie Syndesmosenrupturen oder Verletzungen des vorderen Kreuzbands. Diese Verletzungen spiegeln sich auch in den Charakteristika sportassoziiierter Verletzungen wider. Sportlerinnen verletzen sich vornehmlich die untere Extremität, sie erleiden Überlastungsverletzungen zu 90 % im Hüft- und



Dr. med. Rebecca Säger

Ab 04/2024 Assistenzärztin,
Schwerpunkt: Kniechirurgie,
Geschlechtsspezifische Medizin
Klinik für Orthopädie, Unfall- und
Wiederherstellungschirurgie,
Rehabilitative Medizin
Universitätsklinikum Greifswald
rebecca.saenger@med.uni-greifswald.de

Säger R: Geschlechtsspezifische
Sportorthopädie – Ein Thema so aktuell wie
noch nie. *Passion Chirurgie*. 2024 September;
14(09/III): Artikel 03_03.



Weitere Artikel zur „Orthopädie/
Unfallchirurgie“ finden Sie auf BDC|Online
(www.bdc.de) unter der Rubrik Wissen |
Fachgebiete | Orthopädie/Unfallchirurgie.

Beckenbereich. Männliche Athleten dagegen zeigen überwiegend traumatische Verletzungen, meist im Rahmen von Kontakt- oder Kollisionssportarten [3].

Als Flaggschiff der geschlechtsspezifischen Betrachtungsweise gilt im sportorthopädischen Bereich nach wie vor die Ruptur des vorderen Kreuzbandes (VKB). Bereits seit nahezu drei Jahrzehnten bekannt, nahm dank der forcierten medialen Berichterstattung im Rahmen der FIFA Frauen WM 2023 neben Fachleuten nun auch die breite Öffentlichkeit Notiz von einer um das 4- bis 8-fach höheren Verletzungshäufigkeit bei Sportlerinnen [4]. Drei der vier Hochrisikosportarten für VKB-Rupturen sind die von Frauen ausgeübten Sportarten Basketball, Gymnastik und Fußball [5]. Die Frage nach zugrundeliegenden Ursachen wurde laut und aus bereits älteren Erkenntnissen entwickelten sich jetzt Erklärungsmodelle hinsichtlich der Gründe für die bestehenden Geschlechtsdiskrepanzen. In erster Linie kommen sowohl Laien als auch Fachleuten aufgrund ihrer offensichtlichen Unterschiede die Einflüsse durch Sexualhormone in den Sinn. Die Frage nach risikobehafteten Phasen des Menstruationszyklus der Frau erscheint fast als eine logische Konsequenz. Rezeptoren für Sexualhormone wie Östrogen, Testosteron, Progesteron und bei Frauen exklusiv auch Relaxin wurden auf vorderen Kreuzbändern nachgewiesen. Der Beweis für einen relevanten klinischen Einfluss auf höhere Rupturraten bei Frauen bleibt jedoch nach wie vor aus [6]. Vordere Kreuzbandrupturen ereignen sich in allen Phasen des Menstruationszyklus, Phasen höherer Rupturraten konnten bisher nicht zweifelsfrei detektiert werden. Die Einnahme oraler Kontrazeptiva soll eine protektive Wirkung zeigen, jedoch beruhen diese Aussagen auf wenigen Registerstudien aus den USA und Dänemark [7]. Ob möglicherweise begleitende Faktoren eine größere Rolle spielen, kann hieraus nicht abgeleitet werden. Angaben über die Art und Hormonkombination der verwendeten Präparate sind in den jeweiligen Studiendesigns nicht erhältlich.

Vordere Kreuzbänder unterliegen neben biologischen in hohem Maße auch anatomischen und biomechanischen Einflüssen. Es

besteht Expertenkonsens darüber, dass vermutlich eine Kombination unterschiedlicher Risikofaktoren die weibliche VKB-Ruptur begünstigen [8]. Zur besseren Veranschaulichung werden sie in der Literatur in modifizierbare und nichtmodifizierbare Faktoren unterteilt.

Tabelle 1: Weibliche Risikofaktoren für Rupturen des vorderen Kreuzbands, Aus [4]

Modifizierbar	Nichtmodifizierbar
Biomechanik Neuromuskuläre Kontrolle	Anatomie Hormone Genetik

Frauen zeigen bedingt durch eine breitere Beckenanatomie einen größeren Quadrizepswinkel (Q-Winkel), der in der Literatur häufig mit höheren Spannungen auf das VKB in Verbindung gebracht wird [9]. Auch scheint eine erhöhte sagittale Neigung des Tibiaplateaus („tibial slope“) vornehmlich für Frauen risikobehaftet zu sein [10]. Ein wesentliches Problem bei Athletinnen scheinen jedoch in erster Linie für das VKB gefährliche Bewegungsmuster zu sein. Insbesondere im Rahmen von Landungsphasen nach Sprüngen zeigen Sportlerinnen vermehrt eine dynamische Valgusstellung des Kniegelenks. In Kombination mit einer erhöhten Hüftadduktion, vermehrter tibialer Außenrotation und einer Fußpronation gerät das VKB unter Belastung [8].

Neben epidemiologischen Angaben zur Rupturrate zeigen sich auch hinsichtlich des Outcomes nach operativem Ersatz des VKB signifikante Unterschiede. Derzeit berücksichtigen wir bei der Indikationstellung und bei operativer Versorgung das Geschlecht der Patienten nicht. Frauen weisen jedoch schlechtere postoperative Funktionsscores und geringere Return-to-Sport-Raten auf, weshalb dieses Vorgehen zukünftig kritisch betrachtet werden sollte [12, 13]. Beispielsweise könnte sich eine forciert eingesetzte zusätzliche extraartikuläre anterolaterale Stabilisierung bei Frauen als vorteilhaft erweisen. Diese Überlegung beruht auf den Vorgaben der ALL-Konsensusgruppe (Anterolateral Ligament Expert Group), die eine Hyperlaxizität (Beighton-Score ≥ 5) als

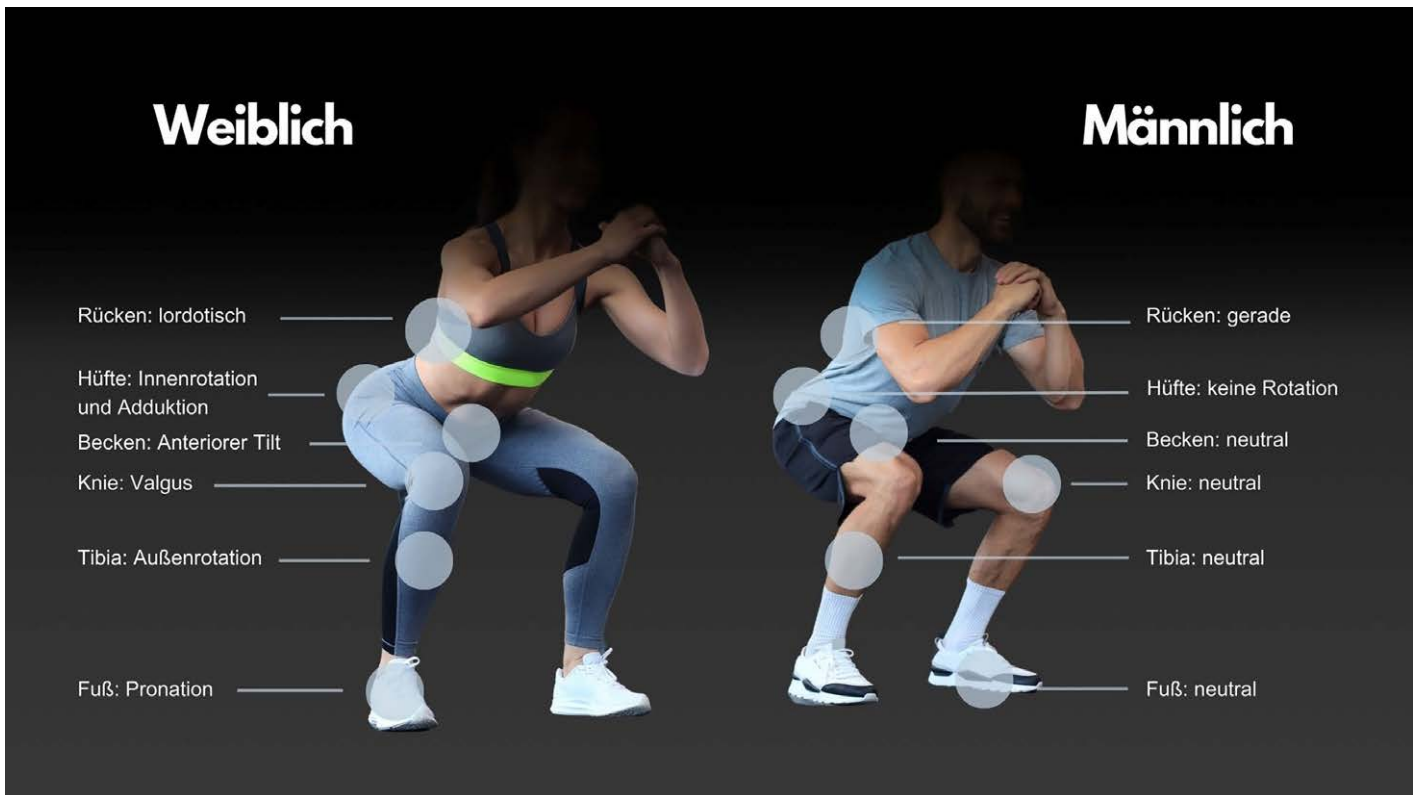


Abb. 1: Geschlechtsspezifische Unterschiede während Landungsphasen, Aus: [1] Sängler R. Geschlechtsspezifische Sportverletzungen - Wenn die männliche Achillessehne zum weiblichen Kreuzband wird. Orthopädische Unfallchirurgische Nachrichten DKOU Special. 2023 10.2023.

primäres Entscheidungskriterium für eine entsprechende Stabilisierung postuliert [14]. Diese konstitutionelle Hyperlaxizität wird häufiger bei Frauen beobachtet. Die Wahl des Transplantats scheint eine eher untergeordnete Rolle zu spielen. Unterschiedliche Transplantate erbrachten bisher vergleichbare Ergebnisse, in bisherigen Studien fand der geschlechtsspezifische Einfluss jedoch selten Berücksichtigung. Hier ist eine bessere Studienlage zu fordern [15].

Das Phänomen eines schlechteren postoperativen Outcomes bei Frauen scheint kein exklusives Problem der Kreuzbandchirurgie zu sein. Ähnlich verhält es sich im Bereich der Knorpel- und Meniskus chirurgie des Kniegelenks. Daten aus dem deutschsprachigen Knorpel- und Arthroskopieregister zeigen unmittelbar postoperativ und auch im mittelfristigen

Verlauf schlechtere Werte der Patientinnen [16, 17]. Die Ruptur der Achillessehne, ein vornehmlich männlich dominiertes Problemfeld, macht auch hier keine Ausnahme. Die männlichen Patienten profitieren in höherem Maße von der operativen Versorgung [18]. Eine Ursache könnten die bereits präoperativ schlechteren Werte der Frauen sein, die zudem oftmals erst mit größerer zeitlicher Latenz einer operativen Therapie zugeführt werden. Andererseits könnten auch soziale Einflüsse und geschlechtsspezifische Rollenmodelle relevant sein. Im Vergleich zwischen Erwachsenen und Kindern wurden signifikante Unterschiede bei der Verwendung des IKDC-Scores (International Knee Documentation Committee) nach Bandverletzungen festgestellt, die zur Entwicklung eines Pediatric-IKDC führten [19]. In ähnlicher Weise wird derzeit die Vergleichbarkeit hinsichtlich

des Geschlechts in der Erhebung von PROMS (Patient Reported Outcome Measures) infrage gestellt. Männer und Frauen könnten eine unterschiedliche Grundresilienz aufweisen, was sich auf die Wahrnehmung von Funktionalität, Mobilität sowie Schmerzwahrnehmung und psychischer Gesundheit auswirkt. Gemäß dem allgemein akzeptierten Grundsatz „Kinder sind keine kleinen Erwachsenen“ könnte es also bald heißen „Frauen sind keine kleinen Männer“. Bei einem stetig wachsenden Anteil weiblicher Sportlerinnen auch im professionellen Kontext zeigt sich die hohe Relevanz einer gendersensiblen Betrachtungsweise auch in der Sportorthopädie.

Die Literaturliste erhalten Sie auf Anfrage via passion_chirurgie@bdc.de. 

~~956,- €~~
399,- €

Für Ihre
jungen
Ärztinnen/
Ärzte

Das neue BDC-Starterpaket

Das günstigste Weiterbildungspaket für die Chirurgie

Das ist drin für Ihre Assistentinnen und Assistenten:

Ein Weiterbildungsseminar

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

Einjährige Mitgliedschaft im Berufsverband der Deutschen Chirurgie e.V.

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

Sechsmonatiger Zugang zur Lernplattform Amboss

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

Teilnahme am Deutschen Chirurgie-Kongress

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

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



* Das Seminar muss innerhalb der Mitgliedschaft gebucht werden.

** Die BDC-Mitgliedschaft gilt ab Buchung in 2024 bis Dezember 2025.

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

Seminar „Basischirurgie“: ein Teil online, ein Teil in Präsenz

Dieses BDC-Basischirurgie-Seminar vermittelt Berufseinsteigern das nötige Grundwissen und die chirurgischen Basisfertigkeiten, die für den Berufsalltag auf der Station, im Nachtdienst und in der Notaufnahme notwendig sind.

Neu an diesem Seminar ist der modulare Aufbau. Die ersten beiden Tage werden online durchgeführt, sodass Sie von Zuhause oder direkt aus Ihrer Arbeit teilnehmen und die breit gefächerten Informationen über Krankheitsbilder und die ersten Therapiemaßnahmen in der Notaufnahme sowie allgemeine

Informationen, die Ihnen die Entscheidungen in der Stationsarbeit erleichtern, aufnehmen können. Die Vorträge werden Ihnen im Nachhinein zum Nachlesen zur Verfügung gestellt.

Der zweite Teil des Seminars findet Freitag und Samstag in einem Berliner Trainingszentrum statt. Am ersten Tag haben wir den Focus auf Reanimation und kleinere Nähübungen zum Warmwerden gelegt. Der zweite Tag wird Ihnen die Laparoskopie und die Anlage von Anastomosen näherbringen. ○

Sie sparen Arbeits- und Reisezeit mit dem Online-Kurs und verzichten trotzdem nicht auf den kollegialen Austausch, da die beiden letzten Kursteile in Präsenz in Berlin stattfinden!

Das nächste Basischirurgie-Seminar findet statt:

Teil I online: 07. – 08. Oktober 2024

Teil II Workshops: 18. – 19. Oktober 2024, Berlin

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



BDC: Seminar „Basischirurgie“: ein Teil online, ein Teil in Präsenz. Passion Chirurgie. 2024 September; 14(09/QIII): Artikel 04_01.



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



© iStock/Martin Keller

Wo liegt die Zukunft der Chirurgischen Weiterbildung?

Ralph Lorenz, Marie Samland, Katharina Paul-Promchan, Karsten Mann, Max von Seebach, Gunnar Peters

ERGEBNISSE DER BLITZUMFRAGE DES LANDESVERBANDES BERLIN IM BDC

Die Weiterbildung ist eine der zentralen Herausforderungen in der Chirurgie. Drei wesentliche Gründe spielen in der heutigen Zeit dabei eine besondere Rolle:

1. Die politisch gewollte Zentralisierung führt neben der weiteren Einführung von Mindestmengen unweigerlich zu einer stets wachsenden Spezialisierung innerhalb der Chirurgie. Dadurch kann heute keine Klinik in Deutschland mehr eine chirurgische Weiterbildung vollumfänglich abbilden.

**Korrespondierender Autor:****Dr. med. Ralph Lorenz, FEBS-AWS**

1. Vorsitzender BDC|Landesverband Berlin
Hernienzentrum 3+CHIRURGEN
Klosterstraße 34/35
13581 Berlin
Havelklinik Spandau
Medizinische Universität Brandenburg
lorenz@3chirurgen.de

2. Die weiterhin angestrebte „Ambulantisierung“ führt zu einer zunehmenden Verschiebung ganzer Teilbereiche der Chirurgie in den ambulanten Sektor, wie beispielsweise die Proktologie, die Venenchirurgie und die Hernienchirurgie. Dort findet die chirurgische Weiterbildung allerdings bisher nur in Ausnahmefällen statt. Gerade diese Fachbereiche gehören jedoch zu den häufigsten chirurgischen Erkrankungen, sind wesentlicher Bestandteil des chirurgischen Alltags und sollten obligater Bestandteil der Weiterbildung für die jungen Chirur:innen der jeweiligen Schwerpunkte sein.

3. Die Ökonomisierung im Gesundheitswesen stellt eine dritte wesentliche Herausforderung für die Weiterbildung dar. Der daraus resultierende Zeitdruck erlaubt kaum eine strukturierte Weiterbildung.

Unterstützung des BDC führte der Landesverband Berlin vor diesem Hintergrund über das Modul Survey Monkey eine anonymisierte Umfrage mit insgesamt 16 Fragen zum Thema Weiterbildung durch. Alle rund 800 Mitglieder des BDC|Landesverbandes Berlin wurden im Januar und Februar 2024 per Mail eingeladen, diese Fragen zu beantworten. Wir erhielten von insgesamt 311 Mitgliedern eine Antwort. Diese möchten wir Ihnen in diesem Artikel auszugsweise vorstellen. Die Ergebnisse wurden darüber hinaus auch im Rahmen der 8. Gemeinsamen Frühjahrstagung der ANC und BDC Berlin und Brandenburg am 25. Mai 2024 in Potsdam von Dr. Marie Samland vorgestellt.

Wir erhielten Antworten aus allen chirurgischen Berufsgruppen, somit darf diese Umfrage durchaus als repräsentativ gelten. Fast 70 % der Umfrageteilnehmenden haben dabei bisher keine Weiterbildungsermächtigung.

WOHIN GEHT DIE REISE UND WIE SICHERN WIR DEN DRINGEND NOTWENDIGEN CHIRURGISCHEN NACHWUCHS?

Der BDC hat mit der BDC-Akademie strukturierte, weit akzeptierte chirurgische Weiterbildungsangebote entwickelt und bemüht sich diese auch kontinuierlich an neue Entwicklungen und Formate anzupassen. Mit

Besonders interessant waren bei der Umfrage folgende Ergebnisse:

Aktuell liegt die Hoheit bezüglich der Weiterbildungsinhalte mit entsprechendem Kompetenzerwerb bei den Landesärztekammern. Offenbar wünschen die Befragten eine verstärkte Einflussnahme der Fachgesellschaften und des BDC.

Lorenz R, Samland M, Paul-Promchan K, Mann K, von Seebach M, Peters G: Wo liegt die Zukunft der Chirurgischen Weiterbildung? Passion Chirurgie. 2024 September; 14(09/III): Artikel 04_02.



Weitere Artikel zum Thema „Weiterbildung“ finden Sie auf BDC|Online (www.bdc.de) unter der Rubrik Aus-, Fort- und Weiterbildung.

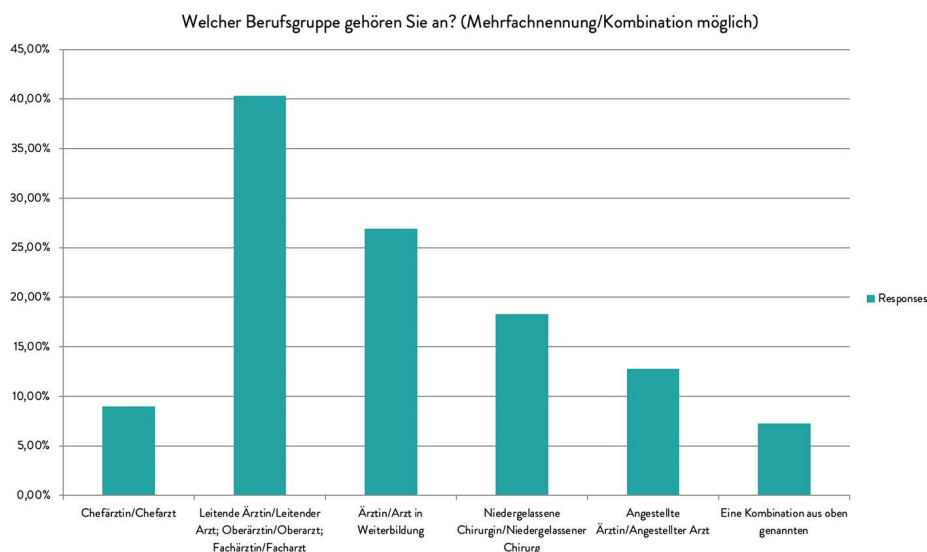


Abb. 1: Antworten aus den chirurgischen Berufsgruppen

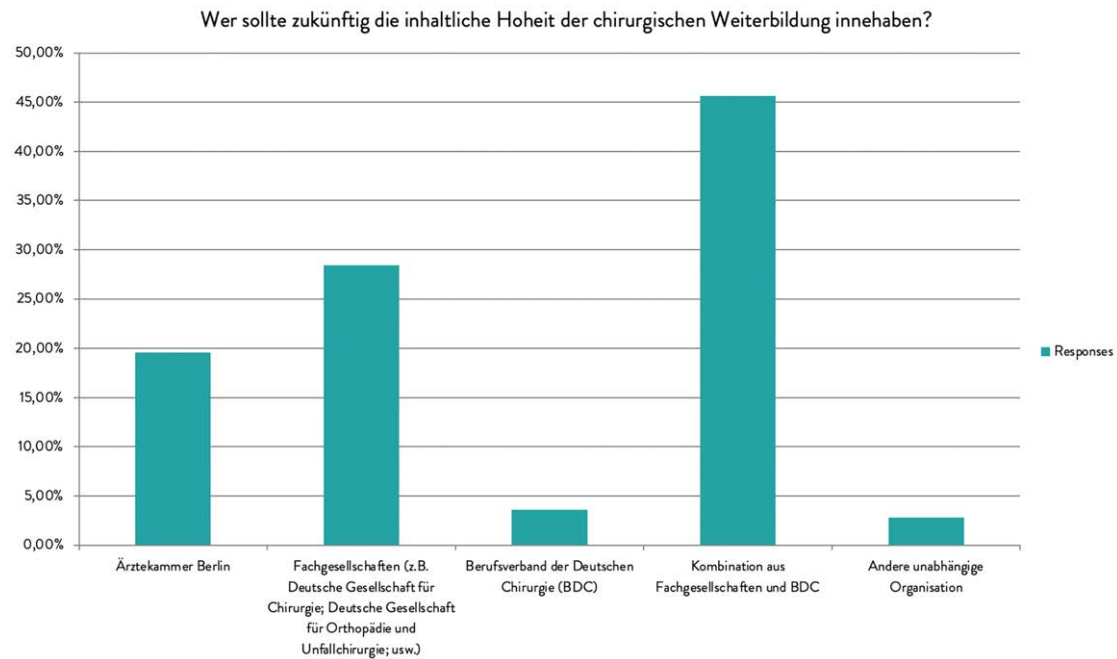


Abb. 2: Wer sollte zukünftig die inhaltliche Hoheit der chirurgischen Weiterbildung innehaben? (Anteil in %)

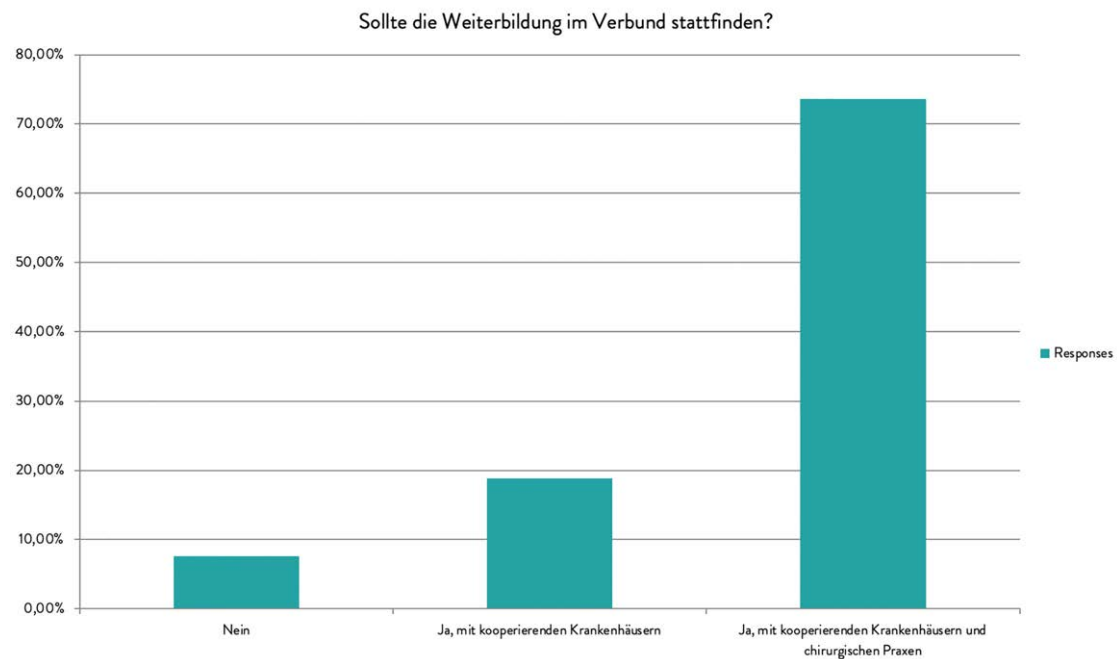


Abb. 3: Sollte die Weiterbildung im Verbund stattfinden? (Anteil in %)

Demnach ist die Weiterbildung im Verbund zwischen stationären und ambulanten Einrichtungen dringend erwünscht.

