

PASSION

# CHIRURGIE



## PANORAMA

**KADER ENTSCIEDEN ALLES!  
CHIRURGISCHE LEHRSTÜHLE  
IN DER JUNGEN DDR**

*im Fokus*

**PROKTOLOGIE**

11 | 2024

MITGLIEDERZEITSCHRIFT:  
DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR CHIRURGIE  
BERUFSVERBAND DER DEUTSCHEN CHIRURGIE

**DGCH**

DEUTSCHE  
GESELLSCHAFT FÜR  
CHIRURGIE E.V.  
Gründ. 1972, Sitz Berlin



**BDC**

Berufsverband der  
Deutschen Chirurgie e.V.



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



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

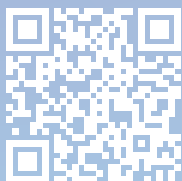
- Seminare, Webinare und E-Learning für Ihre Fort- und Weiterbildung
- Versicherungen für Ihren Berufseinstieg
- juristische Beratung für Ihre Verträge
- Karriereberatung und Stellenmarkt für Ihre nächsten Schritte
- Vertretung gegenüber der Politik für unsere Interessen

# 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](http://eref-testen.thieme.de)



Thieme

# Update Proktologie

Arndt Voigtsberger

**S**ehr geehrte Kollegin, sehr geehrter Kollege,

Proktologie – einst war diese medizinische Kunst der Hofärzte dem Adel und hohen Herrschaften vorbehalten. Abseits davon wurden proktologische Probleme der einfachen Bevölkerung den Barbern überlassen.

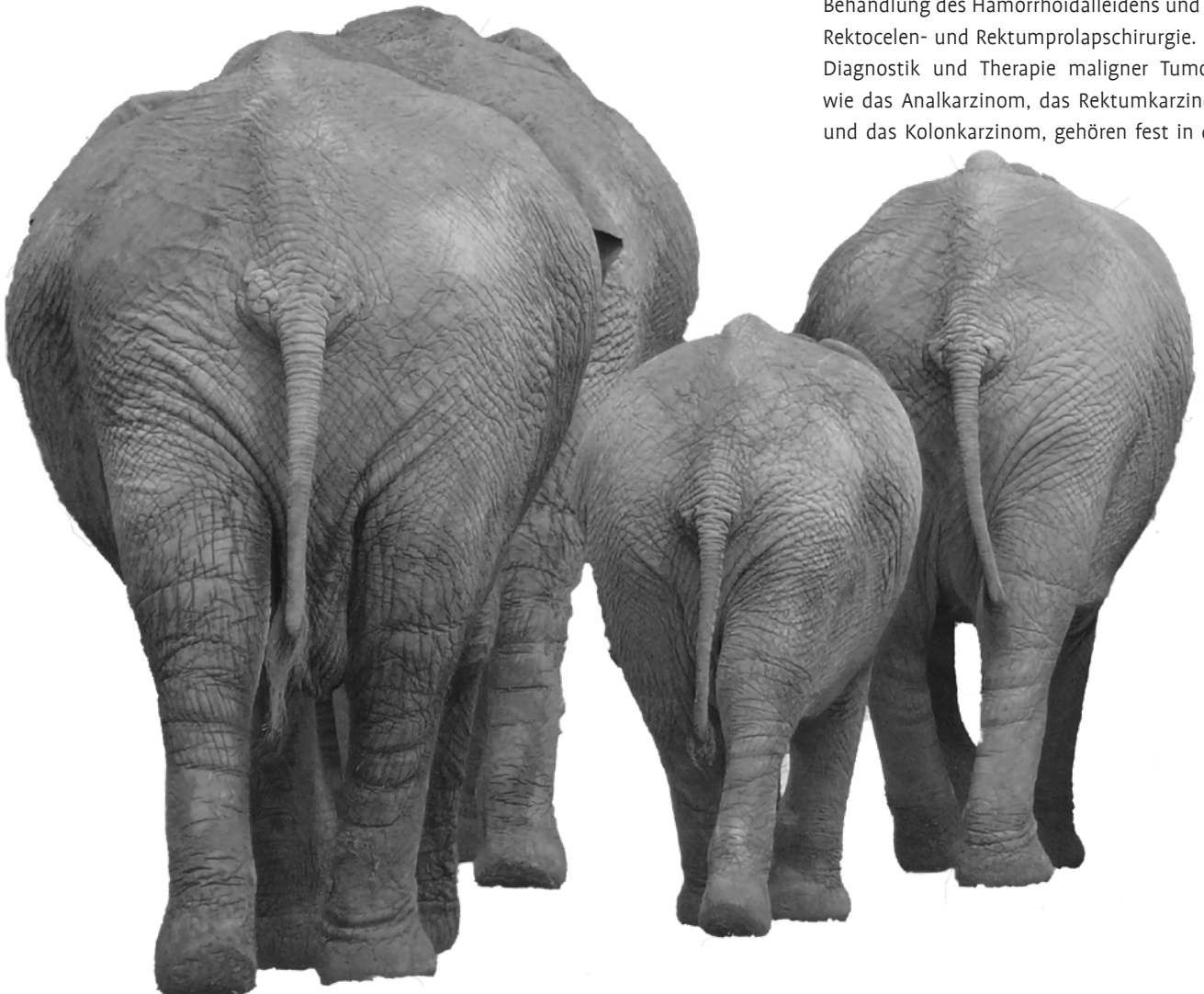
In heutiger Zeit hat sich eine gemischte Fachrichtung herauskristallisiert, die zwischen der Chirurgie, Gynäkologie, Dermatologie und Allgemeinmedizin angesiedelt ist.

Die Therapiemöglichkeiten in frühen Zeiten waren ebenso einfach, wie wenig vertrauenserweckend. Hier kamen säurehaltige

Tinkturen, „scharfe“ Löffel bis hin zu Brandeisen zur Anwendung. Vieles hat sich seitdem geändert und die Proktologie ist aus ihrem Schattendasein zu einer vollwertigen Fachrichtung mit operativem Schwerpunkt geworden. In den letzten 20 Jahren erlebte das Fachgebiet durch proktologisch interessierte und engagierte Ärzte eine Renaissance innerhalb der großen Fachdisziplinen. Auch die damals aufkommenden Zertifizierungen von Einrichtungen, zum Beispiel als Beckenboden- oder Darmzentrum, und die Festlegung proktologischer Inhalte in den einzelnen Facharztweiterbildungen erhöhten die Wahrnehmbarkeit der Proktologie erheblich. So nahm die Zahl der Kollegen und Kolleginnen, die auch

eine Facharzt-Zusatzbezeichnung „Proktologie“ absolvierten, stetig zu.

Heute ist die operative Proktologie ein hochspezialisierter Bereich der Viszeralchirurgie. Durch viele neue Therapieverfahren und operative Techniken gehen die heutigen Möglichkeiten weit über die Behandlungsmöglichkeiten früherer Zeiten hinaus. Die operativen Techniken umfassen heute neben den bekannten Standardtechniken auch komplexe Beckenbodenrekonstruktionen, komplizierte Fisteloperationen, sakrale Nervenmodulationen zur Behandlung der Inkontinenz, des Slow Transit sowie perinealer Schmerzsyndrome. Die Domänen der Proktologie sind die Behandlung des Hämorrhoidalleidens und die Rektocelen- und Rektumprolapschirurgie. Die Diagnostik und Therapie maligner Tumore, wie das Analkarzinom, das Rektumkarzinom und das Kolonkarzinom, gehören fest in das





**Dr. med. Arndt Voigtsberger**  
BDC Landesvorsitzender und  
Regionalvertreter Thüringen  
Stv. Leiter des Referats  
niedergelassene Chirurgen  
Leiter MVZ Sondershausen  
Vorsitzender des ANC  
Mitteldeutschland  
Dres. Voigtsberger & Werner  
Frankenhäuser Str. 50  
99706 Sondershausen  
avoigtsberger@web.de

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

Voigtsberger A: Editorial Update Proktologie.  
Passion Chirurgie. 2024 November; 14(11):  
Artikel 01.



Mehr zum Thema Proktologie finden  
Sie auf BDC|Online ([www.bdc.de](http://www.bdc.de))  
unter der Rubrik Wissen | Fachgebiete |  
Viszeralchirurgie.

Tätigkeitsfeld des modernen Koloproktologen. Auch seltene Tumorentitäten wie das anale Melanom oder der Morbus Bowen finden sich im proktologischen Behandlungsspektrum.

Eine besondere Herausforderung in der Behandlung stellen Kinder oder Patienten nach traumatischen Verletzungen dar. Gleichwohl ist es nicht ausschließlich die Viszeralchirurgie, sondern sind es viele kooperierende Fachrichtungen, welche heutzutage die Proktologie mit höchstem Qualitätsanspruch ausmachen. Sektorenübergreifende Kooperationsformen zwischen Krankenhäusern und Praxen sind leider noch selten, aber die Zahl nimmt stetig zu. Unverzichtbar für proktologische Kooperationen ist gute Digitalisierung, ein funktionierender

Datenaustausch zwischen Krankenhäusern, MVZ und Praxen sowie der gemeinsame Wille zu einer kollegialen Zusammenarbeit.

In der heutigen Ausgabe der „Passion Chirurgie“ widmen wir uns dem proktologischen Thema „Tailored Treatment“ bei der Staplerhämorrhoidopexie, dem „Magdeburger Pankreaszystenpass“ und stellen ein Glossar zur Notfallversorgung vor. **Als Ausblick für den Beginn 2026 darf ich eine „große“ Ausgabe der BDC Passion Chirurgie mit vielen Beiträgen aus der Proktologie ankündigen.**

Ich wünsche Ihnen viel Spaß beim Lesen. ○



**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/HRAUN

**ERSCHEINUNGSWEISE UND BEZUG:**

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

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

**EIGENTÜMER UND COPYRIGHT:**

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

eISSN 2194-5578

**GERICHTSSTAND UND ERFÜLLUNGORT: BERLIN**

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

**INHALT****4 EDITORIAL**

4 Update Proktologie *Arndt Voigtsberger*

**8 KURZNACHRICHTEN****10 CHIRURGIE****10**
**„TAILORED“ HÄMORRHOIDOPEXIE  
– DER PROKTOLOGE ALS  
MASSSCHNEIDER**

*Arndt Voigtsberger*

18 Magdeburger Pancreaszystenpass *Sara Al-Madhi et al.*

25 Glossar zur Notfallversorgung *Peter Kalbe*



42

64

## 28 CHIRURGIE<sup>+</sup>

- 28 **Akademie aktuell:** Ein guter Grund für Fortbildung in Präsenz *Wolfgang Schröder, Friederike Burgdorf*
- 31 **Safety Clip:** Verwechslung von Gewebeproben *Klaus Vonderhagen*
- 35 **Hygiene-Tipp:** Keine Masken mit Ohrbändern im OP *Walter Popp, Lutz Jatzwauk, Wolfgang Kohnen*
- 37 Personalia
- 38 **Arztpraxis Tipp:** Hygienepauschale für Anästhesisten oder chirurgische Praxis *Peter Kalbe*

## 39 RECHT

- 39 **F+A:** Verpflichtung zur Sorge für sachgerechte Nachbehandlung *Jörg Heberer*
- 41 **F+A:** Verweigerung der Narkose bei NotfallOP durch Anästhesistin *Jörg Heberer*

## 42 GESUNDHEITSPOLITIK

- 42 Interview PD Dr. med. Peter Bobbert, Präsident der Ärztekammer Berlin *Peter Bobbert, Olivia Päßler*
- 47 **Berufspolitik Aktuell:** KHVG – bis zuletzt hochumstritten *Friederike Burgdorf*

## 49 INTERN

### 49 DGCH

- 49 Sehr persönlich nachgefragt bei Jan Wynands
- 51 Rekrutierende multizentrische chirurgische Studien in Deutschland *Solveig Tenckhoff*
- 54 Spendenaufruf Langenbeck-Virchow-Haus

### 55 BDC

- 55 BDC|News
- 58 BDC|Landesverbände
- 60 Termine BDC|Akademie
- 62 Lifestyle-Angebote im November 2024

## 64 PANORAMA

- 64 Kader entschieden alles! Zu Berufungen auf chirurgische Lehrstühle in der jungen DDR *Volker Klimpel*

## Erneute Stellungnahme des BDC ans BMG für eine gesicherte Finanzierung der fachärztlichen Weiterbildung

Der BDC hat erneut auf die dringende Berücksichtigung der ärztlichen Weiterbildung im Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) hingewiesen. In einem offenen Brief an den Gesundheitsausschuss des Bundestages fordert der Verband umfassende Anpassungen der ärztlichen Weiterbildung. In dem Schreiben betont der BDC-Vorstand, dass die Finanzierung der Weiterbildung als Teil der Daseinsvorsorge eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe sei und nicht ausschließlich aus bestehenden Ressourcen realisiert werden könne, die dann aus der übrigen Versorgung abgezogen würden.

Anlass des Schreibens ist, dass der Gesetzgeber die Sicherung der Finanzierung der ärztlichen Weiterbildung schon lange ignoriert, obwohl dies seine ureigene Aufgabe

ist. Bereits im Mai hatte sich der BDC mit weiteren ärztlichen Verbänden an das Bundesgesundheitsministerium mit einer Stellungnahme dazu gewendet.

Um dem Fachkräftemangel entgegenzuwirken, fordert der BDC faire und transparente Regelungen zur Finanzierung der ärztlichen Weiterbildung. Die Kosten der Weiterbildung müssen in Zukunft transparent und trägerunabhängig refinanziert werden und den klinischen und ambulanten Einrichtungen zugewiesen werden, in denen tatsächlich die Weiterbildung stattfindet.

**Schreiben Finanzierung fachärztlicher  
Weiterbildung – Gesundheitsausschuss  
Bundestag**



## COMMOTIO CREBRI – DGKCH ELTERN TIPPS



### DGKCH: TIPPS FÜR ELTERN ZUR PRÄVENTION VON GEHIRNERSCHÜTTERUNG UND VERSORGUNG BEI BETROFFENEN KINDERN UND JUGENDLICHEN

In Deutschland erleiden jedes Jahr etwa 50.000 bis 60.000 Kinder ein Schädel-Hirn-Trauma oder eine Gehirnerschütterung. Die meisten dieser Fälle sind mild und erfordern keinen Klinikaufenthalt. In etwa 5-10 % der Fälle ist jedoch eine stationäre Behandlung erforderlich. Die Deutsche Gesellschaft für Kinderchirurgie e.V. (DGKCH) informiert Eltern über die wichtigsten Fakten zum Thema und gibt Tipps, wie eine Gehirnerschütterung bei Kleinkindern und Jugendlichen verhindert, erkannt und behandelt werden kann. Die DGKCH unterstützt damit die Initiative Deutsches-Stiftungszentrum, die am 20. Oktober den Tag der Gehirnerschütterung unter dem Motto „Schütz deinen Kopf!“ beging. PD Dr.

med. habil. Peter Zimmermann, kinderchirurgischer Oberarzt am Universitätsklinikum Leipzig und ausgewiesener Experte in der Behandlung von verunfallten Kindern und Jugendlichen, beantwortet auf [bdc.de](http://bdc.de) die wichtigsten Fragen zur Gehirnerschütterung.

[Zum Artikel...](#)

## BDC: GOÄ-STELLUNGNAHME



### BDC SCHICKT STELLUNGNAHME AN BÄK ZUM AKTUELLEN STAND DER GOÄ

Der BDC hält die Einführung einer neuen GOÄ unverändert für absolut notwendig und geboten. Insbesondere die von allen gemeinsam erarbeiteten Legendierungen finden die Zustimmung des Verbands. Dennoch übt er deutliche Kritik an den erst nach den Verbändeeinformationen zugeleiteten Bewertungen. Im Vergleich mit der ersten ärzteigenen Entwurfsfassung aus dem Jahr 2019 fände sich eine massive Abwertung insbesondere komplexer operativer Leistungen, die im Einzelfall zu einer Minderbewertung gegenüber der GOÄ-alt führe, sodass zahlreiche Operationen nicht mehr kostendeckend darstellbar seien, schreibt der Verband in seiner Stellungnahme an den Präsidenten der Bundesärztekammer, Dr. Klaus Reinhardt, im September.

Die ausgehandelte neue GOÄ 2024 zeichnet sich entsprechend durch unterschiedliche Abstufungen aus und hat damit nichts mehr gemein mit einer eigentlich geforderten und unter den beteiligten Verbänden konsentierten betriebswirtschaftlichen Kalkulation. Auch seien die Kriterien für die asymmetrischen Minderungen nicht offen kommuniziert worden und für die Verbände damit maximal intransparent. Der BDC kritisiert, dass die offenbar vorgenommene generelle pauschale prozentuale Abstufung operativer Eingriffe zu erheblich differenten absoluten Minderungen führt, die gerade bei größeren Eingriffen eine wirtschaftliche Erbringung unmöglich machen. Die so entstandene Spreizung der relativen Erlöse ist für den Verband nicht akzeptabel und er fordert zwingend Anpassungen.

Der BDC betont, dass er sich bemühen werde, noch vor Jahresende konkrete Einzelberechnungen anzustellen und diese zur Grundlage notwendiger Änderungen vorzulegen. Der BDC-Vorstand erwartet sowohl von der Bundesärztekammer als auch von der PKV die verbindliche Zusage, dass in gemeinsamen Gesprächen mit dem BDC die genannten Verwerfungen auch unter den Bedingungen einer über die gesamte GOÄ zu betrachtenden Ausgabenneutralität einer Lösung zugeführt werden. Insofern regt er die zeitnahe Aufnahme eines Dialoges an.

[Zur Stellungnahme...](#)

IM FOKUS

# Proktologie



**Dr. med. Arndt Voigtsberger**  
BDC Landesvorsitzender und  
Regionalvertreter Thüringen  
Stv. Leiter des Referats  
niedergelassene Chirurgen  
Leiter MVZ Sondershausen  
Vorsitzender des ANC  
Mitteldeutschland  
Dres. Voigtsberger & Werner  
Frankenhäuser Str. 50  
99706 Sondershausen  
avoigtsberger@web.de

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

# „Tailored“ Hämorrhoidopexie – Der Proktologe als Maßschneider

Arndt Voigtsberger

Das Hämorrhoidalleiden ist ein weit verbreitetes Krankheitsbild in der Bevölkerung der westlichen Industrieländer. Die Geschlechtsverteilung wird in der Literatur mit 1:1 bis zu 2:1 mit vermehrtem Vorkommen bei Männern angegeben [1]. Das Hämorrhoidalleiden, auch häufig als Volkskrankheit bezeichnet, stellt im Gegensatz zur weit verbreiteten Meinung kein einheitliches, klar definiertes Patientengut dar. Männer unterziehen sich zweimal häufiger einer Behandlung im Vergleich zu Frauen. Bei nicht konservativ therapierbaren symptomatischen Hämorrhoiden mit dem Leitsymptom der rezidivierenden rektalen Blutabgänge ist die chirurgische Therapie empfohlen.

In der Proktologie gibt es viele Einteilungen der Hämorrhoiden nach Stadien (z. B. nach Goligher, nach Longo, u. v. a.). All diese Scores

beschreiben die Größe der Hämorrhoidalpolster sowie den Bezug und die Lage zum Analkanal. Durch die Einteilungen in Scores soll so das entsprechende Therapieverfahren gefunden und festgelegt werden. Am häufigsten findet die Stadieneinteilung nach Goligher Anwendung, welche auch von den S3-Leitlinien des Hämorrhoidalleidens als Grundlage verwendet wurde. Die Einteilung der Hämorrhoiden erfolgt hier in vier Grade, wobei die OP-Indikation bei Grad III und IV mit Symptomen besteht. In Ausnahmefällen kann jedoch auch die Operation für Hämorrhoiden zweiten Grades mit mehrfach rezidivierenden transanal Blutungen indiziert sein.

Nach den schon sehr lange bekannten und bewährten offenen und geschlossenen Hämorrhoidektomieverfahren wie z. B. nach Ferguson, Milligan-Morgan, Parks u. a., wurde

**Tab. 1:** Einstellung der Hämorrhoidalvergrößerung nach Goligher: Quelle S-3-Leitlinien Hämorrhoidalleiden

| Grad der Vergrößerung | Definition/Einteilung nach Goligher                                                           | Proktoskop notwendig für Diagnose | Ohne Proktoskop diagnostizierbar |
|-----------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|
| 1°                    | Nur proktoskopisch sichtbar, vergrößerter Plexus haemorrhoidalis superior                     | Ja                                | Nein                             |
| 2°                    | Prolaps bei der Defäkation/beim Pressen, retrahiert sich spontan                              | Nein                              | Ja                               |
| 3°                    | Prolaps bei der Defäkation/beim Pressen, retrahiert sich nicht spontan, nur manuell reponibel | Nein                              | Ja                               |
| 4°                    | Prolaps permanent fixiert – irreponibel                                                       | Nein                              | Ja                               |

Voigtsberger A: „Tailored“ Hämorrhoidopexie – Der Proktologe als Maßschneider. *Passion Chirurgie*. 2024 November; 14(11): Artikel 03\_01.



Mehr zum Thema finden Sie auf  
BDC|Online ([www.bdc.de](http://www.bdc.de))  
unter der Rubrik Wissen | Fachgebiete |  
Viszeralchirurgie.

Ende der 90er Jahre die Staplerhämorrhoidopexie von A. Longo im englischen Sprachraum publiziert und fand so Einführung in die operative Therapie des Hämorrhoidalleidens [2,3]. Diese Operation folgte einem grundsätzlich anderen Prinzip, als die bisherigen Operationsverfahren. Hier erfolgt die Resektion der Mukosamanschette in vordefinierter Höhe mit begleitender Durchtrennung der versorgenden Hämorrhoidalgefäße und gleichzeitiger Pexie auf der Pararektalfascie [3]. Dadurch wurde neben der Resektion der Hämorrhoidalpolster auch gleich durch Pexie und das entstandene Lifting die venöse Abflusssymptomatik verbessert.

Die Vorteile zu den bisherigen Verfahren sind geringere postoperative Schmerzen sowie frühere Rekonvaleszenz der Patienten. Diese Vorteile wurden in mehreren Studien bestätigt [4, 5, 6, 7].

Die Entscheidung, welche Therapie für den Patienten die richtige ist, stellt sich oft schwierig dar. Auch mit den an die Goligher Einteilung angelehnten S3-Leitlinien wird man nur einem Teil der Patienten die beste individuelle Behandlung zukommen lassen können. Natürlich sind die Leitlinien ein oder das wichtigste Instrument der Entscheidungshilfe die richtige Therapie auszuwählen, aber man muss hier oft noch mehr persönliche Parameter des Patienten einbeziehen.

In der modernen Proktologie werden heute viele beschreibende, individuelle Merkmale des Patienten benötigt, um ein gutes Therapiekonzept zu entwickeln. Hier steht natürlich auch die fachliche Kompetenz/Expertise und das Vertrauensverhältnis zu den Patienten im Mittelpunkt. Es ist von großem Vorteil, wenn der Operateur sowohl in der Praxis/MVZ als auch in der Klinik die von ihm operierten Patienten in Rahmen einer Kontrollsprechstunde in festgelegten Intervallen nachuntersucht. Damit ist die Möglichkeit der Kontrolle des gewählten „Tailored Treatment“ und des erreichten postoperativen Ergebnisses gegeben um ggf. die getroffene Entscheidung zu anzupassen.

