

PASSION

CHIRURGIE

PANORAMA

FRANZ JORDAN VON
RIED (1810–1895)
ZUM 215. GEBURTSTAG

im Fokus

HERNIENCHIRURGIE
IM WANDEL

01 | 02 | 2025

MITGLIEDERZEITSCHRIFT:
DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR CHIRURGIE
BERUFSVERBAND DER DEUTSCHEN CHIRURGIE

DGCH

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



BDC

Berufsverband der
Deutschen Chirurgie e.V.

HERNIEN- CHIRURGIE IM WANDEL

Ralph Lorenz

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen, liebe Hernienfreundinnen und Hernienfreunde,

in den letzten Monaten hat sich durch die überaus eilige Umsetzung (der ursprünglich lang ersehnten) sektorengleichen Vergütung mit der Einführung der Hybrid DRGs vieles in der Deutschen Hernienlandschaft verändert. Der Grad der Verunsicherung der Patientinnen und Patienten, der Chirurginnen und Chirurgen und der Krankenhäuser und Praxen ist enorm. Wie die derzeitigen Probleme in der Hernienwelt mit den neu geschaffenen Hybrid-DRGs gelöst werden können, ist zum jetzigen Zeitpunkt fraglich. Bei der Erstellung und Entscheidung dieser neuen Abrechnungsförm wurden die Berufsverbände und Fachgesellschaften systematisch übergangen. Die fehlenden Ausführungsbestimmungen und die seitdem notwendigen

Nachjustierungen konnten auch nach knapp einem Jahr viele offene Fragen noch nicht beantworten.

Gibt es erneut gesundheitspolitische Fehlanreize? Ist die kostengünstige Materialauswahl nunmehr entscheidend und haben qualitativ hochwertige Produkte und Innovationen keine Chance mehr auf Anwendung? Wie können die jetzt politisch gewollten neuen Strukturen im Gesundheitssystem mit ambulanten OP-Zentren ohne finanzielle Unterstützung geschaffen werden? Gibt es mit der Krankenhausreform eine Planungs- und Rechtssicherheit? Alle diese Kontroversen wollen wir mit einem Artikel zu den **Hybrid DRGs** diskutieren.

Die neuen Hybrid DRGs haben auch Einfluss auf die chirurgische Weiterbildung. Wie könnte eine strukturierte **chirurgische Weiterbildung in der Zukunft** aussehen?



Dr. med. Ralph Lorenz, FEBS-AWS

1. Vorsitzender BDC|Landesverband
Berlin

Hernienzentrum 3+CHIRURGEN

Klinik für Allgemein- und
Viszeralchirurgie

Universitätsklinikum Brandenburg an
der Havel

lorenz@3chirurgen.de

Lorenz R: Editorial: Hernienchirurgie im Wandel.
Passion Chirurgie, 2025 Januar/Februar;
15(01/02): Artikel 01.



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

Wer finanziert diese Weiterbildung für die nächste Generation der Chirurgeninnen und Chirurgen, wenn der ökonomische Druck für alle Beteiligten weiter anwächst?

Darüber hinaus wird in unserem Heft ein erstes Modellprojekt zur **Verbundweiterbildung**, die einen erfolgreichen Weg für die kommenden Jahre aufzeigt, mit einem ersten Erfahrungsbericht vorgestellt. Dieses Modell könnte beispielhaft auch für andere chirurgische Teilgebiete fungieren.

Kaum ein anderes Teilgebiet der Chirurgie zeigt in den letzten Jahren so vielfältige Innovationen auch mit neuen Operationstechniken wie die Hernienchirurgie. Diese betreffen vor allem die **primären und sekundären Ventralhernien**. Stehen diese neuen Operationstechniken und Innovationen mit den Gesundheitsreformen ebenfalls vor dem Aus? Mit einem

weiteren Artikel geben wir einen aktuellen Überblick dazu.

Diese Beiträge lassen deutlich erkennen, wie notwendig eine Einbeziehung der Berufsverbände und Fachgesellschaften bei der zukünftigen Planung des Gesundheitswesens durch das Bundesministerium für Gesundheit ist.