Hier gilt es somit zukünftig flexible Rahmenbedingungen zu schaffen, damit diese Kooperationen insbesondere auch mit chirurgischen Praxen möglich werden.

Bisher ist diese Weiterbildung fakultativ zwar auch in chirurgischen Praxen möglich, wird jedoch aufgrund der fehlenden finanziellen Unterstützung insbesondere im Land Berlin bisher nicht oder nur in Ausnahmefällen genutzt. Fast die Hälfte spricht sich dafür aus, dass zukünftig diese fakultative Weiterbildung in eine

obligatorische Weiterbildung umgewandelt wird. Dabei muss aber berücksichtigt werden, dass die Einführung von obligatorischen Weiterbildungsanteilen in chirurgischen Praxen eine neue und zusätzliche Hürde für den Nachwuchs bedeuten könnte, wenn nicht genügend Kolleg:innen mit einer Weiterbildungsbefugnis und damit

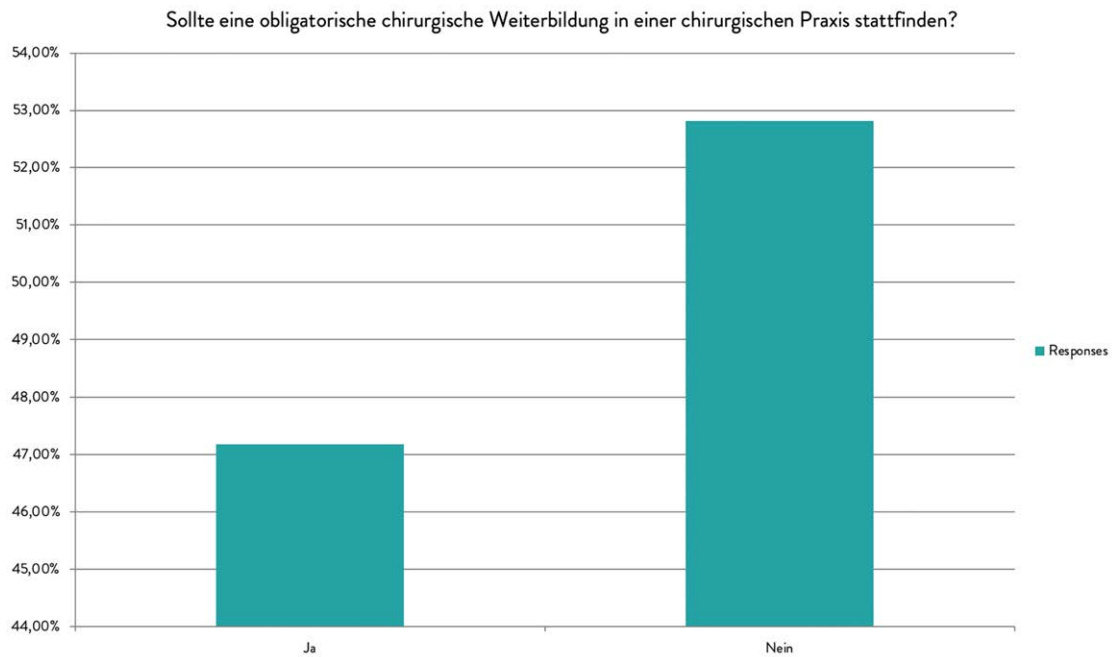


Abb. 4: Sollte eine obligatorische chirurgische Weiterbildung in einer chirurgischen Praxis stattfinden? (Anteil in %)

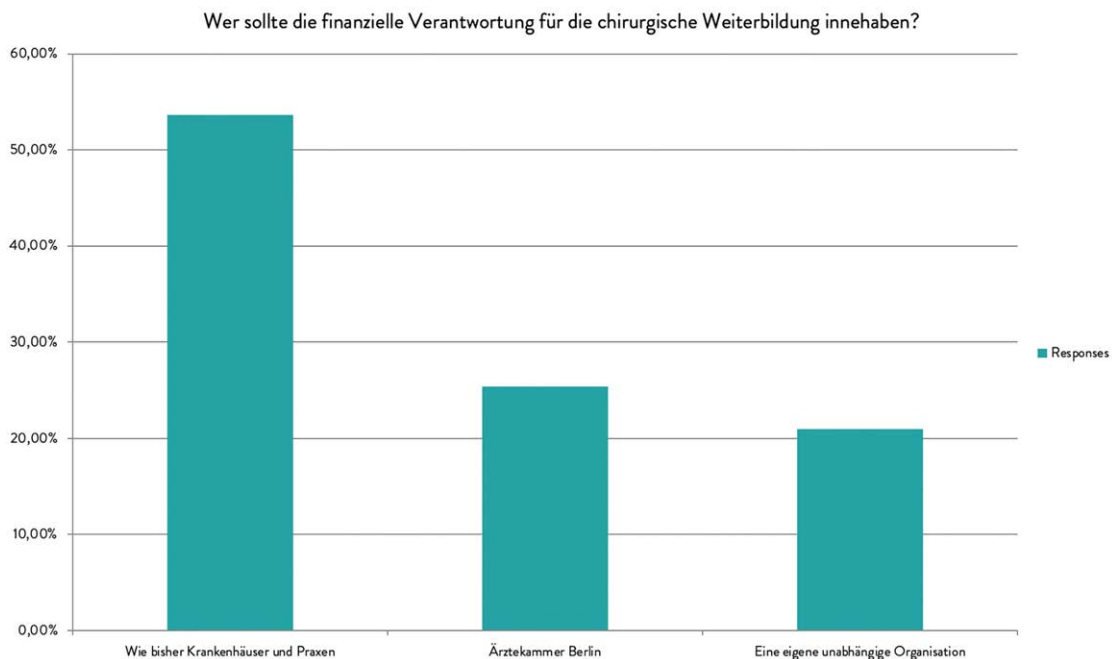


Abb. 5: Wer sollte die finanzielle Verantwortung für die chirurgische Weiterbildung innehaben? (Anteil in %)

Weiterbildungsstellen in den Praxen zur Verfügung stehen würden.

Grundsätzlich ist die Refinanzierung der zusätzlichen Kosten für die ärztliche Weiterbildung eine gesamtgesellschaftliche

Aufgabe, die entweder über die Krankenkassen oder aus Steuermitteln erfolgen muss.

Eine knappe Mehrheit spricht sich somit gegen die bisher geltende unbefristete chirurgische Weiterbildungsermächtigung aus.

Hier ist die Ärztekammer Berlin gefragt, dies noch einmal zu evaluieren und gegebenenfalls auch zukünftig zu ändern.

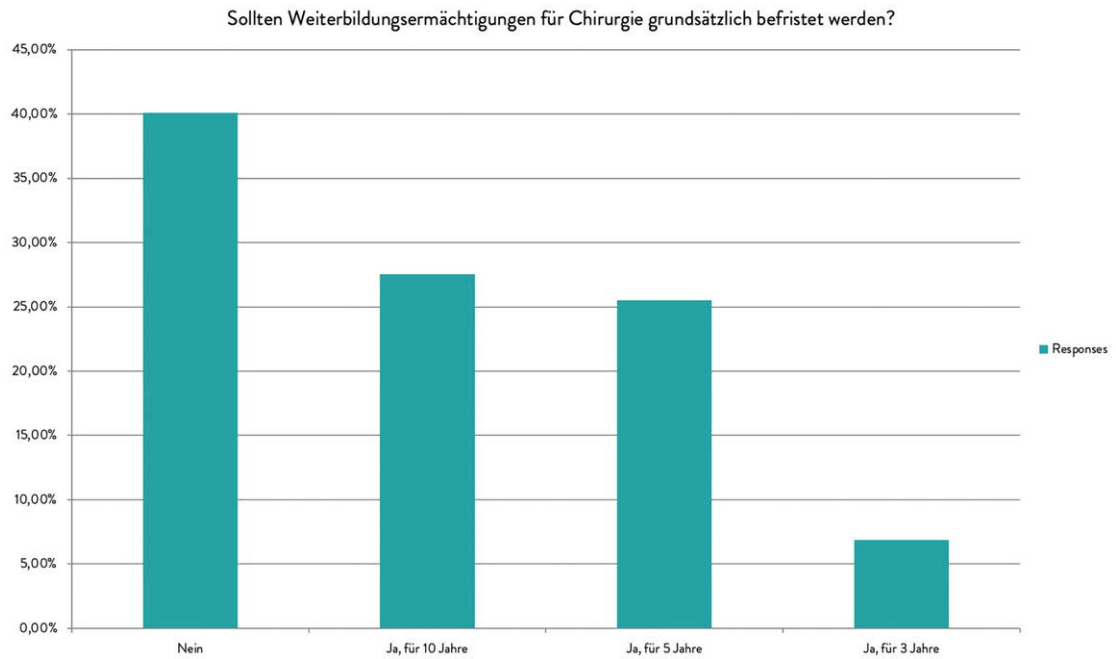


Abb. 6: Sollten Weiterbildungsmöglichkeiten für Chirurgie grundsätzlich befristet werden?

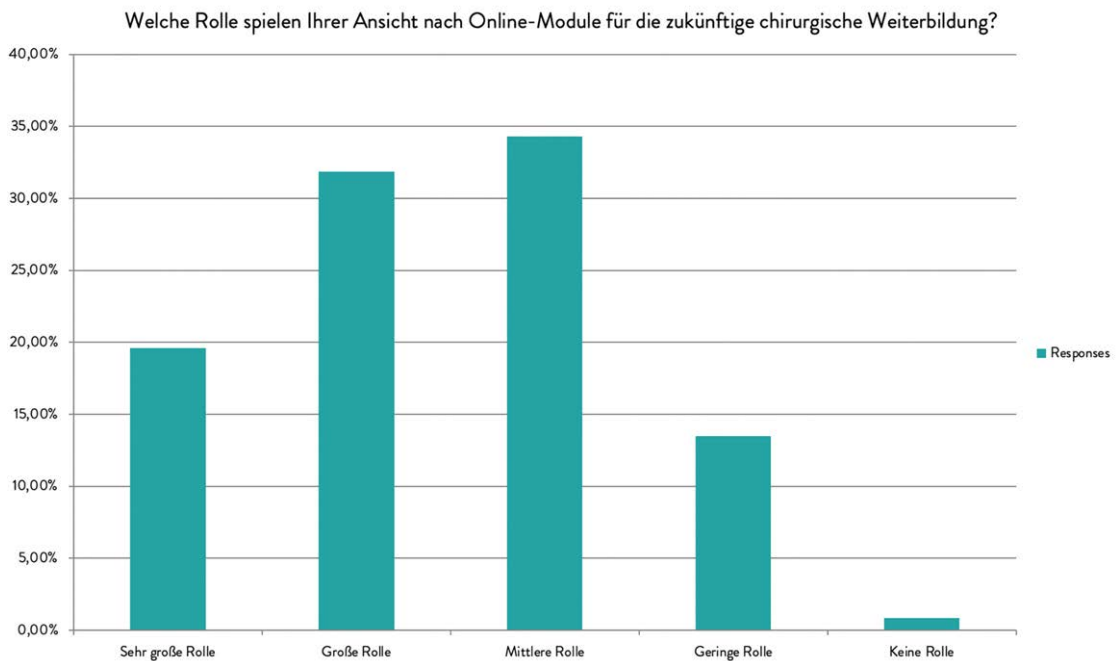


Abb. 7: Welche Rolle spielen Ihrer Ansicht nach Online-Module für die zukünftige chirurgische Weiterbildung? (Anteil in %)

Ein ziemlich eindeutiges Votum gab es bezüglich der folgenden Fragen:

79,8 % der Umfrageteilnehmenden wünschen sich zukünftig eine Evaluation sowohl der Weiterbildung als Ganzes als auch der Weiterbildenden.

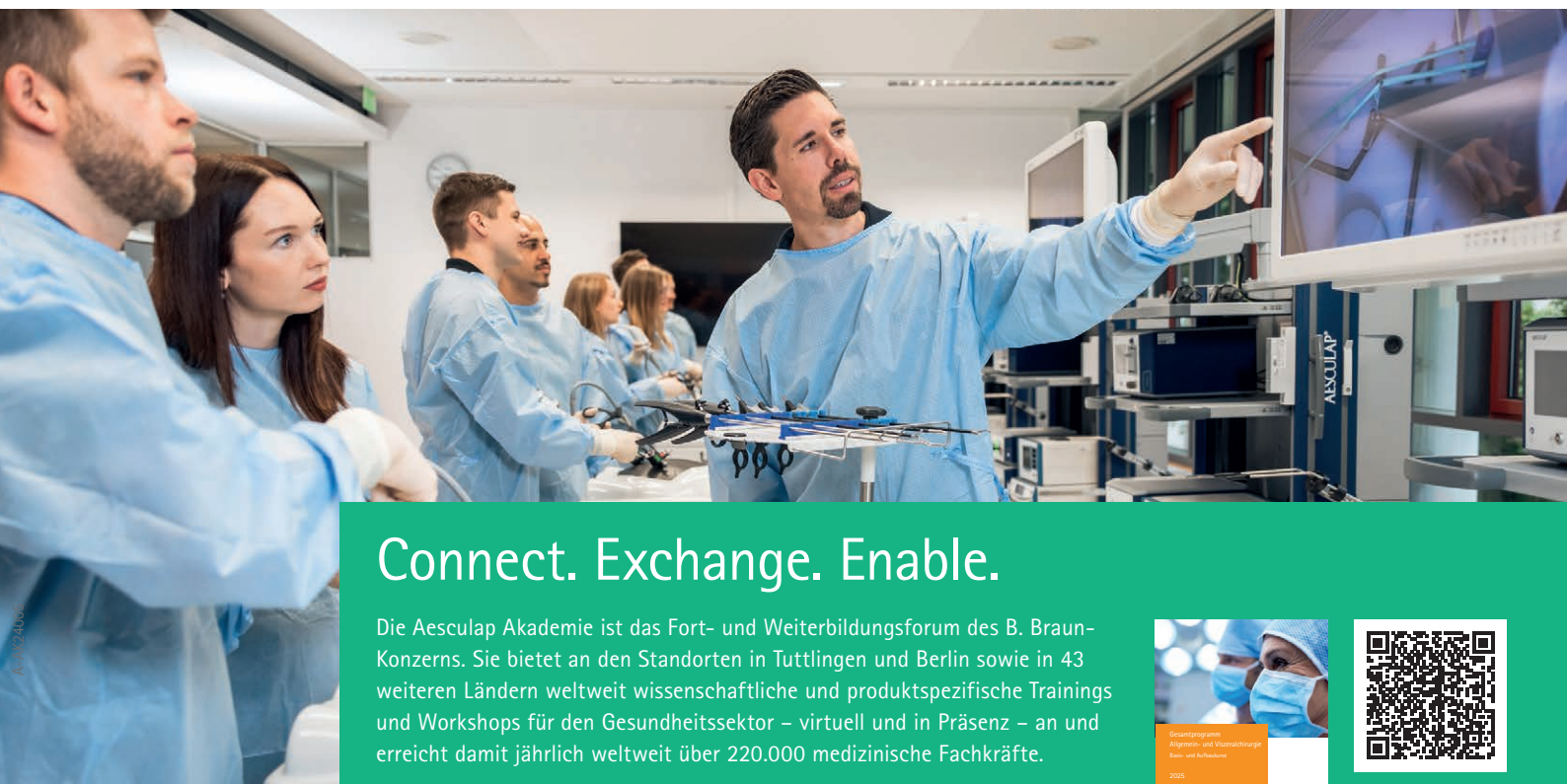
83,3 % der Umfrageteilnehmenden wünschen darüber hinaus eine finanzielle Förderung der Weiterbildungsstätten.

Die derzeit bestehenden Online Module des BDC werden jedoch leider bisher zu wenig genutzt. Mehr als die Hälfte der

Umfrageteilnehmenden nutzt diese bisher noch gar nicht (52,7 %). Der BDC wird diese daher vermehrt kommunizieren und bewerben.

Zusammenfassung

Die Weiterbildung sollte zukünftig auf breitere Sockel gestellt werden. Verbundweiterbildungen sowohl mit kooperierenden Krankenhäusern als auch mit chirurgischen Praxen sind aller Voraussicht nach die Zukunft, weil dadurch alle Teilbereiche der Chirurgie inhaltlich besser abgedeckt werden können. Eine finanzielle Förderung der Weiterbildungsstätten im Rahmen der chirurgischen Weiterbildung ist notwendig, damit der zusätzliche zeitliche Aufwand in Zeiten der zunehmenden Ökonomisierung und Ambulantisierung im Gesundheitssektor kompensiert werden kann. Eine Evaluation der Weiterbildung ist dabei genauso notwendig wie die der Weiterbildenden. ○



Connect. Exchange. Enable.

Die Aesculap Akademie ist das Fort- und Weiterbildungsforum des B. Braun-Konzerns. Sie bietet an den Standorten in Tuttlingen und Berlin sowie in 43 weiteren Ländern weltweit wissenschaftliche und produktspezifische Trainings und Workshops für den Gesundheitssektor – virtuell und in Präsenz – an und erreicht damit jährlich weltweit über 220.000 medizinische Fachkräfte.

Aesculap Akademie GmbH | 78532 Tuttlingen | www.aesculap-akademie.de
Aesculap Academy – part of the B. Braun Group



Information
und Anmeldung

SAFETY CLIP

Second Victim: Wenn der Beruf zum Trauma wird

Larissa Gerke

Das Personal im Gesundheitswesen wird tagtäglich mit schwerwiegenden Ereignissen und Patientenschicksalen konfrontiert. Dabei muss es nicht zwingend relevant sein, ob jemand selbst oder ein Kollege beziehungsweise eine Kollegin an der Behandlung beteiligt war. Die Belastung eines unerwünschten Ereignisses, eines unbeabsichtigten Behandlungsfehlers oder der Verletzung eines Patienten oder einer Patientin kann jeden emotional treffen und negative Folgen für die Psyche haben.

SECOND-VICTIM-PHÄNOMEN – EIN ALTER HUT ODER DOCH EIN DAUERBRENNER?

Kommt es zu einem Behandlungszwischenfall, dann stehen zunächst der Patient und die Angehörigen im Mittelpunkt (first victims). Bereits im Jahr 2000 prägte Albert Wu, Professor an der Johns Hopkins University in Washington, den Begriff Second Victim. Dieser bezieht sich auf die am Ereignis beteiligten Fachpersonen. Auch diese können durch



Larissa Gerke
 Risikoberaterin
 GRB Gesellschaft für Risiko-Beratung
 mbH
 Ecclesiastraße 1-4
 32758 Detmold
 larissa.gerke@grb.de
 www.grb.de

den Vorfall von intensiven Emotionen wie Schuld, Scham oder Selbstzweifel betroffen sein und unter der daraus resultierenden hohen Belastung leiden.

Ein Blick in die deutschen Kliniken zeigt, dass es auch nach über 20 Jahren nach der Einführung des Begriffs nur selten feste Strukturen für den Umgang mit derartigen Situationen gibt. Zwar wird in der Praxis darauf hingewiesen, dass es Beratungsstellen für Betroffene oder auch interne Gesprächsangebote gibt, die Umsetzung dieser Angebote ist allerdings häufig unstrukturiert.

Eine Erklärung dafür könnte sein, dass das Phänomen laut aktuellen Ergebnissen zwar weit verbreitet, jedoch nur wenig bekannt ist. So die Erkenntnisse aus der SeViD-Studienreihe, die sich seit 2018 mit dieser Thematik in einzelnen Berufsgruppen in Deutschland befasst. Die Verbreitung des Phänomens scheint dabei wenig überraschend. Mitarbeitende im Gesundheitswesen sind ohnehin einer hohen Grundbelastung ausgesetzt – zum Beispiel durch Personalmangel, kritische Patienten, Notfallsituationen oder auch ausweglose Schicksale. Nicht selten geht es um Leben und Tod. Betroffen von schwerwiegenden Ereignissen ist dabei nicht nur junges Personal. Auch bei routiniertem, erfahrenem Personal kann eine schwerwiegende Belastung ausgelöst werden.

DIE FOLGEN EINES TRAUMATISCHEN EREIGNISSES

Die Folgen für Betroffene können vielfältig sein. Häufig kommt es zu einer dysfunktionalen Verarbeitung. Infolgedessen können sich die Betroffenen isolieren, Depressionen oder eine Posttraumatische Belastungsstörung entwickeln. Die Belastung kann sich auch in Schlafstörungen äußern und dazu führen, dass die Situation immer wieder durchlebt wird. Es kann auch zu einer Substanzabhängigkeit kommen. Diese und weitere Faktoren wirken sich nicht nur auf die Gesundheit der Betroffenen aus, sondern auch auf den beruflichen Kontext. Die Angst vor zukünftigen Fehlern steigt und kann zur Unsicherheit im eigenen Handeln führen, sodass für manche nur noch die Flucht aus dem Beruf als Ausweg bleibt.

Die Folgen des Second-Victim-Phänomens können sich zudem auch negativ auf die Patientensicherheit auswirken. Behandelnde, die von der Angst geplagt sind, einen weiteren Fehler zu begehen oder auch an ihrer eigenen Fachkompetenz zweifeln, können ein defensives Verhalten entwickeln oder sie brauchen eine ständige Absicherung durch andere Teammitglieder. Zudem führt die gesundheitliche Belastung zu verminderter Leistungsfähigkeit, was wiederum die Fehleranfälligkeit erhöht. Dies kann zu Fehlentscheidungen, -handlungen oder verzögerten Behandlungen für die Patienten führen.

Letztendlich leidet aber auch die gesamte Organisation an den Folgen. Langfristige Ausfälle von Mitarbeitenden oder eine erhöhte Fluktuation können dem Betrieb schaden. Gleichzeitig können sich die Umstände negativ auf die vorherrschende Sicherheitskultur auswirken und diese schwächen.

HILFE FÜR BETROFFENE

Die Betroffenen wünschen sich häufig einen strukturierten Umgang mit derartigen Situationen. Besonders gefordert sind dabei die Führungskräfte. In deren Verantwortung liegt nicht nur die Schaffung etwaiger Strukturen, sondern auch die richtige Einschätzung der Mitarbeitenden und Situation, um entsprechende Maßnahmen anbieten und einleiten zu können. Das kann oftmals schwierig sein, da sie selbst durch das Ereignis betroffen sein können. Aber auch die Kolleginnen und Kollegen haben eine tragende Rolle und sollten im Umgang mit Second-Victims sensibilisiert werden.

In der Literatur bekannt ist das Drei-Stufen-Modell von Scott et al. (**Abb. 1**). Es beschreibt einen Eskalationsplan für die Unterstützung von Second Victims. In der ersten Stufe leisten die Teammitglieder Hilfe für die Betroffenen. Dazu müssen sie in der Lage sein, die Situation und die Belastung richtig einzuschätzen und dementsprechend zu handeln beispielsweise mit einem aktiven Gesprächsangebot. Schuldzuweisungen oder das altbekannte „Blame and Shame“ sollen vermieden werden, im Gegenteil dazu sollte Verständnis für die Hilfsbedürftigkeit gezeigt werden.

Gerke L: Safety Clip: Second Victim: Wenn der Beruf zum Trauma wird. Passion Chirurgie. 2024 September; 14(09/III): Artikel 04_03.



Weitere Artikel zur Patientensicherheit finden Sie auf BDC|Online (www.bdc.de), Rubrik Wissen | Qualität & Patientensicherheit | Safety Clip.



Abb. 1: Drei-Stufen-Modell zur Unterstützung von Second Victims nach Scott et al. [3]

Betroffene sollen dadurch ermutigt werden Hilfe einzufordern, ohne dass dies als Zeichen von Schwäche gedeutet wird. Darüber hinaus sollte ihnen eine kleine Auszeit angeboten werden, auch wenn das einen kurzfristigen Personalausfall bedeuten würde.

Sollte diese Unterstützung nicht ausreichen, wird nach dem Modell von Scott et al. ein Spezialteam aktiviert. Hierbei handelt es sich um ein im Umgang geschultes Team, welches direkt und niederschwellig für Betroffene verfügbar ist. Dieses Team ist dann ebenfalls in der Lage zu erkennen, wann die Stufe drei erreicht und professionelle Hilfe benötigt wird.