Wir haben heute als Operateure eine Vielzahl von OP-Verfahren, von speziellen Techniken

und unterschiedlichen Geräten und Materialien zur Auswahl und es ist hier eine Kunst, die für den jeweiligen Patienten richtige Wahl zu treffen. „Tailored“, also zugeschnitten auf den einzelnen Patienten, – „Der Proktologe als Maßschneider“ ist hier das Erfolgskonzept. Auch die Ausstattungen der jeweiligen OP-Zentren unabhängig ob Praxis/MVZ oder Klinik spielen eine entscheidende Rolle.

Neben den allgemeinen Informationen wie Nebenerkrankungen, Medikamenteneinnahme und Vorgeschichte sind viele weitere Aspekte zu beachten. Entscheidend sind jedoch die erweiterten individuellen Parameter des Patienten für die Wahl des richtigen OP-Verfahrens. So müssen das Geschlecht, Lebensgewohnheiten, Ernährung und Aktivitätsgrade genauso Berücksichtigung finden, wie die Berufsanamnese, das familiäre Umfeld und die Patientencompliance. Auch die persönlichen Sexualpraktiken gehören heutzutage mit in das Arzt-Patientengespräch vor einer Hämorrhoiden Operation. Weitere Faktoren wie der Bindegewebsstatus, medikamentöse Langzeittherapien, chronische Erkrankungen, sowie Obstipationsneigungen müssen erfragt werden. So ist z. B. für manche Patienten unter Dauertherapie mit Cortison oder einer schlechten Gewebestruktur die Stapler-OP nicht die richtige Wahl.

Bei all den vorhandenen und für die „maßgeschneiderte“ Therapie entscheidenden Faktoren bietet sich ein standardisierter Fragebogen an. Dieser sollte in den Einrichtungen sehr sorgfältig entwickelt werden und einem ständigen Feintuning unterzogen sein. Die Staplerhämorrhoidopexie hat ihre Domäne bei zirkulären Hämorrhoiden Grad III (nach Goligher). Aber auch bei Grad IV Hämorrhoiden und in seltenen Fällen bei Hämorrhoiden Grad II erreicht man mit diesem Verfahren sehr gute Ergebnisse. Bei der Anwendung des Staplers zur Therapie viertgradiger Hämorrhoiden muss man den entstehenden Zug auf die Klammernaht in seiner Therapieplanung berücksichtigen.

Hat man nun nach Abwägung aller patientenindividuellen Parameter und Stadieneinteilungen die Wahl der Hämorrhoidopexie mittels Stapler getroffen, ist der Operateur

mit der Auswahl noch nicht am Ende. Heutzutage haben wir die Möglichkeit, auch den Stapler „tailored“ auszuwählen. So gibt es die Möglichkeit zwischen Staplerköpfen von 32 mm, 33 mm, 34 mm und 36 mm je nach Hersteller zu wählen. Gleichzeitig können wir aber auch noch einen 34 mm und 36 mm Stapler als High-Volume-Variante wählen. Durch diese neuen High-Volume-Geräte haben wir die Möglichkeit, bei großen Befunden auch deutlich mehr Gewebe zu entfernen. Mit diesen Geräten ist es möglich bis zu 2,5-faches Volumen gegenüber den Standardstaplern zu reseziieren. Dies gibt uns heute viel mehr Spielraum für den individuellen Befund.

Diese Modifizierungen können selbstverständlich auch bei allen anderen zur Verfügung stehenden etablierten Verfahren Anwendung finden. So kann z. B. die doppellergestützte Hämorrhoidalarterienligatur (DGHAL) ausschließlich als „Ligation under Vision“ (LUV) durchgeführt werden und die OP nach Milligan Morgan sollte mit der Nutzung von bipolaren oder ultraschall-basierten Klemmen/Scheren modifiziert werden [10]. So ist ein „Tailored Treatment“ mit besserem Outcome auch bei offenen Hämorrhoidektomieverfahren möglich.

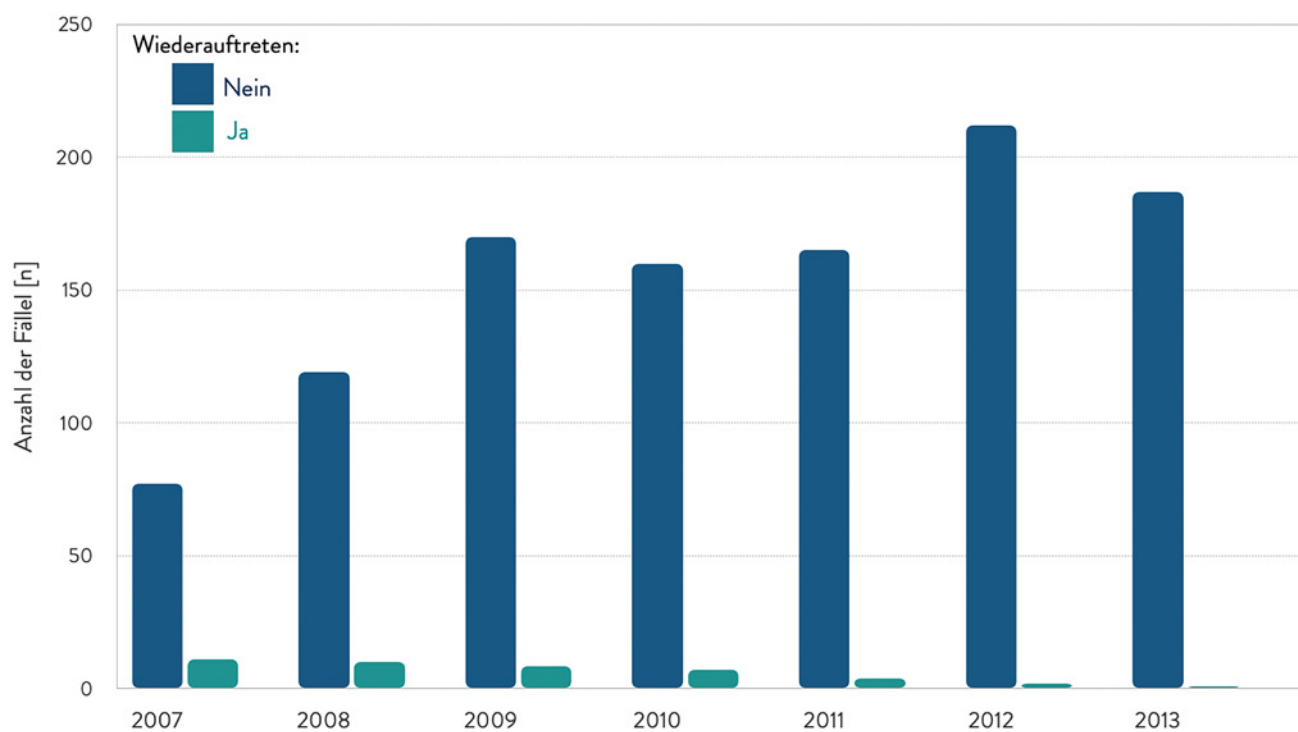
Über nun fast 20 Jahre haben wir in unserem MVZ viele Patienten mit Hämorrhoidalleiden und anderen proktologischen Erkrankungen behandelt. Im Folgenden ein paar Ergebnisse nach Therapie mittels zirkulärer Stapler aus dem eigenen Patientengut.

Die Staplerhämorrhoidopexie ist ein sicheres und für den Patienten sehr verträgliches Verfahren zur Behandlung des Hämorrhoidalleidens. In vielen Studien zeigen sich vergleichbar geringe Rezidivraten bis hin zu Studien mit nicht akzeptablen Rezidivraten zwischen 0 % und 58 % [10,11]. Bei den von uns im Rahmen der Studie untersuchten 1.098 Patienten im Stadium III (nach Goligher) lag die Rezidivrate bei 4 % [12].

Durch immer bessere Modifizierungen mit dem Ziel der Verbesserung der postoperativen Ergebnisse können wir heute viel genauere und auf den einzelnen Patienten

**Tab. 2:** Die potenziellen prognostischen Faktoren für das Wiederauftreten wurden in einer univariaten Analyse bewertet

| Variablen                    |          | Kein Rezidiv<br>(n = 1.098) | Rezidiv<br>(n = 46) | p Wert |
|------------------------------|----------|-----------------------------|---------------------|--------|
| Alter (Jahre)                |          | 52,3 (14,4)                 | 51,8 (14,3)         | 0,96   |
| Geschlecht                   | weiblich | 464                         | 17                  | 0,51   |
|                              | männlich | 634                         | 29                  |        |
| Operationszeit (min)         |          | 11 (4)                      | 13 (6)              | < 0,01 |
| Krankenhausaufenthalt (Tage) |          | 3,2 (0,7)                   | 3,5 (0,6)           | 0,03   |
| Jahr                         | 2007     | 68                          | 11                  | < 0,01 |
|                              | 2008     | 119                         | 10                  |        |
|                              | 2009     | 172                         | 8                   |        |
|                              | 2010     | 162                         | 7                   |        |
|                              | 2011     | 169                         | 5                   |        |
|                              | 2012     | 218                         | 2                   |        |
|                              | 2013     | 190                         | 3                   |        |
| Präoperative Blutung         | Ja       | 1.012                       | 42                  | 0,83   |
|                              | Nein     | 86                          | 4                   |        |
| Präoperativer Juckreiz       | Ja       | 39                          | 7                   | 0,08   |
|                              | Nein     | 1010                        | 39                  |        |

**Abb. 1:** Anzahl der Rezidive innerhalb der Follow-Up Zeit

„zugeschnittene“ operative Therapien des Hämorrhoidalleidens durchführen. Dies hat über die letzten Jahre zu einer deutlich besseren Akzeptanz dieser Operationen geführt. Hier bedarf es, besonders im Hinblick auf die „Tailored Treatments“, weiterer Innovationen und deren Kontrolle in Studien, um hier eine immer größere Transparenz und Vergleichbarkeit mit dem Ziel der ständigen Verbesserung der Ergebnisse zu erreichen.

## LITERATUR

- [1] Herold A. Schiedeck T., Manual der Kolo-proktologie Band 1 Aufl.2; 2024 S 62
- [2] Longo A., Pain after stapled hemorrhoidectomy. Lancet 2000;356,
- [3] Longo A., Treatment of haemorrhoids disease vice by reduction of mucosa and haemorrhoidal prolapse with a circular suturing device: A new procedure. Proceedings of the Sixth World Congress of Endoscopic Surgery, Rome, Italy; 3 – 6 June 1998; Mundozzi Editore, 1998; 777 – 84
- [4] Kanellos I, Zacharakis E, Kanellos D, et al., Long-term results after stapled haemorrhoidopexy for third-degree haemorrhoids. Tech Coloproctology 2006; 10: 47 – 9
- [5] Giordano P, Gravante G, et al., Long-term outcomes of stapled hemorrhoidopexy vs. conventional hemorrhoidectomy: a meta-analysis of randomized controlled trails, Arch Surg, 144 vol 3, March 2009, 266 – 72
- [6] Gravie JF et al., Stapled Hemorrhoidopexy vs Milligan-Morgan hemorrhoidectomy: a prospective, randomized, multicenter trial with 2-year postoperative follow-up, Ann Surg, 2005 July; 242 (1): 29 – 35
- [7] Laughlan K, Jayne D, et al., Stapled hemorrhoidopexy compared to Milligan-Morgan and Ferguson hemorrhoidectomy: a systematic review, Int J Colorectal Dis. 2009; 24: 335 – 44
- [8] Tjandra J and Chan M, Systematic Review on the procedure for prolapse and hemorrhoids (stapled hemorrhoidopexy), Dis Colon Rectum 2007; 50 (6): 878 – 92
- [9] Joos A., Jungen J. S3-Letlinien Hämorrhoidalleiden, Kurzfassung 2021, 7–9
- [10] Zacharakis E, Kanellos D, Pramateftakis MG, et al.: Long term results after stapled haemorrhoidopexy for fourth-degree haemorrhoids: a prospective study with median follow-up of 6 years. Tech Coloproctology 2007;11(2): 144–7;147–8
- [11] Ceci F, Oicchio M, Palimento D, Cali B, Corelli S, Spaziani E.: Long term outcome of stapled hemorrhoidopexy for Grade III and Grade IV haemorrhoids, Dis Colon Rectum 2008;51(7):11077-12
- [12] Voigtsberger A, Popovicova L, Petersen S, et al: Stapled hemorrhoidopexy: functional results, recurrence rate and prognostic factors in a single center analysis. Int J Colorectal Dis 2015
- [13] Voigtsberger A, Popovicova L, Bauer G, et al. Stapler-Hämorrhoidopexie: funktionelle Ergebnisse, Rezidivrate und Prognosefaktoren in einer Einzelzentrumanalyse. International Journal of Colorectal Disease. 2016 Jan;31(1):35–39. DOI: 10.1007/s00384-015-2354-z. PMID: 26245950. 



## Präsenz-Seminar

Wissenschaftliche Leitung:

Prof. Dr. med. Stephan Gretschel  
Dr. med. Christian Müller

**Klick!**  
Jetzt  
anmelden!

## Basischirurgie

Berlin, 25. – 29. November 2024

# Das Abo mit mehr Tiefe

## „DIE CHIRURGIE“

(12 Hefte pro Jahr)

Digitale chirurgische  
Fachzeitschriften

Facharzt-Training

e.Medpedia

CME

**JETZT NEU**

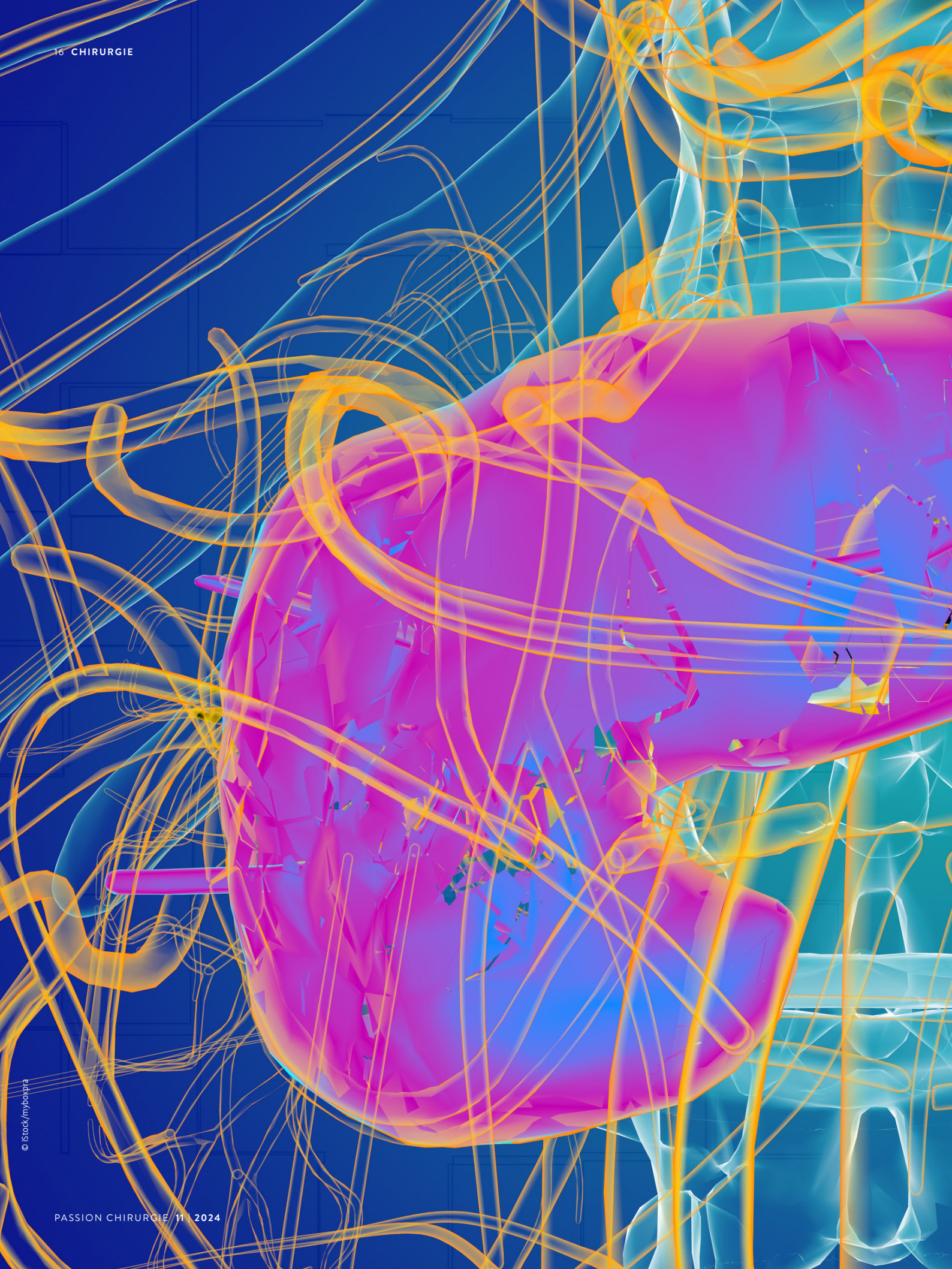
*Die Chirurgie* plus  
umfangreiches Online-Angebot  
zur Wissensvertiefung, zum  
Fortbilden und Trainieren.



Hier eintauchen:  
**SpringerMedizin.de/chirurgie-abo**



**Sonderpreis  
für BDC-  
Mitglieder**



# Magdeburger Pancreaszystenpass

Sara Al-Madhi, Sara Acciuffi, Frank Meyer, Max Dölling,  
Eric Wolniczak, Song Jeong, Christine March, Dörthe Jechorek,  
Mihailo Andric, Aristotelis Perrakis, Roland S. Croner

# NUTZEN DER REGISTER-BASIERTEN SYSTEMATISCHEN ERFASSUNG VON ZYSTISCHEN PANKREASNEOPLASIEN



**Korrespondierende Autorin:**

**Dr. Sara Al-Madhi**

Klinik für Allgemein-, Viszeral-, Gefäß-  
und Transplantationschirurgie  
Universitätsklinikum Magdeburg A. ö. R.  
Leipziger Str. 44  
39120 Magdeburg (Deutschland)  
sara.al-madhi@med.ovgu.de

**D**urch die vermehrte Anwendung leistungstarker bildgebender Verfahren mit sukzessive gesteigerter Auflösung wie der Computertomographie (CT) und insbesondere der Magnetresonanztomographie (MRT) werden zystische Veränderungen in der Bauchspeicheldrüse zunehmend häufiger entdeckt. In einer deutschen prospektiven, bevölkerungsbasierten Kohortenstudie aus Pommern wurden 1.077 Teilnehmer mittels MRT und Magnetresonanztomographie (MRCP) untersucht. Die Studie zeigte eine Prävalenz von Pankreaszysten von 49,1 % in der Bevölkerung mit einem starken Zusammenhang zum Alter der Proband:innen. Die überwiegende Mehrheit dieser Zysten war harmlos, wobei nur 5,8 % der Zysten größer als 1 cm waren [1]. Eine separate amerikanische Studie ergab, dass die Inzidenz zufällig entdeckter Zysten zwischen 2010 und 2017 um das Dreifache angestiegen war [2]. Angesichts dieser epidemiologischen Zahlen ist eine korrekte Interpretation erforderlich, um sowohl unnötige Therapiemaßnahmen als auch unnötig engmaschige Verlaufskontrolluntersuchungen zu vermeiden, die sowohl eine deutliche wirtschaftliche Belastung für das Gesundheitssystem als auch eine erhebliche psychologische Belastung für die Patient:innen bedeuten würden.

**Ziel** des Manuskripts ist es, basierend auf den aktuellen Erkenntnissen zu zystischen Pankreasläsionen die Sinnhaftigkeit und den Nutzen einer Register-basierten Erfassung derartiger Pankreasneoplasien darzustellen.

## METHODE

Narrative Kurzübersicht anhand selektiver Referenzen der themenbezogenen aktuellen

medizinisch-wissenschaftlichen Literatur und eigener klinischer Managementenerfahrungen.

## ERGEBNISSE (ECKPUNKTE)

### ÜBERBLICK ÜBER DIE ZYSTISCHEN NEOPLASIEN DES PANKREAS

Zystische Neoplasien der Bauchspeicheldrüse umfassen eine sehr heterogene Gruppe von Pankreaszysten bzw. Pankreas-assoziierten zystischen Läsionen mit unterschiedlichen Risiken für eine Entartung. Daher ist eine korrekte Befundinterpretation von großer Bedeutung.

### SERÖSES ZYSTADENOM (SCN)

SCN bestehen hauptsächlich aus Mikrozysten, die keine Verbindung zum Pankreasgang haben. Sie treten häufig bei Frauen im mittleren Lebensalter auf und sind in der Regel gutartig. Das mikrozystische und wabenförmige Erscheinungsbild in der Bildgebung ist ein diagnostisches Zeichen für ein SCN. Ein kleiner Prozentsatz der SCNs kann oligozystisch, makrozystisch oder seltener unilokular sein. Wenn kein mikrozystisches Erscheinungsbild vorhanden ist, wird ein niedriger Gehalt an karzinoembryonalem Antigen (CEA) in der Zystenflüssigkeit als spezifisch für SCN angesehen [3]. Die Resektion ist nur im Falle einer raschen Größenzunahme sowie bei auftretenden Symptomen angezeigt. Andernfalls werden die Läsionen über ein Jahr verlaufskontrolliert und bei stabilem Befund dann nur im Falle von klinischen Beschwerden erneut evaluiert [4].

### SOLID-PSEUDOPAPILLÄRE NEOPLASIEN (SPN)

SPN sind seltene Tumoren, die meist junge Frauen in der dritten oder vierten Lebensdekade

Al-Madhi S, Acciuffi S, Meyer F, Dölling M, Wolniczak E, Jeong S, March C, Jechorek D, Andric M, Perrakis A, Croner RS: Magdeburger Pankreaszystenpass. Passion Chirurgie. 2024 November; 14(11): Artikel 03\_02.



Mehr aus der Viszeralchirurgie finden Sie auf BDC|Online ([www.bdc.de](http://www.bdc.de)) unter der Rubrik Wissen | Fachgebiete | Viszeralchirurgie.

betreffen. SPN präsentieren sich in der Schnittbildgebung typischerweise als heterogene, gut umschriebene Läsionen mit zum Teil zystischen und zum Teil soliden Anteilen. Dies ist auf ausgedehnte Blutungen und Nekrosen im Inneren zurückzuführen [5]. Sie weisen ein geringes bösartiges Tumorpotenzial auf. Die Rezidivrate nach RO-Resektion beträgt etwa 1,5 % und korreliert nicht mit der Tumorgroße, sondern mit histologischen Eigenschaften wie

- einem infiltrativen Wachstumsmuster,
- einer Invasion des Pankreasparenchyms
- einer Kapselinvasion.

Lymphknotenmetastasen sind äußerst selten, daher ist eine parenchymsparende chirurgische Resektion hier die Therapie der Wahl [6, 7, 8].

### MUZINÖS-ZYSTISCHE NEOPLASIE (MCN)

MCN betreffen fast ausschließlich Frauen und wachsen in der Mehrzahl in Pankreaskorpus und -schwanz. Es zeigen sich in der Bildgebung dickwandige Einzelzysten mit Septen und teilweise wandständigen Knoten, die mit Muzin gefüllt sind und keinen Anschluss zum Pankreasgang haben. Ein MRT soll immer von einer Endosonographie (EUS) gefolgt werden, da 18 % der MCN inkorrekt diagnostiziert werden [9].