Wir wünschen Ihnen viel Spaß bei der Lektüre und viel Kraft für ein neues Jahr.

Herzlichst Ihr/Euer
Ralph Lorenz

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/Shivendu Jauhari

ERSCHEINUNGSWEISE UND BEZUG:

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

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

EIGENTÜMER UND COPYRIGHT:

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

eISSN 2194-5578

GERICHTSSTAND UND ERFÜLLUNGORT: BERLIN

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

**INHALT****2 EDITORIAL**

2 Hernienchirurgie im Wandel *Ralph Lorenz*

6 KURZNACHRICHTEN**8 CHIRURGIE****8****VERBUNDWEITERBILDUNG
– EIN ERFAHRUNGSBERICHT**

Maximilian Sehn, Ralph Lorenz, Katharina Beyer

17**ZUKUNFT DER HERNIEN-
CHIRURGISCHEN WEITERBILDUNG**

*Christoph Paasch, Ralph Lorenz,
Felix Rühlmann, Frank Meyer*

22**HERNIEN- UND HYBRID-DRG:
FLUCH ODER SEGEN?**

Bernd Stechemesser

27**NEUE TRENDS DER VENTRAL- UND
NARBENHERNIENCHIRURGIE AUS DEM
HERNIAMED REGISTER**

*Wolfgang Reinhold, Henning Niebuhr,
Ferdinand Köckerling*

34**VOLKER-SCHUMPELICK-PREIS INS
LEBEN GERUFEN**

Joachim Conze, Ralph Lorenz



36 CHIRURGIE⁺

- 36 **Akademie aktuell:** Webinar-Reihe „Fraktur im Fokus“
- 38 „Besser heilen – ambulant operieren“ – Bundeskongress Chirurgie 2025
- 39 Der BDC aktiv beim Deutschen Kongress für Orthopädie und Unfallchirurgie (DKOU)
Benedikt Braun, Friederike Burgdorf, Peter Kalbe, David Ullmann
- 44 **Hygiene-Tipp:** Sterilisation von chirurgischen Instrumenten für laparoskopische Eingriffe in der Handchirurgie
Lutz Jatzwauk, Martin Groth, Nils Olaf Hübner, Wolfgang Kohnen
- 45 BDC|Umfrage-Ergebnisse
Kommunikation zwischen Durchgangsärzten und Verwaltungen der Unfallversicherungsträger
Peter Kalbe
- 49 Hybrid-DRGs – Die Herausforderung
Tobias Kisch et al.
- 54 Wichtige finanzielle Verbesserungen für die Durchgangsärzte in der UV-GOÄ zum Januar 2025
Peter Kalbe
- 57 Honorarberichte der KBV 3. Quartal 2023 *KBV*
- 58 Personalien

59 RECHT

- 59 **F+A:** Blutentnahmen auch ohne Einwilligung des Patienten?
Jörg Heberer, Marco Eicher
- 61 GOÄ-Abrechnung von ambulanten Operationen in Privatklinik bindend
Jörg Heberer

63 GESUNDHEITSPOLITIK

- 63 **BDC-Praxistest:** Change-Management in der Chirurgie
David Goldberg

- 68 gematik: Digitale Transformation im Gesundheitswesen
Florian Fuhrmann
- 73 **Berufspolitik Aktuell:** Wunsch und Wirklichkeit
Jörg-A. Rüggeberg
- 74 **BDC|Pressemitteilung:** Amandine Cormier erhält BDC-Journalistenpreis 2024 für „Lebensretter im OP – ein Tag in der Herzchirurgie“

76 INTERN

76 DGCH

- 77 Sehr persönlich nachgefragt bei Moritz J. Strowitzki
- 78 Einladung zur DGCH-Mitgliederversammlung 2025
Thomas Schmitz-Rixen
- 79 Bericht über die Herbsttagung des Arbeitskreises Ärztinnen und Juristinnen/Ärzte und Juristen der AWMF
- 82 Rekrutierende multizentrische chirurgische Studien in Deutschland
Solveig Tenckhoff
- 85 Spendenaufruf Langenbeck-Virchow-Haus