PRÄVENTION

Um in derartigen Situationen richtig und direkt handeln zu können, ist es ratsam, frühzeitig ein entsprechendes Konzept zu etablieren und die Mitarbeitenden einzubeziehen. Die Ausbildung von Peers zur kollegialen Unterstützung kann dabei ein Bestandteil sein. Sie können für Betroffene kompetente Hilfe auf Augenhöhe nach dem Motto „Gleiche unter Gleichen“ bieten, weiterreichende Bedarfe erkennen und entsprechend vermitteln.

Zudem trägt eine etablierte und gelebte Sicherheitskultur zu einem offenen und systematischen Umgang mit Fehlern bei. Dies ermöglicht Mitarbeitenden einen Austausch ohne Angst vor Schuldzuweisungen, was sich auch im Fall von traumatischen Situationen positiv auswirkt.

FAZIT

Auch wenn das Second-Victim-Phänomen weit verbreitet ist, ist der Umgang damit in den Kliniken weitestgehend noch nicht strukturiert worden. Noch häufig herrscht das Credo: „Das darf man halt nicht mit nach Hause nehmen!“ Die Folgen für Betroffene können aber gravierend sein und reichen von Isolation über psychische Erkrankungen bis zur Berufsaufgabe. Diese Faktoren können sich negativ auf die Patientenversorgung auswirken und stellen ein Risiko für die Patientensicherheit dar. Aus diesem Grund sollte das Ziel verfolgt werden, Betroffenen rechtzeitige und angemessene Unterstützung zu bieten, sodass diese im besten Fall an der Belastung wachsen können. Ratsam ist es, sich bereits präventiv innerhalb der Klinik mit dieser Thematik auseinanderzusetzen, um strukturierte Angebote zu entwickeln und zu etablieren.

LITERATUR

- [1] Wu AW (2000) Medical error: the second victim. The doctor who makes the mistake needs help too. *BMJ* 320(7237):726–727. <https://doi.org/10.1136/bmj.320.7237.726>
- [2] Scott SD, Hirschinger LE, Cox KR, McCoig M, Brandt J, Hall LW (2009) The natural history of recovery for the healthcare provider “second victim” after adverse patient events. *Qual Saf Health Care* 18(5):325–330. <https://doi.org/10.1136/qshc.2009.032870>
- [3] Strametz, R., Raspe, M., Ettl, B. et al. Handlungsempfehlung: Stärkung der Resilienz von Behandelnden und Umgang mit Second Victims im Rahmen der COVID-19-Pandemie zur Sicherung der Leistungsfähigkeit des Gesundheitswesens. *Zbl Arbeitsmed* 70, 264–268 (2020). <https://doi.org/10.1007/s40664-020-00405-7>
- [4] <https://www.psu-akut.de/>
- [5] <https://www.hs-rm.de/de/fachbereiche/wiesbaden-business-school/wiesbaden-institute-for-healthcare-economics-and-patient-safety-wihelp/second-victims-im-deutschsprachigen-raum-sevid#publikationen-126652>
- [6] <https://www.plattformpatientensicherheit.at/download/themen/covid-19/20200504-HE-Second-Victim.pdf>

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

HYGIENE TIPP

Nosokomiale Infektionen – Zahlen

Walter Popp, Lutz Jatzwauk, Wolfgang Kohnen

Im Mai 2024 sind im Deutschen Ärzteblatt die Ergebnisse der letzten Punkt-Prävalenz-Erhebung 2022 nosokomialer Infektionen in Deutschland veröffentlicht worden. Danach lag die Prävalenz bei 4,9 %, davon im Erfassungshaus erworben waren 3,6 %. Die Anwendungsrate von Antibiotika lag bei 26,9 %. Die häufigsten nosokomialen Infektionen waren mit 23,5 % postoperative Wundinfektionen.

Der Ergebnisse unterscheiden sich nicht wesentlich von den vorhergehenden Raten aus 2011 und 2016:

1994	...	3,5 % im Haus erworben	NIDEP-Studie
2011	5,1 %	3,8 % im Haus erworben	ECDC-Erhebung
2016	4,6 %	3,3 % im Haus erworben	ECDC-Erhebung
2022	4,9 %	3,6 % im Haus erworben	ECDC-Erhebung

Je nach stationärer Fallzahl (2019 am höchsten mit fast 20 Millionen Patienten, 2021 und 2022 dagegen rund 17 Millionen) können somit bis zu eine Million Krankenhauspatienten pro Jahr eine nosokomiale Infektion erleiden.

Die erste Studie zu nosokomialen Infektionen in Deutschland wurde übrigens von der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) bei Infratest in Auftrag gegeben. 1987 wurden über 5.500 Patientenakten ausgewertet und die Rate nosokomialer Infektionen mit 5,7-6,3 % ermittelt.

30 Jahre Erhebungen und kaum etwas hat sich geändert. Zu Recht stellt sich die Frage, ob dies nun als Erfolg (trotz Zunahme von Patienten mit schweren Grunderkrankungen?) oder als Misserfolg (trotz mehr Hygienepersonal?) gewertet werden muss. Dass die Erfassung nosokomialer Infektionen durch den Hawthorne-Effekt quasi automatisch zu einer Senkung der Raten führen würde, wie früher behauptet, muss nun endgültig als Mythos angesehen werden.

Surveillance bedeutet eben nicht nur, eine Eingriffs-spezifische Infektionsstatistik für häufig durchgeführte Operationen zu generieren (z. B. durch Teilnahme an KISS), sondern diese mit allen beteiligten Berufsgruppen auszuwerten (fragen Sie doch bitte einmal die OP-Schwester nach der Infektionsrate für bestimmte Indikator-Operationen Ihrer Klinik/Praxis). Surveillance bedeutet vor allem aber die gezielte Identifikation von Infektionsproblemen (wir liegen mit unseren SSI im 75 %-Perzentil der Infektionsstatistik- es muss sich etwas ändern) mit anschließender fachlicher Intervention (was machen wir zukünftig anders?).

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



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

Ärztlicher Leiter

HyKoMed GmbH

Vizepräsident der Deutschen Gesellschaft für

Krankenhaushygiene e.V. (DGKH)

popp@hykomed.de

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

Krankenhaushygiene/Umweltschutz

Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden

Dr. rer. nat. Wolfgang Kohnen

Stellvertretender Abteilungsleiter Krankenhaushygiene

Beauftragter für das Qualitätsmanagement

Abteilung für Hygiene und Infektionsprävention

Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität

Mainz

Vorstand der Deutschen Gesellschaft für

Krankenhaushygiene e.V. (DGKH)

Popp W, Jatzwauk L, Kohnen W: Hygiene-Tipp: Nosokomiale Infektionen – Zahlen. *Passion Chirurgie*. 2024 September; 14(09/III): Artikel 04_04.

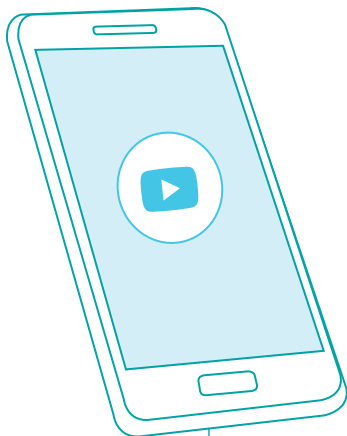


Weitere Hygiene-Tipps finden Sie auf BDC|Online (www.bdc.de), Rubrik Wissen | Qualität & Patientensicherheit | Hygiene-Tipp.

HYGIENE CLIP

Get Your Disinfection

Erfolgreiche bundesweite
Kampagne des BDC
in Kooperation
mit DGKH und BDH



Gute Chirurgie kann durch eine Infektion gefährdet werden. Es gibt vermeidbare und unvermeidbare Infektionen. Letztere sind schicksalhaft und kaum zu beeinflussen.

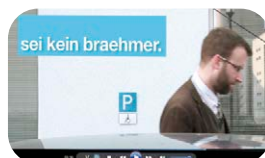
Der Berufsverband der Deutschen Chirurgie und die deutschen Hygieniker betreiben seit 2008 eine bundesweite Informationskampagne, die dazu beitragen soll, vermeidbare Infektionen in Klinik und Praxis zu reduzieren. Wir wissen, dass Sie als Chirurgin/Chirurg alles zur Infektprophylaxe und Hygiene wissen.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

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

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

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

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



PATIENTENSCHUTZ DURCH HYGIENE IST EINE
BUNDESWEITE KONZERTIERTE AKTION VON:

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

DRG und Kodierung 2024 in der Chirurgie

Thomas Auhuber

Das aG-DRG-System 2024 beinhaltet insgesamt 1.296 Fallpauschalen. Die Anzahl der Fallpauschalen gegenüber dem Vorjahr ist mit vier Fallpauschalen leicht angestiegen. Die kalkulierten Eintages-DRGs haben um drei aG-DRGs zugenommen. Die dem Institut für Entgeltsysteme im Krankenhaus (InEK) für die Kalkulation des aG-DRG-Systems 2024 zur Verfügung stehenden Daten (Kalkulationsstichprobe) sind auf eine historisch niedrige Anzahl von 210 (im Vorjahr

225) Krankenhäusern noch weiter gesunken, auch die Anzahl der Universitätskliniken ist auf nun 13 Universitätskliniken zurückgegangen. Die Homogenität der Daten ist jedoch leicht angestiegen (+0,5 %). Auch in diesem Jahr werden in den Katalogen wieder die Relativgewichte für ausgegliederte DRGs (aDRGs) fallbezogen und tagesbezogene Pflegeentgeltwerte angegeben. Die bundesweite mittlere Verweildauer aller stationären Fälle ist 5,88 Tage exakt gleichgeblieben.



Prof. Dr. med. Thomas Auhuber
Leiter BDC-Themen-Referat
„Vergütungssystematik und
Leistungsmanagement“
thomas@auhuber.com

Die stationäre Fallzahl ist auf dem niedrigen Corona-Level von 15,9 Mio. nahezu unverändert. Die Bezugsgröße ist auf 4.097 € (Vorjahr 3.808 €) um 6,81 % angestiegen.

Dieses Kalkulationsjahr bietet einige Besonderheiten:

- Bei Fallpauschalen mit einer von der durchschnittlichen Fallzahlveränderung stark abweichenden Fallzahlveränderung zeigt sich ein erheblicher verzerrender kalkulatorischer Einfluss der Fallzahlveränderung auf die Entwicklung der sog. Restkosten. Dieser Effekt wird mit einem gestuften Dämpfungsansatz auch in diesem Jahr gemildert.
- Die Bezugsgröße für den Pflegeerlöskatalog ist nun auf 221,03 € (209,75 € im Vorjahr) angestiegen. Dies entspricht einer Steigerung über 5,38 %. Dies ist ein Zeichen für eine zunehmende Verbesserung der Kalkulation der Pflege „am Bett“.
- Erstmals wurden auch Hybrid-DRGs (u. a. G09N, G24N, G24M bei Hernien; I20N, I20M bei Fußeingriffen; J09N bei Eingriffen bei Sinus pilonidalis) nach § 115f SGB V kalkuliert bzw. festgesetzt. Es handelt sich dabei um aus aG-DRGs abgeleitete DRGs, die vom Grouper für bestimmte Fallkonstellationen unter Berücksichtigung von einer Verweildauer <2 Tage und einem PCCL <3 ermittelt werden.

Ob man von den zahlreichen Umstrukturierungen des Fallpauschalenkatalogs profitiert (positiver Katalogeffekt) oder nicht (negativer Katalogeffekt), muss je nach Spektrum der Klinik im Detail analysiert werden. Insofern lohnt auch in diesem Jahr die klinikindividuelle Analyse der Katalogveränderungen.

SACHKOSTENKORREKTUR UND MENGENANFÄLLIGE LEISTUNGEN

Die grundsätzlichen Veränderungen seit 2017 zur Sachkostenkorrektur wurden auch 2024 beibehalten. Sie zeigt in diesem Jahr jedoch keine kalkulatorischen Effekte mehr. Unverändert bleibt die gezielte Abwertung von

mengenanfälligen Leistungen: Hier sind die G-DRGs I10D bis I10H an der Wirbelsäule und die G-DRG I47C für die primäre Hüftendoprothetik betroffen. Sie wird mit einer Absenkung um 5 % normativ von der Selbstverwaltung fortgesetzt. Nicht operative Behandlungen an der Wirbelsäule, werden unverändert über die aG-DRGs I68D, I68E und I68F abgerechnet. Die Medianzahl von 26, 92 bzw. 31 die bei Überschreitung eine niedrigere Bewertungsrelation nach sich ziehen, ist im Wesentlichen unverändert.

SCHWEREGRADSTEIGERENDE NEBENDIAGNOSEN

Die Anzahl der Nebendiagnosen bewegte sich auf dem Niveau des Vorjahres. Es wurden dennoch die Schweregradabhängigkeit der Nebendiagnosen umfangreich analysiert. Neben den regelhaften vielen Abwertungen (533) gab es in diesem Jahr eine große Anzahl von Aufwertungen (44). Es wurden auch Vorschläge aus dem Vorschlagsverfahren berücksichtigt. Unter anderem gibt es in diesem Jahr auch einige wenige Aufwertungen.

SCHLICHTUNGSAUSSCHUSS

Die Entscheidungen des Schlichtungsausschusses nach § 19 KHG gelten als Kodierregeln und sind für Kliniken, MD und Kostenträger bindend. Mittlerweile sind diverse Entscheidungen in die Deutschen Kodierrichtlinien (DKR) aufgenommen und in der Kalkulation der Fallpauschalen berücksichtigt worden. Aktuelle Entscheidungen betreffen u. a. die Themen der Anlagerung von Knochenfragmenten an die Wirbelsäule als Spondylodese oder Kodierung der Hauptdiagnose bei Wiederaufnahme zur Cholezystektomie nach ERCP bei Cholangitis oder Cholezystitis mit Gallenwegsobstruktion. Alle Informationen und Entscheidungen zum Schlichtungsausschuss findet man unter der Internet-Adresse https://www.g-drg.de/Schlichtungsausschuss_nach_19_KHG.

ICD-KODIERUNG

In der Kodierung gibt es 2024 einige Weiterentwicklungen, die Kodierunsicherheiten

Auhuber T: DRG und Kodierung 2024 in der Chirurgie. Passion Chirurgie. 2024 September; 14(09/III): Artikel 04_05.



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

aufgreifen und für Sicherheit in der Anwendung der Regelwerke für Kliniken und Gutachter sorgen sowie eine Reduktion von Kostenträgerstreitigkeiten erreichen sollen. Dies ist insbesondere auch vor dem Hintergrund der aktuellen Logiken der sozialgerichtlichen Rechtsprechung von großer Bedeutung.

HÄMANGIOM DER KNÖCHERNEN WIRBELSÄULE

Bei der Schlüsselnummer D18.0- Hämangiom wurde eine neue 5. Stelle in der Subklassifikation eingeführt, um ein Hämangiom der knöchernen Wirbelsäule spezifisch kodieren zu können.

AKUTES ATEMNOTSYNDROM [ARDS]

Der Klassentitel der Schlüsselnummern J80.- und J80.0- wurde jeweils erweitert zu Akutes Atemnotsyndrom des Kindes, Jugendlichen und Erwachsenen [ARDS], um zu verdeutlichen, dass der Codebereich bei Personen von 1 Jahr und älter angewendet werden kann. Zusätzlich wurden neue 5. Stellen in der Subklassifikation unter J80.0- eingeführt, um das akute Atemnotsyndrom in den Schweregradabstufungen mild, moderat und schwer bei Kindern und Jugendlichen spezifisch kodieren zu können.

PYOTHORAX MIT FISTEL

Bei der Schlüsselnummer J86.0 Pyothorax mit Fistel wurden neue 5-Steller eingeführt, um die Art der Fistel spezifisch kodieren zu können.

ABSZESS DER HARNBLASENWAND

Bei der Schlüsselnummer N30.8 Sonstige Zystitis wurden neue 5-Steller eingeführt, um einen Abszess der Harnblasenwand spezifisch kodieren zu können.

FRAKTUR DER GESICHTSSCHÄDELKNOCHEN

Bei der Schlüsselnummer S02.4 Fraktur des Jochbeins und des Oberkiefers wurden neue

5-Steller eingeführt, um die unterschiedlichen Frakturlokalisationen spezifisch kodieren zu können. Zusätzlich wurde ein Inklusivum unter S02.67 ergänzt und unter S02.8 erweitert, um die Kodierung einer Alveolarfortsatzfraktur unterschiedlicher Lokalisationen zu klarifizieren.

VERSAGEN UND ABSTOSSUNG VON TRANSPLANTIERTEN ORGANEN UND GEWEBEN

Bei der Schlüsselnummer T86.5- Versagen und Abstoßung eines Hauttransplantates wurde das Inklusivum Myokutanes, fasziokutanes oder lipokutanes Transplantat (durch Lappenplastik) ergänzt. Bei der Schlüsselnummer T86.8- Versagen und Abstoßung sonstiger transplanterter Organe und Gewebe wurde ein neuer 5-Steller eingeführt, um das Versagen bzw. die Abstoßung eines Mammatransplantates ohne Hautanteil spezifisch kodieren zu können. Zusätzlich wurde ein wechselseitiges Exklusivum zwischen T86.5- und T86.84 aufgenommen.

OPS-KODIERUNG

Zahlreiche OPS-Kodes wurden in 2024 in den chirurgischen Fachbereichen präzisiert und sollen Kodierunsicherheiten beseitigen:

FUNKTIONSUNTERSUCHUNGEN DES VERDAUUNGSTRAKTES

- Unterteilung des Kodes für die hochauflösende Ösophagusmanometrie nach einfacher Manometrie und Langzeit-Manometrie (1-313.1 ff.)

ANDERE DIAGNOSTISCHE MASSNAHMEN MIT EINMALINSTRUMENTARIEN

- Einführung eines neuen Zusatzkodes für die diagnostische Verwendung eines Einmal-Gastroskops in einem neuen Zusatzcodebereich für nicht wiederaufbereitete Einmal-Endoskope (1-999.51). Verschiebung des bisherigen Kodes für die diagnostische Verwendung eines Einmal-Duodenoskops in den neuen Zusatzcodebereich (1-999.50)

OPERATIONEN AM NERVENSYSTEM

- Auslagerung der Destruktion von (erkranktem) Nervengewebe aus dem Codebereich 5-041 ff. in einen separaten Codebereich (5-04c ff.)

OPERATIONEN AN ENDOKRINEN DRÜSEN

- Einführung neuer Kodes für die Destruktion von erkranktem Schilddrüsengewebe (5-06a ff.)

OPERATIONEN AN LUNGE UND BRONCHUS

- Einführung neuer Kodes für die Resektion von 3 bis 4 Segmenten der Lunge (5-323.8 ff., 5-323.9 ff., 5-323.a ff., 5-323.b ff.)
- Wiedereinführung von Kodes für die thoroskopische einseitige Lobektomie mit radikaler Lymphadenektomie und mit bronchoplastischer und/oder angioplastischer Erweiterung (5-324.72, 5-327.73, 5-324.74)

OPERATIONEN AN DEN BLUTGEFÄßEN

- Überarbeitung und Umstrukturierung des Codebereichs für die Entfernung und den Verschluss von Varizen (5-385 ff.). Einführung einer Subklassifikationsliste zur Lokalisationsangabe der entfernten oder verschlossenen Vene. Änderung der Klassentitel mehrerer Kodes (5-385.4 bis 5-385.6, 5-385.7 ff.). Streichung des Kodes für die lokale Lasertherapie. Streichung und Überleitung des bisherigen Kodes für die endovenöse Lasertherapie auf die neuen Kodes für den Primär- und Rezidiveingriff unterteilt nach der Lokalisation (5-385.g ff., 5-385.h ff.). Einführung neuer Kodes für die duplexsonographische Schaumsklerosierung, die endoluminale Radiofrequenzablation bei Rezidiv und die Rezidivcrossektomie und Exhairese jeweils unterteilt nach der Lokalisation (5-385.f ff., 5-385.j ff., 5-385.k ff.)
- Einführung neuer Kodes für die Revision einer Gefäßanastomose ohne Interpo-

nat und für die Revision einer Gefäßnaht (5-394.13, 5-394.b)

OPERATIONEN AM VERDAUUNGSTRAKT

- Weitere Unterteilung der Codes für die perkutan-endoskopische Gastrostomie nach ohne und mit Fixierung durch Naht und nach ohne und mit jejunaler Sonde (5-431.2 ff.)
- Einführung neuer Codes für die perkutane Gastrostomie durch Direktpunktionstechnik mit Fixierung durch Naht und Steuerung durch bildgebende Verfahren unterteilt nach ohne und mit jejunaler Sonde (5-431.4 ff.)
- Einführung eines neuen Codes für die Verkleinerung einer Anastomose nach Magenresektion unterteilt nach der Art des Zugangs (5-447.e ff.)

OPERATIONEN AN DEN BEWEGUNGSORGANEN

- Einführung eines neuen Codes für die geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung am Becken mit Osteosynthese durch Gewindestange (5-790.rd)
- Streichung und Überleitung des redundanten Codes 5-832.8 für die Exzision von (erkranktem) Knochen- und Gelenkgewebe am Wirbelbogen auf den Code 5-832.9 für die Exzision von (erkranktem) Knochen- und Gelenkgewebe am Wirbelbogen (und angrenzende Strukturen)
- Überarbeitung der Codes für die Amputation am Fuß (5-865.0, 5-865.2 bis 5-865.6)

OPERATIONEN AN HAUT UND UNTERHAUT

- Streichung und Überleitung der bisherigen Codes 5-902.d ff. und 5-902.e ff. für den permanenten Hautersatz durch Dermisersatzmaterial auf neue Codes für den permanenten Hautersatz durch alloplastisches und xenogenes Hautersatzmaterial (5-902.n ff., 5-902.p ff., 5-902.q ff., 5-902.r ff.)

- Streichung und Überleitung der bisherigen Codes 5-925.d ff. und 5-925.e ff. für den permanenten Hautersatz durch Dermisersatzmaterial bei Verbrennungen und Verätzungen auf neue Codes für den permanenten Hautersatz durch alloplastisches und xenogenes Hautersatzmaterial bei Verbrennungen und Verätzungen (5-925.n ff., 5-925.p ff., 5-925.q ff., 5-925.r ff.)

ZUSATZINFORMATIONEN ZU OPERATIONEN

- Einführung eines neuen Zusatzcodes für autogene thrombozytenangereicherte Fibrinmatrix als Material für Gewebersatz und Gewebeverstärkung (5-932.a)
- Einführung eines neuen Zusatzcodes für die Verwendung eines Einmal-Gastroskops in einem neuen Zusatzcodebereich für nicht wiederaufbereitete Einmal-Endoskope (5-98m.1). Verschiebung des bisherigen Codes für die Verwendung eines Einmal-Duodenoskops in den neuen Zusatzcodebereich (5-98m.0)

MEDIKAMENTE

- Einführung neuer Codes für die Applikation von Reserveantibiotika (6-00g ff.)

MANIPULATIONEN AM VERDAUUNGSTRAKT

- Unterteilung des Codes für den Wechsel eines Gastrostomiekatheters nach ohne und mit jejunaler Sonde (8-123.0 ff.)

MANIPULATIONEN AM HARNTRAKT

- Einführung eines neuen Codes für das Einlegen eines Nephrostomiekatheters überbestehenden Nephrostomiekanal (8-138.2)

TRANSFUSION VON BLUTZELLEN

- Einführung neuer mengengestaffelter Codes für pathogeninaktivierte patientenbezogene Thrombozytenkonzentrate (8-800.p ff.)

TRANSFUSION VON PLASMA, PLASMABESTANDTEILEN UND INFUSION VON VOLUMENERSATZMITTELN

- Überarbeitung und Umstrukturierung des Codebereichs für die Plasmapherese, Adsorption (bisher: Immunadsorption) und verwandte Verfahren (8-82). Änderung der Klassentitelmehrerer Codes und Ergänzung von Inklusiva, Exklusiva und Hinweisen zur weiteren Präzisierung der Anwendung der Codes (8-820, 8-821, 8-822, 8-826). Verschiebung des bisherigen Codes für die Hämo-perfusion in den Codebereich Adsorption und verwandte Verfahren und Unterteilung nach „spezifisch“ und „selektiv“ (8-821.31, 8-821.32). Verschiebung des bisherigen Codes für die Adsorption zur Entfernung (niedrig- und/oder mittel-molekularer) hydrophober Substanzen in den neuen Codebereich für die Hämo-perfusion (8-821.30). Überarbeitung, Verschiebung und weitere Unterteilung der Codes für die Adsorption (bisher: Immunadsorption) zur Entfernung von Immunglobulinen und/oder Immunkomplexen (8-821.4 ff.). Streichung des Codes für die Apherese der löslichen, FMS-ähnlichen Tyrosinkinase 1
- Einführung neuer Codes für die CRP-Apherese (8-821.5 ff.)
- Unterteilung des Codes für die extrakorporale Leberersatztherapie nach ohne und mit individualisierter pH-Steuerung zum Azidoseausgleich (8-858 ff.)