MCNs haben das Potenzial, sich zu bösartigen Erkrankungen zu entwickeln über die Adenom-Karzinom-Sequenz. In großen Serien konnte gezeigt werden, dass 11 % der resezierten MCN eine invasive Komponente haben. Für die Praxis gilt: MCN > 4 cm sollten reseziert werden. Auch bei MCN < 4 cm wird im Falle von klinischen Symptomen oder Vorliegen von soliden Anteilen die Resektion empfohlen, da diese entsprechende Risikofaktoren für eine bösartige Entartung darstellen. Kleine asymptomatische MCN sollten mittels MRT und/oder EUS beobachtet werden. Die Verlaufskontrollen sollten 6-monatlich im ersten Jahr und daraufhin jährlich durchgeführt werden [4, 9].

### INTRADUKTALE PAPILLÄRE MUZINÖSE NEOPLASIE (IPMN)

IPMN sind muzinproduzierende zystische Strukturen mit Anbindung an das

Pankreasgangsystem. Sie kommen in beiden Geschlechtern gleichermaßen vor, wobei die Inzidenz mit dem Alter steigt. IPMN sind die häufigsten zystischen Pankreasneoplasien und differenzieren sich je nach ihrer Lokalisation in Hauptgang-IPMN, Seitengang-IPMN und Mischtyp-IPMN. Hauptgang-IPMN und Mischtyp-IPMN zeigen in 34–39 % der Fälle ein invasives Wachstum und sollten daher chirurgisch reseziert werden [10, 11].

Seitengang-IPMN unterscheiden sich stark von Hauptgang-IPMN hinsichtlich ihres Entartungspotenzials. Eine umfangreiche Meta-Analyse hat gezeigt, dass Seitengang-IPMN eine Malignitätsrate von 2,7 % aufweisen und daher nur unter bestimmten Kriterien einer Operation zugeführt werden sollten [12].

Die aktuelle europäische Leitlinie unterscheidet zwischen absoluten und relativen Kriterien zur Einschätzung des Entartungspotenzials:

- **Absolute Kriterien für die Operation** („Hochrisiko-Eigenschaften“ – Literatur: „High-Risk-Stigmata“): Ikterus, solide Zystenanteile > 5 mm, Erweiterung des Pankreasganges auf über 1 cm oder positive Zytologie sind hochprädictive Faktoren für Malignität und stellen daher eine absolute Indikation für die Operation dar.
- **Relative Kriterien für die Operation** („beunruhigende Eigenschaften“ – Literatur: „Worrisome Features“): Pankreasgangweite zwischen 5 und 9,9 mm, Größenprogredienz über 5 mm pro Jahr, erhöhtes

CA 19-9, neu aufgetretene akute Pankreatitis oder Diabetes mellitus, solide Zystenanteile < 5 mm und/oder Zystengröße > 40 mm sind mit einem erhöhten Risiko von „High-Grade“-Dysplasie oder Malignität assoziiert und sind relative Indikationen für eine Operation. In diesen Fällen kann je nach Umfang des Eingriffs, den Patientenkomorbiditäten und den Wünschen der/s Patient:in eine Operation empfohlen werden. (Tab. 1).

Falls weder absolute noch relative Kriterien für ein chirurgisches Vorgehen vorhanden sind, werden IPMNs als „Low Risk“ eingestuft. Große Beobachtungsstudien beschreiben, dass zwischen 20 % und 58 % aller Low-Risk-IPMN im Verlauf Worrisome Features oder High-Risk-Stigmata entwickeln können. Bis zu 9 % zeigen diese Veränderungen erst nach fünf Jahren der Überwachung und 4 % sogar erst nach 10 Jahren [13–16]. Aus diesem Grund sollten sie systematisch überwacht werden.

In letzter Zeit wurde die Bedeutung eines zusätzlichen Kriteriums betont, das ebenfalls in die Beurteilung einbezogen werden sollte: die Stabilität einer zystischen Läsion im Laufe der Zeit. Trotz des Vorhandenseins von Worrisome Features sind Zysten, die im Laufe der Zeit unverändert bleiben, weniger gefährlich als solche, die zu Beginn keine Risikokriterien aufweisen, aber während der Nachuntersuchung Worrisome Features oder High-Risk-Stigmata entwickeln. Letztere weisen signifikant auf ein erhöhtes Risiko

Tab. 1: Kriterienliste für die Operation in Abhängigkeit von ihrem prädiktiven Wert

| Kriterien für die Operation | Eigenschaften  | Literatur-Bezeichnung | prädiktive Faktoren (für „high-grade“-Dysplasie oder Malignität)                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|-----------------------------|----------------|-----------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| absolut                     | Hochrisiko     | „high-risk stigmata“  | <ul style="list-style-type: none"> <li>– Ikterus,</li> <li>– solide Zystenanteile &gt; 5 mm,</li> <li>– Erweiterung des Pankreasganges auf über 1 cm,</li> <li>– positive Zytologie</li> </ul>                                                                                                                                           |
| relativ                     | „beunruhigend“ | „worrisome features“  | <ul style="list-style-type: none"> <li>– Pankreasgangweite zwischen 5 und 9,9 mm,</li> <li>– Größenprogredienz über 5 mm pro Jahr,</li> <li>– erhöhtes CA 19-9,</li> <li>– neu aufgetretene akute Pankreatitis ODER Diabetes mellitus,</li> <li>– solide Zystenanteile &lt; 5 mm UND / ODER</li> <li>– Zystengröße &gt; 40 mm</li> </ul> |

hin, eine hochgradige Dysplasie oder ein Karzinom zu entwickeln [14]. Entscheidend ist es daher, sich einen umfassenden Überblick zu verschaffen und die verschiedenen Bilder, die durch die Verlaufskontrolle entstehen, zusammenzuführen, um damit eine Art fortlaufenden „Film“ zu erhalten, anstatt nur eine einzelne Momentaufnahme zu bewerten [17].

## DIAGNOSTISCHES VORGEHEN

Das ultimative Ziel bei der Diagnose und Überwachung von zystischen Neoplasien der Bauchspeicheldrüse besteht darin, zu verstehen, welche Neubildungen sich letztendlich zu bösartigen Läsionen entwickeln können. Bei der Erstdiagnose ist die MRT mit MRCP die sensibelste Schnittbildgebung zur korrekten Beurteilung einer zystischen Neoplasie des Pankreas. Damit kann die Kommunikation zwischen einer Läsion und dem Pankreasgangsystem am besten beurteilt werden, ebenso wie das Vorhandensein eines randständigen Knotens. Darüber hinaus ist die MRT/MRCP sehr empfindlich, um festzustellen, ob ein(e) Patient:in einzelne oder multifokale Zysten aufweist [4].

Wenn nach einer CT- und/oder MRT-Untersuchung keine eindeutige Diagnose vorliegt, sollte eine EUS durchgeführt werden. Obwohl diese Untersuchung stark von der Erfahrung des Untersuchers abhängt, ist sie hilfreich zur Unterscheidung zwischen muzinösen und nichtmuzinösen Zysten sowie zur Bewertung von Worrisome Features und High-Risk-Stigmata (Tab. 1), die auf eine Malignität hinweisen können [18]. Zur Beurteilung von randständigen Knoten ist die Kontrast-EUS die bevorzugte Technik. Falls weiterhin Zweifel bestehen, ist die Feinnadelaspiration (FNA) zur Analyse der Zystenflüssigkeit notwendig, sofern dies technisch machbar ist. Die Analyse der Zystenflüssigkeit kann zur Identifizierung des Zistentyps verwendet werden. Dabei sind erhöhte CEA-Werte bei muzinproduzierenden Zysten mit einer Genauigkeit von 79 % verbunden, während erhöhte Amylasewerte eine Spezifität von über 90 % für eine Pseudozyste aufweisen [19].

## PANKREASZYSTEN: DIE PROBLEME DER PRAXIS

Die derzeit verfügbaren klinischen Instrumente sind noch nicht in der Lage, Patient:innen mit Zysten die am besten geeigneten Behandlungsstrategien zuzuordnen und bei einem Drittel der Patient:innen, die operiert werden, wird letztlich festgestellt, dass sie keine hochgradige Dysplasie oder Krebs aufweisen [20]. Aufgrund der Schwierigkeit, hoch-risikoreiche Pankreaszysten zu erkennen, ist es für Kliniker eine große Herausforderung, in ihrer praktischen Arbeit ein Gleichgewicht zwischen dem Risiko einer chirurgischen Behandlung und dem tragischen Fehler der ausschließlichen Überwachung einer bösartigen Läsion herzustellen.

Auch die psychologischen Aspekte der Patient:innen dürfen nicht außer Acht gelassen werden. Die neu gestellte Diagnose einer zystischen Neubildung in der Bauchspeicheldrüse mit unklarem biologischen Verhalten sowie die regelmäßige Überwachung solcher Befunde können Ängste und Besorgnis hervorrufen, was zu erheblicher psychischer Belastung führen kann. Eine Studie hat verdeutlicht, dass Patient:innen, die aufgrund einer IPMN überwacht wurden, im Vergleich zu Patient:innen, die sich einer Operation unterzogen, signifikant verstärkte Symptome wie Somatisierung, Depression und Angst aufweisen [21]. Zweifellos besteht bei betroffenen Patient:innen das Bedürfnis nach Klarheit, weshalb eine umfassende und detaillierte Aufklärung von großer Bedeutung ist. Das beeinflusst nicht nur die gemeinsame Entscheidungsfindung hinsichtlich der Therapiestrategie, sondern auch maßgeblich die Lebensqualität der Betroffenen.

Ein weiteres erhebliches Problem, das sich häufig in der Praxis zeigt, ist der Verlust relevanter Informationen. Patient:innen, die überwacht werden sollen, erhalten je nach Einschätzung des Zystenrisikos eine bildgebende Untersuchung (MRT oder Endosonographie) alle drei, sechs oder 12 Monate. Die Überwachung zystischer Läsionen der Bauchspeicheldrüse erstreckt sich über viele Jahre und bei jeder Verlaufskontrolle sollen alle wichtigen Eigenschaften mit den Voruntersuchungen verglichen werden. Viele Patient:innen haben seit

Jahren bekannte Pankreaszysten, die regelmäßig kontrolliert werden, und stellen sich erst nach morphologischen Veränderungen oder dem Auftreten verdächtiger Merkmale in einem zertifizierten „Pankreaskrebszentrum“ der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG) vor. Die anamnestiche Rekonstruktion und der Vergleich aller stattgefundenen Kontrollen sind häufig lückenhaft, wodurch die Zusammenarbeit mehrerer Spezialist:innen erschwert wird und es zu einem Informationsverlust kommen kann, der für die Behandlung der Patient:innen entscheidend ist, ja prognosebestimmend werden kann.

Um diesen Problemen entgegenzuwirken, haben wir ein individuelles und präzises medizinisches Dokument entwickelt: den „Pankreaszysten-pass“. Dieser Pass ist sowohl in gedruckter Form als auch digital verfügbar, wodurch er auf Mobilgeräten jederzeit abrufbar ist und bei jeder medizinischen Untersuchung griffbereit verwendet werden kann (siehe Abb. 1).

## DER PANKREASZYSTENPASS: FUNKTIONSWEISE

Der Pass wird den Patient:innen als Druckvorlage ausgehändigt und darin der Verlauf der Zystenentwicklung dokumentiert. Der Pass bleibt wie eine Art Impfpass bei den Patient:innen. Bei Vorlage beim behandelnden Arzt kann dann die kontinuierliche Verlaufsdokumentation der Zysten dargestellt und erfasst werden. Durch einfaches Scannen eines QR-Codes wird die/der Patient:in auf die Internetseite ihres/seines persönlichen Zystenpasses geleitet. Im Universitätsklinikum Magdeburg A. ö. R. wird aktiv auf eine webbasierte Softwareanwendung, die gezielt



Abb. 1: QR-Code zum Magdeburger Register für Pankreaszysten (MRPZ)

entwickelt wurde, um Forschungsdaten zu sammeln, zu speichern und effektiv zu verwalten, zurückgegriffen. Dieser Pass kann von der/vom Patient:in selbst oder mit Unterstützung ihrer/s bzw. seiner/s behandelnden Ärztin/Arztes ausgefüllt werden und erfasst bei der Erstdiagnose sowie bei jeder Kontrolluntersuchung alle relevanten Informationen zu den Pankreaszysten, den Blutuntersuchungen und den diagnostischen Verfahren. Zusätzlich besteht die Möglichkeit, Fotos von schriftlichen Befunden (wie MRT oder EUS) hochzuladen.

Hierdurch wird ein präziser Überblick über alle vergangenen Untersuchungen ermöglicht und die Bereitstellung angemessener medizinischer Empfehlungen zur Behandlung der Zyste wird erleichtert. Die Zusammenarbeit und Kommunikation zwischen verschiedenen Spezialist:innen und der/m Hausärzt:in werden vereinfacht – daneben

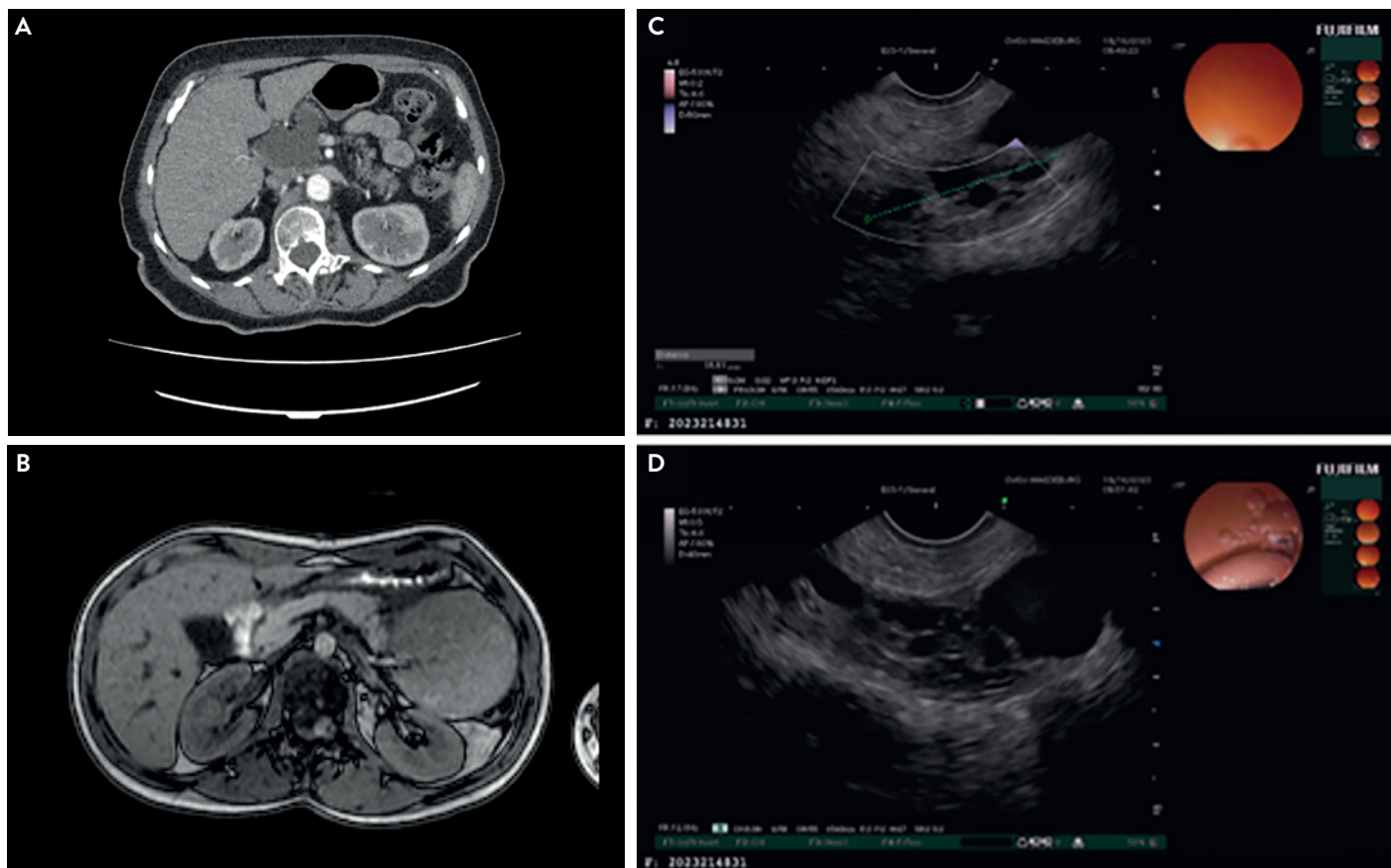
wird der Verlust wichtiger Informationen vermieden. Der Pankreaszystenpass ist ein Instrument, das Patient:innen und ÄrztInnen bessere Klarheit verschaffen möchte: Das Hauptziel besteht darin, die zystische Läsion korrekt zu interpretieren, die Behandlung zu optimieren und die psychologische Belastung der Patient:innen zu reduzieren.

Ein weiterer Nutzen des Passes besteht auch darin, dass durch das alleinige Ausfüllen des digitalen Pankreaszystenpasses alle Informationen automatisch in der Datenbank des hiesigen von der DKG zertifizierten Pankreaskarzinomzentrums gespeichert werden. Dadurch entsteht das „Magdeburger Register für Pankreaszysten“ (MRPZ), ein einzigartiges Instrument, das einen deutschlandweiten Überblick über diese Diagnose verschafft. Dies ermöglicht Forschungsprojekte, die das Wissen über Pankreaszysten verbessern und die medizinische

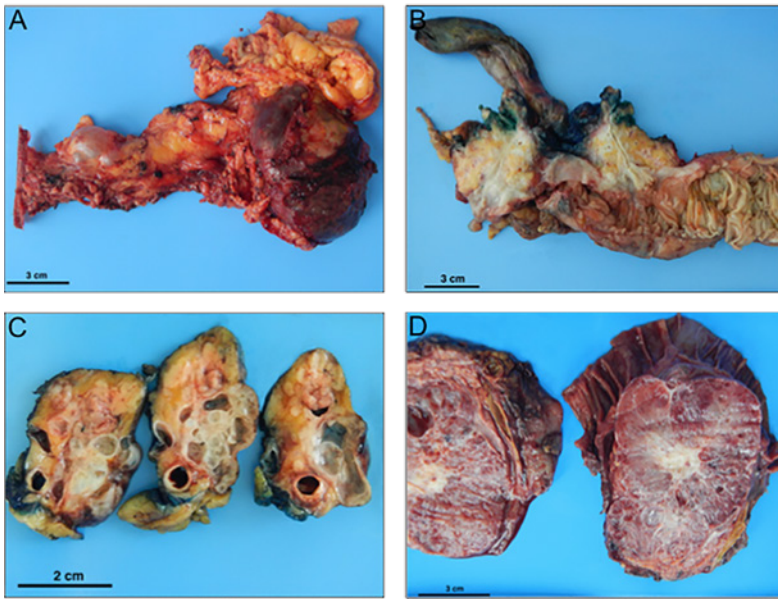
Versorgung dieser Patient:innen optimieren können (**Abb. 2 bis 4**).

## FAZIT

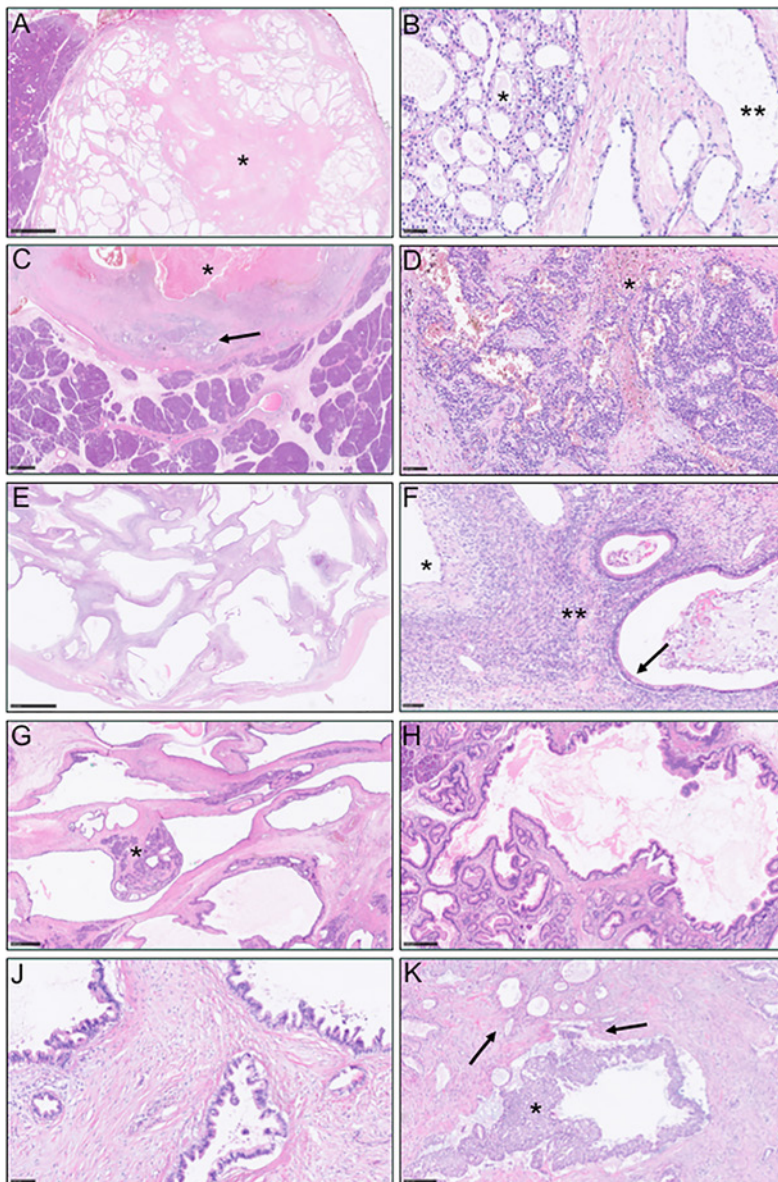
Die Register-basierte systematische Erfassung, Auswertung und Interpretation von Pankreaszysten und assoziierten Daten stellt einen essentiellen und komplementären Studienansatz dar, um die Qualität der klinischen Alltagsbetreuung kompetent zu eruieren und Schlussfolgerungen für eine optimierte Versorgung abzuleiten. Der Magdeburger Pankreaszystenpass und das MRPZ sind eine in ihrer Art einzigartige deutschlandweite Initiative zur Optimierung der Versorgungsforschung nicht maligner Pankreasläsionen und der frühzeitigen Erkennung einer malignen Transformation. Durch die Erkennung früher Stadien des Pankreaskarzinoms kann hierdurch eine Verbesserung der Prognose dieser Erkrankung erwartet werden.



**Abb. 2:** Repräsentative Abbildungen zu Bildgebungsverfahren von zystischen Pankreasläsionen: **A)** CT-Scan eines serösen Zystadenoms des Pankreas, **B)** MRT-Scan einer Pankreas-assoziierten solid-pseudopapillären Neoplasie, **C, D)** EUS-“Image“ einer intrapankreatischen muzinös-zystischen Neoplasie, oberes und unteres Panel repräsentieren verschiedene Schnittebenen.



**Abb. 3:** Makroskopische Aspekte zystischer Pankreasraumforderungen: **A)** Distales Pankreasresektat mit Milz mit muzinöser zystischer Neoplasie, **B)** Resektat einer partiellen Duodenopankreatektomie mit Hauptgang-IPMN des Pankreaskopfes und assoziiertem Adenokarzinom, **C)** Schnittfläche einer IPMN ohne Karzinom, **D)** Pankreaskopfresektat mit serösem Zystadenom mit typischer Honigwabenstruktur und zentraler Narbe.