86 BDC

- 86 BDC|News
- 87 Einladung zur BDC-Mitgliederversammlung 2025
Hans-Joachim Meyer
- 88 BDC|Landesverbände
- 90 Termine BDC|Akademie
- 93 Lifestyle-Angebote im Februar 2025

94 PANORAMA

- 94 Ein Wegbereiter der regionalen Chirurgie in Jena – Franz Jordan von Ried (1810–1895)
Zum 215. Geburtstag
Dieter A. Schumann, Andreas A. Müller

1/2 25

Kurz Nachrichten

NEUER ONLINE-KURS

„AKTUALISIERUNG FACHKUNDE STRAHLENSCHUTZ“

Der BDC unterstützt seine Mitglieder im Bereich des Strahlenschutzes und kooperiert daher mit dem Seminaranbieter Durchblicken.org. BDC-Mitglieder erhalten einen Rabatt von 30 € bei Buchung des Strahlenschutzkurses „Aktualisierung Fachkunde Strahlenschutz“. Bei diesem Online-Kurs handelt es sich um eine bundesweit gültige kombinierte Fachkundeaktualisierung nach § 74 StrlSchG und § 48 Abs.1 StrlSchV für Ärzte und Ärztinnen, MTA/MTRA, MFA und Personen mit einer erfolgreich abgeschlossenen medizinischen Ausbildung



und Personal in der OP/Funktionsdiagnostik. Mit diesem Kurs erfüllen Sie die Fortbildungsverpflichtung zur Aktualisierung der Fachkunde Strahlenschutz, welche alle fünf Jahre nötig ist. Er besteht aus zwei Teilen, der **Moodle-Online-Selbstlerneinheit**, die vor dem Kurs in Eigenarbeit bearbeitet wird, und einem **Online-Live-Webinar** mit Vorträgen und Anwesenheit über die Gotomeeting-Software.

Für Fragen steht Ihnen das BDC-Sekretariat zur Verfügung. Per E-Mail über mail@bdc.de und telefonisch unter 030-28004-150.

Hier geht es zur Buchungsmöglichkeit...

Auf der Plattform finden Sie auch weitere Fortbildungen, beispielsweise zur Fraktursonographie.

NEUER NAME



DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR KINDER- UND JUGENDCHIRURGIE (DGKJCH)

Die Deutsche Gesellschaft für Kinderchirurgie (DGKCH) hat sich in Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendchirurgie (DGKJCH) umbenannt. Sie wird damit ihrem Anspruch gerecht, sich für die beste chirurgische Versorgung von Kindern und Jugendlichen gleichermaßen einzusetzen.

Die Mitgliederversammlung der DGKCH hat 2024 die Umbenennung beschlossen. Nach der im November 2024 erfolgten Eintragung der dafür notwendigen Satzungsänderung in das Vereinsregister ist die Umbenennung seither rechtswirksam. Die Fachgesellschaft folgt damit der Umbenennung der Facharztbezeichnung. „Das Spektrum der Kinder- und Jugendchirurgie ist extrem vielfältig und reicht von der Behandlung von angeborenen Fehlbildungen bei Neugeborenen bis hin zu unfallchirurgischen Fällen bei Jugendlichen bis zum Alter von 18 Jahren“, erklärt DGKJCH-Verbandspräsidentin PD Dr. Barbara Ludwikowski. „Für uns war es daher ein folgerichtiger Schritt, den Namen unserer Fachgesellschaft um die Jugendchirurgie zu erweitern.“

Hier geht es zur neuen Website der DGKJCH...

Mitglieder werben Mitglieder



Hoodie „Aufschneiderin“ oder „Aufschneider“



50% Rabatt

auf Ihren BDC-Mitgliedschaftsbeitrag



Alle Prämien ansehen!