KOMPLEXBEHANDLUNG

- Überarbeitung der Strukturmerkmale der Codes für die geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung hinsichtlich der Anforderungen an die Tätigkeitszeiten der fachärztlichen Behandlungsleitung (8-550 ff.)
- Überarbeitung der Strukturmerkmale der Codes für die teilstationäre geriatrische Komplexbehandlung hinsichtlich der Anforderungen an die Tätigkeitszeiten der fachärztlichen Behandlungsleitung (8-98a ff.)

Diverse Vorschläge zu Systemkorrekturen gehen auch in diesem Jahr insbesondere wieder auf Vorschläge der chirurgischen Fachgesellschaften sowie der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH), zusammen mit dem Berufsverband der Deutschen Chirurgen (BDC) zurück.

Die Komplexität und die Ausdifferenzierung des G-DRG-Systems nehmen 2024 weiter zu. Die Innovationsfinanzierung ist über das vorliegende System weiterhin schwerfällig. Es gibt weiterhin Systemelemente mit der Abkehr von der datengetriebenen Systematik. Die Auswirkungen aus der veränderten Krankenhausplanung, der geplanten Einführung von Notfallstrukturen, Hybrid-DRGs,

Leistungsgruppen sowie die vermehrte Ambulantisierung werden ebenfalls im System zu Neuverteilungen führen.

LITERATUR

- [1] ICD-10-GM 2024 – Systematisches Verzeichnis, Deutscher Ärzteverlag, ISBN 978-3-7691-3820-7
- [2] OPS 2024 – Systematisches Verzeichnis, Deutscher Ärzteverlag, ISBN 978-3-7691-3820-7
- [3] Deutsche Kodier Richtlinien 2024, Deutscher Ärzteverlag, ISBN 978-3-7691-3824-5
- [4] BfArM Aktualisierungsliste ICD 2024 <https://www.bfarm.de/SharedDocs/Downloads/DE/Kodiersysteme/>

klassifikationen/icd-10-gm/version2024/icd10gm2024syst-alisten_zip.html

- [5] BfArM Aktualisierungsliste OPS 2024 https://www.bfarm.de/SharedDocs/Downloads/DE/Kodiersysteme/klassifikationen/ops/version2024/ops2024syst-alisten_zip.html
- [6] InEK-Abschlussbericht zur Weiterentwicklung des G-DRG-Systems 2024 <https://www.g-drg.de/ag-drg-system-2024/abschlussbericht-zur-weiterentwicklung-des-g-drg-systems-und-report-browser/abschlussbericht-zur-weiterentwicklung-des-ag-drg-systems-fuer-2024> 

KONGRESSPRÄSIDENTEN

Dr. Albert Kaufmann
Dr. Wolfgang Theurer
Prof. Dr. Andreas Kirschniak

TAGUNGSPRÄSIDENTEN AK FUNKTIONELLE UROLOGIE

Prof. Dr. Dr. Matthias Oelke
PD Dr. Bastian Amend

TAGUNGSPRÄSIDENTEN AK BENIGNES PROSTATASYNDROM

PD Dr. Malte Rieken
Prof. Dr. Martin C. Michel

**JETZT ANMELDEN
UND DABEI SEIN!**

Weitere Informationen
wie die Online-Registrierung
und das Programm
finden Sie unter

www.kontinenzkongress.de

 **Deutsche
Kontinenz Gesellschaft**

GEMEINSAM FÜR KONTINENZ

22.–23. November 2024
Congress Center Essen

35. Kongress der Deutschen Kontinenz Gesellschaft

97. Seminar des Arbeitskreises Urologische Funktionsdiagnostik
und Urologie der Frau

29. Seminar des Arbeitskreises Benignes Prostatasyndrom



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.

SEPTEMBER 2024

Dirk Langemeyer ist seit Anfang Juli 2024 neuer Chef- und Praxisarzt in der Inselklinik Föhr-Amrum. Zuvor war Dirk Langemeyer leitender Oberarzt einer unfall- und handchirurgischen Abteilung mit einer Zulassung zum „Schwerstverletztenverfahren“ der Berufsgenossenschaften im Segment „Handchirurgie“ in Bad Oeynhausen.

Dott. Tommaso Micali ist seit August 2024 neuer Chefarzt der Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie der Asklepios Harzkliniken in Goslar.

Dr. med. Hans-Joachim Neuhaus übernahm Anfang Juli 2024 die Position des Ärztlichen Direktors der Stadtklinik Hemer. Er ist Leitender Oberarzt in der Orthopädie und Unfallchirurgie und Zentrumsleiter des Hemeraner Endoprothetikzentrums (EPZ).

PD Dr. med. Marcus Overhaus ist neuer Chefarzt der Allgemein- und Viszeralchirurgie am Helios Klinikum Bonn/Rhein-Sieg. Zuletzt war Overhaus in gleicher Position am Cellitinnen Krankenhaus St. Hildegardis in Köln-Lindenthal

tätig. Seine besondere Expertise liegt in der minimalinvasiven Koloproktologie, der Hernienchirurgie und der endokrinen Chirurgie.

Dr. med. Axel Protze leitet seit Mai 2024 als Chefarzt die Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie am SRH-Klinikum Naumburg.

Dr. med. Ioannis Tsakiris hat Anfang Juli 2024 die Position des Chefarztes der Klinik für Akut- und Notfallmedizin im Klinikum Frankfurt (Oder) übernommen. Tsakiris war vorher ärztlicher Leiter der zentralen Notaufnahme des Asklepios Klinikums Uckermark und als Hubschrauber-Notarzt auf dem Christoph 64 im Einsatz. Seine letzte Station war die des Oberarztes der Klinik für Orthopädie, Unfall-, Hand- und Wiederherstellungschirurgie am Sana Klinikum Lichtenberg.

Dr. med. univ. Anna-Maria Ziegler übernahm Anfang August die Chefarztinposition der Kinder- und Jugendchirurgie des Klinikums Mutterhaus in Trier. Dr. Ziegler war zuletzt Oberärztin für Kinder- und Jugendchirurgie am Universitätsklinikum Bonn. ○



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



Kooperation mit Krankenhaus – Das Bayerische Landessozialgericht eröffnet Möglichkeiten für Berufsausübungsgemeinschaften

Jörg Heberer, Oliver Butzmann

Nachdem der 12. Senat des Bundessozialgerichts im Jahr 2019 in diversen Verfahren ein abhängiges Beschäftigungsverhältnis von Honorärärzten bejaht hatte (z. B. BSG, Urteil vom 04.06.2019, Az. B 12 R 2/18 R), gibt es vom Bayerischen Landessozialgericht

nunmehr für die operative Tätigkeit von Ärzten im Rahmen eines Kooperationsvertrages zwischen einer Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) und einem Krankenhaus eine andere Einschätzung (Urteil vom 05.03.2024, Az.: L 7 BA 77/22).



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



Oliver Butzmann
Rechtsanwalt
Rechtsanwaltskanzlei Dr. Heberer &
Kollegen
Paul-Hösch-Str. 25 A
81243 München

Heberer J, Butzmann O: Kooperation
mit Krankenhaus – Das Bayerische
Landessozialgericht eröffnet Möglichkeiten für
Berufsausübungsgemeinschaften. *Passion Chirurgie*.
2024 September; 14(09/III): Artikel 04_07.



Weitere Artikel zum Thema finden Sie auf
BDC|Online (www.bdc.de) unter der Rubrik
Wissen | Recht & Versicherung.

SACHVERHALT

Die beteiligte BAG ist als Gesellschaft bürgerlichen Rechts (GbR) organisiert. Diese GbR mit mehreren Gesellschaftern und angestellten Ärzten hat neben ihren Praxisräumen einen Behandlungsraum in einem Krankenhaus angemietet. Zudem gibt es einen Kooperationsvertrag zwischen der GbR und der Klinik über die Bereitstellung von OP-Kapazitäten inklusive Infrastruktur und OP-Team seitens des Krankenhauses an die GbR.

Einfluss darauf, welcher der für die GbR tätigen Ärzte die jeweilige OP durchführte, hat die Klinik nicht. Die GbR ist auf Basis des Vertrages zu bestimmten Zeiten zur Nutzung des OPs und der dort befindlichen Geräte berechtigt. Es handelt sich bei den operativ versorgten Patienten zu 100 % um seitens der GbR akquirierte Patienten. Die Klinik rechnet sodann die ärztlichen Leistungen mit den gesetzlichen Krankenkassen ab, Privatleistungen werden in diesem Rahmen nicht erbracht. Von den Zahlungen der Krankenkassen erhält die GbR sodann einen bestimmten Prozentsatz, mindestens 19 %, wobei für jeden anstehenden Eingriff der konkrete Prozentsatz zwischen der Klinik und der GbR verhandelt wird.

Der Operateur ist gegenüber dem nichtärztlichen OP-Team der Klinik weisungsberechtigt, sonstige vertragliche Verpflichtungen zwischen dem einzelnen Arzt und der Klinik bestehen jedoch nicht.

Im Rahmen eines seitens der Klinik beantragten Statusfeststellungsverfahrens kam der Rentenversicherungsträger zu der Auffassung, dass eine Versicherungspflicht des operativ tätigen Arztes in der gesetzlichen Rentenversicherung und nach dem Recht der Arbeitsförderung aufgrund einer abhängigen Beschäftigung bei der Klinik gegeben sei. Hiergegen erhob die Klinik Klage zum Sozialgericht München, welches dieser Klage stattgab. Hiergegen legte der Sozialversicherungsträger Berufung ein, die nunmehr mit der vorgenannten LSG-Entscheidung zurückgewiesen wurde.

ENTSCHEIDUNGSGRÜNDE

Unter ausführlicher Darstellung der Grundsätze der Rechtsprechung, insbesondere der zuvor genannten BSG-Entscheidungen aus dem Jahr 2019, kommt das BayLSG zu dem Ergebnis, dass eine selbstständige Tätigkeit gegeben sei und wies die Berufung des Rentenversicherungsträgers zurück.

Das Gesamtbild sei geprägt vom Kooperationsvertrag zwischen der Klinik und der GbR und der darauf basierenden praktischen Durchführung. Es handele sich um einen gültigen Kooperationsvertrag, auf dessen Basis die operativ tätigen Ärzte keinerlei Weisungen der Klinik unterworfen seien. Die GbR bestimme im konkreten Fall einen Arzt, der die Operation durchführe, ohne dass die Klinik hier praktische Vorgaben mache. Es handele sich ausschließlich um Patientinnen und Patienten der GbR, die in das Krankenhaus eingewiesen wurden.

Es fehle deshalb das für eine abhängige Beschäftigung typische Merkmal der Pflicht zur höchstpersönlichen Erbringung der Dienstleistung. Denn die Klinik habe kein Mitbestimmungsrecht gehabt, welcher Arzt der GbR die Operation als Verantwortlicher durchführe. Dies werde allein innerhalb der GbR entschieden.

Anders als in den vom BSG entschiedenen Fälle handele es sich auch nicht um eine Ein-Personen-Gesellschaft, bei der nur der Gesellschafter und Geschäftsführer tätig wurde, sondern die GbR sei eben eine Gemeinschaftspraxis mit mehreren Ärztinnen und Ärzten. Dementsprechend sei der Kooperationsvertrag auch im Namen der GbR geschlossen worden und die einzelnen Ärzte nicht namentlich als Vertragspartei benannt. In dieser Konstellation unterlägen die zur Ausführung der vertraglichen Pflichten der GbR eingesetzten Gesellschafter und Arbeitnehmer nicht den Weisungen der Klinik, sondern eben nur der GbR und seien deren Erfüllungsgehilfen.

Nach den Gesamtumständen würden also die Leistungen in einer Weise erbracht, wie

sie der Beauftragung eines Dritten mit einer selbstständigen und abgrenzbaren Tätigkeit entsprächen und wie sie gerade nicht für ein Beschäftigungsverhältnis typisch sei. Der operativ tätige Arzt nutze lediglich die Ressourcen der Klinik und führe eben nicht die üblicherweise von angestellten Ärzten der Klinik zu erbringenden Operationen an Patienten durch, die das Krankenhaus ohne Einfluss des Operierenden ausgewählt und für die das Krankenhaus auch alle übrigen Abläufe vorgegeben habe.

Schließlich sei auch die Vergütung durch das Krankenhaus nicht einer bestimmten Person, sondern der GbR zugeordnet. Diese verteile dann im Innenverhältnis das erwirtschaftete Honorar ohne Einflussnahme der Klinik. Gleichzeitig trage der operativ tätige Arzt als Gesellschafter der GbR auch ein wirtschaftliches Risiko, da er als Unternehmer auch einen Teil der Fixkosten der GbR im Zusammenhang

mit der Durchführung der operativen Leistungen trage.

Im Ergebnis sei deshalb im Hinblick auf den operativ tätigen einzelnen Arzt in der Gesamtschau von einer selbstständigen Tätigkeit auszugehen.

FAZIT

Die Entscheidung ist erfreulich, da sie Gestaltungsspielräume eröffnet und unsere Auffassung stützt, dass die BSG-Entscheidungen aus dem Jahr 2019 durchaus nicht auf alle Konstellationen anwendbar sind. Ganz maßgeblich ist hierbei aus Sicht des BayLSG der Umstand, dass hier eine GbR und nicht ein einzelner Arzt Kooperationspartner des Krankenhauses ist.

Andererseits zeigt die Entscheidung ein gewisses Dilemma. Denn gerade die Tatsache,

dass es sich ausschließlich um seitens der GbR zugewiesene Patientinnen und Patienten handelte, ist für das Gesamtbild einer selbstständigen Tätigkeit zwar hilfreich, in antikorrupsionsrechtlicher Hinsicht aber wiederum problematisch. Gerade bei Kooperationen, die eine fixe prozentuale Vergütung für die operative Leistung an selbst eingewiesenen Patienten vorsehen, steht nämlich nach wie vor die rechtswidrige Zuweisung gegen Entgelt im Raum. Dies sollte neben der Absicherung der selbstständigen Leistungserbringung durch BAG/Operateur bei der Gestaltung entsprechender Kooperationen mitberücksichtigt werden.

Abschließend ist darauf hinzuweisen, dass das Bayerische LSG die Revision zugelassen hat und es gut möglich ist, dass auch hier das BSG noch das letzte Wort haben wird. ○



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



Frage & Antwort



Anspruch auf kostenlose Kopie der Patientenakte



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

Heberer J: F+A: Anspruch auf kostenlose Kopie der Patientenakte. 2024 September; 14(09/III): Artikel 04_08.



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

FRAGE:

Ein Chefarzt fragt an, ob die Herausgabe einer Kopie der Patientenakte nur gegen Entgelt geschuldet ist oder ob diese kostenfrei herauszugeben ist.

ANTWORT:

Diese Frage war seit Einführung der DSGVO umstritten, da die zivilrechtliche Regelung in § 630g Abs. 2 S. 2 BGB, die eine Kostenerstattungspflicht des Patienten vorsieht, und die datenschutzrechtliche Regelung in Art. 12 Abs. 5 S. 1 i. V. m. Art. 15 Abs. 3 S. 1, 2 DSGVO, die eine unentgeltliche Zurverfügungstellung zumindest für die erste Kopie normiert, diesbezüglich entscheidend unterschiedlich geregelt sind.

Nunmehr wurde dieser Streit durch die Rechtsprechung eindeutig – leider nicht zu Gunsten der Ärzte – geklärt.

Der EuGH hat mit Urteil vom 26.10.2023 – C 307/22 (vgl. zu Nachfolgendem unter: <https://bit.ly/Curia2023>, abgerufen am 29.02.2024) entschieden, dass Art. 12 Abs. 5 i. V. m. Art. 15 Abs. 1 und Abs. 3 DSGVO dahin auszulegen sind, dass diese europarechtlichen Regelungen der DSGVO der nationalen Regelung des BGB vorgehen und somit eine Verpflichtung zur unentgeltlichen Zurverfügungstellung einer ersten Kopie der verarbeiteten Daten besteht. Dies gilt unabhängig davon, zu welchen Zwecken der Patient die Übersendung begehrt.

Der nationalen Vorschrift des § 630g Abs. 2 S. 2 BGB kann aus Sicht des EuGH auch nicht ausnahmsweise i. S. v. Art. 23 DSGVO ein Vorrang eingeräumt werden, indem dem Patienten zum Schutz der wirtschaftlichen Interessen des verantwortlichen Arztes die Kosten für eine erste Kopie auferlegt werden. Denn die Verfolgung des Ziels des Schutzes der wirtschaftlichen Interessen der Behandelnden kann nach Ansicht des EuGH keine Maßnahme rechtfertigen, die dazu führt, das Recht auf unentgeltliche erste Kopie und damit die praktische Wirksamkeit des Auskunftsrechts infrage zu stellen.

Folglich kann nach Ansicht des Verfassers für die Herausgabe einer ersten Kopie der Patientenakte grundsätzlich keine Kostenersatzung mehr verlangt werden, und zwar unabhängig davon, auf welche Rechtsgrundlage sich der Herausgabeanspruch stützt oder ob bzw. wie dieser begründet wird.

Lediglich in rechtsmissbräuchlichen Fällen, in denen der Antrag offenkundig unbegründet oder – insbesondere im Fall von häufiger Wiederholung – exzessiv ist, kann nach Meinung des EuGH ein angemessenes Entgelt verlangt werden, bei dem die Verwaltungskosten zu berücksichtigen sind.

Ansonsten darf erst, wenn der Patient schon einmal kostenlos eine Kopie der Akte erhalten hat, für jede erneut verlangte Kopie ein Entgelt gefordert werden. ○

BDC-PRAXISTEST

Geteilte Chefarztrolle – wie kann es funktionieren?

Carolina Pape-Köhler, Barbara Schulze Eilfing

VORWORT: TOP-SHARING IN DER CHEFETAGE – GEHT DAS?

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

Top-Sharing in Führungspositionen? Hierunter versteht man vereinfacht formuliert, dass zwei oder mehr Personen sich eine Führungsposition teilen. Ein Modell, welches in der Wirtschaft oder Politik bereits etabliert ist. Funktioniert es auch in der Medizin? Sind Kolleginnen und Kollegen an einem solchen Modell interessiert?

Eine vom Deutschen Ärztinnenbund finanzierte Pilotstudie an allen 37 deutschen Medizinfakultäten in den Fächern Diagnostische und Interventionelle Radiologie, Neuroradiologie und Nuklearmedizin, konnte aufweisen, dass 58 % der Befragten sich auf eine

**PD Dr. med. Carolina Pape-Köhler**

Chefärztin

Adipositas Klinik

Klinikumbielefeld

An der Rosenhöhe 27

33647 Bielefeld

carolina.pape-koehler@klinikumbielefeld.de

**Dr. med. Barbara Schulze Eilfing**

Chefärztin

Allgemein-, Viszeral- & Gefäßchirurgie

Josephs-Hospital Warendorf

Am Krankenhaus 2

48231 Warendorf

B.SchulzeEilfing@jhwaf.de

Pape-Köhler C, Schulze Eilfing B: BDC-Praxistest: Geteilte Chefarztrolle – wie kann es funktionieren? Passion Chirurgie. 2024 September; 14(09/III): Artikel 05_01.



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

„Top-Sharing Stelle“ bewerben würden. Zudem erklärten 67 % der Befragten länger als bis zum 65. Lebensjahr arbeiten zu wollen. Interessanterweise betrachteten Frauen und Männer die Frage, ob Top-Sharing zu einer schlechteren Patientenversorgung führen könnte, etwas unterschiedlicher: während 21 % der Männer fürchteten, dass es zu einem Qualitätsverlust kommt, waren dies nur 11 % bei den Frauen.

Nachfolgendes Interview beleuchtet nach unserer Meinung sehr gut dieses Themenfeld.

Erhellende Lektüre wünschen

Prof. Dr. med. C. J. Krones

und

Prof. Dr. med. D. Vallböhmer



EIN GESPRÄCH MIT DR. PAPE-KÖHLER UND DR. SCHULZE EILFING

Das Interview führte Olivia Päßler vom BDC.

PC Wie oder warum sind Sie Chefärztin geworden?

Pape-Köhler (PK) Am Ende meines Studiums bekam ich jedes Mal, wenn ich sagte, für welches Fachgebiet mein Herz schlägt, die Antwort: als Frau in der Chirurgie – hast du dir das wirklich überlegt. Kinder kannst du dann keine haben und Karriere wird als Frau auch schwer.

Hätte ich daran geglaubt, wäre ich nicht hier, wo ich bin. Solche Aussagen spornen mich eher an und ich dachte mir immer: wenn ich es wirklich will, wird es auch gehen. Während meiner Weiterbildungszeit habe ich oft daran gezweifelt, mir fehlten weibliche Vorbilder, vor Allem in Führungspositionen oder der Wissenschaft. Schnell war mir klar, dass ich in dem starren System nur Dinge verändern kann, wenn ich selbst in einer leitenden Position bin. Wenn ich nur fleißig und engagiert genug wäre, würde ich das erreichen, dachte ich und erlangte als damals erst 95. Chirurgin in Deutschland die Habilitation. Trotzdem musste ich zusehen, wie durch Schwangerschaft,

Elternzeit und dann auch Teilzeittätigkeit jüngere oder beruflich unerfahrenere männliche Kollegen an mir vorbeizogen. Ich musste mich gegen viele Widerstände in der Männerdomäne Chirurgie durchsetzen, durfte trotz vieler Steine in meinem Weg, nicht den Mut verlieren, um dorthin zu gelangen wo ich heute bin: eine in Teilzeit arbeitende Chefärztin in einer hochspezialisierten Sparte der Chirurgie.

PC Was ist das Besondere an Ihrem Beruf?

PK Als Chefärztin kann ich nun die Dinge verändern, die mich immer gestört haben. Außerdem kann ich Frauen und Männer fördern, die in Teilzeit arbeiten wollen, ich kann Wissenschaft und Klinik sinnvoll miteinander verbinden, ich kann eine patientenorientierte Medizin machen, die meinen Werten entspricht. Natürlich kann ich nicht alles umkrempeln, manche wirtschaftlichen oder organisatorischen Grenzen muss ich akzeptieren. Aber ich kann vorleben, dass man sich nicht unterkriegen lassen darf, wenn man an etwas glaubt. Die Chirurgie ist ein so tolles Fach. In der Adipositaschirurgie erlebe ich jeden Tag, dass wir für Menschen das Leben verändern können, hin zu einem neuen, leichteren Leben. Diese Freude an dem Beruf darf

ZUR PERSON

PD Dr. med. Carolina Pape-Köhler ist seit 2022 Chefärztin an der Adipositas Klinik in Bielefeld. Die 49-Jährige teilt sich die Stelle mit ihrer Kollegin, Dr. Beate Herbig. Dr. Pape-Köhler ist verheiratet und hat 3 Kinder.

Dr. med. Barbara Schulze Eilfing ist seit 2021 Chefärztin in der Allgemein-Viszeral und Gefäßchirurgie am Klinikum Warendorf. Die 44-Jährige und ihr Ehemann, mit dem sie zwei Kinder hat, arbeiten jeweils Vollzeit – er ebenfalls als Chefarzt.

man sich nicht durch die vielen Hindernisse nehmen lassen.

Schulze Eilfing (SE) In meiner Rolle kann ich Prozesse gestalten, wie ich sie selbst gerne hätte. Dazu gehört für mich das Thema Führung. Die Förderung von Frauen ist mir besonders wichtig: Wir haben es manchmal naturbedingt schwerer als es die Männer haben. Kinder zu bekommen bedeutete bisher oft den Karriereknick. Meine erste Stelle habe ich mit vielen Frauen gemeinsam begonnen. Keine ist in der Viszeralchirurgie geblieben. Viele haben ein Versagensgefühl, weil sie wegen der Familie zurückgesteckt haben. Ich möchte es jungen Frauen ermöglichen, trotz Muttersein bei der Chirurgie zu bleiben. Das bedeutet für mich, dass Frauen bei der Wiederverkehr in Teilzeit nicht nur in der Ambulanz arbeiten oder den halben Tag Station machen müssen, sondern wieder operieren dürfen. Ich erlebe es so, dass gerade Frauen sehr engagiert sind und für ihren Beruf brennen. Ich möchte diese Frauen motivieren, dranzubleiben.

PC Wie schaffen Sie es, Familie und Beruf zu vereinbaren?

PK Ich glaube, dass jemand, der alles unter einen Hut bekommen möchte, extrem gut organisiert sein muss. Ein Vorteil der geteilten Chefarztposition ist es, in Teilzeit arbeiten zu können. Das Bild des Chefarztes früher war, 24/7 verfügbar zu sein. Dieses Bild wandelt sich.

Mir macht mein Beruf unglaublich viel Spaß, aber ich möchte auch für meine Familie da sein. Ich wollte mich nie entscheiden müssen zwischen Kindern und Karriere und arbeite seit 10 Jahren in Teilzeit. Das war manchmal schwer durchzuhalten, weil man als Teilzeitkraft einfach oft nicht ernst genug genommen wird und einem suggeriert wird, dass bestimmte Dinge nur in Vollzeit gehen. Ich wollte das aber nicht akzeptieren. Und unser Modell zeigt, dass es möglich ist.