**Abb. 4:** Histomorphologische Aspekte zystischer Pankreasraumforderungen: **A)** Seröses Zystadenom mit zentraler Narbe (\*) und **B)** Mikrozysten (\*) sowie Makrozysten (\*\*) mit atypiefreiem kubischen Epithel; **C)** Solide pseudopapilläre Neoplasie mit ausgedehntem zystisch-regressiven Tumoranteil (\*) und randlich vitalen Tumorresten (->) sowie **D)** Schaumzellinfiltrate und Hämorrhagien (\*) zwischen den Tumorerfiltraten; **E)** Muzinöse zystische Neoplasie mit weitlumigen, dickwandigen Zysten mit **F)** atypiefreiem, becherzellhaltigem (->) oder denudiertem Epithel (\*) und ovarähnlichem Stroma (\*\*); **G)** Intraduktale papillär-muzinöse Neoplasie mit Verdrängung und Atrophie des Pankreasparenchyms (\*), **H)** Seitengang-IPMN vom gastralen Typ ohne Dysplasie, **J)** IPMN vom pankreatikobiliären Typ mit low grade intraepithelialer Neoplasie sowie **K)** mit high grade intraepithelialer Neoplasie des Hauptganges (\*) und Übergang in ein assoziiertes Adenokarzinom (->) (15- bis 200fache Vergrößerung)

## LITERATUR

- [1] Kromrey ML, Bülow R, Hübner J, Paperlein C, Lerch MM, Ittermann T, et al. Prospective study on the incidence, prevalence and 5-year pancreatic-related mortality of pancreatic cysts in a population-based study. *Gut* [Internet]. *Gut*; 2018 Jan 1 [cited 2023 Aug 16]; **67**: 138–145.
- [2] Schweber AB, Agarunov E, Brooks C, Hur C, Gonda TA. Prevalence, incidence, and risk of progression of asymptomatic pancreatic cysts in large sample real-world data. *Pancreas*. 2021; **50**: 1287–1292.
- [3] Jais B, Rebours V, Malleo G, Salvia R, Fontana M, Maggino L, et al. Serous cystic neoplasm of the pancreas: a multinational study of 2622 patients under the auspices of the International Association of Pancreatology and European Pancreatic Club (European Study Group on Cystic Tumors of the Pancreas). *Gut* [Internet]. BMJ Publishing Group; 2016 Feb 1 [cited 2023 Aug 21]; **65**: 305–312.
- [4] Del Chiaro M, Besselink MG, Scholten L, Bruno MJ, Cahen DL, Gress TM, et al. European evidence-based guidelines on pancreatic cystic neoplasms. *Gut*. BMJ Publishing Group; 2018. p. 789–804.
- [5] Bosman FT, Carneiro F, Hruban RH, Theise ND. WHO Classification of Tumours of the Digestive System. IARC Press; 2010.
- [6] Robertis R De, Marchegiani G, Catania M, Ambrosetti MC, Capelli P, Salvia R. Solid Pseudopapillary Neoplasms of the Pancreas: Clinicopathologic and Radiologic Features According to Size. *AJR Am J Roentgenol*. 2019; **213**(5): 1073–1080.
- [7] Marchegiani G, Andrianello S, Massig-nani M, Malleo G, Maggino L, Paiella S, et al. Solid pseudopapillary tumors of the pancreas: Specific pathological features predict the likelihood of postoperative recurrence. *J Surg Oncol*. 2016; **114**: 597–601.
- [8] Sun G, Fang K, Fu X, Peng L, Shu J, Tu Y, et al. Solid Pseudopapillary Neoplasm of the Pancreas: A Multi-Institution Study of 118 Cases. *Pancreas*. 2023; **52**: e121–e126.
- [9] Marchegiani G, Andrianello S, Crippa S, Pollini T, Belfiori G, Gozzini L, et al. Actual malignancy risk of either operated or non-operated presumed mucinous cystic neoplasms of the pancreas under surveillance. *Br J Surg* [Internet]. *Br J Surg*. 2021 Sep 1 [cited 2023 Aug 22]; **108**: 1097–1104.
- [10] Marchegiani G, Mino-Kenudson M, Sahara K, Morales-Oyarvide V, Thayer S, Ferrone C, et al. IPMN Involving the Main Pancreatic Duct: Biology, Epidemiology, and Long-term Outcomes Following Resection. *Ann Surg* [Internet]. NIH Public Access; 2015 May 1 [cited 2023 Aug 22]; **261**: 976.
- [11] Tamura K, Ohtsuka T, Ideno N, Aso T, Shindo K, Aishima S, et al. Treatment strategy for main duct intraductal papillary mucinous neoplasms of the pancreas based on the assessment of recurrence in the remnant pancreas after resection: A retrospective review. *Ann Surg* [Internet]. 2014 Feb [cited 2023 Aug 22]; **259**: 360–368.
- [12] Balduzzi A, Marchegiani G, Pollini T, Biancotto M, Caravati A, Stigliani E, et al. Systematic review and meta-analysis of observational studies on BD-IPMNS progression to malignancy. *Pancreatol*. 2021 Sep 1; **21**: 1135–1145.
- [13] Tamburrino D, de Pretis N, Pérez-Cuadrado-Robles E, Uribarri-Gonzalez L, Ateeb Z, Belfiori G, et al. Identification of patients with branch-duct intraductal papillary mucinous neoplasm and very low risk of cancer: multicentre study. *Br J Surg*. 2022; **109**: 617–622.
- [14] Marchegiani G, Pollini T, Andrianello S, Tomasoni G, Biancotto M, Javed AA, et al. Progression vs Cyst Stability of Branch-Duct Intraductal Papillary Mucinous Neoplasms after Observation and Surgery. *JAMA Surg*. 2021; **156**: 654–661.
- [15] Crippa S, Bassi C, Salvia R, Malleo G, Marchegiani G, Rebours V, et al. Low progression of intraductal papillary mucinous neoplasms with worrisome features and high-risk stigmata undergoing non-operative management: A mid-term follow-up analysis. *Gut*. 2017; **66**: 495–506.
- [16] Pergolini I, Sahara K, Ferrone CR, Morales-Oyarvide V, Wolpin BM, Mucci LA, et al. Long-term Risk of Pancreatic Malignancy in Patients With Branch Duct Intraductal Papillary Mucinous Neoplasm in a Referral Center. *Gastroenterology* [Internet]. *Gastroenterology*; 2017 Nov 1 [cited 2023 Aug 22]; **153**: 1284–1294.e1.
- [17] Salvia R, Marchegiani G. Evolving management of pancreatic cystic neoplasms. *Br J Surg*. 2020; **107**: 1393–1395.
- [18] Luk L, Lowy AM, Li K, Fowler KJ, Wang ZJ, Kamel IR, et al. Pancreatic Cyst Surveillance: Who, Why, How? *Radiology* [Internet]. 2023 Jul 1 [cited 2023 Jul 27]; **308**: e222 778.
- [19] Rockacy M, Khalid A. Update on pancreatic cyst fluid analysis. *Ann Gastroenterol* [Internet]. 2013 [cited 2023 Aug 23]; **26**: 122–127.
- [20] Tjaden C, Sandini M, Mihaljevic AL, Kaiser J, Khristenko E, Mayer P, et al. Risk of the Watch-and-Wait Concept in Surgical Treatment of Intraductal Papillary Mucinous Neoplasm. *JAMA Surg*. 2021; **156**: 818–825.
- [21] Marinelli V, Secchettin E, Andrianello S, Moretti C, Donvito S, Marchegiani G, et al. Psychological distress in patients under surveillance for intraductal papillary mucinous neoplasms of the pancreas: The “Sword of Damocles” effect calls for an integrated medical and psychological approach a prospective analysis. *Pancreatol*. 2020 Apr 1; **20**: 505–510. ○

# Mitglieder werben Mitglieder



Hoodie „Aufschneiderin“ oder „Aufschneider“



**50% Rabatt**

auf Ihren BDC-Mitgliedschaftsbeitrag



**Alle Prämien ansehen!**

[www.bdc.de/leistungen/mitglieder-werben-mitglieder](http://www.bdc.de/leistungen/mitglieder-werben-mitglieder)



3-Monatsabo der Fachzeitschrift  
Die Chirurgie, inklusive Zugang  
zu allen Online-Angeboten

oder

6-Monatsabo der Fachzeitschrift  
Die Unfallchirurgie

oder

35€ Wunschgutschein  
(Amazon oder Dussmann)





# Glossar zur Notfallversorgung

Peter Kalbe



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

Eine der zahlreichen gesundheitspolitischen Gesetzesinitiativen in diesem Herbst betrifft die Reform der Notfallversorgung. Der BDC und die DGCH haben sich zum vorliegenden Referentenentwurf vom 3.6.2024 in einer **gemeinsamen Stellungnahme** positioniert und die angestrebte Entlastung der Krankenhaus-Notaufnahmen und der Rettungsdienste grundsätzlich begrüßt.

Im Zuge der geplanten Reform sind z. B. mit „Akutleitstellen“, „Integrierten Notfallzentren/INZ“ und „Kooperationspraxen“ neue Begriffe eingeführt worden. Im Interesse einer sachlichen Diskussion ist es hilfreich, eine Definition der bisherigen und der neu konzipierten Strukturen der Notfallversorgung zu erstellen, die wir unseren BDC-Mitgliedern in Form der folgenden Tabelle zur Verfügung stellen. ○

Kalbe P: Glossar zur Notfallversorgung.  
Passion Chirurgie. 2024 November;  
14(11): Artikel 03\_03.



Mehr zur Notfallmedizin finden Sie auf  
BDC|Online ([www.bdc.de](http://www.bdc.de)) unter der Rubrik  
Wissen | Fachgebiete | Unfallchirurgie/  
Orthopädie.

| Begriff                               | Notaufnahme<br>in Berlin und verschiedenen Bundesländern auch „Rettungsstelle“ genannt  | Rettungsdienst:<br>Notfallrettung einschließlich qualifizierter Krankentransport (einfacher Krankentransport ist teilweise privatisiert)                                                                                                | Rettungswache:<br>Ort der Rettungsmittel. Standort für Rettungswagen, Krankenwagen und häufig auch Notarzteinsetzfahrzeug (NEF) |
|---------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| In Verantwortung der Länder           |                                                                                         | Teil der Daseinsvorsorge. Geregelt in länderspezifischen Rettungsdienst-Gesetzen organisiert auf Ebene der Landkreise. Rettungsdienst ist meist delegiert an Organisationen, z. B. DRK oder durch kommunalen Eigenbetrieb (Feuerwehren) |                                                                                                                                 |
| In Verantwortung des Bundes           | Bundessvorgaben zur flächendeckenden Versorgung und Organisation                        | Refinanziert durch die Krankenkassen über Entgelte oder Gebühren                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                 |
| Organisiert/Finanziert durch die KVen | Über Entgelte nach EBM (unrentabel)                                                     |                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                 |
| Zur Klinik gehörend                   | In Verantwortung der einzelnen Krankenhäuser, die zur Notfallversorgung zugelassen sind |                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                 |
| An Klinik angegliedert                |                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                         | Kliniken sind gelegentlich auch Standort von Rettungswachen                                                                     |
| Niedergelassen                        |                                                                                         | Fungieren teilweise als Notärzte auf NAW und NEF. Dafür geklärt, dass keine Sozial-Versicherungspflicht besteht                                                                                                                         |                                                                                                                                 |
| Wie nimmt der Patient Kontakt auf?    | Anlieferung durch Rettungsdienst, zu Fuß/Taxi<br>Vermittlung über 116 117               | Tel. 112 oder Quervermittlung über 116 117<br>Die Tel.-Nr. 110 führt in Niedersachsen zur getrennten LS der Polizei, kann in anderen Bundesländern auch gemeinsam sein. Die Nr. 112 ist europaweit als Notruf-Nr. eingeführt            | Kein direkter Kontakt, Alarmierung über Rettungsleitstelle                                                                      |

| Begriff                               | Rettungsleitstelle (RLS)                                                                                         | Terminservicestelle                                  | Akuteleitstelle in Planung                                                                                                                                                                                               |
|---------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| In Verantwortung der Länder           | Flächendeckende Versorgung mit Rettungsdienst (RTW, NAW, NEF, RTH) und teilweise qualifiziertem Krankentransport | Organisation ist Aufgabe der zuständigen KVen        |                                                                                                                                                                                                                          |
| In Verantwortung des Bundes           |                                                                                                                  |                                                      | Neue Struktur laut NotfallG                                                                                                                                                                                              |
| Organisiert/Finanziert durch die KVen |                                                                                                                  | Meist durch Callcenter im Auftrag der KVen betrieben | Die Akuteleitstellen sollen die Behandlungsdringlichkeit anhand eines standardisierten Ersteinschätzungsverfahrens beurteilen und in die passende Behandlung vermitteln.                                                 |
| Zur Klinik gehörend                   |                                                                                                                  |                                                      |                                                                                                                                                                                                                          |
| An Klinik angegliedert                |                                                                                                                  |                                                      |                                                                                                                                                                                                                          |
| Niedergelassen                        |                                                                                                                  |                                                      | Während der Sprechstundenzeiten sollen Hilfesuchende vorrangig in die vertragsärztlichen Praxen gesteuert werden. Zusätzlich telemedizinische Beratung. Aufsuchender Dienst 24/7 wird gefordert, aber scharf kritisiert. |
| Wie nimmt der Patient Kontakt auf?    | Rettungsleitstelle (RLS)                                                                                         | Tel. 116 117 oder online oder per App                | Tel. 116 117 oder andere                                                                                                                                                                                                 |

| Begriff                               | Integrierte Leitstelle<br>in Planung<br>hierzu siehe Artikel und Schaubild des ZI<br><a href="https://www.zi.de/fileadmin/Downloads/Service/Medien/MI/Schaubild_112-116117.png">https://www.zi.de/fileadmin/Downloads/Service/Medien/MI/Schaubild_112-116117.png</a> | Integriertes Notfallzentrum<br>(INZ) im Krankenhaus – in Planung<br>Artikel: <a href="https://www.kma-online.de/aktuelles/klinik-news/detail/in-hamburg-zeigt-sich-wie-die-notfallversorgung-besser-laeuft-50335">https://www.kma-online.de/aktuelles/klinik-news/detail/in-hamburg-zeigt-sich-wie-die-notfallversorgung-besser-laeuft-50335</a> | Zentrale Ersteinschätzungsstelle<br>(ZES) im Krankenhaus (Vorgang im Integrierten Notfallzentrum) – in Planung |
|---------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| In Verantwortung der Länder           | Die Rufnummern 112 und 116117 sollen auf Initiative der Rettungsleitstellen (Notrufnummer 112) künftig verbindlich zusammenarbeiten und müssen sich digital vernetzen, sodass Patientendaten medienbruchfrei übermittelt werden können.                              | Neue verpflichtende Struktur im Krankenhaus (gemeinsamer Tresen) für die enge Kooperation von Notaufnahme und KV-Notdienstpraxis in KH mit Notfallversorgung                                                                                                                                                                                     | Das wesentliche strukturelle Element des INZ                                                                   |
| In Verantwortung des Bundes           | Neu im NotfallG: Verpflichtung der KV zu Kooperation mit RLS, umgekehrt aber nicht, weil Landesrecht                                                                                                                                                                 | Teilweise schon vorhandene Struktur, laut NotfallG verpflichtend                                                                                                                                                                                                                                                                                 | s.o.                                                                                                           |
| Organisiert/Finanziert durch die KVen |                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                |
| Zur Klinik gehörend                   |                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Teilweise schon vorhanden als „gemeinsamer Tresen“, verpflichtend in Kooperation KV und KH im NotfallG-Entwurf |
| An Klinik angegliedert                |                                                                                                                                                                                                                                                                      | In Einzelfällen schon umgesetzt, soll gesetzlich verpflichtend werden                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                |
| Niedergelassen                        |                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                |
| Wie nimmt der Patient Kontakt auf?    | Tel. 116 117 oder andere                                                                                                                                                                                                                                             | Tel. 116 117 oder andere bzw. persönliches Erscheinen.                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Tel. 116 117 oder andere bzw. persönliches Erscheinen.                                                         |

| Begriff                               | Notdienstpraxis (KV)                                                                                                                                          | Kooperationspraxis<br>in Planung                                                                                                                    |
|---------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| In Verantwortung der Länder           |                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                     |
| In Verantwortung des Bundes           |                                                                                                                                                               | Neue Struktur laut NotfallG                                                                                                                         |
| Organisiert/Finanziert durch die KVen | Ideal in oder in enger räumlicher Nähe zu einem KH, teilweise aber auch isoliert betrieben. Versorgung von Kassenpatienten außerhalb der Praxisöffnungszeiten | Neu im NotfallG, optional vertraglich über KV angegliedert, primär angedacht für Hausarzt-Praxen, Vorschlag von BDC und DGCH: auch für Unfallpraxen |
| Zur Klinik gehörend                   | Verpflichtend laut NotfallG, Öffnungszeiten vorgegeben. Für andere Zeiten Verweis auf Kooperationspraxen geplant                                              |                                                                                                                                                     |
| An Klinik angegliedert                |                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                     |
| Niedergelassen                        |                                                                                                                                                               | Forderung BDC und DGCH: Unfallchirurgische Kooperationspraxen müssen eine Aufwandsentschädigung analog zum Hausarzt-Vermittlungsfall erhalten       |
| Wie nimmt der Patient Kontakt auf?    | Tel. 116 117 oder andere bzw. persönliches Erscheinen.                                                                                                        | Tel. 116 117 oder andere bzw. persönliches Erscheinen.                                                                                              |



AKADEMIE AKTUELL

# Ein guter Grund für Fortbildung in Präsenz

Wolfgang Schröder, Friederike Burgdorf

**D**ie BDC|Akademie bietet mit mehr als 200 Veranstaltungen jedes Jahr Chirurg:innen ein breites Spektrum an Fort- und Weiterbildung an, dies in unterschiedlichsten Formaten angepasst an die jeweiligen Zielgruppen und die zu vermittelnden Inhalte. Oft ist die Entscheidung, eine Veranstaltung in Präsenz oder Online durchzuführen, eine schwierige Entscheidung und beide Formate gehören heute in das Portfolio großer Akademien. Aber: Die oft schon tot geglaubten Präsenzveranstaltungen sind und bleiben auch weiterhin ein fester Bestandteil des Veranstaltungskalenders und das aus gutem Grunde.

Zum einen lassen sich viele Inhalte der Fort- und Weiterbildung nicht online vermitteln, sie müssen im OP, dem entscheidenden Arbeitsplatz der Chirurgie, gesehen, erlebt und unmittelbar besprochen werden. Und das im kleinsten Kreis von Experten und ihren Lernenden. Ein gutes Beispiel hierfür ist der Workshop „Viszeralchirurgie Kompakt: Rektum- und Analchirurgie“, der am 28.-29. November 2024 in Recklinghausen stattfindet und nach wenigen Wochen der Bewerbung bereits ausgebucht war. Frau PD Dr. Gabriele Böhm, die neue Chefin der Klinik für Koloproktologie im Stiftungsklinikum PROSELIS



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

Mitglied im erweiterten Vorstand des  
BDC

Leiter der BDC|Akademie

Leiter des Zentrums für Speiseröhren-  
und Magen Chirurgie

HELIOS Universitätsklinikum

Wuppertal

Heusnerstr. 40

42283 Wuppertal

[schroeder@bdc.de](mailto:schroeder@bdc.de)



**Dr. med. Friederike Burgdorf, M.**  
**Sc.**

Geschäftsführerin

Berufsverband der Deutschen

Chirurgie e.V. (BDC)

Luisenstraße 58/59

10117 Berlin

[burgdorf@bdc.de](mailto:burgdorf@bdc.de)

gGmbH Recklinghausen, hat das Programm so konzipiert, dass es genau diese Anforderungen erfüllt. Moderne OP-Techniken der Koloproktologie werden live einem kleinen Kreis Interessierter zugänglich gemacht.

Zum anderen gehört zum Lernen nicht nur die reine Wissensvermittlung, sondern auch der direkte Austausch mit Kolleginnen und Kollegen außerhalb der Hörsäle und Seminarräume. Gleichgesinnte hören die Geschichte hinter der Geschichte, um zu erfahren, dass der reale Arbeitsalltag in vielen Kliniken nicht immer mit referierten Daten und Fakten auf gut präsentierten Powerpoint-Folien übereinstimmt. Und gerade dieser Mehrwert der informellen Kommunikation fördert und trägt die chirurgische Community. Ein exzellentes Beispiel hierfür ist das Brandenburger Update Viszeralchirurgie, welches bereits zum 15. Mal im Juni dieses Jahres am Döllnsee unter der wissenschaftlichen Leitung Prof. Dr. Frank Marusch und Prof. Dr. Stephan Gretschele stattfand. Ein Ambiente ohne Ablenkung vom eigentlichen Thema, aber doch ein Ort

zum Entspannen, ein bewusst moderates Preisniveau sowie eine exzellente Zusammenstellung von Vorträgen und Referenten zu aktuellen Themen sind die Essenz dieser Erfolgsgeschichte. Der Zusammenhalt der Brandenburger Chirurginnen und Chirurgen ist zu spüren, bis in den späten Abend und so waren nicht nur alle Plätze dieser zweitägigen Veranstaltung wieder einmal ausgebucht, sondern auch der chirurgische Nachwuchs fand den Weg an den historischen Döllnsee.

Zwei Beispiele, die den Stellenwert guter chirurgischer Fort- und Weiterbildung in Präsenz aufzeigen. Überlegen auch Sie, ein Fortbildungskonzept – online oder in Präsenz – in die Tat umzusetzen und Ihre eigene Erfolgsgeschichte zu schreiben? Unsere BDC|Akademie ist für jede Idee in allen möglichen Formaten und für jede Zielgruppe offen. Es ist macht uns großen Spaß, sie mit unserer langjährigen Erfahrung auf diesem Gebiet zu beraten und in der Umsetzung ihrer Idee dann auch zu unterstützen. Sprechen Sie uns an.

**HIER GEHT'S ZU den BDC-SEMINAREN...** ○

# Das neue BDC|Akademie- Programm 2025 jetzt auf BDC|Online!



Schröder W, Burgdorf F: Ein guter Grund für  
Fortbildung in Präsenz. *Passion Chirurgie*.  
2024 November; 14(11): Artikel 04\_01.



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



# **SURGEONTALK**

Der BDC | Podcast



## **WIR PRÄSENTIEREN SURGEON TALK**

**Chirurgisches Wissen  
auf den Punkt.**

[www.surgeontalk.de](http://www.surgeontalk.de)



**BDC**

Berufsverband der  
Deutschen Chirurgie e.V.



© iStock/angelip

## SAFETY CLIP

# Verwechslung von Gewebeproben

Klaus Vonderhagen

**G**eschätzte 250.000 Proben von medizinischen Untersuchungsmaterialien werden täglich in Deutschland versandt: zwischen medizinischen Einrichtungen unterschiedlicher Art, auf verschiedene Weise und über unterschiedliche Transportwege. Dabei durchläuft das (verpackte) Untersuchungsmaterial viele Stationen und geht durch viele Hände. Das Risiko für Fehler steigt mit jeder Station.

Überall, wo Menschen arbeiten, passieren Fehler. Geht es aber um das Leben und die Gesundheit anderer, sollte das Risiko für Fehler von vornherein so klein wie möglich gehalten werden. Das gilt besonders für die Arbeit im Krankenhaus, in der Praxis sowie in der Pathologie, damit es nicht wie in dem nachfolgenden Fall zu einer folgenschweren Verwechslung einer Gewebeprobe kommt.