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)



IM FOKUS

Hernien- chirurgie im Wandel

Verbundweiterbildung – ein Erfahrungsbericht

Maximilian Sehn, Ralph Lorenz, Katharina Beyer

STELLEN SIE SICH FOLGENDES GESPRÄCH VOR:

Oberarzt: „Kannst du bitte der Assistentin noch bei dem Lichtenstein helfen?“

Facharzt: „Nein, das habe ich selbst noch nicht oft genug gemacht. Ich möchte den Eingriff nochmal einmal assistiert bekommen.“

Oberarzt: „Aber du bist doch Facharzt!“

Was geht Ihnen durch den Kopf, wenn Sie das lesen? Wahrscheinlich sind Sie ähnlich fassungslos wie der Oberarzt? Vielleicht denken Sie auch: „Früher hätte es das nicht gegeben!“

Beides ist nachvollziehbar. Trotzdem war dies, hier sinngemäß wiedergegeben, ein echtes Gespräch. Zugegeben, mit der neuen Weiterbildungsordnung sollte es ein solches Gespräch nicht mehr geben. Das ist auch richtig so. Dennoch gibt es für die Weiterbildung in der Chirurgie große Herausforderungen, auch die Hernienchirurgie ist hier keine Ausnahme.



Korrespondierender Autor:
Dr. med. Maximilian Sehn
 Klinik für Allgemein- und
 Viszeralchirurgie
 KMG Klinikum Nordbrandenburg
 M.Sehn@kmg-kliniken.de



Dr. med. Ralph Lorenz, FEBS-AWS
 1. Vorsitzender BDC|Landesverband
 Berlin
 Hernienzentrum 3+CHIRURGEN
 Klinik für Allgemein- und
 Viszeralchirurgie
 Universitätsklinikum Brandenburg an
 der Havel
 lorenz@3chirurgen.de



Prof. Dr. med. Katharina Beyer
 Klinik für Allgemein- und
 Viszeralchirurgie
 Charité - Universitätsmedizin Berlin
 Campus Benjamin Franklin

Sehn M, Lorenz R, Beyer K:
 Verbundweiterbildung – ein Erfahrungsbericht.
 Passion Chirurgie. 2025 Januar/Februar;
 15(01/02): Artikel 03_01.

WO DRÜCKT DER SCHUH DER BEI DER (HERNIEN-) CHIRURGISCHEN WEITERBILDUNG?

Versuchen wir uns der Herausforderung einmal systematisch zu nähern. Zunächst bietet es sich an, zwischen internen und externen Faktoren zu unterscheiden. Ein weiteres Merkmal dieser Faktoren ist, ob sie einer Änderung zugänglich sind. Falls ja, stellt sich als nächstes die Frage, wer (oder was) diese Veränderung(en) herbeiführen kann.

EXTERNE FAKTOREN

Die erste Herausforderung ist ein „alter Hut“ und heißt demografischer Wandel. Eine Studie von PWC aus 2010 prognostizierte für das Jahr 2030 eine erschreckende Quote von 20 % unbesetzter chirurgischer Stellen. Wir sehen dem demografischen Wandel schon lange entgegen und doch wurde zu wenig unternommen. Die Autoren betrachten dies jedoch als grundsätzlich veränderbar, wenngleich eher politisch, z. B. durch Anwerben ärztlichen Personals aus dem Ausland. Die zweite Herausforderung ist eine schicksalhafte (wenngleich durch die unserem Wirtschaftssystem zugehörige Globalisierung begünstigte): die Covid-19 Pandemie. Sie führte zu einem Wegfall von Ausbildungseingriffen durch massive Einschränkungen der elektiven Chirurgie und sorgte auch für einen nachhaltigen Ausfall von Krankenhauspersonal. Dies wirkt sich wie ein Brandbeschleuniger auf die bereits erschwerte Weiterbildung aus: Es besteht ein zunehmender Kostendruck im System, der notwendigerweise auch in einem Zeitmangel mündet: Saalzeit ist schließlich teuer, aber Ausbildungseingriffe dauern unweigerlich länger als routiniert-fachärztlich durchgeführte Operationen.