SE Unsere Kinder sind 11 und 9 und brauchen uns. Wir schaffen das, indem wir uns unsere jeweils volle Stelle flexibel gestalten können. Ich weiß, dass unsere Position ein echtes Privileg ist. Die Flexibilität, die wir dadurch genießen, möchten wir auch anderen ermöglichen. Wenn im Team jemand wichtige Termine hat für die Kinder, Zeit für das kranke Kind braucht oder Elternzeit nehmen möchte, ist das bei uns kein Problem. Und unser System wird nicht ausgenutzt! Wenn es möglichst planbare Termine sind, geht das gut. Unsere Krankheitsrate im Team ist extrem niedrig. Das Gefühl des Füreinander-da-Seins wirkt sich positiv auf unsere Arbeitskultur aus.

PC Was sind die Herausforderungen einer geteilten Chefarztrolle?

SE Es können nicht beide alles machen, daher teilen wir uns die Gebiete auf, in denen wir jeweils führend sind. Auch

die Mitarbeitergespräche haben wir uns aufgeteilt. Natürlich gibt es gelegentlich Reibungspunkte zwischen uns, wenn wir unterschiedlicher Meinung sind. Vor dem Team müssen wir aber den Schulterchluss zeigen. Und was das Privatleben betrifft: So viele Vorteile die gemeinsame Arbeit in einer Ehegemeinschaft hat – zuhause muss manchmal einer von uns das Stoppzeichen zeigen. Auch wenn es schwerfällt: Beim Abendessen blenden wir die Klinik aus.

PK Das wichtigste für beide Personen, die die Stelle gemeinsam ausfüllen, ist, mit einer Stimme zu sprechen. Schulterchluss ist unumgänglich, so wie bei Eltern auch. So ist das auch bei zwei Chefärztinnen!). Zudem hat jede von uns ihren persönlichen Grund, weshalb sie in Teilzeit arbeiten möchte, diesen gilt es für beide zu respektieren. Man muss Verständnis füreinander haben. Im Alltag ist es so, dass wir keine so fest abgegrenzten Aufgabengebiete haben wie es bei Frau Schulze-Eilfing der Fall ist. Unser Fachgebiet ist sehr spezialisiert und damit überschaubar, organisatorisch aber teilen wir uns auf. Um es für die Mitarbeitenden übersichtlich zu gestalten, standardisieren wir viele Prozesse. Vor allem im OP sind wir extrem gut abgestimmt: So führen wir beide exakt die gleichen OP-Schritte durch, damit das Team sich auf die Situation verlassen kann. Im OP sind wir so eingespielt wie Menschen, die in einer langen Beziehung sind.

PC Wie reagieren Patientinnen und Patienten?

PK Zwei Frauen in Führung finden die meisten großartig. Viele wertschätzen es, wenn eine Frau Chefärztin ist und begrüßen dieses innovative Modell. Die Patient:innen schenken uns großes Vertrauen.

SE Die Patientinnen und Patienten reagieren auf unser Modell grundsätzlich positiv. Allerdings bin ich auch schon die Situation gewohnt, in der sich alle Augen auf meinen Mann fixieren, weil er aussieht wie der geborene Chefarzt. Einmal machte ich die zweite Visite, als ein Patient mich fragt: Wollen Sie nicht

auch mal Chefin werden? Da ist es wichtig zu kommunizieren, damit sie wissen, mit wem sie es zu tun haben. Und das kommt gut an.

PC Ihr Fazit?

PK In der geteilten Chefarztposition hat man natürlich auch ein geteiltes Gehalt. Dafür aber mehr Lebensqualität. Ich arbeite gerne im Team, oben wird die Luft aber

dünn. Zu zweit wird man nicht einsam wie manch andere Kolleginnen und Kollegen in Chefarztposition. Außerdem können wir Entscheidungen gemeinsam treffen. Diesen „Luxus“ hat man sonst als Chefarztin nicht. Viele verschiedene Modelle der geteilten Chefarztposition sind denkbar und ermöglichen neue Führungsperspektiven in der Medizin bzw. Chirurgie.

SE Die geteilte Chefarztrolle ist ein Zukunftsmodell, über das man nachdenken sollte, um Führung interessanter zu machen. Ich wollte das nicht alleine machen, weil es mich zeitlich überfordern würde. Es gibt viele Frauen, die sich die Position deshalb nicht zutrauen. Selbst wenn es für einen keine dauerhafte Situation ist, kann es für bestimmte Lebensphasen sinnvoll sein. ○



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

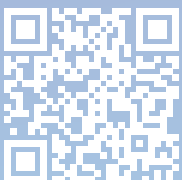


eRef

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

Fehlschlag oder Change Management?

Friederike Burgdorf



Dr. med. Friederike Burgdorf
Geschäftsführerin
Berufsverband der Deutschen
Chirurgie e.V. (BDC)
burgdorf@bdc.de

Wenn der Abschlag erst in den Rabatten gelandet ist, ist es schwer wieder herauszukommen. Was beim Golf so betörend offensichtlich ist, ist in der Gesundheitspolitik nicht immer eindeutig. Wobei die Erstveröffentlichung des Bundesklinikatlas auf Basis des Krankenhaustransparenzgesetzes (KHVVG, März 2024 in Kraft getreten) sicherlich als ein Fehlschlag gewertet werden kann.

Bei den weiteren Teilaspekten der Krankenhausreform ist es schon schwieriger. Denn grundsätzlich sind wir uns darüber einig, dass wir eine solche benötigen. Kaum jemand stellt die Kernziele des KHVVG infrage: a) Reduktion der Fallmengenausweitung durch eine Finanzierungsreform, b) Qualitätssteigerung durch Zentralisierung, c) Sicherstellung der Versorgung in der Fläche durch sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen und d) Bürokratieabbau. Wobei sich da gleich die Frage aufdrängt: „Bürokratieabbau – ja, durch was eigentlich?“ Dazu findet sich in den Ausführungen zum Gesetzesentwurf: „die elektronische Datenübermittlung an die Medizinischen Dienste über geschützte digitale Informationsportale“. Na, da sind wir gespannt, ob das genauso gut klappt wie bei der „eAU“ und dem digitalen Rezept, um nur zwei rühmliche Beispiele zu nennen. Ansonsten wird nämlich allein durch das KHVVG vieles komplizierter durch ein zweistufiges Vergütungssystem („DRG klassik“ plus Vorhaltepauschale) und die Ermittlung und Überprüfung von Strukturkriterien und Mindestvorhaltezahlen für die Leistungsgruppen.

Die Schwierigkeiten mit dieser Reform bleiben also trotz Anerkennung der Ziele eklatant und der Minister bezieht die Fachwelt kaum ein. Unstrittig ist, dass die geplanten Strukturveränderungen erhebliche Investitionen erfordern. Nicht nur für die Umwandlung von Krankenhausstandorten in sektorenübergreifende Einrichtungen mit einer entsprechenden

Leistungsverlagerung, sondern auch für die Erweiterung von Kapazitäten an Standorten der Maximalversorgung und Schwerpunktmedizin mit Zuordnung höherer Fallzahlen für einzelne Leistungsgruppen. Verunsicherung entsteht insbesondere dadurch, dass eine konkrete Auswirkungsanalyse fehlt. Aus der Regierungskommission hört man lapidar, dass mit einer Reduktion der Bettenkapazität um rund 30 % gerechnet wird. Befürchtungen kommen dabei auch aus strukturschwächeren Bundesländern, für die ein Abbau von Versorgungskonzepten nach Plänen, die überwiegend aus NRW mit einer besonders hohen Versorgungsdichte stammen, besonders prekär sein könnte.

Auch viele der Strukturvorgaben bleiben umstritten. So stellt sich z. B. die Frage, warum für die spezielle Kinderchirurgie eine Mindestpersonalvorgabe von fünf Fachärzten gelten soll, während etwa in der Neurochirurgie drei Fachärzte ausreichen. Belegärzte bleiben bei der Definition der chirurgischen Leistungsgruppen gleich völlig außen vor, was sie zukünftig auf Tätigkeiten in den sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen reduzieren würde. Auch keine Berücksichtigung findet die Ausstattung mit Ärzt:innen in Weiterbildung. Diese sollte aber mindestens in den Vorgaben zur Vorhaltefinanzierung eine Rolle spielen, um die Weiterbildung endlich auch finanziell abzubilden.

Noch vor der Sommerpause hatte der Bundesgesundheitsminister die erste Lesung des KHVVG im Bundestag und damit die Eröffnung des parlamentarischen Verfahrens erreicht. Da es zahlreiche Änderungsanträge geben wird, rechnen wir mit einem heißen Herbst. Die Bundesregierung wäre gut beraten, die Stimmen von Fachgesellschaften und Berufsverbänden einzubeziehen. Einen weiteren Schlag in die Rabatten kann sie sich nicht leisten. 

Burgdorf F: Fehlschlag oder Change Management?
Passion Chirurgie. 2024 September;
14(09/III): Artikel 05_03.



Mehr zur aktuellen Berufspolitik finden Sie auf
BDC|Online unter der Rubrik Politik.

Kommentar des Generalsekretärs

AUS DER
DGCH



Prof. Dr. med. Thomas Schmitz-Rixen

Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie e.V. (DGCH)

DGCH-Präsident 2019-20

Sehr geehrte Kolleginnen, sehr geehrte Kollegen,

die olympischen Spiele in Paris zogen viele in ihren Bann, so auch unseren Präsidenten Udo Rolle, der als Verbandsarzt des internationalen Hockeyverbandes seinen Funktionärspflichten in Paris mit großer Freude nachging. Wir freuen uns mit ihm über das gute Abschneiden der deutschen Mannschaften. Aber nicht immer wurden die hoch gesteckten Erwartungen erfüllt. Da wird schnell der Ruf nach mehr Effizienz von Training, Vorbereitungen und Sportförderung laut. Mehr Effizienz, aber keine Leistungskürzungen hat auch der Bundeskanzler Olaf Scholz für das Gesundheitssystem in der Pressekonferenz vor seinem Sommerurlaub gefordert. Er greift damit den Tenor des Gutachtens des Sachverständigenrats Gesundheit für das Jahr 2024 auf. Gleichzeitig schränkte er ein: „Aber was für mich nicht infrage kommt, sind Leistungskürzungen für die Versicherten. Das ist eine schlechte Nummer, mit der bin ich nicht einverstanden.“ Vielleicht hätte sein Bruder Jens Scholz, Vorstandsvorsitzender und Vorstand für Krankenversorgung (CEO) des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein ihm erklären können, dass versteckte Leistungskürzungen inzwischen zum Versorgungsalltag gehören, wie viele Ärzteverbände betonen. Wenn wir also nicht rasch die Effizienzreserven heben, denn Geld ist im Gesamtsystem ja genug vorhanden (laut Gesundheitsminister Lauterbach), werden wir bei fehlenden Reformen, die ja nur mit sehr kleinen Schritten vorankommen, noch mehr und dann nicht mehr versteckte Leistungskürzungen erfahren.

Der olympische Gedanke hat keinesfalls Krieg und Gewalt weltweit pausieren lassen,

es drängt sich sogar der Eindruck auf, es wird immer schlimmer und aussichtsloser. Die negativen Auswirkungen werden uns erreichen und treffen auf ein unvorbereitetes Gesundheitssystem im Reformstau. Wie steht es denn nun mit den Reformvorhaben. Vieles ist unterwegs, gut gemeint, aber nicht immer gut gemacht. Hinderlich ist für viele Vorhaben auch die föderale Struktur unseres Landes, die für die Krankenversorgung und auch die Bildung zu unübersichtlichen Entwicklungen führt. Auch neue Bedingungen zur Anerkennung von Fortbildungen haben nach Angaben der zuständigen Arbeitsgruppe nicht die wissenschaftlichen Fachgesellschaften im Visier, wir sind aber aufgrund Gleichbehandlung mit kommerziellen Fortbildungsanbietern der „Kollateralschaden“. Versuchen wir in der Sommerpause mal ein Update und beginnen wir mit der neuen vom Deutschen Ärztetag dieses Jahr verabschiedeten Fortbildungsordnung.

(MUSTER-)FORTBILDUNGSORDNUNG (MFBO) 2024

Der 128. Deutsche Ärztetag hat am 9. Mai 2024 mit großer Mehrheit einen Beschlussantrag des Vorstands der Bundesärztekammer angenommen und eine neue Fassung der vom 116. Deutschen Ärztetag im Jahr 2013 beschlossenen (Muster-) Fortbildungsordnung (MFBO) sowie eine Änderung von § 4 der (Muster-) Berufsordnung für in Deutschland tätige Ärztinnen und Ärzte (MBOÄ 1997) beschlossen. In der Antragsbegründung heißt es, die Rahmenbedingungen für die Durchführung und Anerkennung von Fortbildungen und die Strukturen in der Fortbildungslandschaft hätten sich seit der Einführung der MFBO 2004 und deren letzter Aktualisierung 2013

deutlich verändert. Es habe sich auch gezeigt, dass die bisherige Fassung der MFBO auch in Verbindung mit den „Empfehlungen zur ärztlichen Fortbildung“ nicht mehr ausreiche, um dauerhaft die Neutralität und Transparenz von Fortbildungen im notwendigen Umfang sicherzustellen. Ziel der Überarbeitung sei es, mit einer neuen MFBO insbesondere die Vorgaben zur Wahrung der Unabhängigkeit der ärztlichen Entscheidung zu schärfen und damit die Schaffung der dafür notwendigen rechtlichen Rahmenbedingungen anzustoßen. Anlass für die Neufassung der MFBO sei ausdrücklich die für einzelne Kammern nachteilige Entwicklung der Rechtsprechung. Wesentliche Änderungen betreffen die Anerkennung von gesponsorten Fortbildungsangeboten. In der Plenardebatte wurde deutlich, dass es im Kern um eine Verschärfung der Vorschriften für gesponsorte Fortbildungsveranstaltungen geht, um auf der neuen Grundlage Entscheidungen der Landesärztekammern „gerichtsfest zu machen“. Seit vielen Jahren begrüßen wir wie u. a. auch die DGIM, mit der wir in intensivem Austausch stehen, und andere AWMF Gesellschaften grundsätzlich das Bestreben, die Integrität wissenschaftlicher Inhalte zu schützen und potenzielle Einflussnahmen zu begrenzen. Die Stärkung der Unabhängigkeit ärztlicher Entscheidungen, die Erhöhung der Transparenz durch erweiterte Offenlegungspflichten und die strikte Trennung von Fortbildungsinhalten und Marketingaktivitäten werden von uns als Instrumente zur Wahrung der wissenschaftlichen Integrität ausdrücklich anerkannt. Allerdings entstehen möglicherweise unbeabsichtigte Konsequenzen, die die wichtige Arbeit der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie und der medizinisch-wissenschaftlichen Fachgesellschaften insgesamt beeinträchtigen könnten: Denn die strikte Begrenzung zulässiger Sponsoringleistungen sowie die Limitierung von Sponsoringerträgen auf die Kosten des wissenschaftlichen Teils einer Veranstaltung dürfte zu erheblichen finanziellen Herausforderungen für Fachgesellschaften führen, die wissenschaftliche Kongresse veranstalten, Fortbildungsakademien betreiben oder sonstige Fortbildungsangebote unterbreiten. Die medizinisch-wissenschaftlichen Fachgesellschaften erfüllen wichtige Funktionen im deutschen Gesundheitswesen: Entsprechend

ihren Satzungen fördern sie Wissenschaft und Forschung, entwickeln Leitlinien und unterstützen mit verschiedensten Angeboten die ärztliche Aus-, Weiter- und Fortbildung und vielleicht zukünftig „Bildung“. Eine Einschränkung der finanziellen Ressourcen würde nicht ohne Folgen bleiben für die Fähigkeit der wie die DGCH et al. in aller Regel als gemeinnützig im Sinne der Abgabenordnung anerkannten Fachgesellschaften, diese wichtigen Aufgaben wahrzunehmen. Wir sehen uns da auch im Schulterschluss mit dem BDC und anderen Berufsverbänden.

Selbstverständlich legen medizinisch-wissenschaftliche Fachgesellschaften größten Wert auf wissenschaftliche Unabhängigkeit und organisieren die Inhalte ihrer Kongresse und sonstigen Fortbildungsangebote mit Programmkommissionen, die inhaltlich unabhängig und weisungsfrei sind und sich ausschließlich dem wissenschaftlichen Fortschritt verpflichtet fühlen. Wir sind deshalb der Meinung, dass es nicht angemessen ist, die gleichen Maßstäbe auf unsere Angebote anzuwenden, die für rein gewerblich tätige Anbieter gelten sollen. Allein schon vor dem Hintergrund unserer gemeinnützigen Aktivitäten rechtfertigt sich eine differenzierte Betrachtung. Die von uns ausgerichteten Veranstaltungen sind unbestreitbar frei vom Einfluss der Sponsoren. Aber ohne Sponsoring können Fachgesellschaften Kongresse, Akademien und Fortbildungsmaßnahmen der Ärzteschaft nicht zu den bisherigen Bedingungen anbieten. Die von uns dabei erwirtschafteten Überschüsse kommen unmittelbar wieder unseren satzungsmäßigen Zwecken, insbesondere der Förderung von Wissenschaft, Forschung und dem Nachwuchs, zugute. Zusammen mit der AWMF und vor allem mit der DGIM, die juristischen Sachverstand maßgeblich beisteuern kann, haben wir jetzt die Bundesärztekammer und die für die Umsetzung zuständigen Landesärztekammern aufgefordert, mit uns einen konstruktiven Dialog zu beginnen, der sowohl die Unabhängigkeit der ärztlichen Fortbildung stärkt als auch die wichtige Rolle der wissenschaftlichen Fachgesellschaften im deutschen Gesundheitswesen durch Zubilligung einer Ausnahmeregelung anerkennt.

KRANKENHAUSVERSORGUNGS- VERBESSERUNGSGESETZ (KHVVG)

NRW zieht seine Reform inzwischen termingerecht durch und hat den Krankenhäusern inzwischen die Zuteilung von Leistungsgruppen zur Stellungnahme mitgeteilt. Nach ersten Informationen kann man eine deutliche Zentralisierung von komplexen und/oder teuren Leistungen erkennen. Das kann nicht Jedem gefallen und ich bin gespannt auf die Stellungnahmen. Sogar Universitätsklinika sind in ihrem Leistungsportfolio betroffen. Hier wird man sehr sorgfältig die Auswirkungen auf Lehre und Forschung analysieren müssen. Im Dezember 2024 soll der Prozess abgeschlossen sein. Täuscht mich mein Eindruck, dass nach Verkündung der Leistungsgruppen Verteilung in NRW der Widerstand gegen die Lauterbach'schen Reformbestrebungen ruhiger geworden ist? Trotzdem bleiben die Forderungen der Bundesländer bestehen, um ihre (auch parteipolitischen?) Interessen zu wahren und die Auswirkungen der Reform auf die regionale Krankenhausversorgung zu steuern:

1. Regionale Planungsfreiheit im Sinne von mehr Autonomie bei der Planung und Umsetzung der Krankenhausversorgung. Besonders betont wird die Notwendigkeit einer vorherigen Auswirkungsanalyse der Reformen auf die regionalen Versorgungsstrukturen. *Eine solche Analyse liegt inzwischen für das Saarland und Rheinlandpfalz als kombiniertes Dokument vor.*
2. Qualitätsvorgaben für die Leistungsgruppen: Auch hier möchte man flexiblere Regelungen bezüglich der Qualitätsanforderungen, die Krankenhäuser erfüllen müssen. Während der Bund auf strikte Qualitätskriterien drängt, fordern die Länder Ausnahmen für kleinere Krankenhäuser, insbesondere in ländlichen Regionen, um die flächendeckende Versorgung sicherzustellen. *Gerade dies macht wenig Sinn, da wir nur dann eine Qualitätsverbesserung hinbekommen, wenn die Anforderungen für Alle gelten.*
3. Finanzierung des Bürokratieabbaus und des Transformationsprozesses: Die Länder kritisieren, dass der Bund

beabsichtigt, Kosten auf die Krankenhäuser und somit indirekt auf die Krankenkassen abzuwälzen. Sie verlangen eine gerechtere finanzielle Verteilung und fordern Maßnahmen zur Reduzierung der Bürokratie, um die Krankenhäuser zu entlasten und die ambulante Versorgung zu fördern. Die Länder sind zuversichtlich, noch viele Punkte in den parlamentarischen Gesetzgebungsprozess einbringen zu können. Wenn die zentralen Forderungen der Bundesländer bezüglich des KHVG wie Regionale Planungsautonomie, vorherige Auswirkungsanalyse, Ausnahmen bei Qualitätsvorgaben, Bürokratieabbau, Erhalt der flächendeckenden Versorgung, Stärkere Öffnung für ambulante Behandlungen, Verordnungen, die die Planungshoheit der Länder betreffen, keine Berücksichtigung im weiteren Verfahren finden, will man den weiteren Weg über den Vermittlungsausschuss oder gar das Verfassungsgericht suchen. (Bayern und Baden-Württemberg)

Der Eindruck drängt sich auf, dass die Länder am Status quo festhalten wollen oder zumindest die „Reformvorschläge bis zu Unkenntlichkeit weichspülen“ wollen, wie Josef Hecken, unparteiischer Vorsitzender des G-BA, im Interview mit dem Deutschen Ärzteblatt konstatiert hat. Ich meine, dass Qualität nicht regional verhandelbar sein darf.

GESUNDHEITSVERSORGUNGSSTÄRKUNGSGESETZ (GVSG)

Ein wesentlicher Bestandteil des Gesetzes ist die Entbudgetierung für Hausärzte. Dies soll insbesondere dem Hausärztemangel in ländlichen Gebieten entgegenwirken. Zusätzlich fördert das Gesetz die Gründung kommunaler Medizinischer Versorgungszentren (MVZ) und verbessert den Zugang zur psychotherapeutischen und psychiatrischen Versorgung für Kinder und Jugendliche. Außerdem werden Pflege- und Patientenvertreter stärker in die Entscheidungsprozesse im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) eingebunden. Einige Akteure sehen es als eine schlichte Honorarreform für Hausärzte, die trotz hoher Kosten nicht die erhoffte Verbesserung der

Versorgung bringe. Die Maßnahmen werden wahrscheinlich zu einer zusätzlichen Belastung der Beitragszahler führen. Die ungeliebten Gesundheitskioske, die im ursprünglichen Ansatz vorhanden waren, dann gestrichen wurden, sollen jetzt im parlamentarischen Verfahren wieder Einzug in das Gesetz erhalten. Diese Kioske sind ein innovativer Ansatz, um die Versorgungslücken in bestimmten Regionen mit prekären Lebensbedingungen zu schließen, stehen aber gleichzeitig im Fokus der Diskussionen über die Finanzierung und den tatsächlichen Nutzen im deutschen Gesundheitssystem. Auch die regionale Vernetzung und das Durchbrechen der traditionellen Grenzen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung rücken wieder in das Zentrum der Diskussion.

GESUNDHEITS-DIGITALAGENTUR-GESETZ (GDAG)

Der Gesetzentwurf zielt darauf, eine Digitalagentur für Gesundheit zu schaffen, um klare und stringente Zuständigkeiten für eine erfolgreiche digitale Transformation im Gesundheitswesen zu schaffen. Entgegen früherer Überlegungen bleibt die gematik jetzt eine Gesellschaft mit dem BMG als Mehrheitsgesellschafter (51 %).

LEBENDORGANSPENDE-REFORM

Der von uns bereits positiv kommentierte Gesetzentwurf zur Lebendorganspende-Reform ist ein großer und wichtiger Schritt zur Verbesserung der Organspende in Deutschland. Der Gesetzentwurf ermöglicht es, dass auch enge Freunde und nicht verwandte Personen als Lebendspender für Organe infrage kommen (Überkreuzspende). Bisher war dies nur für Verwandte ersten oder zweiten Grades möglich. Es sollen durch Informationskampagnen mehr Menschen dazu ermutigt werden, sich aktiv mit dem Thema auseinanderzusetzen und ihre Entscheidung zu treffen. Zu den wichtigsten Aspekten der laufenden Reform gehört die Einführung eines besseren Schutzes und einer besseren Unterstützung für Lebendspender, um sicherzustellen, dass sie nach der Spende keine finanziellen oder

gesundheitlichen Nachteile erleiden. Diese Reform spiegelt das Engagement Deutschlands wider, die komplexen ethischen, rechtlichen und medizinischen Fragen im Zusammenhang mit Organspende und -transplantation anzugehen und wird von uns maximal unterstützt.

IOP-GOVERNANCE-VERORDNUNG (GIGV)

Ziel der GIGV ist es, die Interoperabilität digitaler Gesundheitsanwendungen zu verbessern, indem Standards, Richtlinien und Anforderungen für technische, semantische und syntaktische Aspekte festgelegt werden. Eine wichtige Neuerung im aktuellen Entwurf der GIGV ist die Umwandlung der bisherigen „Koordinierungsstelle für Interoperabilität im Gesundheitswesen“ in ein „Kompetenzzentrum für Interoperabilität“. Kritik an der Novelle gibt es unter anderem vom Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG), das Bedenken äußert, ob die Bedürfnisse der Bürgerinnen und Bürger ausreichend berücksichtigt werden. Insbesondere soll sichergestellt werden, dass Gesundheitsinformationen verständlich und zugänglich gemacht werden, um eine breite Akzeptanz digitaler Anwendungen zu gewährleisten. Der Bundesverband Medizintechnologie (BVMed) fordert zudem eine stärkere Einbindung der Medizintechnik-Branche in die Entwicklung der Interoperabilitätsstandards.