## DER SCHADENFALL

Der Patient stellt sich mit einem Rezidiv einer Urachusfistel im Krankenhaus vor. Die dort entnommene Gewebeprobe wird zur feingeweblichen Untersuchung an die Pathologie eines auswärtigen Krankenhauses versendet. Das Ergebnis der Untersuchung ist die Diagnose eines manifestierten papillären Karzinoms. Die Pathologen des auswärtigen Krankenhauses ziehen jedoch gleichzeitig in Betracht, dass es sich um verschlepptes Gewebematerial handeln könnte, also Gewebe, das nicht zum Patienten gehört, ein sogenannter „Schwimmer“.

Das behandelnde Krankenhaus teilt dem Patienten jedoch die Diagnose als endgültig mit. Es rät zu einer Zystoskopie mit anschließender Blasenresektion. Nach einer weiteren



**Klaus Vonderhagen**  
Risikoberater  
GRB Gesellschaft für Risiko-Beratung  
mbH  
Ecclesiastraße 1–4  
32758 Detmold  
klaus.vonderhagen@grb.de

MRT-Untersuchung in einem dritten Krankenhaus wird der Patient operiert. Nach der Operation teilt die Pathologie in einem Bericht mit, dass die seinerzeitige Gewebeprobe nicht von dem Patienten stamme und somit die Operation nicht erforderlich gewesen sei.

## MÖGLICHE FEHLERSTELLEN

Auf Anhieb wird deutlich, dass es hier vier „Stellen“ gibt, an denen Fehler unterlaufen können:

1. im Krankenhaus bei der Zuordnung des entnommenen Gewebes,
2. im Krankenhaus beim Versenden der Proben,
3. in der Pathologie bei der Entgegennahme des Gewebematerials,
4. in der Pathologie bei der eigentlichen Untersuchung/Prüfung.

## SACHGERECHTE KLASSIFIZIERUNG

Um mit einer Gewebeprobe fehlerfrei zu verfahren, ist die sachgerechte Klassifizierung des Gewebes der grundlegende Schritt. Das klassifizierte Gewebe wird einer UN-Nummer zugeordnet, nach der sich die Wahl der Verpackung richtet. Diese UN-Nummer bestimmt alle weiteren beim Transport einzuhaltenden Vorschriften.

Infektionserreger sowie die Materialien, in denen sie enthalten sind, werden vereinfachend in die gefahrgutrechtlichen Kategorien A und B eingeteilt. Die Kategorisierung erfolgt aufgrund ihres Gefährdungspotenzials, das im Wesentlichen auf ihrer Pathogenität und Infektiosität beruht.

Zur Kategorie B gehören Patientenproben mit Verdacht auf Erreger vergleichsweise weniger gefährlicher Infektionskrankheiten. Sie sind als UN-Nummer 3373 „Biologischer Stoff, Kategorie B“ zu klassifizieren und sind nach der Verpackungsanweisung P 650 zu verpacken, also in einem transparenten

Patientenprobenbeutel. Die gewissenhafte Einhaltung dieser Anweisung stellt diese Proben von den übrigen Anforderungen des europäischen Gefahrgutabkommen ADR (Europäisches Übereinkommen zur internationalen Beförderung gefährlicher Güter auf der Straße) frei; dazu gehören zum Beispiel Anforderungen an die Ausbildung der Fahrer und Ausrüstung der Transportfahrzeuge. Zu den Proben, die in diese Kategorie B einzuordnen sind, zählt insbesondere das hier behandelte Biopsiematerial zur Feststellung einer Krebserkrankung.

## RICHTIGE VERPACKUNG

Die Verwendung des Patientenprobenbeutels transparent UN 3373 hat den Vorteil, dass die Sendungsverfolgung beim Proben-transport leicht möglich ist. Denn zum einen sind die Beutel fortlaufend nummeriert, zum anderen haben sie einen Barcode. Zusätzlich kann auf der Rückseite der Sicherheitstasche eine Dokumententasche zur Aufnahme von Begleitpapieren oder Laborkarten aufgesetzt werden.

Die „Regelungen für die Beförderung von gefährlichen Stoffen und Gegenständen – Brief National“, die seit dem 1. Juli 2010 gelten, legen fest, dass freigestellte medizinische Proben in starrer oder flexibler Außenverpackung (Versandhülle) als Großbrief, Maxibrief oder als Päckchen befördert werden dürfen. Sie müssen allerdings als „Freigestellte medizinische Probe“ gekennzeichnet und in einer Dreifach-Verpackung nach Absatz 2.2.62.1.5.6. ADR verpackt sein. Eine Dreifach-Verpackung umfasst ein waserdichtes Primärgefäß (zum Beispiel Monovette, Schraubröhrchen), eine wasserdichte Sekundärverpackung und eine ausreichend feste Außenverpackung (mindestens 100 mal 100 Millimeter). Grundsätzlich müssen medizinische Untersuchungsmaterialien so verpackt sein, dass sie allen üblicherweise beim Transport auftretenden Belastungen standhalten und jegliches Freisetzen des Inhalts verhindern.

Vonderhagen K: Safety Clip: Verwechslung von Gewebeproben. *Passion Chirurgie*. 2024 November; 14(11): Artikel 04\_02.



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

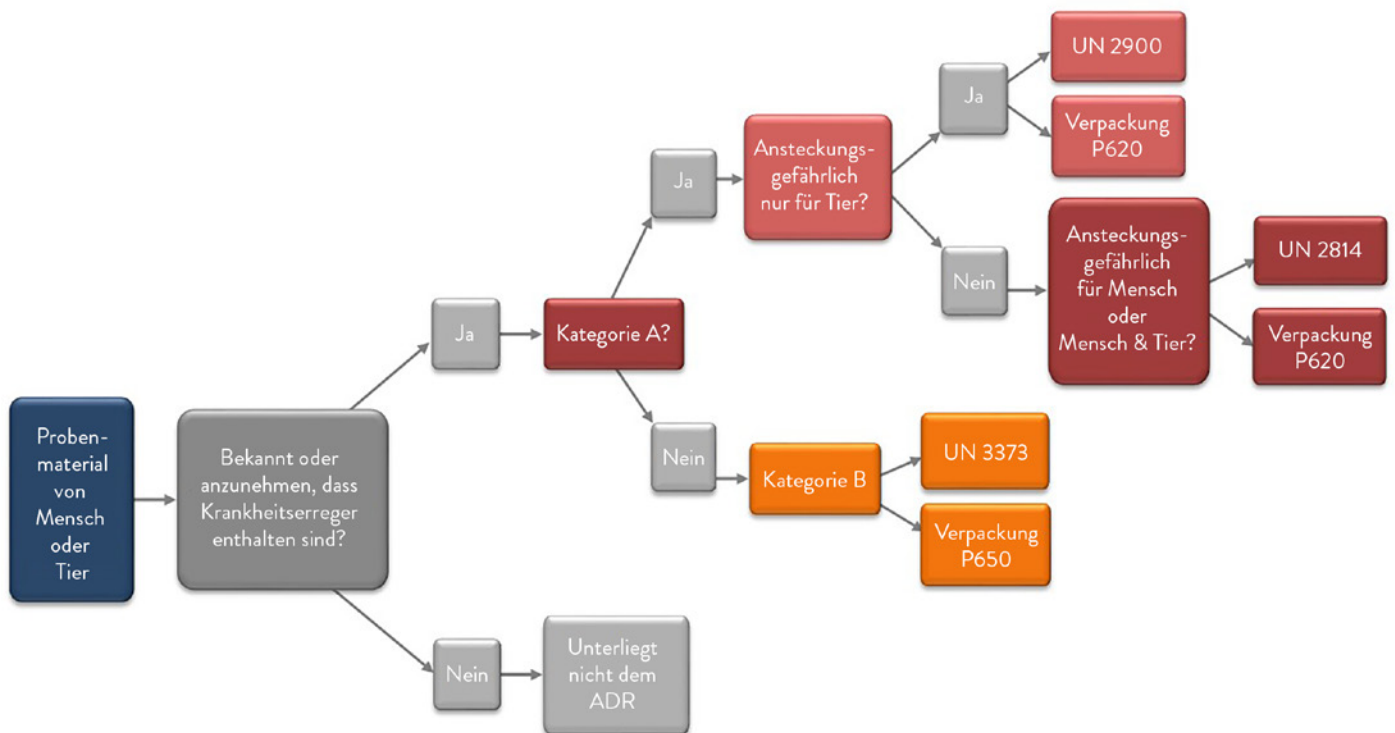


Abb. 1: Kennzeichnungs-, Verpackungs- und Beförderungsrichtlinien für den Transport von Gewebeproben nach ADR Quelle: Robert-Koch-Institut [www.rki.de/DE/Content/Infekt/Biosicherheit/Proben-transport/Proben-transport\\_inhalt.html](http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Biosicherheit/Proben-transport/Proben-transport_inhalt.html)

## » Kennzeichnung

**Biologischer Stoff.  
Kategorie B**

**Beispiele von Versandstücken mit "Patientinnen Proben"**

**Verpackung: mindestens dreischalige Verpackung**

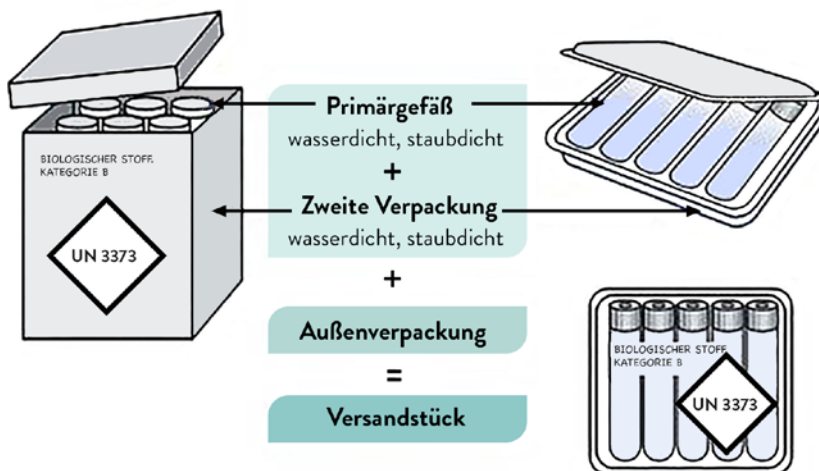


Abb. 2: Beispiele von Versandstücken für Gewebeproben; Quelle: Zentrum für Virologie, Medizinische Universität Wien <https://viro.meduniwien.ac.at/informationen-fuer-patientinnen-und-zuweisenden/diagnostik/lagerung-transport-und-kennzeichnung/>

## MASSNAHMEN ZUR SICHERUNG DER ABLÄUFE

Seitens des OPs oder der Funktionsabteilung ist eine Prozessbeschreibung „Versorgung von Gewebeproben“ zu erstellen, um Fehler im Umgang mit Gewebeproben schon im Vorfeld zu eliminieren.

Im Rahmen dieser Prozessbeschreibung müssen folgende Punkte berücksichtigt werden:

1. eindeutige Identifikation des Patienten und der Gewebeprobe,
2. Beschriftung der Probe unter Angabe des OP-Gebiets (Herkunft der Probe),
3. ausreichende Angaben auf dem Histologiebegleitschein,
4. Verpackung und Transport der Gewebeprobe nach UN 3373 an das zuständige Labor,
5. Rücklauf des schriftlichen Befundes. ○

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](mailto:bdc-versicherungsservice@ecclesia.de)

## HYGIENE TIPP

### Keine Masken mit Ohrbändern im OP

Walter Popp, Lutz Jatzwauk, Wolfgang Kohnen

Die DGKH hat sich in der Corona-Pandemie früh und wiederkehrend zur Problematik der Masken geäußert, insbesondere zum häufig **fehlenden Dichtsitz**. Inzwischen liegen **weitere Untersuchungen** vor, die zeigen, dass vor allem FFP2-Masken mit Ohrbändern sehr häufig keinen Dichtsitz erlauben, auch wenn sie nach entsprechenden Vorgaben (z. B. EN 149) getestet wurden.

Im Safety Gate System der EU (früher RAPEX) wurden für 2022 bis 2024 84 Fälle mit Masken gemeldet, von denen sich 78 auf Masken mit Ohrbändern bezogen. In England wurden im März 2023 90 Masken mit CE-Kennzeichen und Ohrbändern getestet, von denen nur zwei den entsprechenden Dichtsitz erreichten. Ähnliche Ergebnisse liegen aus Frankreich und weiteren Ländern vor.

#### Folgerungen:

- FFP2-Masken mit Ohrbändern sollen grundsätzlich nicht eingesetzt werden, sondern nur mit hinter dem Kopf geführten Bändern. Auf die CE-Kennzeichnung ist zu achten.
- Im OP sollen überhaupt keine Masken mit Ohrbändern eingesetzt werden.

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: Keine Masken mit Ohrbändern im OP. *Passion Chirurgie*. 2024 November; 14(11): Artikel 04\_03.



Weitere Hygiene-Tipps finden Sie auf BDC|Online

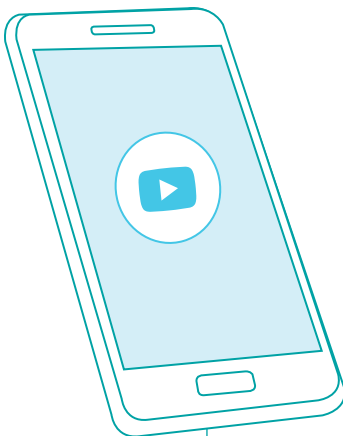
([www.bdc.de](http://www.bdc.de)), Rubrik Wissen | Qualität &

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.

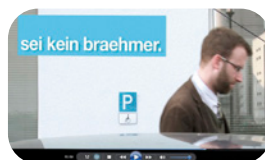
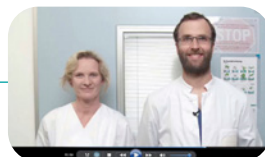
Der Berufsverband der Deutschen Chirurgie und die deutschen Hygieniker betreiben seit 2008 eine bundesweite Informationskampagne, die dazu beitragen soll, vermeidbare Infektionen in Klinik und Praxis zu reduzieren. Wir wissen, dass Sie als Chirurgin/Chirurg alles zur Infektprophylaxe und Hygiene wissen.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

# 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](mailto:passion_chirurgie@bdc.de).

## NOVEMBER 2024

**PD Dr. med. Amir K. Bigdeli** ist seit Anfang Oktober Chefarzt der Klinik für Plastisch-rekonstruktive, Ästhetische und Handchirurgie am Klinikum Kassel. Bigdeli hat zuletzt als leitender Oberarzt in der Plastischen und Rekonstruktiven Chirurgie der BG Klinik Ludwigshafen gearbeitet.

**Prof. h. c. Dr. med. Björn Birkenhauer** ist neuer Chefarzt der Abteilung Orthopädie an der Ostseeklinik Damp. Der ehemalige Oberarzt der Abteilung führt diese nun gemeinsam mit den bisherigen Chefarzten Dr. Wolfgang Klauser und Dr. Christian Schwartzkopf.

**Dr. med. Felicitas Johanning-Csik** ist neue Chefarztin der Gefäßchirurgie am Klinikum Weiden Kliniken. Johanning-Csik baute die Abteilung für Gefäßchirurgie in Weiden seit 2005 zum mittlerweile mehrfach zertifizierten Gefäßzentrum mit auf.

**Stephanie Dick**, seit 2017 Oberärztin im Krankenhaus Reinbek St. Adolf-Stift, ist seit Anfang Oktober 2024 Chefarztin der Abteilung für Gefäßchirurgie. Sie teilt sich die Position mit dem langjährigen Kollegen **Dr. med. Sebastian Bertschat**.

**Prof. Dr. med. Nadja Lehwald-Tywuschik** ist neue Chefarztin der Klinik für Viszeral- und Allgemein Chirurgie des Allgemeinen Krankenhauses (AKH) Viersen. Lehwald-Tywuschik war zuvor mehr als 20 Jahre am Universitätsklinikum Düsseldorf tätig – zuletzt als Oberärztin der Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Kinderchirurgie.

**Prof. Dr. med. Wolfgang Schröder**, FACS, FEBS, ist im Oktober 2024 von der Universitätsklinik Köln an die Klinik für Allgemein-, Viszeral- und onkologische Chirurgie des Helios Universitätsklinikum Wuppertal gewechselt. Er hat die Leitung des Zentrums für Speiseröhren- und Magen Chirurgie übernommen. ○



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

# Frage & Antwort



## Hygienepauschale für Anästhesisten oder chirurgische Praxis



### Antwort von:

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

Kalbe, P: Hygienepauschale für Anästhesisten oder chirurgische Praxis. *Passion Chirurgie*. 2024 November; 14(11): Artikel 04\_05.



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

### FRAGE:

In einer Gemeinschaftspraxis (GbR) arbeiten insgesamt drei Chirurg:innen (Unfallchirurgie/ Orthopädie /Handchirurgie). Einen Teil ihrer Patienten operieren sie in Narkose bei einem Anästhesisten in dessen OP/Praxis im Nachbarort.

Die Chirurg:innen nutzen dort die Räumlichkeiten und den Sterilisator (Steri). Betrieb und Wartung des Steri und der Räume erfolgen durch den Anästhesisten. Ein Teil der chirurgischen Siebe und Materialien werden dort gelagert. Die chirurgische Gemeinschaftspraxis bezahlt je nach Fall eine Pauschale, die je nach OP/Eingriff variiert.

Die Chirurg:innen selbst bringen ihre benötigten Materialien (Kittel, Tücher, Kompressen, Verbandsmaterial) selbst mit sowie zwei OP-Schwester; diese bereiten den OP-Saal vor und assistieren bei den Operationen. Danach reinigen und verpacken sie die chirurgischen Instrumente und Siebe, zum Teil bestücken sie auch den Steri mit den Sieben. Sie räumen den OP-Saal auf und

machen eine Grobreinigung des Saals. Das Verpackungsmaterial wird zum Teil auch von den Chirurg:innen gestellt. Das Desinfektionsmittel für OP-Gebiet und die Hände der Operateur:innen ist vom Anästhesisten. Die chirurgische Gemeinschaftspraxis benutzt zudem das Reinigungsgerät und das Sterilisationsgerät des Anästhesisten.

Nun möchte der Anästhesist die Hygienepauschale (Ziffern 31020 bis 31082 im EBM-Kapitel 31.2.19) einfordern. Steht sie ihm oder dem chirurgischen Team zu?

### ANTWORT:

Die Zusatzpauschale für Hygiene wurde vor allem für den erhöhten Aufwand für die Aufbereitung der Instrumente ausgelobt. Insofern würde das zusätzliche Honorar im angefragten Fall tatsächlich zumindest zum überwiegenden Anteil dem Anästhesisten zustehen, zumal dieser die chirurgischen Instrumente aufbereitet.

Wenn überhaupt, müsste die Pauschale sachgerecht aufgeteilt werden. Denn der Betrieb des RDG und des Steris inkl. der notwendigen Wartungen, Validierungen, Schulungen des Bedienungspersonals und der Energieverbrauch schlagen kostenmäßig nicht unerheblich zu Buche. Diese Aufwände sind bei der Kalkulation durch die KBV unter Einbeziehung der Berufsverbände sogar vorzugsweise berücksichtigt worden. ○

# Frage & Antwort



## Verpflichtung zur Sorge für sachgerechte Nachbehandlung



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

### FRAGE:

Ein Chefarzt fragt an, ob eine Pflicht besteht, sich um die Nachbehandlung des Patienten nach der Entlassung aus der stationären Behandlung zu kümmern.

### ANTWORT:

Mit aktuellem Urteil vom 04.06.2024 hat der BGH über diese Frage entschieden (vgl. zu Nachfolgendem BGH, Urteil vom 04.06.2024 – VI ZR 108/23 zur Veranlassung der für die Erhaltung der Sehkraft eines Frühgeborenen elementaren augenärztlichen Untersuchung).

Aus Sicht des BGH besteht eine Verpflichtung des Krankenhausträgers und der den Patienten im Krankenhaus behandelnden Ärzte, für eine sachgerechte Nachbehandlung des Patienten nach der Entlassung aus stationärer Behandlung zu sorgen.

Bereits in der Vergangenheit hat der BGH entschieden, dass der Krankenhausträger und die den Patienten im Krankenhaus behandelnden Ärzte verpflichtet sein können, dafür zu sorgen, dass die erforderliche Nachbehandlung eines Patienten sachgerecht erfolgt. Dies entspricht dem Grundsatz, dass das Wohl des Patienten oberstes Gebot und Richtschnur jeden ärztlichen Handelns ist. So muss der behandelnde Arzt auf eine rasche diagnostische Abklärung und gegebenenfalls

Therapie hinwirken, um vermeidbare Schädigungen des Patienten auszuschließen. Bei arbeitsteiligem Zusammenwirken müssen die beteiligten Ärzte den spezifischen Gefahren der Arbeitsteilung entgegenwirken und durch Koordination der konkreten Behandlungsabläufe den fachärztlichen Standard der Gesamtbehandlung ohne Lücken an Information, Abstimmung und Behandlungszuständigkeit unter den Behandlungs-beteiligten sicherstellen. Dies gilt auch für die Entlassung des Patienten aus stationärer Behandlung, wenn dieser eine ambulante Anschlussbehandlung benötigt. Auch hier besteht eine Pflicht der behandelnden Ärzte und des Krankenhausträgers, durch hinreichende Information und Koordination des Behandlungsgeschehens vermeidbare Risiken für den Patienten auszuschließen.

Einer solchen Verpflichtung stehen nach dem aktuellen Urteil sozialrechtliche Bestimmungen nicht entgegen. Ein Krankenhausträger ist unter den Voraussetzungen des § 115a SGB V vielmehr berechtigt, gesetzlich Versicherte im Anschluss an die stationäre Krankenhausbehandlung ohne Unterkunft und Verpflegung weiter zu behandeln (nachstationäre Behandlung) und gemäß § 39 Abs. 1a SGB V verpflichtet, im Rahmen der bestehenden Versorgungsstruktur für eine sachgerechte Anschlussversorgung nach der

Heberer J: F+A: Verpflichtung zur Sorge für sachgerechte Nachbehandlung. 2024 November; 14(11): Artikel 04\_06.



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

Krankenhausbehandlung zu sorgen (Entlassmanagement). Danach ist es Aufgabe des Krankenhauses, in einem Entlassplan die medizinisch unmittelbar erforderlichen Anschlussleistungen festzulegen und in Zusammenarbeit mit den behandelnden Ärzten und dem Pflegepersonal die gebotene Anschlussversorgung fachlich zu strukturieren und zu konkretisieren sowie die vorgesehenen konkreten Abläufe mit den daran Beteiligten zu koordinieren.

In dem nunmehr entschiedenen Fall sah der BGH vor diesem Hintergrund konkret die Verpflichtung des Krankenhauses, die für die Erhaltung der Sehkraft des frühgeborenen Patienten elementare augenärztliche Abschlussuntersuchung zu veranlassen. Auch aus der ex-ante Perspektive bestand bis zum Eintritt der Vollreife des Kindes (= errechneter Geburtstermin) die erhöhte Gefahr einer Netzhautablösung, der nur durch eine sofortige medizinische Intervention hätte begegnet werden können. Aus diesem Grund müssen die augenärztlichen Kontrollen bis zum errechneten Geburtstermin (hier 10.11.2016) fortgesetzt werden und eine Abschlussuntersuchung zu diesem Zeitpunkt erfolgen.