MEDIZINFORSCHUNGSGESETZ

Das House of Finance der Goethe-Universität Frankfurt am Main hat Möglichkeiten und Ziele des Medizinforschungsgesetzes in einer Expertenrunde unter dem Titel „Das Medizinforschungsgesetz – Booster für klinische Studien in Deutschland?“ diskutiert. Da ich beteiligt war, liegt mir bereits ein Abschluss Statement vor, aus dem ich zitieren darf. Die Diskussion nahm ihren Ausgang von dem Bedeutungsverlust Deutschlands auf diesem Gebiet. Die Referenten stellten das Potential des neuen Gesetzes aus Sicht der akademischen und industriellen klinischen Forschung, der Ethikkommissionen, der medizinischen Fachgesellschaften sowie

der Zulassungsbehörden vor. Die Expertenrunde erörterte die ökonomische Bedeutung klinischer Studien und bezog den Studienstandort Europa in ihre Betrachtungen ein. Alle waren sich darin einig, dass das Medizinforschungsgesetz der richtige Ansatz ist, um die frühere Führungsrolle des Pharma-Standorts Deutschland zurückzuerobern, dass eine erfolgreiche Umsetzung dieses Ansatzes aber großer gemeinsamer Anstrengungen aller Stakeholder bedarf.

Die sieben Schlüsselemente des MFG:

1. **Stärkung der Synergien zwischen den Zulassungsbehörden**

Mit dem MFG soll das BfArM in Zukunft zum Single-Entry-Point für alle Zulassungsanträge werden – über ein dort angesiedeltes gemeinsames elektronisches Einreichungsportal beider Behörden BfArM und PEI.

2. **Straffung strahlenschutzrechtlicher Prüfungen**

Das Bundesamt für Strahlenschutz (BfS) wird nur noch bei strahlenschutzfachlich komplexen Genehmigungsverfahren eingeschaltet. In diesem Fall sind aber anders als bisher zumeist parallele Prüfungen durch EK und BfS möglich.

Die Prüffristen können dadurch deutlich verkürzt werden. Erleichternd kommt hinzu, dass die Anträge künftig zum Teil auch auf Englisch eingereicht werden können

3. **Bessere Beratung der Landesbehörden bei der Prüfung individueller Therapien**

4. **Gründung einer zentralen, spezialisierten Ethikkommission**

Getrennt von dessen Genehmigungsabteilungen wird die Geschäftsstelle dieser Kommission beim BfArM angesiedelt. Sie soll nur für besonders dringliche oder komplexe Prüfungen zuständig werden; befürchtet wird aber ein weiteres Bürokratisierungsmonster.

5. **Einführung von Mustervertragsklauseln**

Diese Maßnahme wird auch zu einer Harmonisierung über föderale Grenzen hinweg beitragen.

6. **Erleichterung dezentraler klinischer Prüfungen**

Dezentrale klinische Prüfungen sind durch die Digitalisierung (Stichwort:

Telemedizin) möglich. Das MFG behebt rechtliche Mängel durch Einfügung eines entsprechenden Absatzes in § 47 des Arzneimittelgesetzes.

7. **Belohnung für die Rekrutierung vieler inländischer Probanden**

Die pharmazeutische Industrie erhält durch Wegfall von Preisbindungs-Leitplanken eine Belohnung, wenn mehr als fünf Prozent der Probanden für die klinische Prüfung des betreffenden neuen Arzneimittels in Deutschland rekrutiert worden sind. Zudem erhalten global agierende pharmazeutische Unternehmen die Möglichkeit, die jeweiligen Erstattungsbeträge mit dem GKV-Spitzenverband unter dem Siegel der Vertraulichkeit zu vereinbaren. Dadurch kann der bisher allseits bekannte deutsche Preis den Kostenträgern anderer Länder nicht weiterhin als Referenz dienen, die Unternehmen erhalten dort also größere Verhandlungsspielräume.

Zur erfolgversprechenden Umsetzung gab es Empfehlungen aus der Expertenrunde:

- die Teilnahme an klinischen Studien sollte viel stärker beworben werden
- die Harmonisierung von Genehmigungsverfahren sollte nicht mit neuer Bürokratie erkaufte werden (Richtet sich an die Einführung einer zentralen Ethikkommission)
- die datenschutzrechtliche Freigabe klinischer Studien sollte alleinige Sache des Bundesdatenschutzbeauftragten sein
- die Agilität der Zulassungsbehörden sollte durch höhere Ressourcen gesteigert werden
- das Medizinforschungsgesetz sollte nicht nur die Spitze des Eisbergs sehen
- die Kooperation zwischen Industrie und Akademie sollte weiter verfestigt werden (Stichwort: Mustervertragsklauseln)
- Die Vorteile des Medizinforschungsgesetzes sollten international breit kommuniziert werden und die europäische Perspektive sollte stets im Blick behalten werden (in der EU-Pharmagesetzgebung wird der Bereich klinischer Prüfungen explizit zwar nicht thematisiert, spielt aber im gibt es insbesondere bei Versicherungs- und Haftungsfragen Rechts-

unsicherheiten, die auszuräumen von entscheidender Bedeutung sein wird, wenn der Studienstandort EU in seiner internationalen Wettbewerbsfähigkeit nicht Schaden nehmen soll.

KRANKENHAUSTRANSparenz-GESETZ

Es regt sich Widerstand gegen Beschlüsse des Deutschen Bundestages zu neuen Melde- und Dokumentationspflichten. So müssen die Krankenhäuser dem Institut für das Entgeltsystem, dem INEK, zukünftig Daten zum ärztlichen Personal, und dessen Arbeitszeiten, gegliedert nach „maßgeblichen Leistungsgruppen“ übermitteln. Diese Meldungen sollen jedes Quartal neu erfolgen. Beschlossen wurde diese neue Vorgabe mit einem Änderungsantrag zum Medizinforschungsgesetz am 4. Juli 2024. Krankenhäuser, die diesen Vorgaben nicht nachkommen, müssen mit einem Vergütungsabschlag von pauschal 50.000,- € rechnen, und zwar je Standort. Diese Angaben seien für die Folgenabschätzung der Krankenhausreform und für die Qualitätssicherung von wesentlicher Bedeutung, heißt es in der Begründung zu dieser Regelung. Die Kritiker sprechen von „Unnötige(r) Bürokratie und Verwaltungsarbeit“ und „vorausseilender Gesetzgebung“, weil eine Krankenhausplanung nach Leistungsgruppen weder gesetzlich festgelegt sei noch absehbar vor dem 1. Januar 2027 in der Krankenhausplanung der Länder rechtswirksam umgesetzt werden. Noch vor kurzer Zeit wurde gerade das Fehlen solcher Daten für den Bundes-Krankenhaus-Atlas (BKA) kritisiert.

Das KTG ist ein wichtiger Bestandteil der geplanten Krankenhausreform in Deutschland und wurde dem KHVG vorangestellt. Es schafft die Grundlage für die Veröffentlichung von Struktur- und Leistungsdaten der Krankenhäuser, um Patientinnen und Patienten einen Überblick über die Qualität der stationären Versorgung zu ermöglichen.

GESUNDHEITSDATENNUTZUNGSGESETZ (GDNG)

Kernpunkte des GDNG sind die Einführung einer zentralen Datenzugangs- und

Koordinierungsstelle sowie die Etablierung eines dezentralen Dateninfrastrukturmodells. Diese zentrale Stelle, angesiedelt beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) ist aber bisher noch nicht aktiv.

DIGITAL-GESETZ (DIGIG)

Bis Mitte 2024 war die elektronische Patientenakte (ePA), neben dem elektronischen Rezept der Kernpunkt des DigiG in Deutschland trotz ihres potenziellen Nutzens nur relativ langsam eingeführt. Derzeit haben sich nur etwa 2 % der gesetzlich Versicherten für die Nutzung der ePA registriert. Die Einführung wurde als „zurückhaltend“ beschrieben, da viele Deutsche entweder nichts von der Existenz der ePA wussten oder aufgrund von Bedenken hinsichtlich des Datenschutzes zögerten. Es wird erwartet, dass die ePA bis 2025 verpflichtend wird, es sei denn, die Patienten entscheiden sich dagegen. Auch gibt es noch einige Herausforderungen, darunter Probleme mit der Integration medizinischer Bilddaten in die ePA.

APOTHEKENHONORAR- UND APOTHEKENSTRUKTURREFORM

Diese noch nicht im Kabinett beratenen Pläne werden extrem kontrovers diskutiert. Allein die Schlagworte lassen die Brisanz ahnen: Anpassung des Apothekenhonorars mit Erhöhung des Festzuschlags, Förderung von Apotheken in ländlichen Gebieten, Modernisierung und Digitalisierung durch E-Rezepte und Telepharmazie-Dienstleistungen, Veränderte Rolle der Apotheken durch erweiterte Beratungsleistungen, Impfungen oder die

Durchführung von Gesundheitschecks und schließlich Gestaltung eines fairen Wettbewerbs mit Versandapotheken.

GESETZ ZUR REFORM DER NOTFALLVERSORGUNG (NOTFALLGESETZ – NOTFALLG)

Der Gesetzentwurf sieht die Einführung von „Integrierten Notfallzentren“ (INZ) vor, die an Kliniken angesiedelt sind und die zentrale Anlaufstelle für alle Notfälle werden sollen. Diese Zentren sollen die bisherige Trennung von ärztlichem Bereitschaftsdienst und Notfallversorgung in Krankenhäusern aufheben. Es wird befürchtet, dass die Einführung der INZs erhebliche finanzielle Mittel erfordert, ohne dass eine klare Finanzierung gesichert ist. Zudem gibt es Bedenken, ob ausreichend Personal zur Verfügung steht, um die rund um die Uhr besetzte Notfallversorgung in diesen Zentren zu gewährleisten. Ein weiterer Kritikpunkt betrifft die Erreichbarkeit der INZs, insbesondere in ländlichen Gebieten mit längeren Anfahrtswegen und Wartezeiten. Die Reform zielt darauf ab, die Qualität der Notfallversorgung zu verbessern, indem Patienten nach einer Triage in die passende Versorgungsstufe weitergeleitet werden. Kritiker befürchten jedoch, dass diese Regelung in der Praxis zu Verzögerungen und möglicherweise zu einer unzureichenden Behandlung führen könnte, wenn Patienten falsch eingestuft werden. Die Verweisung an hausärztliche Praxen 24/365, also auch außerhalb der Notdienstzeiten wird als unrealistisch betrachtet. Auch die Interessen der Krankenkassen und Krankenhäuser kollidieren. Während Krankenkassen die Reform begrüßen, da sie langfristig zu Kosteneinsparungen

führen könnte, sehen Krankenhäuser das Risiko, dass sie durch die neuen Strukturen finanzielle Einbußen erleiden könnten, insbesondere kleinere Kliniken. Insgesamt bleibt der Gesetzentwurf ein heißes Eisen, das weitere Anpassungen und auch die Integration der präklinischen Rettungsdienste erfordert. Unbeachtet im Entwurf ist auch die kinderchirurgische Notfallversorgung.

AUSBLICK

In Anbetracht der jüngsten Daten zur Mortalität und Letalität, u. a. vom IQWiG zum Zusammenhang zwischen Leistungsmenge und Qualität des Behandlungsergebnisses bei der Chirurgie der Kolon- und der Rektumkarzinome (Update von V22-02) publiziert, wird man nicht umhinkommen, an dem Reformstau zu arbeiten. Ich kann mich nur wiederholen: Wir benötigen eine Qualitäts-offensive und ein höheres Maß an Transparenz. Die Reform wird Gewinner und Verlierer sehen. Nicht jedes Haus wird Alles anbieten können. So suchen Sie nach Kooperationspartnern, um Ihre Stärken auszubauen und schwache Bereiche abgeben zu können. Möglicherweise ist für Viele eine Fusion auf Abteilung- oder Krankenhausebene die Lösung. Dies würde auch das Weiterbildungsproblem entspannen. Ich wünsche uns jedenfalls, dass die durch Olympia verbreitete positive Stimmung in einem Umfeld schlechter Nachrichten nachhaltig auch in unser Gesundheitssystem strahlt.

Ihr
Thomas Schmitz-Rixen





SEHR PERSÖNLICH NACHGEFRAGT BEI STEFANIE ADILI

Was ist das Schönste an Ihrem Beruf?

Ich liebe die Vielfältigkeit meines Faches. Von sehr großen Rekonstruktionen bis zu kleinen ästhetischen Eingriffen, dazu sehr junge bis alte Patient:innen von schwer krank bis ziemlich gesund, deren Lebensqualität sich deutlich verbessern darf.

Welche Forschungsrichtung inspiriert Sie?

Translationales. Alles, was von der Bench im klinischen Alltag gut umzusetzen ist.

Welchen klinischen Schwerpunkt haben Sie?

Fachärztin für Plastische und Ästhetische Chirurgie mit den Schwerpunkten Intimchirurgie (ästhetisch und rekonstruktiv) sowie körperformende Eingriffe an Gesicht, Körperstamm und Extremitäten, Dermatochirurgie.

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

Alle Publikationen zum Breast Implant Associated Anaplastic Large Cell Lymphoma.

Welches Buch liegt auf Ihrem Nachttisch?

„Denkerinnen, Forscherinnen, Pionierinnen. Die unsichtbaren Heldinnen der Geschichte“ von Leonie Schöler.

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

Piep, piep, piep, erstmal Kaffee.

Was war für Ihr berufliches Fortkommen besonders hilfreich?

Inspirierende Kollegen:innen zu richtigen Zeitpunkten kennenzulernen.

Was war Ihre größte Inspiration?

Mit Kolleginnen und Kollegen zu arbeiten, deren fachliche und soziale Kompetenzen mich beeindruckten.

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

Die operative Versorgung von Patientinnen nach weiblicher Genitalverstümmelung in Kooperation mit einer Frauenrechtsorganisation und einem Mentor.

Welche persönlichen Visionen möchten Sie gerne umsetzen?

Patientinnen nach weiblicher Genitalverstümmelung eine Perspektive zu geben. Mit Aufklärung und der Möglichkeit der operativen Versorgung für ein selbstbestimmtes Leben, und dafür zu kämpfen, dass diese entsetzliche Tradition abgeschafft wird.

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

Den Patienten und die Krankenversorgung wieder in den Mittelpunkt zu stellen.

Wann platzt Ihnen der Kragen?

Bei Unaufrichtigkeit und Angeberei.

Welche Hoffnung haben Sie aufgegeben?

Keine. Solange ich lebe, habe ich Hoffnung.

Wie gehen Sie mit Frustrationen um?

Am besten eine lange Runde auf dem Spinning Bike, danach sieht die Welt gleich viel besser aus.

Ihr wichtigstes Hobby?

Reisen, gemeinsam mit Familie und Freunden.

Wo werden Sie schwach?

Schokolade.

Was bringt Sie zum Lachen?

Schwarzer Humor.

Was gehört für Sie zu einem gelungenen Tag?

Ein leckeres Essen mit meiner Familie.

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

No go, nur gemeinsam kommen wir ans Ziel, Vorbildfunktion.

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

Hinschauen. Stärken und Potenziale erkennen, Unterstützung anbieten und Raum für persönliche Entwicklung geben.

Muss eine Chirurgin/ein Chirurg Optimismus ausstrahlen?

Immer!

Dr. med. Stefanie Adili

Fachärztin für Plastische und Ästhetische Chirurgie
Verheiratet, 2 Kinder, natürliche Ästhetin mit Liebe zu Kunst und Kultur, mit dem Wunsch, die Welt ein kleines bisschen besser zu machen.

Angestellte Fachärztin in der Praxis Alamuti&Scholz in Wiesbaden

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



© iStock-dig.com photo

„Bedeutende, aber (fast) vergessene Chirurgen“

Der Leibchirurg Friedrichs des Großen: Bataillons-Feldscher Schlauch (†1786)

Michael Sachs

Schlauch, dessen Vornamen und genaue Lebensdaten noch unbekannt sind, wurde im Jahr 1746 als „Cammerlaquei und Barbier“ und in den Jahren 1753 bis 1785 als „Leib-Chirurg“ oder als „Leib-Barbier“ des preußischen Königs erwähnt. Hauptberuflich war er bis 1771 „Feldscher“ (d. h. Barbier, Friseur) im (1.) Garde-Bataillon der „Garde zu Fuß“ (Inf.-Rgt. Nr. 15) in Potsdam. Auch danach war er als „Pensionair“ weiter für seinen König tätig. Er begleitete den König auch auf seinen Feldzügen (nachweislich 1758 im Siebenjährigen Krieg) und bei Badekuraufenthalten (nachweislich 1765 im schlesischen Landeck). Außerdem behandelte er auch des Königs Freunde nach den medizinischen Anweisungen des Königs (beispielsweise 1758 den Vorleser des Königs Heinrich de Catt).

Schlauch hat zwar keinen Beitrag zur Entwicklung der modernen Chirurgie geliefert, war aber aufgrund seiner Funktion als Leibarzt des Königs seinerzeit einer der bekanntesten Chirurgen Preußens. Seine teilweise erhalten gebliebenen Aufzeichnungen über die Behandlung des Königs geben uns einen interessanten Einblick in die Medizin seiner Zeit.

Im 18. Jahrhundert erlernte man im deutschen Sprachraum die Chirurgie als ein Handwerk bei einem Barbierchirurgen und benötigte dazu noch kein Medizinstudium an der Universität. Als Militärchirurg („Feldscher“) war Schlauch in Friedenszeiten vor allem als Barbier (Friseur) seiner Einheit tätig und nahm aber auch beispielsweise Aderlässe vor. In



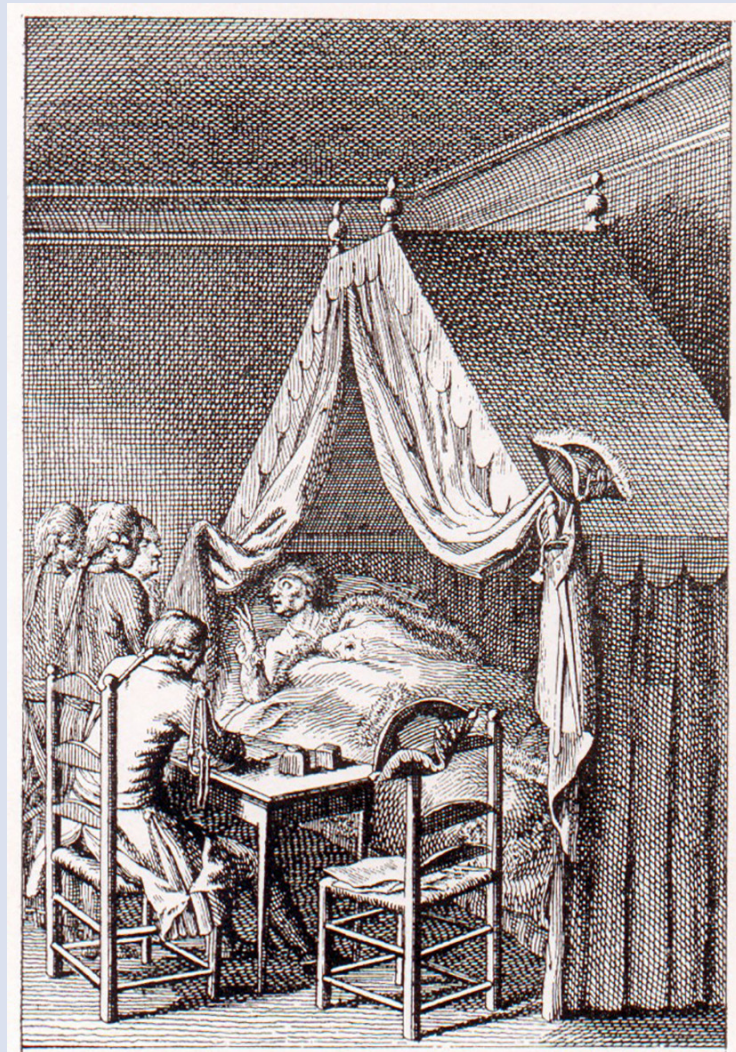
Prof. Dr. med. Michael Sachs

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

Kriegszeiten versorgte er Wunden und führte wohl auch Operationen (Blutstillung, Amputationen, Trepanationen) durch. Eine zivile Praxis war dagegen den Militärwundärzten nur ausnahmsweise erlaubt.

Wie sah nun die Versorgung des Königs durch seinen Leibchirurgen aus? Die „Schatullrechnungen“, d. h. die Buchführung über die Privatausgaben des Königs, erwähnen: „Aderlassen, Medizin, Mundpomenade, Kosmetik, Handschuh“, wofür der Chirurg ein- bis viermal pro Jahr jeweils 10 bis 20 Reichstaler zusätzlich zu seinem Jahreseinkommen als Militärwundarzt ausgezahlt bekam. Das Jahreseinkommen dieses Chirurgen soll zunächst 200, später dann etwa 400 Thaler betragen haben [Büsching 1790, Anhang p. 37].

Im Jahre 1758 während der Belagerung von Olmütz im Siebenjährigen Krieg berichtete Schlauch dem Vorleser des Königs de Catt, dass der König wieder an „Koliken“ und „Hæmorrhoidalbeschwerden“ leide. Auslöser seien laut Schlauch „diese verheulerten Makkaroni“ oder die „Pastete“ gewesen, die der König „in großen Mengen“ scharf gewürzt verspeise „trotz hundert böser Erfahrungen“. „Vielleicht heute Abend, vielleicht auch morgen wird er schon wieder Flöte spielen – wird mir aber im selben Augenblick versichern, dass er noch sehr zu leiden habe“. Therapeutisch verabreichte Schlauch dem König „Einläufe“ und nicht näher bezeichnete „Pulver“ [de Catt 1884, p. 88]. Als des Königs Vorleser selbst erkrankte hatte der König „die Güte, mir täglich zweimal seinen Schlau[ch] zu schicken, um zu erfahren, wie es mir ginge“ [de Catt 1884, p. 79].



Sachs M: Der Leibchirurg Friedrichs des Großen:
Bataillons-Feldscher Schlauch (†1786).
Passion Chirurgie. 2024 September; 14(09/III):
Artikel 06_03.

Abb. 1: König Friedrich II. von Preußen diktiert, an Gicht leidend und bettlägerig, seinen Generälen den Aufmarschplan für die preußische Armee im Oktober 1759. Zeitgenössischer Kupferstich von E. Henne nach D. Chodowiecki.

Im Jahre 1766 schickte Friedrich der Große aus Potsdam einen von seinem Leibchirurgen verfassten Bericht über seinen Krankheitszustand an Generalleutnant von Tauentzien nach Breslau mit dem Befehl, ihn persönlich (!) an den dortigen Arzt Dr. med. Jagwitz (1712-1785) mit der Bitte um einen Therapievorschlag zu übergeben:

„Mein lieber General=Lieutenant von Tauentzien. Ich überschicke Euch hieranliegend einen Meine Gesundheits=Umstände betreffenden Aufsatz, welchen Ihr dem dortigen Doctor Jeckwitz selbst zustellen, und Mir dessen Antwort wiederum anhero zuschicken sollet. Ich bin Euer wohlaffectionirter König. <eigenhändig gez.> Friedrich.

Potsdam, den 8^{ten} Martii, 1766“ (siehe Abb. 2).

Schlauch schildert in dem Bericht die Symptome des Königs, aber ohne eine Diagnose anzugeben – denn die Diagnose stellte der König selber, der sich gut in der Medizin seiner Zeit auszukennen glaubte. In seiner Privatbibliothek in Sanssouci befanden (und befinden sich noch) sich u. a. zwei medizinische Lehrbücher des seinerzeit bekannten Schweizer Arztes Dr. med. Samuel-Auguste André David Tissot (1728-1797) [Krieger 1914].