Zwischen der Entlassung des Patienten am 31.10.2016 aus der stationären Behandlung und dem Zeitpunkt, zu dem die Untersuchung stattzufinden hatte, lagen nur sieben Werktage. Laut vorläufigem Entlassungsbericht wurde eine augenärztliche Kontrolle in drei Monaten empfohlen. Ein Unterlassen der Untersuchung, deren Zweck nur durch eine Durchführung zum angegebenen Zeitpunkt (10.11.2016) erreicht werden konnte, barg das Risiko einer schwerwiegenden und sein Leben massiv beeinträchtigenden Schädigung des Kindes. In dieser Situation hätte die Beklagte zum Schutz des ihr anvertrauten Patienten – wenn sie eine nachstationäre Behandlung des Patienten nicht für erforderlich hielt – zumindest in Absprache mit den Eltern frühzeitig Kontakt mit einem weiterbehandelnden Augenarzt aufnehmen und für einen rechtzeitigen Termin für die Untersuchung des Patienten, beispielsweise durch Vereinbarung eines Untersuchungstermins, sorgen müssen. Der BGH wertete dieses Versäumnis letztlich als einen Befunderhebungsfehler (vgl. BGH, a. a. O., Rn. 24–26, unter <https://juris.bundesgerichtshof.de/cgi-bin/rechtsprechung/document.py?Gericht=bgh&Art=en&sid=e4310e55f91e3fbbd4>

d2a86131614aa0&nr=138244&anz=1&pos=0; abgerufen am 24.07.2024).

Klinikärzten ist damit aus juristischer Sicht des Verfassers dringend anzuraten, ein besonderes Augenmerk auf eine erforderliche Nachbehandlung nach der Entlassung aus der stationären Behandlung zu legen, indem sie entweder die nachstationäre Versorgung oder die ambulante Weiterbehandlung durch niedergelassene Ärzte organisieren und sicherstellen müssen. Ein Unterlassen dieser Pflicht stellt nach dem BGH-Urteil einen Befunderhebungsfehler dar, der zu erheblich negativen Konsequenzen für die Klinik und deren Ärzte in Form der Beweislastumkehr hinsichtlich der haftungsbegründenden Kausalität führt. Im Übrigen wies der BGH auch darauf hin, dass die Vereitelung der Befunderhebung durch falsche Angaben (hier war es die Mitteilung, dass eine augenärztliche Kontrolle erst in drei Monaten zu erfolgen habe, wodurch den uneingeschränkt zur Mitwirkung bereiteten Eltern des Patienten die Möglichkeit der rechtzeitigen Abklärung genommen wurde, vgl. BGH, a. a. O., Rn. 27) ebenfalls als Befunderhebungsfehler zu qualifizieren ist. ○



## Live-Webinar

Wissenschaftliche Leitung:

Prof. Dr. med. Hans-Georg Palm, MBA  
Klinikum Ingolstadt

**Klick!**  
Jetzt  
anmelden!

Facharztseminar

## Orthopädie/Unfallchirurgie

27. – 29.11.2024

# Frage & Antwort



## Verweigerung der Narkose bei Notfall-OP durch Anästhesistin



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

### FRAGE:

Ein Chefarzt fragt an, welche Konsequenzen drohen bzw. was unternommen werden kann, wenn die diensthabende Anästhesistin die Narkosedurchführung bei einer Notfall-OP verweigert.

### ANTWORT:

In Krankenhäusern muss grundsätzlich für Notfälle die medizinisch erforderliche Handlungsbereitschaft bestehen und das hierfür erforderliche Personal vorgehalten werden, um *lege artis* notfallmäßig agieren zu können. Andernfalls müsste die Klinik von der Notfallversorgung vorübergehend abgemeldet werden.

Die beschriebene Situation, wonach sich die diensthabende Ärztin der Anästhesie weigerte, bei einem Notfall anästhesiologische notwendige Leistungen im Rahmen einer akut erforderlichen Operation zu erbringen, kann und darf tatsächlich aus rechtlichen Gründen nicht hingenommen werden. Sollten durch die dann eintretende Verzögerung Patientenschäden entstehen, würde dies möglicherweise einen Haftungsfall aus Organisationsverschulden begründen.

Zwar ist im Rahmen der Anfrage unklar geblieben, aus welchem Grund die diensthabende Anästhesistin die Narkose verweigert

hat. Sollte dies daran liegen, dass sich die Anästhesistin aus medizinisch-fachlichen Gründen nicht in der Lage gesehen hat, in diesem speziellen Fall anästhesiologische Leistungen zu erbringen, müsste dringend die Organisation der Anästhesie geändert werden. Sollten es rechtliche Gründe gewesen sein (fehlende Erreichbarkeit der betreuungsbevollmächtigten Person), müssten der Ärztin die für Notfälle geltenden, besonderen rechtlichen Umstände erläutert werden.

Auf jeden Fall sollte die Angelegenheit zusammen mit der Klinikleitung und der Leitung der Anästhesie besprochen und die Gründe geklärt werden, damit sich eine solche Situation tatsächlich nicht wiederholt, da diese sowohl für das Krankenhaus als auch für die beteiligten Ärzte möglicherweise zu Haftungsrisiken führen kann.

Sollte sich die Anästhesie grundsätzlich nicht in der Lage sehen, zu Nachtzeiten adäquate anästhesiologische Versorgung für akute Notfälle vorzuhalten, müssten daraus die entsprechenden Konsequenzen gezogen werden (entweder Verbesserung der personellen Ausstattung der Anästhesie oder Abmeldung vom Notfalldienst).



Heberer J: F+A: Verweigerung der Narkose bei Notfall-OP durch Anästhesistin. 2024 November; 14(11): Artikel 04\_07.



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



© André Wagenzik

# Interview PD Dr. med. Peter Bobbert, Präsident der Ärztekammer Berlin

Peter Bobbert, Olivia Päßler



Kurz nach der politischen Sommerpause traf sich die BDC-Kommunikation mit dem Präsidenten der Ärztekammer Berlin, PD Dr. med. Peter Bobbert, zum Gespräch über die kommenden Reformpläne des Bundesgesundheitsministeriums.

## » ZUR PERSON



### PD Dr. med. Peter Bobbert

Präsident der Ärztekammer Berlin  
Facharzt für Innere Medizin und  
Kardiologie  
(Zusatzweiterbildung Notfallmedizin)  
[www.aekb.de](http://www.aekb.de)



#### Das Interview führte:

**Olivia Päßler**

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

Bobbert P, Päßler O: Interview PD Dr. med.  
Peter Bobbert, Präsident der Ärztekammer Berlin.  
Passion Chirurgie. 2024 November; 14(11):  
Artikel 05\_01.



Mehr zu berufspolitischen Themen auf  
BDC|Online unter der Rubrik Politik.

**Passion Chirurgie: Beginnen möchte ich gerne mit dem Thema Finanzierung. Die Regierung will weg von den Fallpauschalen zu sogenannten Vorhaltepauschalen. Was ist Ihre Einschätzung und Meinung zu diesem Vorhaben?**

**Peter Bobbert:** Natürlich ist es sehr begrüßenswert, dass die Politik eine Reform plant, um das Hamsterrad der Ökonomisierung zu stoppen. Und der Motor dieses Hamsterrades war und ist die Einführung und die Anwendung der Fallpauschalen, also quasi des DRG-Systems. Versprochen wurde uns, dass wir dieses DRG-System überwinden werden. Dies ist aber im Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) in dem jetzigen Entwurf nicht der Fall: Tatsächlich bleibt das DRG-System bestehen. Nicht mehr zu 100 %, aber zur Deckung der Betriebskosten jetzt zu 40 %. Das ist der erste Fehler der Reform, was die Finanzierung betrifft.

Dass die Vorhaltepauschale als neues System eingeführt werden soll, ist grundsätzlich erst mal gut. Das ist im Prinzip genau das, was wir fordern: Ein Krankenhaus erhält unabhängig davon, wie viele Betten belegt sind und wie viele Fälle erbracht werden, eine Pauschale, um existieren zu können. Das ist die Basis einer Entökonomisierung. Genau diese Art von Vorhaltepauschalen werden im KHVVG aber gar nicht beschrieben. Die Definition der Vorhaltepauschalen erweist sich für Krankenhäuser als

dramatisch schlecht. Zukünftig sollen diese Pauschalen nämlich ganz individuell für jedes Krankenhaus einzeln berechnet werden, und dies unter anderem durch zwei Parameter: Durch die im Vorfeld geleisteten Fälle im Krankenhaus und die Schwere der Fälle. Für uns ist das ein Etikettenschwindel. Denn hier haben wir auch eine Form des DRG-Systems. Es sind nicht die von den Fallzahlen unabhängigen Vorhaltepauschalen, die versprochen, angedacht und auch aktuell kommuniziert werden. Hier haben wir den zweiten Fehler.

Drittens ist es aus meiner Sicht ein fataler Fehler, dass die Personalkosten der Ärztinnen und Ärzte nicht aus dem DRG-System herausgenommen werden. Was man bei der Pflege zu Recht durchgesetzt hat, wird bei den Ärztinnen und Ärzten weiterhin nicht passieren. Somit wird die ganze Last der Ökonomisierung weiterhin und noch mehr auf den Schultern der Ärztinnen und Ärzte ausgetragen.

**PC** Können Sie erläutern, wie Sie sich die Vorhaltepauschale für jedes Krankenhaus vorstellen?

**PB** Vorhaltepauschalen müssen so geregelt sein, dass ein Krankenhaus einen finanziellen Rahmen bekommt, unabhängig von den geleisteten Fällen. Ein Krankenhaus muss einen Rahmen bekommen, der ausreicht, um es bestehen zu lassen und um Ressourcen vorzuhalten. In dem Moment, wo man die Vorhaltepauschalen

auch wieder in Zusammenhang bringt mit der dort geleisteten Arbeit und der Anzahl der Fälle der Vorjahre, heißt es das Hamsterrad des „noch mehr Fälle machen mit weniger Personal“ an. Damit werden genau die gleichen Anreize gesetzt, die man beim DRG-System zu Recht kritisiert.

**PC** *Aber würde das nicht die Krankenhäuser anregen, weniger Leistung zu erbringen für die ohnehin schon vorhandene Pauschale?*

**PB** Wir müssen von dem Gedanken wegkommen, dass Krankenhäuser wie ein Unternehmen gesehen und geführt werden müssen. Krankenhäuser sind Orte der öffentlichen Daseinsvorsorge und Orte, wo Menschen medizinisch versorgt werden. Und ja, dort stehen Betten manchmal frei, weil sie dann belegt werden, wenn Notfälle da sind und Unfälle passieren und Patientinnen und Patienten spontan versorgt werden müssen. Manche Fälle sind also unplanbar und deswegen müssen Ressourcen vorgehalten werden. Klar sein sollte, dass mit dieser Vorhaltung kein Geld zu verdienen ist. Es ist richtig, dass man sich im Rahmen der Krankenhausplanung ansieht, wo welche Leistungen angeboten werden sollen und müssen. Deswegen gibt es auch die Einführung der Leistungsgruppen. Es ist richtig, dass ein Krankenhaus nicht immer alles anbieten sollte, sondern man sehr wohl – in Städten und Ländern – schaut, welche Krankenhäuser was für die öffentliche Daseinsvorsorge leisten müssen und was eben nicht. Anhand dessen sollte der finanzielle Rahmen festgelegt werden, damit diese Krankenhäuser das dann auch bieten können.

Im Übrigen, um auf Ihre Frage der Fehl-anreize einzugehen: Jetzt sind die Vorhaltepauschalen so geregelt, dass genau das, was man vielleicht befürchtet, sogar noch befördert wird: Sie sind so definiert, dass man die gleichen finanziellen Pauschalen bekommt, auch wenn man 20 % weniger Fälle als vorher hat. Ökonomisch gedacht sagt sich doch dann die Geschäftsführung eines Krankenhauses:

Setze ich doch zukünftig genau für 81 % Personal und Ressourcen ein und bekomme das Geld für 100 %. Aus ökonomischer Sicht wäre das ideal. Hier werden also finanzielle Anreize gesetzt, die für die Belegschaft nicht sinnvoll sind und für die Gesellschaft sowieso nicht, weil sie 100 % bezahlen, aber nur 81 % bekommen. Und der Anreiz nach oben ist auch nicht da, weil man über 120 % leisten muss, um tatsächlich noch mal mehr in der Vorhaltepauschale vergütet zu bekommen. Diese Anforderung ist so hoch, dass man das Risiko gegebenenfalls scheut und lieber weniger macht für 100 %. Das zeigt, wie fatal auch hier der Anreiz gesetzt wurde in der Regelung der Vorhaltepauschale.

**PC** *Sie meinen also, die fallzahlunabhängigen Vorhaltepauschalen werden dazu führen, dass Behandlungen durchgeführt werden, die wirklich durchgeführt werden müssen und dass dafür dann auch genügend Geld da sein wird.*

**PB** Wir definieren zukünftig, wie auch in NRW bereits geschehen, Krankenhäuser nach Leistungsgruppen. Wenn die Standards für eine Leistungsgruppe erfüllt sind, kann sie angeboten werden. Ein Krankenhaus erhält dadurch ein Portfolio mit bestimmten Leistungsgruppen. Und dann müssen wir eine Regelung finden, mit der bezüglich Leistungsgruppe und Größe des Krankenhauses eine Pauschale definiert wird. Und mit dieser Pauschale kann dann ein Krankenhaus arbeiten und sehen, wie entsprechend Personal eingesetzt werden kann, wie Sachmittel und weiteres gekauft werden können. Was aufhören muss, ist, allein nach der Anzahl der Fälle zu gehen.

**PC** *Wie schätzen Sie die Bemühungen um Abbau von Bürokratie im Rahmen der Reformbestrebungen ein?*

**PB** Entbürokratisierung ist eine Notwendigkeit, gerade in Zeiten des Fachkräftemangels. Wir wissen, dass jede Ärztin, jeder Arzt in einem Krankenhaus in Deutschland mindestens drei Stunden nicht-ärztliche bürokratische Tätigkeit leistet.

Wenn wir es schaffen würden, nur eine Stunde davon abzuzweigen für ärztliche Tätigkeiten an den Patientinnen und Patienten, würden wir sofort ärztliche Arbeitskraft gewinnen, die in Deutschland einer Anzahl von 21.000 Vollzeiträften entspräche. Was wir damit ganz pointiert sagen wollen: Wer Fachkräfte und Ärztinnen und Ärzte sucht, findet sie in der Entbürokratisierung. Dies wurde uns auch versprochen, gerade auch als im Bundeskabinett jedes Ministerium um Input für ein Entbürokratisierungsgesetz gebeten worden ist. Das einzige Ministerium, das daran nicht teilgenommen hat, war das Bundesgesundheitsministerium, mit der Begründung, es selbst regeln zu wollen. Zum Beispiel im KHVVG. Da werden aber nur zwei, drei kleinere Punkte zur Entbürokratisierung genannt. Aber widmen wir uns dem eigentlichen Problem: Im KHVVG sind auf über 180 Seiten viele Details und Regelungen beschrieben, die nichts anderes sind als weitere bürokratische Arbeit. Ein Beispiel: Wir können davon ausgehen, dass die Bürokratie wächst, wenn zur Deckung der Betriebskosten jetzt nicht nur zu 100 % das DRG System, sondern zu 60 % das System der Vorhaltepauschalen, die ja für jedes Krankenhaus individuell dokumentiert und beantragt werden müssen, eingesetzt wird. Dieses Gesetz ist ganz klar kein Gesetz der Entbürokratisierung, sondern ein Bürokratiemaximierungsgesetz.

**PC** *Haben Sie eine Lösung oder Vorstellung, wie Entbürokratisierung gerade im Rahmen der Reform gelingen kann?*

**PB** Die Rechnung ist einfach: Für jede neue Regelung muss eine alte mit dem gleichen Zeitaufwand fallen. Und dann hören wir nicht auf mit unserer Arbeit, bevor nicht beispielsweise 40 % der Bürokratievorgaben reduziert worden sind. Das Festlegen einer Zahl ist wichtig. Im Übrigen hat die Deutsche Krankenhausgesellschaft im August dieses Jahres eine sehr gute Stellungnahme abgegeben, in der sie dies fordert. Entbürokratisierung kann etwa bei den

Strukturprüfungen des Medizinischen Dienstes konkret stattfinden. Die Doppelabfragen, die dort stattfinden, sind so immens, dass es hier große Einsparpotenziale gibt.

**PC** Welche Kompensationsmöglichkeiten gibt es für Häuser, die Leistungsgruppen verlieren? Welche Optionen haben sie im Bereich des ambulanten Operierens?

**PB** Das ist extrem schwer vorherzusagen. Klar ist: Es ist richtig, dass wir gerade in den Flächenländern prüfen und entscheiden, welche Leistungsgruppen vor Ort notwendig sind und welche gegebenenfalls auch in anderen Krankenhäusern konzentriert werden, um in Zeiten des Fachkräftemangels hier die Ressourcen besser einzusetzen. Und ja, es gehört auch zur Wahrheit, dass die Anzahl der Krankenhäuser sich tatsächlich verändern wird. Hier ist es ist die Aufgabe der Länder, bei ihrer Krankenhausplanung mit offenen Karten zu spielen. Die erste Frage ist also: Welche Leistungsgruppen brauchen wir wo? Auf Basis dessen müssen die Länder prüfen, welche Krankenhäuser sie in welchem Umfang brauchen. Dann kann man die entsprechenden Vorhaltungen planen, damit die Krankenhäuser diese Leistungen auch anbieten. Damit kommen wir wieder zur ersten Frage der Finanzierung. Das müssen dann die Vorhaltepauschalen sein, die unabhängig von den Fällen sind, um die Leistungen in angemessener Qualität anbieten und finanzieren zu können.

Was nicht funktionieren wird, ist, einfach nur zu sagen: „Ambulante Praxen – übernehmen!“ Es muss entsprechend auch dort der monetäre Rahmen gegeben werden. Ich finde, dass man diese Möglichkeiten der Verlagerung in den ambulanten Bereich nicht überschätzen sollte. In der Theorie können Operationen sicherlich ambulant ebenso erfolgreich durchgeführt werden. Wir sollten aber nicht vergessen, dass es hier letztendlich immer noch um den Menschen geht. Es gibt Patientinnen und Patienten, die eine Voraussetzung mitbringen, die nicht für

die ambulante Operation geeignet ist, und die sehr wohl auch stationär nachbetreut werden müssen. Dann schließt sich die ambulante Behandlung eigentlich aus.

**PC** Was sagen Sie zur Qualitätssicherung beziehungsweise Versorgung im ländlichen Raum mit Berücksichtigung der Pläne der Krankenhausreform?

**PB** Es ist extrem wichtig, dass wir bei der Umstrukturierung der Krankenhauslandschaft immer darauf achten, dass bestimmte medizinische Leistungen im ländlichen Raum jederzeit angeboten werden. Die Kürze der Wege ist auch eine medizinische Leistung, die angeboten werden muss. Insbesondere hier müssen also die Krankenhäuser mit gut funktionierenden Vorhaltepauschalen gesichert werden, um Personal zu halten und zu gewinnen und überhaupt finanziell am Leben erhalten zu werden.

**PC** Wie sehen Sie die Zukunft der Weiterbildung bei zunehmender Zentralisierung und auch Ambulantisierung?

**PB** Das ist ein weiterer wichtiger Kritikpunkt am jetzigen KHVVG. Die Weiterbildung ist aus meiner Sicht einfach schlicht vergessen worden. Zu Recht wird im KHVVG auf Leistungsgruppen hingewiesen und damit deutlich gemacht, dass zukünftig Krankenhäuser bestimmte Leistungen anbieten können, wenn sie auch die Standards erfüllen, zum Beispiel das Verhalten entsprechender Fachärztinnen und Fachärzte in einer definierten Anzahl. Wir müssen aber auch sicherstellen, dass wir zukünftig genug Fachärztinnen und Fachärzte haben. Und dafür brauchen wir eine funktionierende Weiterbildung. Dementsprechend müssen wir die Weiterbildung hier im KHVVG so implementieren, dass sie auch gelebt wird. Die Wahrheit ist: Weiterbildung kostet. Weiterbildung bringt kein Geld. Und diese Kosten müssen abgebildet werden. Und das ist eine wesentliche Forderung an eine solche Reform, dass Weiterbildung nicht nur mitgedacht, sondern auch finanziert wird.

Hier geht auch der Zeigefinger nicht nur auf andere, sondern auf uns in den Kammern.

Wir müssen in einer sich verändernden Krankenhauslandschaft gewährleisten, dass diese Weiterbildung abgeleistet werden kann. Wir wissen, dass Kolleginnen und Kollegen in Weiterbildung nicht alle sechs oder zwölf Monate ihren Arbeitsplatz wechseln wollen oder auch können. Dann müssen wir schauen, dass wir auch mit der Fokussierung auf Leistungsgruppen die Weiterbildung so organisieren, dass Kolleginnen und Kollegen so effektiv und unkompliziert wie möglich diese Weiterbildung durchlaufen können. Das wird nicht einfach, insbesondere in einer sich zunehmend spezialisierenden medizinischen Welt. Auch in den Krankenhäusern müssen wir schauen, dass wir hier in dem Weiterbildungsgang keine Flaschenhälse produzieren. Junge Kolleginnen und Kollegen eine effiziente Weiterbildung zu bieten, um sie zügig zur Fachärztin und Facharzt zu qualifizieren, muss unser Ziel und Anspruch sein.

**PC** Wie ist Ihre Meinung zum Transparenzatlases? Welchen Nutzen hat er?

**PB** Dieses Transparenzgesetz hat nur eine maximale Erhöhung der Bürokratie zur Folge. Es wurde sehr schnell eingeführt mit den entsprechenden Folgen. Zu Recht wurde es sehr kritisiert. Jetzt wird es überarbeitet. Und Sie stellen zu Recht die Frage: Wer schaut sich das an? Ich gebe mal die steile These: Die meisten eben nicht. Und die, die es sich dann anschauen, werden keinen Zugewinn haben. Es steigert nicht die Transparenz und es steigert nicht die Qualität. Schauen wir uns die Realität an: Es gibt doch eine Kollegin, einen Kollegen, der die Indikation für eine Operation stellt. Das Arzt-Patienten-Vertrauen führt dann dazu, dass ich als Patient genau diese Kollegin frage, welchen Arzt bzw. Ärztin sie mir empfehlen würde. Die Empfehlung kommt dann von ihr. Diese Empfehlung ist mir und allen Patientinnen und Patienten mehr wert als das, was an

nackten Zahlen von Fällen, Schlüsseln zu Fachkräften und so weiter im Transparenz-atlas steht. Für Patientinnen und Patienten haben diese Daten keinen Informationswert, weil sie nicht nachvollziehbar sind. Wenn wir also darüber sprechen, wo Bürokratie abgebaut werden kann, fangen wir doch damit gleich mal an. Der Atlas in dieser Form bringt kein Mehrgehalt und kann damit abgeschafft werden.

**PC** Ihre Prognose – wie wird der Prozess der Umsetzung des KHVG weitergehen?

**PB** Ich habe keine Prognose, nur die große Sorge, dass die Sicherheit für die Krankenhausträger zurzeit nicht gewährleistet

wird. Dafür bräuchten wir alle Akteure an einem Tisch, die gemeinsam an einem Strang ziehen, auch Bund und Länder. Vor über einem Jahr gab es ein konsentiertes Eckpunktepapier zwischen Bund und Ländern. Diesen Konsens hätte man nutzen müssen. Das Bundesministerium für Gesundheit hat diesen Konsens verlassen und dieses Jahr einen Gesetzesentwurf ins Kabinett gebracht, der jetzt im parlamentarischen Prozess ist, der aber keine Zustimmung bei den Ländern findet. Es gibt ein 16-zu-Null-Papier der Bundesländer, die sich klar gegen diesen aktuellen Gesetzesentwurf mit all den

Kritikpunkten, die wir gerade formuliert haben, wenden.

Dennoch – oder gerade wegen der derzeitigen Bedingungen – erlebe ich eine Offenheit für Veränderung in diesem Bereich, die so noch nie existierte. Wir arbeiten ja nicht nur daran, weil es im Gesundheitssystem so nicht weitergeht. Wir arbeiten daran, um die Krankenhauslandschaft nicht nur zu retten, sondern auch zu verbessern. Und diese Möglichkeiten existieren tatsächlich. Wir müssen sie nur nutzen.

**PC** Herr Dr. Bobbert, ich danke Ihnen für dieses Gespräch. ○

**BDC**  **AKADEMIE**  
Einfach starten!

## 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





## BERUFSPOLITIK AKTUELL

# KHVVG – bis zuletzt hochumstritten

Friederike Burgdorf

Bis zuletzt gab es am Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) viel Kritik. Einige Tage vor der 2./3. Lesung im Bundestag einigte sich die Regierungsfraktion schließlich auf ganze 51 Änderungsanträge. Der BDC hat die wichtigsten Anträge für Sie geprüft und sieht Licht und Schatten bei den Änderungen, die noch Eingang in das KHVVG fanden.

Umfassende Änderungen wurden noch kurz vor dem Parlamentsbeschluss am Konzept der Hybrid-DRG vorgenommen: Klargestellt wurde, dass der EBM als Abrechnungsoption für spezifische Konstellationen ausgeschlossen ist. Weiterhin gibt das Gesetz nun vor, dass bis 2030 ganze 2 Millionen ehemals stationärer Fälle ambulant erbracht werden

sollen. Dies entspricht einer Ambulantisierungsquote von 12 Prozent. Dieses Ziel hat der Gesetzgeber inzwischen ergänzt, nachdem die Selbstverwaltung den Katalog der Hybrid-DRG zunächst aufgrund unbefriedigender Rahmenbedingungen (Berücksichtigung von Sachkosten, Schweregraden, etc.) nur zögerlich weiterentwickelt hatte. Es bleibt aber fraglich, wie dieses hochgesteckte Ziel erreicht werden soll. Zwar liegt das Ambulantisierungspotenzial in Deutschland laut aktueller Literatur bei 10 bis 20 Prozent. Jedoch sollen lediglich die Ein-Tages-Fälle in die Hybrid-DRG einbezogen werden. Hinzu kommt, dass über eine stetige Preisdegression bis 2030 das Vergütungsniveau des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs erreicht sein soll. Auch dies wird keinen Anreiz setzen,



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

Leistungen vermehrt über Hybrid-DRG zu erbringen. Vielmehr bleibt abzuwarten, ob überhaupt noch Leistungserbringer unter diesen Konditionen am Markt verbleiben, oder hier die zukünftige Unterversorgung vorprogrammiert ist, insbesondere, da Strukturen für das ambulante Operieren noch geschaffen müssen. Dabei hat der Gesetzgeber nicht überraschend umfassende Möglichkeiten für Ersatzvornahmen durch das Bundesgesundheitsministerium eingeführt, sollte die Selbstverwaltung die Vorgaben nicht innerhalb der engen Zeitvorgaben umsetzen.

Kritisch beurteilen wir auch die Öffnung der sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen (formal gelten sie als Krankenhäuser) für die Facharztversorgung im vertragsärztlichen Bereich. Auch diese Änderung wurde kurzfristig in das Gesetz eingebracht. Eine entsprechende Ermächtigung ist möglich, sofern in einem Planungsbereich keine Zulassungsbeschränkungen für das entsprechende Fachgebiet bestehen – eine Unterversorgung, wie ursprünglich vorgesehen, ist also keine Voraussetzung. Damit hat die Regelung das Potenzial, die Versorgung nachhaltig zugunsten einer Versorgung an Krankenhäusern zu verändern, zumal diese – anders als die Vertragsärzte – von einer zusätzlichen Investitionskostenfinanzierung profitieren. Und der Minister scheint seinem Ziel, der Abschaffung einer doppelten Facharztschiene, wieder ein Stück weit nähergekommen zu sein.

Aber es gibt auch Licht: Der BDC hatte sich in einem Schreiben an das Gesundheitsministerium dafür eingesetzt, dass auch die Belegärzte die Versorgung innerhalb der neu definierten Leistungsgruppen übernehmen können. Dies wurde nun entsprechend klargestellt.

Geprüft werden soll zudem die Einführung eines ärztlichen Personalbemessungsinstruments an Krankenhäusern; dies in enger Zusammenarbeit mit der Bundesärztekammer. Damit soll sichergestellt werden, dass ausreichend ärztliches Personal an Krankenhäusern beschäftigt wird. Der BDC wird auch diesen Prozess weiterhin kritisch begleiten. Denn trotz der positiven Zielstellung bleibt abzuwarten, ob nicht neue Konfliktfelder eröffnet werden mit zusätzlicher Bürokratie und fraglichem Nutzen.

Schließlich sollen die Selbstverwaltungspartner prüfen, ob für eine sachgerechte Finanzierung der Mehrkosten für die Weiterbildung an Krankenhäusern Zu- oder Abschläge zu den DRG-Fallpauschalen erforderlich sind. Dies freut uns als BDC ganz besonders, zumal wir diesen Prozess intensiv durch unsere Arbeit auf der politischen Ebene, unsere Weiterbildungskampagne und Pressearbeit begleitet haben. Dranbleiben lohnt sich also! Unterstützen auch Sie die Kampagne des BDC und unterschreiben Sie jetzt die Petition zur Förderung der fachärztlichen Weiterbildung in Klinik und Praxis: ○

## MEHR INFORMATIONEN



### Wir engagieren uns für die fachärztliche Weiterbildung

- Anschreiben Gesundheitsausschuss von Anfang Oktober
- Offener Brief an Lauterbach (BDC, BDA, DGCH, DGAI)
- Landingpage [bdc.de/kampagne](https://bdc.de/kampagne)
- Pressemitteilung
- Berichte in BDC-Medien

Burgdorf F: KHVVG – bis zuletzt hochumstritten.  
Passion Chirurgie. 2024 November; 14(11):  
Artikel 05\_02.



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



## SEHR PERSÖNLICH NACHGEFRAGT BEI JAN WYNANDS

### Was ist das Schönste an Ihrem Beruf?

Das Konkrete und das Feine.

### Welche Forschungsrichtung inspiriert Sie?

Rekonstruktive Chirurgie unter einfachen Bedingungen.

### Welchen klinischen Schwerpunkt haben Sie?

Rekonstruktive Chirurgie der unteren Extremität.

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

Der Nutzen von Extended Reality in der Plastischen Chirurgie.

### Welches Buch liegt auf Ihrem Nachttisch?

Das Hotel New Hampshire, John Irving.

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

Carry On, Norah Jones.

### Was war für Ihr berufliches Fortkommen besonders hilfreich?

Neugierde und Mentoren, Auslandserfahrungen.

### Was war Ihre größte Inspiration?

Meine Kinderärztin.

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

Der Nutzen von Extended Reality in der Plastischen Chirurgie.

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

Spalthaut auf kontaminierte Wunden.

### Welche persönlichen Visionen möchten Sie gerne umsetzen?

Bau und Betrieb eines Teaching und Training Centres am LAMU hospital, Jinja, Uganda.

### Wann platzt Ihnen der Kragen?

Unhöflicher Umgang.

### Welche Hoffnung haben Sie aufgegeben?

Keine.

### Wie gehen Sie mit Frustrationen um?

Ablenkung und Musik.

### Ihr wichtigstes Hobby?

Wandern.

### Wo werden Sie schwach?

Haribo.

### Was bringt Sie zum Lachen?

Mein Sohn, wenn er neue Ideen hat, Didi Hallervorden in den 1980ern.

### Was gehört für Sie zu einem gelungenen Tag?

Mindestens einmal lachen.

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

Einzelgespräche, Gruppengespräche.

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

Kleine eigene Projekte und Zuständigkeiten mit dem Einzelnen schaffen.

### Muss eine Chirurgin/ein Chirurg Optimismus ausstrahlen?

Meist ja.

#### Dr. med. Jan Wynands

Leiter Global Surgery  
Institut für Hygiene und Public Health  
Universitätsklinikum Bonn

Facharzt für Plastische, Ästhetische und Rekonstruktive Chirurgie  
Fellow of the European Board of Plastic Reconstructive and Aesthetic Surgery  
Gründer und Vorsitzender ANDO – modular aid e.V. und Centre for Reconstructive Surgery in Armed Conflicts  
LAMU-hospital – Centre for Reconstructive and Global Surgery, Jinja, Uganda  
Efutu Children's Clinic, Efutu, Ghana  
Forschungsaktivität: Extended Reality (XR) and Reconstructive Surgery in low resource settings, Reconstructive Surgery in armed conflicts  
Humanitäre Arbeit für das IKRK und MSF

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

AUS DER  
DGCH



# DCK 2025

Gemeinsam lernen und heilen

**142. Deutscher Chirurgie Kongress**  
**18. – 20. März 2025, DCK.digital**  
**26. – 28. März 2025, ICM – Internationales**  
**Congress Center München**

**SICHERE CHIRURGIE FÜR ALLE**



# 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/<br>STATUS DER STUDIE | FINANZIERUNG<br>DER STUDIE/FALLGELD | ANSPRECHPARTNER/<br>KONTAKT                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| Studientitel ARMANI <sub>1</sub> *                |                                                                                                                                                                             |                                        |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| Registrierungsnummer: NCT04678583, DRKS00023792   |                                                                                                                                                                             |                                        |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| Prof. Dr. med.<br>Jürgen Weitz, MSc.              | Patienten mit Lebermetastasen Exper. Gruppe anato-<br>mische Resektion der Lebermetastase(n).                                                                               | FPI: 12.03.2021                        | DKTK Joint Funding                  | Ulrike Neckmann, PhD<br>Studienkoordinatorin<br>Klinik und Poliklinik für Viszeral-, Thorax- und<br>Gefäßchirurgie<br>Universitätsklinikum Carl Gustav Carus<br>an der Technischen Universität Dresden<br>Anstalt des öffentlichen Rechts des Freistaates<br>Sachsen<br>Fetscherstraße 74<br>01307 Dresden<br>T: 0351 458 18130<br>F: 0351 458 7273<br>E: ulrike.neckmann@uniklinikum-dresden.de |
| Prof. Dr. med. Nuh<br>Rahbari                     | Kontrollgruppe nicht-anatomische Resektion der<br>Lebermetastase(n).                                                                                                        | 59 von 240 Patienten                   | 1530 € / Patient                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| Studientitel: BariSurg <sub>2</sub> *             |                                                                                                                                                                             |                                        |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| Registriernummer: DRKS00004766                    |                                                                                                                                                                             |                                        |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| Prof. Dr. Dr. med.<br>Franck Billmann             | Patienten mit einem BMI von 35–40 kg/m <sup>2</sup> und mit<br>mindestens einer assoziierten Begleiterkrankung sowie<br>Patienten mit einem BMI von 40–60 kg/m <sup>2</sup> | FPI: 27.11.2013                        | –                                   | Prof. Dr. Dr. med. Franck Billmann<br>Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Transplantation-<br>schirurgie<br>Universitätsklinikum Heidelberg<br>T: 06221 563 44 11<br>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/<br>STATUS DER STUDIE   | FINANZIERUNG<br>DER STUDIE/FALLGELD             | ANSPRECHPARTNER/<br>KONTAKT                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Studientitel: City<sub>3</sub>*</b><br><b>Registrierungsnummer: DRKS003520</b>          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                          |                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| Prof. Dr. med.<br>D. K. Bartsch                                                            | Patienten (n = 2426), bei denen eine totale Thyreoidektomie oder Hemithyreoidektomie wegen einer gutartigen Struma durchgeführt wurde<br><br>Exper. Gruppe: kontinuierliches intraoperatives Neuromonitoring<br><br>Kontrollgruppe: intermittierendes intraoperatives Neuromonitoring                                                                                                                                                                                                          | 28.02.2024<br><br>177 von 2426 Patienten | Keine Finanzierung<br><br>Fallgeld: 0 €/Patient | PD Dr. med. Elisabeth Maurer<br>Klinik für Viszeral-, Thorax- und Gefäßchirurgie<br>Philipps-Universität Marburg<br>Baldingerstraße<br>35043 Marburg<br>T: 06421/58-65869<br>F: 06421/58-68995<br>E: maurere@med.uni-marburg.de                                 |
| <b>Studientitel: DISPACT-2<sub>4</sub>*</b><br><b>Registrierungsnummer: DRKS00014011</b>   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                          |                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| PD Dr. med.<br>Rosa Klotz                                                                  | Patienten mit benignen und malignen Veränderungen des Pankreaskörpers und des -schwanzes mit Indikation zur elektiven distalen Pankreatektomie<br><br>Exper. Gruppe<br>Minimalinvasive distale Pankreatektomie<br><br>Kontrollgruppe<br>Offene distale Pankreatektomie                                                                                                                                                                                                                         | 13.08.2020<br><br>215 von 294 Patienten  | DFG<br><br>1.250 € / Patient                    | PD Dr. med. Rosa Klotz<br>Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Transplantation-<br>schirurgie<br>Universitätsklinikum Heidelberg<br>Im Neuenheimer Feld 420<br>T: 06221 56 6980<br>F: 06221 56 33 850<br>E: rosa.klotz@med.uni-heidelberg.de                    |
| <b>Studientitel: HULC<sub>5</sub>*</b><br><b>Registrierungsnummer: DRKS00017517</b>        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                          |                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| Prof. Dr. med.<br>André L. Mihaljevic                                                      | Experimentelle Gruppe: Verschluss der medianen Laparotomie mit einem langsam resorbierbaren monofilamen Faden in Small-Stitches-Technik und zusätzlicher Onlay-Mesh-Augmentation mit einem Polypropylen-Netz<br><br>Kontrollgruppe: Verschluss der medianen Laparotomie mit einem langsam resorbierbaren monofilamen Faden in Small-Stitches-Technik                                                                                                                                           | 08.08.2019<br><br>531 von 812 Patienten  | DFG<br><br>500 € / Patient                      | Dr. Solveig Tenckhoff<br>Studienzentrum der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (SDGC)<br>Marsilius-Arkaden Turm-West<br>Im Neuenheimer Feld 130.3<br>69120 Heidelberg<br>T: 06221-56-36839<br>F: 06221-56-33850<br>E: solveig.tenckhoff@med.uni-heidelberg.de |
| <b>Studientitel: MICkey<sub>6</sub>*</b><br><b>Registrierungsnummer: DRKS00027927</b>      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                          |                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| Prof. Dr. med.<br>André L. Mihaljevic                                                      | Experimentelle Gruppe:<br>Totale minimal-invasive Ösophagektomie (MIN-E; entweder über „klassische“ minimal-invasive Laparoskopie + Thorakoskopie; oder über Roboter-assistierte minimal-invasive Ösophagektomie [RAMIE] oder eine Kombination aus beidem)<br><br>Kontrollgruppe:<br>Hybrid-Ösophagektomie (HYBRID-E; laparoskopische/robotische Bauchchirurgie und offene Thoraxchirurgie)                                                                                                    | 14.06.2023<br><br>20 von 152 Patienten   | BMBF<br><br>850 €/Patient                       | Prof. Dr. A. L. Mihaljevic<br>Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Transplantation-<br>schirurgie<br>Universitätsklinikum Tübingen<br>T: 07071 29 86 619<br>E: andre.mihaljevic@med.uni-tuebingen.de                                                            |
| <b>Studientitel: P.E.L.I.O.N<sub>7</sub>*</b><br><b>Registrierungsnummer: DRKS00027921</b> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                          |                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| Prof. Dr. med.<br>André L. Mihaljevic                                                      | Experimentelle Gruppe:<br>Verschluss der Bauchwand während des Loop-Ileostoma-Verschlusses mit fortlaufendem, langsam resorbierbaren Nahtmaterial in small-stitch-Technik, der mit einem retromuskulären, nicht resorbierbaren, makroporigen leichten Monofilament- oder Mixed Structure-Netz verstärkt wird.<br><br>Kontrollgruppe:<br>Bauchwandverschluss beim Loop-Ileostoma-Verschluss mit fortlaufendem langsam resorbierbaren Nahtmaterial in small-stitch-Technik ohne Netzverstärkung. | 20.01.2023<br><br>35 von 304 Patienten   | BMBF<br><br>650 €/Patient                       | Prof. Dr. A. L. Mihaljevic<br>Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Transplantation-<br>schirurgie<br>Universitätsklinikum Tübingen<br>T: 07071 29 86 619<br>E: andre.mihaljevic@med.uni-tuebingen.de                                                            |

## MULTIZENTRISCH RANDOMISIERT KONTROLLIERTE STUDIEN

| STUDIENLEITER                             | PATIENTEN/OP.-VERFAHREN                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | FIRST PATIENT IN/<br>STATUS DER STUDIE   | FINANZIERUNG<br>DER STUDIE/FALLGELD | ANSPRECHPARTNER/<br>KONTAKT                                                                                                                                                                                    |
|-------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Studientitel: RECOPS<sub>8</sub>*</b>  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                          |                                     |                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Registrierungsnummer: DRKS00024364</b> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                          |                                     |                                                                                                                                                                                                                |
| Prof. Dr. med.<br>Daniel Reim             | Experimentelle Gruppe:<br>Patienten mit pyloruserhaltender Pankreaskopfresektion, Child-Rekonstruktion und zusätzlicher Braun'scher Fußpunktanastomose zwischen der zu- und abführender Schlinge der Duodenojejunostomie<br>Kontrollgruppe:<br>Patienten mit pyloruserhaltender Pankreaskopfresektion und Child-Rekonstruktion | 05.05.2022<br><br>254 von 606 Patienten  | 675 €/Patient                       | Prof. Dr. Daniel Reim<br>Klinikum Rechts der Isar der TU München<br>Klinik und Poliklinik für Chirurgie<br>Ismaninger Str 22<br>81675 München<br>T: 089 4140 5019<br>F: 089 4140 2184<br>E: Daniel.reim@tum.de |
| <b>Studientitel: SELREC<sub>9</sub>*</b>  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                          |                                     |                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Registrierungsnummer: DRKS00030567</b> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                          |                                     |                                                                                                                                                                                                                |
| PD Dr. med.<br>Rosa Klotz                 | Experimentelle Gruppe:<br>Totale mesorektale Exzision (TME) ohne neoadjuvante (Chemo-)Radiotherapie<br>Kontrollgruppe:<br>Leitlinienkonforme neoadjuvante (Chemo-) Radiotherapie (5x5 Gy oder insgesamt 50,4Gy) und ggf. begleitende 5-FU-basierte Chemotherapie gefolgt von TME innerhalb von 12 Wochen                       | 04.05.2023<br><br>13 von 1.074 Patienten | BMBF<br><br>1.762,39€/Patient       | Dr. S. Tenckhoff<br>Studienzentrum der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (SDGC)<br>T: 06221 56 36 839<br>F: 06221 56 33 850<br>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/m<sup>2</sup> – 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.

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

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

Prof. Dr. med. U. Rolle  
*Präsident*

Prof. Dr. med. Th. Schmitz-Rixen  
*Generalsekretär*

Prof. Dr. med. Johann Pratschke  
*Schatzmeister*



## KEIN WEITER OHNE BILDUNG



### DIE KAMPAGNE LÄUFT!

Unter dem Slogan „Kein Weiter ohne Bildung“ hat der BDC nach der diesjährigen Sommerpause seine Kampagne an den Start gebracht und für Aufmerksamkeit gesorgt: In den sozialen Netzwerken, in der ärztlichen Verbändelandschaft sowie in den Fachmedien ist der kreativ umgesetzte Aufruf des Verbands, mit der Kampagne und der Unterzeichnung einer Petition an das BMG die Sicherung der fachärztlichen Weiterbildung zu unterstützen, bereits breit aufgegriffen worden und hat viel positive Resonanz erhalten. Bereits über 28.000 Unterschriften sind bei der Petitionsplattform change.org eingegangen. Das ist enorm viel, ist doch die fachärztliche Weiterbildung

kein öffentlichkeitswirksames Thema. Bedenkt man jedoch, dass in Deutschland rund 40.000 Chirurgeninnen und Chirurgen arbeiten, kann sich die Zahl allerdings noch steigern! Denn die fachärztliche Weiterbildung geht alle etwas an. Daher geht die Arbeit für Verbandskommunikation, Geschäftsführung und Vorstand weiter: Mit Pressearbeit, Social Media Postings und Mund-zu-Mund Propaganda machen sie auf die Kampagne aufmerksam. Ihr Ziel: 50.000 Unterschriften zu erreichen. Das ist machbar – wenn Sie mitmachen. Kämpfen Sie mit uns und unterschreiben Sie die Petition an die Politik zur Sicherung der fachärztlichen Weiterbildung!

Mehr Informationen...

## BDC|AKADEMIE 2025

DEUTSCHE AKADEMIE FÜR CHIRURGISCHE FORT- UND WEITERBILDUNG



### JETZT NEU: DAS JAHRESPROGRAMM DER BDC|AKADEMIE FÜR 2025

Die BDC|Akademie bietet im Jahr 2025 unseren Mitgliedern und allen chirurgisch Interessierten ein Programm, welches neben lang bewährten „Klassikern“ der Fort- und Weiterbildung auch wieder neue Präsenz- und Online-Angebote im Portfolio hat. Dem BDC ist es wichtig, dass das Akademie-Portfolio nicht nur das individuelle Lernverhalten, sondern auch die aktuellen Erfordernisse in den Kliniken berücksichtigt. Daher freuen wir uns über Ihr Feedback, Ihre Anregungen und Ihre Themenwünsche.

Planen Sie jetzt Ihre Fortbildungen für 2025!

Hier geht's zum Programm der BDC|Akademie

## HERZLICH WILLKOMMEN IN DER BDC|AKADEMIE, CINDY MANGELSDORF!

Cindy Mangelsdorf verstärkt seit Anfang September das Team der BDC|Akademie. Im Interview erfahren Sie mehr über das neue Mitglied im BDC-Team.

### Wieso hast du dich für den BDC entschieden?

Nach über 14 Jahren Hotellerie war ich auf der Suche nach einer neuen Herausforderung. Und dadurch dass meine Eltern beide in der Medizin tätig sind, meine Mutter im MVZ in der „Medizinische Universität Lausitz - Carl Thiem“ und mein Vater im OP des „Sana-Herzzentrum Cottbus“, bin ich schon immer mit der Medizin in Berührung gekommen. Beim BDC kann ich beides – meinen beruflichen Hintergrund in der Hotellerie und die Medizin – in einem kombinieren.

### Wie wurdest du vom BDC Team und den Personen, mit denen du bisher im Verband in Kontakt warst, empfangen?

Das Team hat mich herzlich und freundlich empfangen und von Anfang an unterstützt. Ich fühlte mich sofort integriert und wohl. Wir kommunizieren offen miteinander und die Atmosphäre ist positiv und motivierend. Beim ersten Teamausflug konnte ich auch bereits schon teilnehmen.

### Was sind deine Hauptaufgaben?

Mein Aufgabenbereich umfasst insbesondere die eigenverantwortliche Planung, Organisation und Durchführung von Veranstaltungen. Desweiteren erstelle ich Programme in

Abstimmung mit Seminarleiter:innen und erstelle die Kursunterlagen. Ich betreue unsere Referent:innen und Sorge für die Nachbearbeitung der Veranstaltungen.