Schlauchs Bericht lautete: „Seine Majestät klagten beständig über eine sehr schwache und langsame Verdauung, mit beständigem Krampf. Der Krampf ist am stärksten um das mesentery. Se.Majestät können Abends nicht eher einschlafen, als bis die Verdauung vorbei ist, worauf dann eine gelinde Transpiration folgt, die den Krampf am besten erleichtert. – Gegen Neumond kommen Hämorrhoidalkrämpfe, welche öfters sehr heftig sind. Zu Zeiten werden die Hämorrhoiden fluid, doch nicht allemal. – Durch den Krampf leiden alle Nerven am ganzen Körper. Wenn sich die Hämorrhoidalkrämpfe zeigen, so kommen sie anfänglich mit Brechen; gegen Abend zeigt sich der Puls fieberhaft. – Hält der Krampf lange an, wenn der Leib nicht willig ist, so wird ein lavement applicirt, von erweichenden Mitteln. Dieses thut öfters die beste Wirkung, wonach alle Spannung nachläßt... – Gegen die Gleichtage, Frühjahr und Herbst, sind die obig beschriebenen Anfälle am heftigsten. Se.Majestät pflegen jährlich 3 Mal Ader zu lassen, besonders wenn

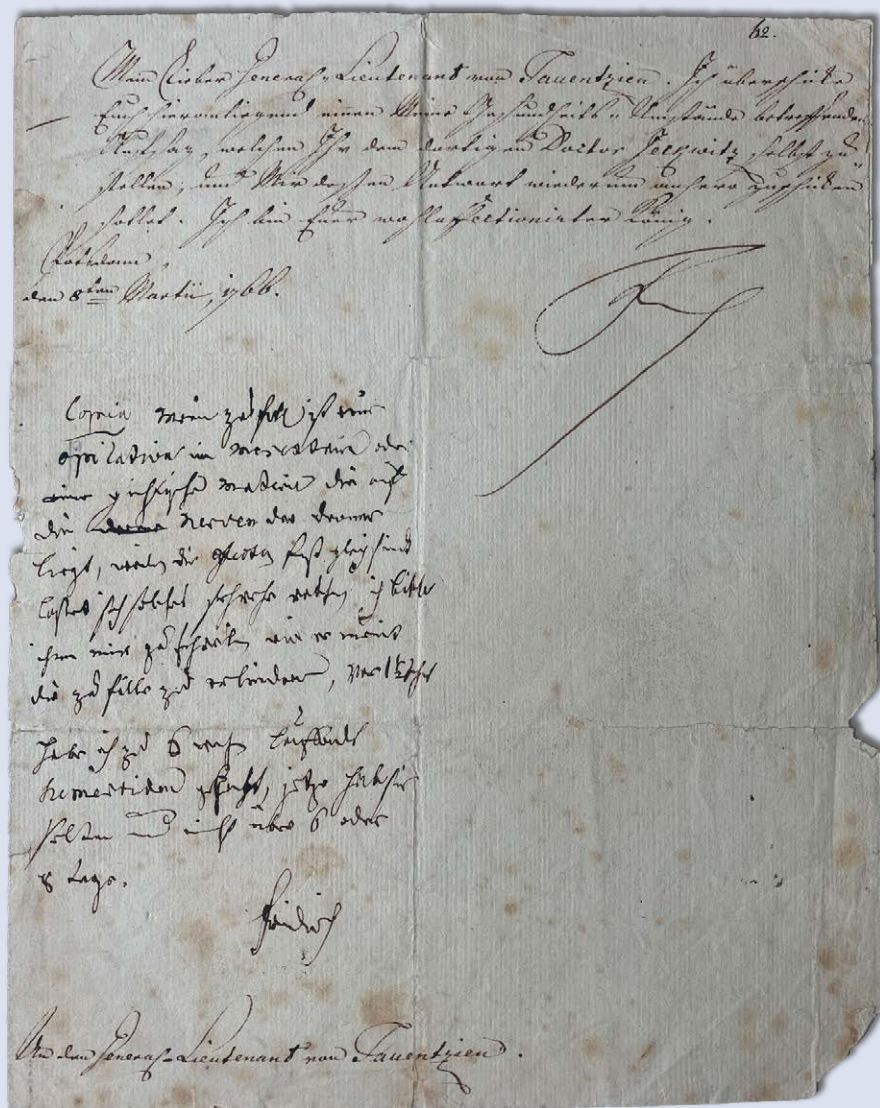


Abb. 2: Brief mit eigenhändiger Unterschrift des Königs (datiert Potsdam, den 08.03.1766) an den Gouverneur von Breslau, General Bogislav Friedrich von Tauentzien (1710-1791) bezüglich seines Gesundheitszustandes. Darunter vermutlich in der Handschrift von General Tauentzien eine „Copia“ des eigenhändigen Berichts des Königs.

Vollblütigkeit verspürt wird. – Die Leibes=Excretionen sind bei leidlichen Tagen täglich hinlänglich“ [Lippe 1877, p. 194f.].

Auf demselben Blatt befindet sich eine eigenhändige Randbemerkung des Königs mit Angabe seiner Selbstdiagnose, hier buchstabengetreu wiedergegeben:

„Mein zufal ist eine opilation im Mesentaire oder eine gichtische Materie die auf die Nerven der Derme ligt, weillen die Efecten fast gleich Seint, losset Sie solches swehr Rathen, ich bitte ihm miehr zu Schreiben, wie er meinert die zufälle zu erlindern, vohr 1 ½ jahr habe ich zu 6 Wochen laufende Homeroiden gehabt, jetzo habe ich sie Selten und nicht über 6 oder 8 Tage.

Friderich“ [zit. n. Hodann 1870, p. 40; vgl. mit der Abschrift Tauentziens in Abb. 2].

Jagwitz erhielt das königliche Schreiben am 11. März und er beantwortete es am gleichen Tage. Der Breslauer Arzt vermutete nicht die Gichtmaterie, sondern erweiterte Mesenterialgefäße („erweiterte Gefäße, längs des Gedärmanals“) als Ursache der Koliken und der langen Intervalle zwischen denselben.

In den Jahren 1766 bis 1768 bestand daraufhin ein direkter Briefwechsel zwischen dem Königlich Preußischen Leibchirurgen Schlauch in Potsdam und dem Breslauer Arzt Dr. Jagwitz über den Gesundheitszustand und die Behandlung des Königs. Die

Behandlung bestand in Aderlass, „Pillen“ und diätischen Maßnahmen. Mehrfach wurden dem königlichen Patienten 9-12 Unzen¹ Blut aus einer Armvene entnommen. Der König pflegte – entsprechend den humoralpathologischen Vorstellungen seiner Zeit – große Mengen Obst zu essen, um den durch scharf gewürzte Speisen erhitzten Magen abzukühlen. „Jeden Morgen nach dem Erwachen soll der Unterleib von der Herzgrube an mittels eines weichen Lappens eine halbe Stunde lang mäßig frottiert werden“, schrieb Jagwitz dem Leibchirurgen. Außerdem verschrieb Jagwitz dem König Pillen aus „Tausendgüldenkraut, Chinarinde, Venetianische Seife, Gummi opopanax, Polychrestsalz und Perubalsam“. Diese Pillen sollen morgens nüchtern, eine Stunde nach dem Kaffee, und später am Tage nochmals drei bis vier Pillen genommen werden. Friedrich scheint sich nicht immer an die Therapie gehalten zu haben, denn Schlauch klagte dem Breslauer Arzt: „S. M. nimmt im Bedarfsfall Rhabarber und Cremor tartari“ (Weinstein; Kaliumhydrogentartrat), beides wirkt bekanntlich abführend.

Schlauchs Tod erfolgte „einige Monate nach des Königs Ableben“, letzterer starb im August 1786 [Anekdoten 1851, p. 129-130]. Eine Sektion des königlichen Leichnams wurde nicht durchgeführt, sodass wir nicht wissen, ob eine Cholelithiasis Ursache der Koliken nach Makkaronigenus gewesen waren. Durch eine Aszitespunktion und durch Inzisionen an den ödematösen Beinen wurde lediglich Wasser aus dem königlichen Leichnam abgelassen.

LITERATUR

- [1] Anekdoten und Charakterzüge aus dem Leben Friedrichs des Großen. Zweite wohlfeile Ausgabe. Erster Band. Berlin: F. A. Herbig 1851, p. 129-130.
- [2] Büsching, Anton, Friedrich: Zuverlässige Beyträge zu der Regierungs-Geschichte König Friedrich II von Preußen. Hamburg: C. E. Bohn, Anhang p. 37.
- [3] Catt, Heinrich de (1884): Unterhaltungen mit Friedrich dem Großen. Memoiren und Tagebücher von Heinrich de Catt, herausgegeben von Reinhold Koser.

Leipzig: Hirzel 1884, p. 79 u. 88 (Publicationen aus den K. Preußischen Staatsarchiven, Bd. 22).

- [4] Hodann, Julius: Noch zwei berühmte Aerzte Breslau's zur Zeit Friedrichs des Großen, Dr. Jagwitz und Dr. Morgenbesser. Abhandlungen der Schlesischen Gesellschaft für vaterländische Cultur. Phil.-hist. Abtheilung, 37 (1870), 37-59.
- [5] Krieger, Bogdan: Friedrich der Große und seine Bücher. Leipzig: Konkordia 1914, p. 178.
- [6] Lippe, Graf von: Friedrich der Große im Kampf mit seinem „Seelenfutteral“. Zeitschrift für Preussische Geschichte und Landeskunde 14 (1877), p. 192-204.
- [7] Schatullrechnungen Friedrichs II. von Preußen: Geheimes Staatsarchiv Preussischer Kulturbesitz Berlin-Dahlem Signatur: BPH, Rep. 47 König Friedrich II., Nr. 895-935
- [8] Selle, Christian Gottlieb: Krankheitsgeschichte des Höchstseeligen Königs von Preußen Friedrich's des Zweyten Majestät. Berlin: A. Mylius 1786, p. 62.

¹ 1 Unze in Preußen (18. Jh.) = 29, 2 g; d.h. es wurde jeweils etwa 300 ml Blut abgenommen

WIR GEDENKEN UNSERER VERSTORBENEN MITGLIEDER

Herr Dr. med. Hosseyn Behschad, Lingen

Herr Dietrich Kempfs, Berlin

Herr Prof. Dr. med. Yadollah Moazami-Goudarzi, Berlin

Herr Prof. Dr. med. Bernd Lingemann, Münster

Herr Dr. med. Rudolf Arnrich, Erfurt

Herr Dr. med. Michael Wagner, Schwetzingen

*12.06.1934 †07.04.2023

*18.09.1940 †16.10.2023

*30.04.1932 †17.05.2024

*15.05.1943 †22.05.2024

*04.04.1937 †31.05.2024

*25.08.1949 †08.06.2024

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.	Patienten mit Lebermetastasen Exper. Gruppe anato- mische 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).	59 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: City₃* Registrierungsnummer: DRKS003520				
Prof. Dr. med. D. K. Bartsch	Patienten (n = 2426), bei denen eine totale Thyreoidektomie oder Hemithyreoidektomie wegen einer gutartigen Struma durchgeführt wurde Exper. Gruppe: kontinuierliches intraoperatives Neuromonitoring Kontrollgruppe: intermittierendes intraoperatives Neuromonitoring	28.02.2024 177 von 2426 Patienten	Keine Finanzierung Fallgeld: 0 €/Patient	PD Dr. med. Elisabeth Maurer Klinik für Viszeral-, Thorax- und Gefäßchirurgie Philipps-Universität Marburg Baldingerstraße 35043 Marburg T: 06421/58-65869 F: 06421/58-68995 E: maurere@med.uni-marburg.de
Studientitel: DISPACT-2₄* 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 215 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: HULC₅* Registrierungsnummer: DRKS00017517				
Prof. Dr. med. André L. Mihaljevic	Experimentelle Gruppe: Verschluss der medianen Laparotomie mit einem langsam resorbierbaren mono- filen 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 531 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: MICkey₆* Registrierungsnummer: DRKS00027927				
Prof. Dr. med. André L. Mihaljevic	Experimentelle Gruppe: Totale minimal-invasive Ösophagektomie (MIN-E; entweder über „klassische“ minimal-invasive Laparos- kopie + Thorakoskopie; oder über Roboter-assistierte minimal-invasive Ösophagektomie [RAMIE] oder eine Kombination aus beidem) Kontrollgruppe: Hybrid-Ösophagektomie (HYBRID-E; laparoskopische/ robotische Bauchchirurgie und offene Thoraxchirurgie)	14.06.2023 20 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
Studientitel: P.E.L.I.O.N₇* Registrierungsnummer: DRKS00027921				
Prof. Dr. med. André L. Mihaljevic	Experimentelle Gruppe: Verschluss der Bauchwand während des Loop-Ileos- toma-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 Nahtmate- rial in small-stitch-Technik ohne Netzverstärkung.	20.01.2023 35 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

MULTIZENTRISCH RANDOMISIERT KONTROLLIERTE STUDIEN

STUDIENLEITER	PATIENTEN/OP.-VERFAHREN	FIRST PATIENT IN/ STATUS DER STUDIE	FINANZIERUNG DER STUDIE/FALLGELD	ANSPRECHPARTNER/ KONTAKT
---------------	-------------------------	--	-------------------------------------	-----------------------------

Studientitel: RECOPS₈*

Registrierungsnummer: DRKS00024364

Prof. Dr. med. Daniel Reim	Experimentelle Gruppe: Patienten mit pyloruserhaltender Pankreaskopfre- sektion, Child-Rekonstruktion und zusätzlicher Braun'scher Fußpunktanastomose zwischen der zu- und abführender Schlinge der Duodenojejunostomie Kontrollgruppe: Patienten mit pyloruserhaltender Pankreaskopfresek- tion und Child-Rekonstruktion	05.05.2022 254 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: SELREC₉*

Registrierungsnummer: DRKS00030567

PD Dr. med. Rosa Klotz	Experimentelle Gruppe: Totale mesorektale Exzision (TME) ohne neoadjuvante (Chemo-)Radiotherapie Kontrollgruppe: Leitlinienkonforme neoadjuvante (Chemo-) Radio- therapie (5x5 Gy oder insgesamt 50,4Gy) und ggf. begleitende 5-FU-basierte Chemotherapie gefolgt von TME innerhalb von 12 Wochen	04.05.2023 13 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
---------------------------	--	--	-------------------------------	---

[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] Continuous vs. intermittent intraoperative neuromonitoring for reduction of transient recurrent laryngeal nerve palsy in thyroid surgery – a prospective randomized controlled multicenter trial

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

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

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

[7] 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)

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

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

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

Stand: August 2024

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.

NEUE BAUSTEINE

BRONZENE BAUSTEINE:

Herr Dr. med. Jürgen Hofmann, Innsbruck
in memoriam Prof. Dr. med. Dr. h.c. mult.
Jörg Rüdiger Siewert

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. Johann Pratschke

Schatzmeister



SAVE THE DATE: DER BDC BEIM DKOU

DKOU2024

Deutscher Kongress für Orthopädie und Unfallchirurgie

Berlin, 22. bis 25. Oktober

ZUKUNFT WOLLEN.

ZUKUNFT MACHEN.

22. BIS 25. OKTOBER IN BERLIN

Unter dem Motto ZUKUNFT WOLLEN. ZUKUNFT MACHEN findet der Deutsche Kongress für Orthopädie und Unfallchirurgie vom 22. bis 25. Oktober in Berlin statt. In rund 260 Sitzungen diskutieren die Teilnehmenden an den vier Kongresstagen wissenschaftliche, praktische und politische Themen. Der BDC trägt auch in diesem Jahr wieder zum berufspolitischen und berufspraktischen Programm bei.

Am Dienstag, den 22. Oktober findet ab 10 Uhr die BDC/DKOU-Sitzung „Vorbereitung auf die Niederlassung“ unter der Leitung von BDC-Vizepräsident Dr. Peter Kalbe und anderen statt. Am Donnerstag, den 24. Oktober um 16 Uhr leitet der BDC die Sitzung „Chirurgie und Assistenzberufe“, Vortragende ist unter anderem BDC-Geschäftsführerin Dr. Friederike Burgdorf. Ebenfalls am Donnerstag 17:30 Uhr beschäftigen sich die Referentinnen und Referenten mit dem Thema „Der chirurgische Lebensweg – Nachwuchs begeistern, gewinnen, entwickeln und halten“.

Mehr Informationen: www.news.intercongress.de/m/14815959

BDC-THEMENREFERATE



Bild: Besprechung während der Sitzung der BDC-Themenreferate im November 2022

TREFFEN ZUR GEMEINSAMEN AUSRICHTUNG

Die Mitglieder der BDC-Themenreferate spielen eine wichtige Rolle für die Identifikation von Schwerpunktthemen im Verband. Am 8. und 9. November findet ihr jährliches Treffen statt, bei dem die einzelnen Referate über ihre Anliegen sprechen.

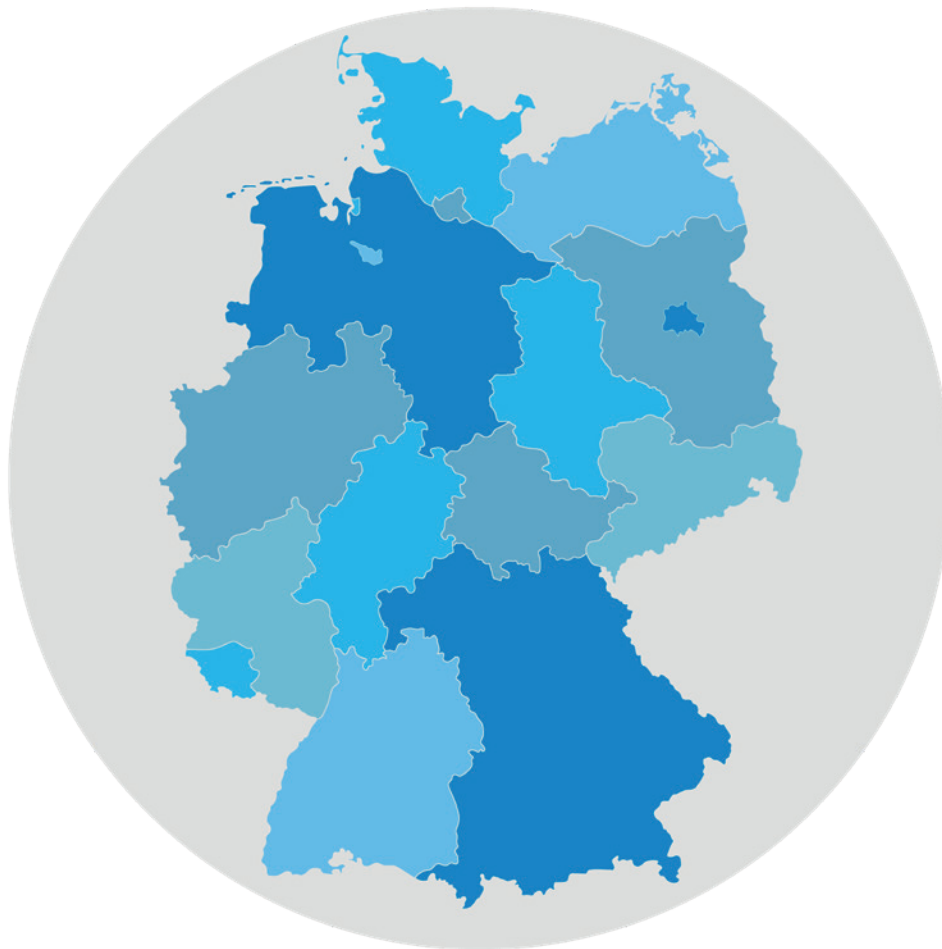
Diskutieren werden die Teilnehmenden mit Geschäftsführung, Vorstand und Verbandskommunikation, wie der BDC die Zukunft der Chirurgie und ihrer Fachkräfte sichern kann. Themenschwerpunkte sind dabei der chirurgische Nachwuchs, die fachärztliche Weiterbildung und die Krankenhausreform. Zur thematischen Vertiefung hat

die BDC-Geschäftsführung erstklassige Referent:innen eingeladen. Nach der Sitzung wird es Zeit für wertvollen Austausch geben. Haben Sie Interesse, sich in einem der Themenreferate des BDC zu engagieren? Dann melden Sie sich gerne bei Hanne Quandt (quandt@bdc.de).

Zu den Themenreferaten und ihren Mitgliedern: www.bdc.de/der-bdc/praesidium/



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



Einigkeit in vielen Punkten: Die BDC|Landesverbände üben den Schulterschluss mit ihren Regionalvertretungen

Sven Gregor, Ralf W. Schmitz



Am 21. und 22. Juni 2024 fanden in Erfurt die Klausurtagung der BDC|Landesverbände und die Strategietagung der Regionalvertretungen des BDC – gemeinsam mit dem BNC – statt. Dr. Sven Gregor im Gespräch mit Dr. Ralf Schmitz zur Arbeit des BDC auf Landesebene, den wichtigsten berufspolitischen Themen für niedergelassene Chirurginnen und Chirurgen und die zukünftige Zusammenarbeit.

PC Dr. Gregor, wie zufrieden sind Sie mit der Beteiligung an der Klausurtagung und dem dort gezeigten Engagement der anwesenden Chirurginnen und Chirurgen?

Sven Gregor (SG) Die Klausurtagung ist eine echte Bereicherung für alle Anwesenden. Hier wird deutlich wie engagiert viele Kolleginnen und Kollegen in ihren Regionen sind, oft auch ohne dass diese Aktivitäten in größerer Runde wahrgenommen



Dr. med. Sven Gregor
Sprecher der BDC|Landesverbände
Gefäßchirurgische Praxis Dr. S. Gregor
Kölner Landstr. 135
40591 Düsseldorf
bv@praxis-dr-gregor.de



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

Gregor S, Schmitz RW: Einigkeit in vielen Punkten:
Die BDC|Landesverbände üben den Schulterschluss
mit ihren Regionalvertretungen. *Passion Chirurgie*.
2024 September; 14(09/III): Artikel 07_02.



Mehr aus den Landesverbänden lesen Sie
unter DER BDC | BDC|Landesverbände.

würden. Dieses Engagement prägt die Klausurtagung, das motiviert ungemein.

PC *Mit welchen Themen haben Sie sich auseinandergesetzt? Was waren die Ergebnisse?*

SG Die Hybrid DRG's bestimmen aktuell die Diskussion sowohl in der Niederlassung als auch in der Klinik. Worüber sich die einen vielleicht freuen, ist für die anderen möglicherweise fatal. Die eigentlich von allen gewünschte Reform ist handwerklich vom Bundesgesundheitsministerium so schlecht gemacht, dass am Ende weder die eigentlich betroffenen, die Patientinnen und Patienten, noch die Leistungserbringenden in der Breite davon profitieren. Für Krankenhäuser in schwierigen finanziellen Situationen können sie der Sargnagel sein. Das Ziel, eine verbesserte Versorgung, verfehlen sie komplett. Dem folgt jetzt auch noch die Krankenhausreform. Wir haben versucht, mit den Erfahrungen aus NRW die potentiellen Folgen für die anderen Bundesländer aufzuzeigen. Die Dramatik wird vielen erst viel später – zu spät? – klarwerden. Bei alledem gelingt es kaum das Wissen und die Bedeutung der Chirurgie in der Politik sicht- und hörbar zu machen. Wir müssen da besser werden, denn die Entscheidungen gehen an uns vorbei und das leider – sogar bewusst? – auch gegen besseres medizinisches Wissen

PC *Dr. Schmitz, welchen Eindruck hatten Sie von Ihrer Klausurtagung, die Sie gemeinsam mit dem BNC durchgeführt haben?*

Ralf Schmitz (RS) Zunächst einmal möchte ich die Gelegenheit nutzen und dem Vorsitzenden des BNC, Jan Henniger aus Frankfurt, danken, dass dieser die Landesvorsitzenden des Verbandes der niedergelassenen Chirurgen und Chirurgen erneut motivieren konnte sich an der gemeinsamen Strategietagung zu beteiligen. Der Grundgedanke ist die Teilung der chirurgischen Berufsverbände in Vertragsärzte und im Krankenhaus tätige Kolleginnen und Kollegen zu überwinden und so die Kräfte zu bündeln. Schließlich sind bei einer zunehmend intersektoralen Versorgung die Interessen der beiden

Gruppen entweder deckungsgleich oder sonst zumindest ähnlich. Und nur gemeinsam können wir stark sein und haben eine bessere Chance bei den Entscheidungen gehört zu werden.

Die Veranstaltung selbst war geprägt durch manchmal kontroverse aber immer konstruktive Diskussionsbeiträge. So konnten gemeinsam Positionen erarbeitet und mit großer Mehrheit verabschiedet werden.

PC *Mit welchen Schwerpunktthemen haben Sie sich in der Klausur beschäftigt? Mit welchem Resultat?*

RS Wie nicht anders zu erwarten hat die aktuelle Gesetzgebungsoffensive im BMG für reichlich Diskussionsbedarf gesorgt. Viel Kritik gab es hier besonders an der schon von Dr. Gregor bemängelten handwerklichen Ausgestaltung der Rechtsverordnungen und Gesetze. Der Grund dafür liegt auf der Hand: so wurde im Vergleich zu früheren Reformen konsequent auf die Einbindung ärztlichen Sachverständes verzichtet. Selbst eine öffentlich-rechtliche Organisation mit hoheitlichen Kompetenzen wie die Bundesärztekammer wurde ja wie alle anderen Standesorganisationen oder auch Berufsverbände als Lobbyisten abgetan und eben nicht gehört.

PC *Welche thematischen Schnittstellen gab es bei den Tagungen?*

SG Die gewaltigen uns bevorstehenden Umbrüche im Gesundheitswesen betreffen uns alle, sowohl ambulant wie stationär tätige Chirurgeninnen und Chirurgen. Wir müssen weg vom Denken in getrennten Sektoren und Versorgungsstufen. Der BDC vertritt die Interessen der Patientinnen und Patienten und aller Chirurgeninnen und Chirurgen, nicht aber die der Krankenhäuser und ihrer Gesellschafter und nicht die der Gesundheitsministerien. Unsere besondere Expertise zur direkten Auswirkung der Veränderungen auf die Qualität der Versorgung findet leider viel zu wenig Beachtung. Hier gilt es noch sichtbarer zu werden.

RS Im Zentrum der Diskussion der niedergelassenen Chirurgeninnen und Chirurgen

stand eindeutig die zunehmende Ambulantisierung, einmal durch den geänderten AOP-Vertrag und natürlich den Paragraphen 115f, also die intersektorale Versorgung mittels Hybrid-DRG. Dieser Themenkomplex betrifft beide klassische Sektoren und verlangt eine möglichst gemeinsame Betrachtung und konsentierter Vorgehensweise. Ein zentrales Problem ist dabei die Zukunft unseres Nachwuchses: so wird die Auswirkung der gefällten Entscheidungen auf die Weiterbildung von der Politik überhaupt nicht berücksichtigt. So wird etwa im 186 Seiten starken Referentenentwurf zum KHVVG die Weiterbildung nur an zwei Stellen erwähnt und dies nur die Allgemeinmedizin betreffend.

PC Was sind Ihre Pläne für die weitere Arbeit von Landesverbänden und Regionalvertretern? Wo sehen Sie Synergien?

SG Auf regionaler Ebene findet die Trennung gar nicht mehr statt. Auch der BDC hat sich verändert. Wir arbeiten heute alle inhaltlich, wenn auch jeder mit thematischen Schwerpunkten, ganz eng zusammen. Getrennte Foren bieten einen

spezifischen Diskussionsraum. Das darf aber nicht zu abgeschotteten Gesprächen führen. Deshalb haben wir die Klausurtagungen gemeinsam durchgeführt und haben vereinbart diese gemeinsame Arbeit auch in Zukunft noch stärker in den Vordergrund zu stellen.

PC Wie können sich BDC-Mitglieder in den Landesverbänden engagieren? Was wünschen Sie sich von der chirurgischen Gemeinschaft bezüglich eines berufspolitischen Engagements für die Chirurgie?

SG Alle Landesverbände empfangen engagierte Kolleginnen und Kollegen mit offenen Armen. Allerdings ist die Attraktivität ehrenamtlicher Tätigkeiten, deren Bedeutung man manchmal auch erst am Ende der eigenen Laufbahn erkennt, überschaubar. Wir müssen uns neu sortieren. Auch im BDC gibt es veraltete Strukturen, arbeiten unterschiedliche Ebenen nicht ideal verzahnt und sind Veränderungsprozesse nicht mehr in den heute geforderten kurzen Zeitintervallen realisierbar. Wir sind dankbar für alle Chirurgeninnen und Chirurgen die uns bei zeitgemäßen Veränderungen helfen wollen.

RS Gerade in diesen durch eine Vielzahl von verabschiedeten oder geplanten Reformen geprägten Zeiten benötigen die Berufsverbände eine entsprechende Manpower und so sind wir sehr an Kolleginnen und Kollegen interessiert, die bereit sind, sich zu engagieren. Hier spreche ich ganz besonders die jüngere noch in der Weiterbildung befindliche Generation an. Schließlich hat diese noch ein ganzes chirurgisches Arbeitsleben vor sich und da wäre es doch angebracht, die zukünftigen Arbeitsbedingungen aktiv mitzugestalten. Natürlich bedeutet ehrenamtliches Engagement immer auch eine zeitliche Belastung. Auch eine gewisse Frustrationstoleranz sollte idealerweise mitgebracht werden. Dann aber kann berufspolitisches Engagement durchaus befriedigend sein und zu positiven Veränderungen führen. Nur eins ist sicher: Allein mit Engagement ist eine Veränderung in die gewünschte Richtung möglich, ohne ein solches ist eine Besserung ausgeschlossen! ○



HERNIE kontakt

LIVE WEBINAR – INKL. EXPERTEN TALK

Mi, 23. Oktober 2024, 17.00 - 19.00 Uhr



BDC Berufsverband der Deutschen Chirurgie e.V.

Dr. med.
Ralph Lorenz

Prof. Dr. med.
Henning Niebuhr

Dr. med.
Wolfgang Reinpold

Dr. med.
Bernd Stechemesser

BDC | Landesverbände

BDC | Westfalen-Lippe

Vorsitzender
Dr. med. Björn Schmitz, MHBA

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

Regionalvertreter NL
Prof. Dr. med. Michael Aufmkolk

Stellv. Regionalvertreter NL
Jerzy Wielowiejski

BDC | Bremen

Vorsitzender
Dr. med. Knut Müller-Stahl

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

Regionalvertreter NL
N.N.

BDC | Hamburg

Vorsitzende
Prof. Dr. med. Carolin Tonus

Stellv. Vorsitzende
Dr. med. Michaela Rothe

Stellv. Vorsitzender
Dr. med. Thomas Mansfeld

Regionalvertreter NL
Dr. med. Philipp Kölln

Regionalvertreter in NL
Dr. med. Michaela Rothe

BDC | Schleswig-Holstein

Vorsitzender
Dr. med. Ralf Wilhelm Schmitz

Stellv. Vorsitzender
Dr. med. Michael Müller

Regionalvertreter NL
Prof. Dr. med. Tobias Kisch

Stellv. Regionalvertreter NL
Dr. med. Bertram Wittrin



DER BDC IN DEN BUNDESLÄNDERN

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

Sprecher der Landesverbände

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

www.bdc.de/bdc-landesverbände

BDC | Nordrhein

Vorsitzender
Dr. med. Sven Gregor

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

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

Regionalvertreter NL
Dr. med. Sven Gregor

BDC | Hessen

Vorsitzender
Frank Forst

1. Stellvertr. Vorsitzender
Jan Henninger

2. Stellv. Vorsitzender
Dr. med. Alexander Buia

3. Stellv. Vorsitzende
Nathalena Hein

Regionalvertreter NL
Dr. med. Jörg Schrödter

Stellv. Regionalvertreter NL
Dr. med. Detlev Grapentin

BDC | Rheinland-Pfalz

Vorsitzender
Dr. med. Jörg Fischböck

Stellv. Vorsitzender
Dr. med. Thomas Chatterjee

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

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

BDC | Saarland

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

Stellv. Vorsitzender
Prof. Dr. med. Tim Pohlemann

Regionalvertreterin NL
Dr. med. Serpil Koc

BDC | Baden-Württemberg

Vorsitzender
Prof. Dr. med. Michael Schäffer

Stellv. Vorsitzender
Dr. med. Christoph W. Jaschke

Regionalvertreter NL
Dr. med. Matthias Szabo

Regionalvertreter NL
Dr. med. Christoph W. Jaschke



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

BDC | Mecklenburg-Vorpommern

Vorsitzender
PD Dr. med. Lutz Wilhelm

Stellv. Vorsitzender
Dr. med. Christoph Prinz

Regionalvertreter NL
Dr. med. Andreas Oling

Regionalvertreter NL
Dr. med. Thomas Nowotny

BDC | Berlin

Vorsitzende
Dr. med. Katharina Paul-Promchan

Vorsitzender
Dr. med. Ralph Lorenz

Stellv. Vorsitzende
Dr. med. Marie Samland

Regionalvertreter NL
Dr. med. Max Freiherr von Seebach

Stellv. Regionalvertreter NL
Dr. med. Karsten Mann

Stellv. Regionalvertreter NL
Dr. med. Gunnar Peters

BDC | Brandenburg

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

Stellv. Vorsitzender
Dr. med. Mario Liese

Regionalvertreter NL
Dr. med. Christian Federlein

BDC | Sachsen

Vorsitzender
Dr. med. Ludwig Schütz

Stellv. Vorsitzender
Dr. med. Jörg Hammer

Regionalvertreter NL
Dr. med. Jörg Hammer

BDC | Sachsen-Anhalt

Vorsitzender
Dr. med. Matthias Krüger

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

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

Regionalvertreter NL
Dr. med. Dirk Arbter

BDC | Thüringen

Vorsitzender
Dr. med. Arndt Voigtsberger

Stellv. Vorsitzender
Steffen Minner

Regionalvertreter NL
Dr. med. Arndt Voigtsberger

Stellv. Regionalvertreter NL
Dipl. Med. Ingo Menzel

BDC | Niedersachsen

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
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; Prof. Dr. med. Thilo Hackert; PD Dr. med. Matthias Reeh; Dr. med. Philipp Busch	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
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 €
28.11.2024	29.11.2024	Reckling- hausen	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.deoder über BDC|Online unter www.bdc.de, Rubrik BDC|Akademie | Alle Veranstaltungen

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

EXTERNE VERANSTALTUNGEN

VON	BIS	ORT	SEMINARTITEL	WISSENSCHAFTLICHE:R LEITER:IN	PREIS MG	PREIS NICHT-MGL
15.11.2024	15.11.2024	Mannheim	Zertifikatskurs Fraktursonografie im Wachstumsalter	durchblicken.org	310,00 €	310,00 €
22.11.2024	23.11.2024	Köln	Komplexe Frakturen am Ellenbogen Frakturversorgung am Humanpräparat	Rimasys GmbH	1.680,00 €	1.680,00 €
22.11.2024	22.11.2024	München	Zertifikatskurs Fraktursonografie im Wachstumsalter	durchblicken.org	310,00 €	310,00 €
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 c/o Rotenburger Akademie	320,00 €	350,00 €
02.12.2024	07.12.2024	Köln	Abrechnungsmanagerin / Abrechnungsmanager (IHK) Arztpraxis/MVZ	Frielingsdorf Consult GmbH	3.617,60 €	3.986,50 €
04.12.2024	06.12.2024	Hamburg	24. Kongress der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin e.V. (DIVI24)	DIVI e.V.	390,00 €	390,00 €

SPONSOREN DER BDC | AKADEMIE

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

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

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

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

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

B. BRAUN
SHARING EXPERTISE

corzamedical

Johnson & Johnson
Med Tech

INTUITIVE

Medtronic
Engineering the extraordinary

STORZ
KARL STORZ – ENDOSKOPIE

LIFESTYLE- ANGEBOTE

im September 2024

%

13 %



SCHÖFFEL: 22 %
RABATT FÜR BDC-MITGLIEDER

20 %



BETTY BARCLAY: 20 %
RABATT FÜR BDC-MITGLIEDER

15 %



DYSON: BIS ZU 15 %
RABATT FÜR BDC-MITGLIEDER

25 %



KLOSTER KITCHEN: 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

Arzt-Patienten- Kommunikation

Arzt-Patienten-Kommunikation – Verstehen mich meine Patienten?

Guido Schumacher



Guido Schumacher
Chirurgische Klinik Brixen / Sterzing
Dantestraße 51
39042 Brixen (BZ)
Italien
guido.schumacher@sabes.it

Schumacher G: Arzt-Patienten-Kommunikation – Verstehen mich mein Patienten?
Passion Chirurgie. 2024 September; 14(09/III):
Artikel 09_01.



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

„Ich habe nichts verstanden“. „Wie geht es mit mir weiter?“ „Kann ich noch ein normales Leben führen?“ Das sind typische Fragen von Betroffenen nicht nur nach der Diagnosestellung, sondern auch nach einem Aufklärungsgespräch beim Arzt, mit dem doch alles über die Diagnose und Behandlung besprochen wurde.

Offenbar kommen häufig wichtige Informationen bei den Betroffenen nicht an. Was läuft da nicht richtig? Hören die Betroffenen nicht richtig zu? Waren sie zu sehr im Stress, so dass der Kopf für solche Neuigkeiten und Informationen nicht aufnahmefähig war? Ist das Umfeld nicht optimal für ein Gespräch gewesen? Hat man sich nicht genug Zeit genommen? War die Sprache nicht für einen medizinischen Laien geeignet? Fehlte die Kompetenz der Ärztin oder des Arztes?

Wir erwarten als Patient:in zurecht, dass wir aus dem Gespräch herauskommen und verstanden haben, welches Leid wir haben und welche weiteren Schritte uns bevorstehen. Wenn es also so häufig vorkommt, dass wir nach dem Gespräch genauso schlau sind, wie vor dem Gespräch, ist etwas nicht richtig gelaufen. Es ist und bleibt die Aufgabe der Ärzt:innen, eben dafür zu sorgen, dass sich die Patient:innen gut aufgeklärt fühlen. Dabei kommt es nicht darauf an, ein Gespräch zu führen, um die Pflicht des Gesprächs erfüllt zu haben. Wie können wir als Ärzt:innen also das gewünschte Ergebnis erzielen? Das Problem des Nichtverstehens ist, wie wir nun festgestellt haben, sehr komplex. Ich möchte hier erläutern, auf was man

als Ärztin oder Arzt, die das Gespräch führen, achten muss und wie sich der gewünschte Erfolg einstellt.

Ärzt:innen haben die schwere Aufgabe, eine komplexe Situation verständlich zu vermitteln, wobei sich die Patient:innen durch die Nachricht einer lebensverändernden Diagnose oft in einer Ausnahmesituation befinden und vielleicht gar nicht in der Lage sind, sich auf die Inhalte des Gesprächs zu konzentrieren.

Beginnen wir zunächst damit, dass nicht jeder Mensch gleich ist. Beispielsweise können wir mit dem Riemann-Thomann-Modell vier Typen von Menschen beschreiben, die zum Teil gänzlich gegensätzlich sind [1].

PERSÖNLICHKEITSTYPEN, JE NACH GRUNDBEDÜRFNIS

Ein Typ ist der **Nähetyp**. Diese Menschen zeichnen sich dadurch aus, dass sie gerne mit den anderen im Wartezimmer kommunizieren, sich für das Zuspätkommen entschuldigen und die Tränen nicht verstecken. Sie wollen niemandem zur Last fallen. Kurz die Hand oder den Arm berühren empfinden sie als Wärme und Zugewandtheit.

Hingegen liest der **Distanztyp** im Wartezimmer in der Zeitung, damit er nicht mit den anderen reden muss. Er ist aus dem Internet bereits gut über alles informiert und sucht bei der Ärztin oder dem Arzt nur Bestätigung dessen, was er schon weiß. Er zeigt keine Gefühle und möchte nicht berührt werden.

Der sog. **Dauertyp** will immer alles genau wissen, ein fester Therapieplan wird strikt eingehalten und dokumentiert, Tabletten werden pünktlich eingenommen. Veränderung wird als unangenehm angesehen.

Als letztes mag der **Wechseltyp** hingegen strikte Verhaltensregeln nicht. Er ist offen für Veränderungen des Therapieplans oder für eine Studienteilnahme. Die Tabletteneinnahme wird immer wieder vergessen und Pünktlichkeit lässt zu wünschen übrig. Bei Kritik der Unzuverlässigkeit wird er eher die Ärzt:innen wechseln als sein Verhalten.

Wie wir sehen, sind Menschen nach diesem groben Raster sehr unterschiedlich, sodass aus Sicht der Ärztin oder des Arztes diese Eingruppierung schon nach wenigen Minuten verstanden werden muss. Ansonsten werden Fehler in der Kommunikation auftreten, was zu Unzufriedenheit und Missverständnis auf Seiten der Patient:innen führt. Natürlich verschwimmen diese Grenzen der Persönlichkeiten untereinander, was man ebenfalls berücksichtigen muss.

PHASEN DER VERARBEITUNG EINER SCHLECHTEN DIAGNOSE, Z. B. KREBS

Nach der Überbringung einer schlechten Nachricht, z. B. die Diagnose Krebs, wird ein Prozess der Verarbeitung in Gang gesetzt, der in fünf Phasen abläuft.

So ist die erste Phase durch Ungläubigkeit geprägt. „Sicher wurden meine Befunde verwechselt.“ Danach kommt es zu einer Phase des Ärgers und der Wut, was teilweise mit einem aggressiven Verhalten einhergeht. „Warum ausgerechnet ich?“ „Wer ist schuld?“ Familie und Freunde, aber auch Pflegepersonal und Ärzt:innen müssen oft als Blitzableiter dienen. In der dritten Phase ist man bereit zu verhandeln. „OK, wenn ich Sport mache und gesund esse, werde ich wieder gesund.“ Die vierte Phase ist durch Trauer und Depression gekennzeichnet. Es wird realisiert, dass es eine schwere Krankheit ist. Angst kommt auf, der Mut schwindet. Schließlich hat man in der fünften Phase verarbeitet, was einem geschehen ist und kann wieder klare Gedanken fassen. Jetzt werden Pläne geschmiedet.

Diese Phasen treten nicht nach einem festen Zeitschema auf. Sie sind sehr unterschiedlich stark ausgeprägt, können alleine oder gemischt auftreten, tauchen immer wieder auf und halten unterschiedlich lange an.

Je nachdem, in welcher Phase sich eine Patientin oder ein Patient befindet, bekommt man auf unterschiedliche Weise einen Zugang. So wird das Gespräch z. B. in der Verärgerungsphase anders verlaufen als in der Depressionsphase.

VERTRAUENSAUFBAU UND FÜHRUNG DER PATIENT:INNEN

Ebenso entscheidend für das erfolgreiche Gespräch ist der aktuelle körperliche Zustand der Betroffenen. In welcher Phase der Erkrankung und der Behandlung befindet sich die Patientin oder der Patient? Handelt es sich beim Gespräch um das Überbringen einer schlechten Diagnose? Ist das Leiden heilbar oder nicht? Werde ich Dauerschäden davontragen? Geht es um die Planung der weiteren Schritte? Ist die Behandlung bereits erfolgt, sodass „nur“ noch die Nachbetreuung und Begleitung notwendig ist? Oder ist die Erkrankung nicht wirklich lebensverändernd wie beispielsweise eine Blinddarmentzündung oder Gallensteine?

Gespräche zwischen Ärzt:innen und Patient:innen sind viel mehr als nur die Vermittlung von Informationen. Natürlich ist das Ziel, eine bestimmte Diagnose zu übermitteln, die erforderlichen Untersuchungen aufzulisten und über eine bevorstehende Operation oder eine Chemotherapie zu reden. Das Ziel dabei ist es aber nicht, diese Informationen aus Sicht der Ärzt:innen herunterzuleiern, damit das Gespräch erledigt oder abgehakt ist. Das Entscheidende ist das, was bei den Patient:innen und Angehörigen ankommt. Dazu braucht es viel mehr. Auch gelingt es nicht alles abschließend in einem einzigen Gespräch zu besprechen. Weitere Termine sind hier immer erforderlich.

Dennoch ist das Erstgespräch von besonderer Bedeutung. Nach einem oder mehreren guten Gesprächen wissen die Patient:innen und die Angehörigen, welche Erkrankung vorliegt,

was auf sie zukommt, wer sie behandelt, wie lange es ungefähr dauert und wie der Endzustand voraussichtlich sein wird. Dabei sollte ein Großteil der Angst beseitigt und Vertrauen aufgebaut worden sein. Die Bereitschaft für weitere Gespräche sollte immer vorhanden sein. So kann eine grundsätzliche Planung des Weges durch die Erkrankung erfolgen, der von den Ärzt:innen begleitet wird.

Neben der verbalen ist die non verbale Kommunikation von gleichwertiger Bedeutung. Daher sollte das Gespräch in einem geschlossenen Raum stattfinden, in dem keine weiteren Menschen ein- und ausgehen, die Atmosphäre sollte Ruhe ausstrahlen. Die Ärztin/Arzt muss ebenfalls Ruhe ausstrahlen. Das Telefon bleibt aus. Blicke auf die Uhr müssen vermieden werden. Wenn möglich, sollten Angehörige am Gespräch teilnehmen. Die Betroffenen sollten das Gefühl haben, dass sich die Ärztin/der Arzt ausreichend Zeit nimmt. Um die Persönlichkeiten, die psychische Lage und die Aufnahmefähigkeit der Patient:innen gut beurteilen zu können, sollten die Ärzt:innen den Schilderungen der Patient:innen zunächst in Ruhe zuhören. Auch das intellektuelle Niveau, an das sich dann das Gespräch anpassen muss, wird auf diese Weise schnell verstanden. Erst dann werden Ärztin oder Arzt die Gesprächsführung übernehmen. Wichtig dabei ist, eine einfache Sprache zu verwenden, eher langsam zu sprechen, Sprechpausen einzulegen und immer wieder Teile des Gesprächs zusammenzufassen. Dasselbe gilt auch für hochgebildete Akademiker:innen, die nicht aus dem medizinischen Bereich kommen.

Natürlich gehört zum Gespräch auch, die fachliche Kompetenz auszustrahlen. Woher weiß eine Patientin/Patient, ob die Chirurg:in, die vor ihm sitzt, nicht nur schönreden, sondern auch gut operieren kann? Ich persönlich erläutere gerne die Anatomie und die geplante Operation anhand von Bildern, die ich im Computer oder auf Tafeln in einem Ordner für jede Operation griffbereit habe. Wenn es sich nicht um eine Standardoperation handelt, zeichne ich gerne auf einem Blatt Papier. Es empfiehlt sich, dies auch auf dem Aufklärungsbogen vor einer Operation zu tun, da die Patient:innen davon eine Kopie

erhalten und zu Hause erneut darüber reflektieren können. Diese visuelle Darstellung wird in der Regel viel besser verstanden als eine rein verbale Erläuterung.

Im Verlauf der Erkrankungen werden meist mehrere fundamentale Schritte durchlaufen wie Diagnostik, Operation, Chemotherapie, Nachsorge etc. Dieses gesamte Paket wird einmal in kurzen Worten komplett mit ungefähren Zeitangaben besprochen. Die Betroffenen müssen dabei über mögliche Zwischenfälle wie Komplikationen ehrlich aufgeklärt werden. Am Ende des Gesprächs vereinbare ich den nächsten Termin, sodass ich mich gemeinsam mit den Patient:innen nur auf den jeweils nächsten Schritt konzentriere.

Nach diesen umfassenden Erläuterungen und dem Zuhören gelingt es in aller Regel so viel

Vertrauen aufzubauen, dass jede Art der Therapie angegangen werden kann. Gerade bei der zunehmenden Spezialisierung werden Patient:innen immer mehr von verschiedenen Ärzt:innen behandelt. Oftmals werden Ärztin oder Arzt von den Patient:innen nach dem guten ersten Gespräch auch langfristig als Vertrauensperson bestimmt, auch wenn sie/er nicht mehr an der Behandlung teilnimmt. Natürlich bin ich weiterhin ansprechbar, was auch häufig gerne beansprucht wird. Wenn das Vertrauen da ist und über alles gesprochen wurde, werden im Verlauf auch die Zwischenfälle wie eine Komplikation oder Nebenwirkungen verstanden und akzeptiert.

FAZIT

Die richtige Kommunikation zwischen Ärztin/Arzt und Patient:in ist eine äußerst schwierige Aufgabe, die nicht mit einfachen Regeln

zu bewältigen ist. Sowohl vonseiten der Ärzt:innen, als auch vonseiten der Patient:innen sind eine Vielzahl von Faktoren, die sich auch immer wieder verändern können, von entscheidender Bedeutung. Das Wichtigste ist, Vertrauen aufzubauen, was meist durch überzeugende Kompetenz, aber auch durch die Fähigkeit, Dinge so darzustellen, dass sie verstanden werden, erreicht wird. Meist sind mehrere Gespräche erforderlich. Wenn das alles gelingt, sind die Patient:innen in aller Regel gut führbar und sehr zufrieden.

LITERATUR

- [1] Aus Heiland, Regine. Weil Worte wirken: Wie Arzt-Patienten-Kommunikation gelingt. Theorie – Praxis – Übungen (German Edition). Kohlhammer Verlag. 



Webinar & Präsenz-Seminar

Wissenschaftliche Leitung:
Dr. med. Jörg Sauer, Essen

Basischirurgie

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

Klick!
Jetzt
anmelden!

BILDERRÄTSEL



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

Schicken Sie Ihre Antwort unter dem Stichwort „Passion Chirurgie 09/QIII/2024“ an bilderraetsel@bdc.de. Einsendeschluss ist der 01. November 2024. Die Auflösung dieses Rätsels finden Sie in der nächsten gedruckten Ausgabe im Dezember 2024. Auflösung Fachbegriff aus Juni: Frozen Shoulder.

Unter allen richtigen Einsendungen der ersten drei Quartalsausgaben (QI, QII, QIII) verlosen wir Ende 2024 wieder ein Android-Tablet. Die Auslosung wird Anfang November stattfinden und der Gewinner in der QIV/2024 bekannt gegeben.

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

TachoSil[®]

SEALANT
MATRIX



EVERYDAY HERO

Das Zeug zur
echten Heldin.

TachoSil[®]
Blutstillung und
Versiegelung
in einem.



 **corzamedical**

TachoSil[®] Versiegelungsmatrix

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

Anwendungsgebiete: Bei Erwachsenen und Kindern ab einem Alter von 1 Monat zur unterstützenden Behandlung in der Chirurgie zur Verbesserung der Hämostase, zur Unterstützung der Gewebeerseiegelung 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](https://www.corza.com)