### Woher kommst du beruflich und welche Skills kannst und willst du hier einbringen?

Ich bin ausgebildete Hotelfachfrau und habe zehn Jahre Berufserfahrung in der Hotellerie. Eingestiegen bin ich als Empfangsmitarbeiterin und habe mich zur Reservierungsleitung im selbigen Unternehmen weiterentwickelt. Durch meine Arbeit in der Hotellerie habe ich sehr viel Erfahrung im Umgang mit Menschen gesammelt. Mit Feedback, Reklamationen und Beschwerden gehe ich souverän und professionell um und versuche immer, das Beste für jeden „Kunden“ zu geben und ihn zufrieden zu stellen.

### Was hast du speziell für den BDC bzw. die BDC-Akademie vor?

Erst einmal möchte ich „ankommen“ und mit bestem Wissen und Gewissen arbeiten. Mein Ziel ist, gute Arbeit für unsere wissenschaftlichen Leiter:innen, Referent:innen und Teilnehmer:innen zu leisten und damit eine Unterstützung für das bestehende Akademie-Team zu sein.

### Welche Hobbies hast du?

Ich bin stolze Besitzerin einer Dauerkarte für Hertha BSC und fahre gelegentlich auch zu Auswärtsspielen. Ansonsten mache ich selbst viel Sport und besuche gerne meine Familie in der Heimat, das ist Cottbus in der schönen Lausitz.



Weitere Artikel finden Sie auf BDC|Online ([www.bdc.de](http://www.bdc.de), Rubrik BDC-News).

A close-up, low-angle shot of three surgeons in an operating room. They are wearing blue surgical caps and masks, looking down intently. The lighting is bright and clinical. The image has a strong blue color cast.

**ANSCHNITT**

chirurgIn-werden.de

**Wage den Schnitt!**

# 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](http://www.bdc.de/bdc-landesverbände)

## BDC | Nordrhein

Vorsitzender  
Dr. med. Sven Gregor

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

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

Regionalvertreter NL  
Dr. med. Sven Gregor

## BDC | Hessen

Vorsitzender  
Frank Forst

1. Stellvert. Vorsitzender  
Jan Henninger

2. Stellv. Vorsitzender  
Dr. med. Alexander Buia

3. Stellv. Vorsitzende  
Nathalena Hein

Regionalvertreter NL  
Dr. med. Jörg Schrödter

Stellv. Regionalvertreter NL  
Dr. med. Detlev Grapentin

## BDC | Rheinland-Pfalz

Vorsitzender  
Dr. med. Jörg Fischböck

Stellv. Vorsitzender  
Dr. med. Thomas Chatterjee

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

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

## BDC | Saarland

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

Stellv. Vorsitzender  
Prof. Dr. med. Tim Pohlemann

Regionalvertreterin NL  
Dr. med. Serpil Koc

## BDC | Baden-Württemberg

Vorsitzender  
Prof. Dr. med. Michael Schäffer

Stellv. Vorsitzender  
Dr. med. Christoph W. Jaschke

Regionalvertreter NL  
Dr. med. Matthias Szabo

Regionalvertreter NL  
Dr. med. Christoph W. Jaschke



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

## BDC | Mecklenburg-Vorpommern

Vorsitzender  
PD Dr. med. Lutz Wilhelm

Stellv. Vorsitzender  
Dr. med. Christoph Prinz

Regionalvertreter NL  
Dr. med. Andreas Oling

Regionalvertreter NL  
Dr. med. Thomas Nowotny

## BDC | Berlin

Vorsitzende  
Dr. med. Katharina Paul-Promchan

Vorsitzender  
Dr. med. Ralph Lorenz

Stellv. Vorsitzende  
Dr. med. Marie Samland

Regionalvertreter NL  
Dr. med. Max Freiherr von Seebach

Stellv. Regionalvertreter NL  
Dr. med. Karsten Mann

Stellv. Regionalvertreter NL  
Dr. med. Gunnar Peters

## BDC | Brandenburg

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

Stellv. Vorsitzender  
Dr. med. Mario Liese

Regionalvertreter NL  
Dr. med. Christian Federlein

## BDC | Sachsen-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 | Sachsen

Vorsitzender  
Dr. med. Ludwig Schütz

Stellv. Vorsitzender  
Dr. med. Jörg Hammer

Regionalvertreter NL  
Dr. med. Jörg Hammer

## 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 |
| 25.11.2024                | 29.11.2024 | Berlin | 2024-21664 | Basischirurgie | Dr. med. Christian Müller;<br>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 |
| 27.11.2024            | 29.11.2024 | online | 2024-23821 | Facharztseminar Orthopädie/<br>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 |
| 21.11.2024                                         | 22.11.2024 | Berlin              | 2024-22406 | CAMIC 4: Laparoskopische<br>kolorektale Chirurgie                                | Dr. med. Panagiotis Fikatas                                                                         | 500,00 €       | 700,00 €        |
| 21.11.2024                                         | 22.11.2024 | Köln                | 2024-24633 | Robotische Chirurgie: Modul 4 -<br>Hospitation oberer Gastrointes-<br>tinaltrakt | Prof. Dr. med. Christiane J. Bruns;<br>Prof. Dr. med. Hans Fuchs                                    | 400,00 €       | 600,00 €        |
| 22.11.2024                                         |            | online              | 2024-23685 | Viszeralchirurgie Kompakt:<br>Beckenbodenchirurgie                               | PD Dr. med. Annett Gauruder-<br>Burmester                                                           | 175,00 €       | 250,00 €        |
| 28.11.2024                                         | 29.11.2024 | Köln                | 2024-23684 | Viszeralchirurgie Kompakt:<br>Pankreaschirurgie                                  | Prof. Dr. med. Christiane J. Bruns;<br>PD Dr. med. Felix Popp;<br>Prof. Dr. Dr. med. Thomas Schmidt | 350,00 €       | 500,00 €        |
| 28.11.2024                                         | 29.11.2024 | Reckling-<br>hausen | 2024-23676 | Viszeralchirurgie Kompakt:<br>Rektum- und Analfistelchirurgie                    | PD Dr. med. Gabriele Böhm                                                                           | 350,00 €       | 500,00 €        |
| 29.11.2024                                         | 30.11.2024 | Dresden             | 2024-23631 | Kindertraumatologie für<br>D-Ärzte/-Ärztinnen                                    | Prof. Dr. med. Guido Fitze                                                                          | 300,00 €       | 500,00 €        |

## BDC|Akademie

Information und Anmeldung:

Tel: 030/28004-120, Fax: 030/28004-108 oder per E-Mail: [akademie@bdc.de](mailto:akademie@bdc.de)

oder über BDC|Online unter [www.bdc.de](http://www.bdc.de), Rubrik BDC|Akademie | Alle Veranstaltungen

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

| EXTERNE VERANSTALTUNGEN |            |         |                                                                                                          |                                                                        |           |                |
|-------------------------|------------|---------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|-----------|----------------|
| VON                     | BIS        | ORT     | SEMINARTITEL                                                                                             | WISSENSCHAFTLICHE:R LEITER:IN                                          | PREIS MG  | PREIS NICHT-MG |
| 01.12.2024              | 21.06.2025 | online  | Online-Fortbildung Wundversorgung (15 CME-Punkte)                                                        | AMBOSS GmbH                                                            | 127,50€   | 170,00€        |
| 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€        |
| 11.12.2024              | 11.12.2024 | online  | Webcast: Chirurgie trifft...leuraempyem eine zunehmende Entität                                          | Zentrales Veranstaltungsmanagement<br>Universitätsklinikum Leipzig AöR |           |                |
| 13.12.2024              | 13.12.2024 | online  | Online-Kurs Fraktursonografie im Wachstumsalter                                                          | durchblicken.org                                                       | 310,00€   | 310,00€        |

# SPONSOREN DER BDC | AKADEMIE

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

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

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

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

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

**B. BRAUN**  
SHARING EXPERTISE

**corzamedical**

**Johnson & Johnson**  
Med Tech

**INTUITIVE**

**Medtronic**  
Engineering the extraordinary

**STORZ**  
KARL STORZ – ENDOSKOPIE

# LIFESTYLE- ANGEBOTE

*im November 2024*

%

30 %



**ODLO: BIS ZU 30 %**  
RABATT FÜR BDC-MITGLIEDER

30 %



**ANKERKRAUT: BIS ZU 30 %**  
RABATT FÜR BDC-MITGLIEDER

15 %



**GOT BAG: 15 %**  
RABATT FÜR BDC-MITGLIEDER

15 %



**HARDECK: 15%**  
RABATT FÜR BDC-MITGLIEDER

## WIE KANN ICH DIE ANGEBOTE IN ANSPRUCH NEHMEN?

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

~~956,- €~~  
**399,- €**

Für Ihre  
jungen  
Ärztinnen/  
Ärzte

# Das neue BDC-Starterpaket

## Das günstigste Weiterbildungspaket für die Chirurgie

**Das ist drin für Ihre Assistentinnen und Assistenten:**

### Ein Weiterbildungsseminar

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

### Einjährige Mitgliedschaft im Berufsverband der Deutschen Chirurgie e.V.

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

### Sechsmonatiger Zugang zur Lernplattform Amboss

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

### Teilnahme am 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](mailto: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.



PANORAMA

# Medizin- geschichte

**Kader entschieden alles!**

# Zu Berufungen auf chirurgische Lehrstühle in der jungen DDR

Volker Klimpel



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

Klimpel V: Kader entschieden alles! Zu Berufungen auf chirurgische Lehrstühle in der jungen DDR. *Passion Chirurgie*. 2024 November; 14(11): Artikel 09.



Mehr zu „Chirurgie in der DDR“ lesen Sie auf BDC|Online ([www.bdc.de](http://www.bdc.de)) unter der Rubrik Wissen | Panorama.

Nach der bedingungslosen Kapitulation Deutschlands am 7. und 8. Mai 1945 begann die sowjetische Militäradministration (SMAD) in ihrem Machtbereich mit der rigorosen Umgestaltung des gesamten gesellschaftlichen Lebens. Diese „Sowjetisierung“ betraf auch das Gesundheits- und Hochschulwesen, z. B. die SMAD-Befehle zur Verstaatlichung des Gesundheitswesens, zur Abschaffung des privaten Sektors und zum Aufbau einer „sozialistischen Wissenschaft“. Hier kommt nun die alles entscheidende Personalpolitik der neuen Machthaber ins Spiel, die gemäß der Stalinschen Vorgabe Nachwuchs-Führungskräfte, also Kader, heranziehen musste, welche die politische Linie in der Praxis durchzusetzen hatten.

Das Dilemma konnte größer nicht sein: Fast drei Viertel der medizinischen Hochschullehrer waren bis 1945 Mitglieder der NSDAP gewesen. Um den Lehrbetrieb und die medizinische Versorgung aufrechtzuerhalten, war es nicht möglich, alle „reaktionären“ Dozenten und Professoren zu entlassen, so gern man das nach Stalinscher Doktrin auch gewollt hätte. Dabei wurde offen zugegeben, die alten bürgerlichen Wissenschaftler so lange „auszunutzen“, bis eine neue, marxistisch-leninistisch geschulte Generation herangewachsen und zur Übernahme höchster Ämter befähigt war. Wie sehr die Universitäten und mit ihnen die chirurgischen Ordinariate auf die Hilfe der Parteigänger des alten Systems angewiesen waren, zeigen die folgenden Beispiele.

In Greifswald harrete das seit 1949 habilitierte SED-Mitglied Doz. Walter Schmitt jahrelang seiner Berufung. Schmitt selbst sah die Medizinische Fakultät als Trutzburg zur

Verhinderung junger Kader. Tatsache ist, dass selbstbewusste Alt-Ordinarien sich mit erstaunlicher Zähigkeit gegen parteigesteuerte Berufungen wehrten. Dazu muss man wissen, dass oft von dem klassischen Berufungsverfahren nach a primo, secundo und tertio loco abgewichen wurde und der Leiter der Abteilung Gesundheitspolitik im Zentralkomitee (ZK) der SED in Berlin bestimmte, welche Person welchen Lehrstuhl erhielt. Die Allgewaltigen hießen in den ersten Jahren Hans Horst, Hugo Graf und Fritz Schellhorn. Dem Autor ist aus eigenem Erleben der Langzeit-ZK-Sekretär Werner Hering ein Begriff. Walter Schmitt wurde erst 1953 und nach mehrfachen Chef-Vertretungen Professor in Greifswald und dann 1957 auf den Rostocker Lehrstuhl berufen. Die Ordinariate in Greifswald und Rostock hatten zuvor ehemalige NSDAP-Mitglieder wie Volkmann, Lehmann und Karitzky inne. Schmitt machte in Rostock eine beachtliche, fast zwanzigjährige Karriere, in der er sich nach eigenen Worten aber nie seiner SED-Zugehörigkeit bediente, um Vorteile zu erlangen. Er hat – wie viele andere – die Partei „als notwendiges Übel“ betrachtet.

In Halle fieberte Genosse Hans-Joachim Serfling auf einen Lehrstuhl. Sein Chef Werner Budde wiederum war als Nazigeegner und ohne SED-Parteibuch 1946 Ordinarius geworden. Serfling hatte es 1952 geschafft und wurde Ordinarius in Greifswald, bevor er 1962 als Kader ersten Ranges die Nachfolge von Willi Felix, der weder Nazi noch Sozi war, in der Sauerbruchschen Klinik der Charité in Berlin antrat. Auch wenn das Zentralorgan der SED, das „Neue Deutschland“, dem Genossen Professor 1983 zu seinem 70.



Abb. 1: Plakat 1935 von Gustav Glucis



Abb. 2: Walter Schmitt



Abb. 3: Johannes Karl Lehmann (Wikipedia)



Abb. 4: Werner Budde

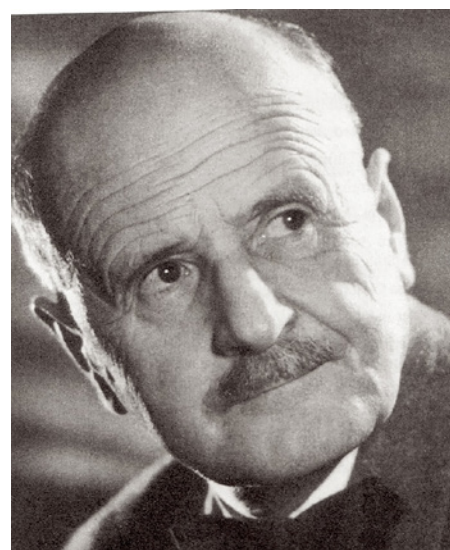


Abb. 5: Willi Felix (Wikipedia)

Geburtstag gratulierte und ihm für „seinen bedeutenden Beitrag zur Erziehung, Aus- und Weiterbildung sozialistischer Ärztpersönlichkeiten“ dankte, so hat sich doch Serfling parteipolitisch kaum exponiert. Zusammen mit seinen Kollegen in Halle und Rostock hat er das DDR-Lehrbuch „Spezielle Chirurgie“, den „Serfling-Schober-Schmitt“, herausgegeben, vergleichbar dem westdeutschen „Hellner-Nissen-Vosschulte“.

Die Verhältnisse an der renommierten Leipziger Chirurgischen Universitätsklinik, an der Thiersch, Trendelenburg und Payr gewirkt

hatten, waren nach dem Zusammenbruch besonders kritisch. Nachdem der auf atypische Weise 1937 von Berlin aus berufene Pg Wilhelm Rieder 1945 nicht ganz freiwillig Leipzig gen Bremen verlassen hatte, supplierten einige Herren mit und ohne SED-Parteibuch sowie zuletzt der integre, fast siebzigjährige Ernst Heller vom St. Georg die Klinik, bevor mit Herbert Uebermuth zwar ein ehemaliges, rasch als Mitläufer eingestuftes NSDAP-Mitglied Ordinarius wurde und eine neue Leipziger Chirurgenschule begründen konnte (Kuntzen, Becker, Wehner, Wolff, Reichmann, Gläser).

In das Schema der Reaktivierung von NS-belasteten Hochschullehrern passte auch der Fall Nicolai Guleke in Jena. Dieser, gewesenes NSDAP- und SS-Mitglied, war 1945 nur kurz suspendiert und bald wieder ins Amt eingesetzt worden. Nach Rudolf Nissens Ansicht gehörte Guleke neben wenigen anderen zu den führenden Chirurgen in Deutschland, die „versuchten den Einfluss des Nazismus zu reduzieren“. All jene Vertreter der älteren Generation standen ständig „zwischen Systemtreue, Loyalität und Distanz“ (Jessen), wobei bis zum Mauerbau 1961 die SED-Politik von Privilegierung und

Disziplinierung beitrug („Zuckerbrot und Peitsche“!).

Nicht zu vergessen sind die 1954 gegründeten Medizinischen Akademien in Erfurt, Dresden und Magdeburg, die durch den aufgrund von Krieg und Flucht in den Westen entstandenen Ärztemangel notwendig geworden waren. Sie hatten die gleichen Rechte wie die Medizinischen Fakultäten der auf dem Gebiet der SBZ/DDR verbliebenen sechs Universitäten. In Erfurt wurde Prof. Egbert Schwarz sowohl Gründungsrektor der Hochschule als auch erster Ordinarius für Chirurgie. Was über ihn, der NSDAP- und SS-Mitglied gewesen war, ohne Schuld auf sich geladen zu haben, anlässlich seiner Wiederbeschäftigung nach dem Entnazifizierungsverfahren in den Ministerialakten zu lesen ist, hatte volle Gültigkeit auch für ähnlich gelagerte Fälle: „Er ist ... ein Spezialist von besonderem Fachkönnen, der z. Zt. durch keinen gleichwertigen Nachfolger ersetzt werden kann. Ich bitte daher Herrn Prof. Dr. Schwarz als Spezialisten anzuerkennen und seiner Weiterbeschäftigung in der bisherigen Stellung [das war die des Direktors der Chirurgischen Klinik des Städtischen Krankenhauses Erfurt, d. V.] ausnahmsweise zuzustimmen“. Was auch geschah und Schwarz in die Lage versetzte, eine den Universitäten nicht nachstehende Klinik mit einer „Erfurter Schule“ (Rodeck, Paschold, Usbeck, Reichelt, Gottschalk) zu entwickeln. Ein Parteibuch hat er nicht wieder in die Hand genommen.

Weniger ideologisch als pragmatisch gingen die Genossen auch in Dresden vor, als der deutschlandweit angesehene Albert Fromme Mitbegründer und erster Rektor der neuen Medizinischen Akademie „Carl Gustav Carus“ wurde; auch die Namensgebung setzte er gegen in Vorschlag gebrachte Politikernamen durch. Der dem Nationalsozialismus gegenüber mehr als kritisch eingestellte Fromme erhielt zudem den ersten Lehrstuhl für Chirurgie. Ein zweites, später alleiniges Ordinariat übernahm der Greifswalder Dozent Hans Bernhard Sprung, 1951 zum Professor berufen, ein ganz der Liebe zu seiner schwer zerstörten Heimatstadt verpflichteter und politisch unbescholtener



Abb. 6: Nicolai Guleke (Wikipedia)



Abb. 7: Egbert Schwarz



Abb. 8: Albert Fromme



Abb. 9: Hans Bernhard Sprung (Wikipedia)

Mann aus dem Bürgertum. Alle seine Nachfolger gehörten der SED an.

Auch Werner Lembcke, seit 1952 Professor der Chirurgie in Rostock und 1954 auf den Lehrstuhl an der Medizinischen Akademie Magdeburg berufen, verziehen die Machthaber seine (nominelle) NSDAP-Mitgliedschaft. Auch er wurde dringend gebraucht. Natürlich hatten die Berliner Herren ihr Ziel, eigene Kader zu schaffen und mit ihnen eine neue, der Partei treu ergebene Bildungselite zu schaffen, nicht aufgegeben. Dabei genügte es nicht, ein sehr guter Chirurg zu sein, sondern es

wurde ein klares Bekenntnis zu Partei, Staat und Regierung erwartet.

Es sollte jedoch noch Jahrzehnte dauern, bevor auf den chirurgischen Lehrstühlen der DDR ausnahmslos SED-Genossen saßen, wobei der Mauerbau und die totale Abschottung des Landes nach 1961 die wesentliche Zäsur bedeuteten, die Berlin die Daumenschrauben gegen die „Bürgerlichen“ noch mehr anziehen ließ. Halle bildete da die große Ausnahme, zu Anfang auch noch Jena und Leipzig. Das chirurgische Ordinariat der Martin-Luther-Universität in Halle/Wittenberg bekleideten von



Abb. 10: Werner Lembcke



Abb. 3: Franz Mörl

Budde und Mörl über Schober bis zu Reichmann und Gläser nur Nicht-Genossen. Je weiter die „Ursurpierung akademischer Freiheit“ (Heydemann) im Arbeiter- und Bauernstaat fortschritt, desto mehr näherte sich die DDR

ihrem Ende. So wurden mit der III. Hochschulreform (1967–1971) die Fakultäten abgeschafft und neue akademische Grade (nach sowjetischem Muster) eingeführt.

Was die hier geschilderten Anfangsjahre betrifft, so zeigte sich einmal mehr das gespaltene Verhältnis der Kommunisten zu den Intellektuellen. Ein „Sturm auf die Bastionen bürgerlicher Wissenschaft“, wie sie so manchem Funktionär vorschwebte, war durch die harten Fakten nicht möglich, zu groß waren die Widerstände der traditionsbewussten Hochschullehrer, zu unentbehrlich deren Einsatz in Forschung, Lehre und medizinischer Versorgung.

Begriffe wie Kaderpolitik, Kaderleiter, Kaderakte oder Reisekader sind inzwischen Geschichte. 

## INFO BOX



### Volker Klimpel Reifes Alter – Reife Leistung

2023, 268 Seiten  
ISBN: 978-3-8260-7996-2

Beim Verlag bestellen...

# TachoSil<sup>®</sup> SEALANT MATRIX



# EVERYDAY HERO

Das Zeug zur  
echten Heldin.

Weitere Infos >>

 **corzamedical**

**TachoSil<sup>®</sup>**  
Blutstillung und  
Versiegelung  
in einem.



#### TachoSil<sup>®</sup> Versiegelungsmatrix

**Quantitative und qualitative Zusammensetzung:** TachoSil<sup>®</sup> enthält pro cm<sup>2</sup> Fibrinogen vom Menschen 5,5 mg, Thrombin vom Menschen 2,0 I.E., **Sonstige Bestandteile:** Kollagen vom Pferd, Albumin vom Menschen, Riboflavin (E 101), Natriumchlorid, Natriumcitrat (E 331), L-Arginin-Hydrochlorid. **Pharmakotherapeutische Gruppe:** Lokales Hämostaticum, ATC-Code: B02BC30. **Anwendungsgebiete:** Bei Erwachsenen und Kindern ab einem Alter von 1 Monat zur unterstützenden Behandlung in der Chirurgie zur Verbesserung der Hämostase, zur Unterstützung der Gewebversiegelung und zur Nahtsicherung in der Gefäßchirurgie, wenn Standardtechniken insuffizient sind, sowie bei Erwachsenen zur unterstützenden Versiegelung der Dura mater, um postoperative Liquorleckagen nach neurochirurgischen Eingriffen zu vermeiden. **Gegenanzeigen:** Intravasculäre Anwendung, Überempfindlichkeit gegen die Wirkstoffe oder einen der sonstigen Bestandteile. **Nebenwirkungen (Häufigkeit nicht bekannt):** Anaphylaktischer Schock, Überempfindlichkeit, Thrombose, Darmverschluss (in der Bauchchirurgie), Adhäsionen, Bildung eines Fremdkörpergranuloms. **Weitere Warnhinweise:** Nach Öffnen der äußeren Folie sofort verwenden. Nicht 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<sup>®</sup> Versiegelungsmatrix.

corza.com