Am Übergang zwischen externen und internen Faktoren ist die gesundheitspolitische Steuerung zu sehen. So führt die notwendige Ökonomisierung des Gesundheitswesens zu politischen Reformen, wie z. B. der Einführung der Hybrid- DRGs. Die hieraus resultierende vermehrte Ambulantisierung

und Änderung der Vergütung stellt die Aus- und Weiterbildung ebenfalls vor große Aufgaben. Fakt ist weiterhin, dass für Weiterbildung, auch in der aktuellen Krankenhausreform, keine gesonderten Vergütungen ausgewiesen werden. Ermutigend ist aber, dass die neuen Weiterbildungsordnungen und Initiativen junger Arbeitsgemeinschaften und Fachgesellschaften die Problematik zu adressieren suchen.

INTERNE FAKTOREN

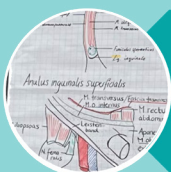
Medizinischer Fortschritt sorgt unweigerlich für einen steigenden Grad an Komplexität ärztlichen Handelns und damit der Ausbildung von Ärztinnen. Die notwendige Individualisierung der Medizin macht im Zeitalter der „tailored approaches“ die Möglichkeit einfach zu erlernender operativer Standard-eingriffe („one fits all“) unrealistisch. Dies ist für die offene Chirurgie zutreffend, wird aber durch die laparo-/endoskopische und robotische Chirurgie noch potenziert. Zum einen gilt es, (möglichst) diese oft komplexeren Eingriffe in die Ausbildung aufzunehmen, zum anderen führt die Einführung der Robotik gleichzeitig zum Wegfall laparo-/endoskopischer Ausbildungseingriffe. Ansprüche, Wünsche und Vorstellungen der jüngeren Generation(en) machen der Wettbewerbsfähigkeit der Chirurgie im umkämpften Nachwuchsmarkt Schwierigkeiten. Es steht fest, dass die Wünsche dieser Generation an z. B. flexiblere Arbeitszeitmodelle den Arbeitsmarkt in Zeiten der zunehmenden Knappheit diktieren werden.

Die Probleme sind erdrückend und umso wichtiger ist es, sich die eigenen Möglichkeiten bewusst zu machen und aus ihnen Konzepte zu entwickeln.

IDEE EINER VERBUNDWEITERBILDUNG: HERNIENROTATION WIRD GEBOREN

Eine Idee hierzu hatten Ralph Lorenz und Katharina Beyer, wie bereits berichtet, bei einem gemeinsamen Vorsitz im Rahmen des Kongresses „Viszeralmedizin“. Sie haben

Die Hernienrotation



10 Termine à 2 Tage
Freistellung aus Klinik
Dauer 2–3 Monate



Praxis: Herniensprechstunde ½ Tag
Diagnose- und Indikationsstellung
Vor- und Nachsorge



OP: 1 ½ Tage in der Havelklinik
8–12 Hernienoperationen (offen!)
Team 1:1 + hohe Standardisierung

Abb. 1: Ablauf der Hernienrotation

diese Idee verfolgt und im Sommer 2021 einen Kooperationsvertrag zwischen dem Campus Benjamin Franklin, der Praxis 3*-Chirurgen von Ralph Lorenz und der Havelklinik, an der die operativen Eingriffe aus der Praxis erfolgen, abgeschlossen. Die „Hernienrotation“ lief noch im selben Jahr an.

Zunächst richtete sich die Rotation an Weiterbildungsassistent:innen der Klinik. Im Verlauf nahmen auch zunehmend Kolleg:innen mit abgeschlossener Facharztweiterbildung im Sinne eines „Train the trainer“-Konzepts teil. Die Rotation erfolgte an je zwei Tagen über insgesamt zehn Wochen. An diesen 20 Terminen wurden die Teilnehmenden aus dem Klinikbetrieb freigestellt. Der erste der beiden Tage begann mit der Hernien-Sprechstunde in der Praxis. Die zweite Hälfte des Tages fand dann, ebenso wie der zweite Tag, im OP in der Havelklinik statt. So konnten in jeder Woche 8 bis 12 offene Hernieneingriffe unterrichtet werden. Dies erfolgte gemeinsam mit Ralph Lorenz und mithilfe seines strukturierten Stufenkonzepts. Die Mentees sahen zunächst als Assistent:innen

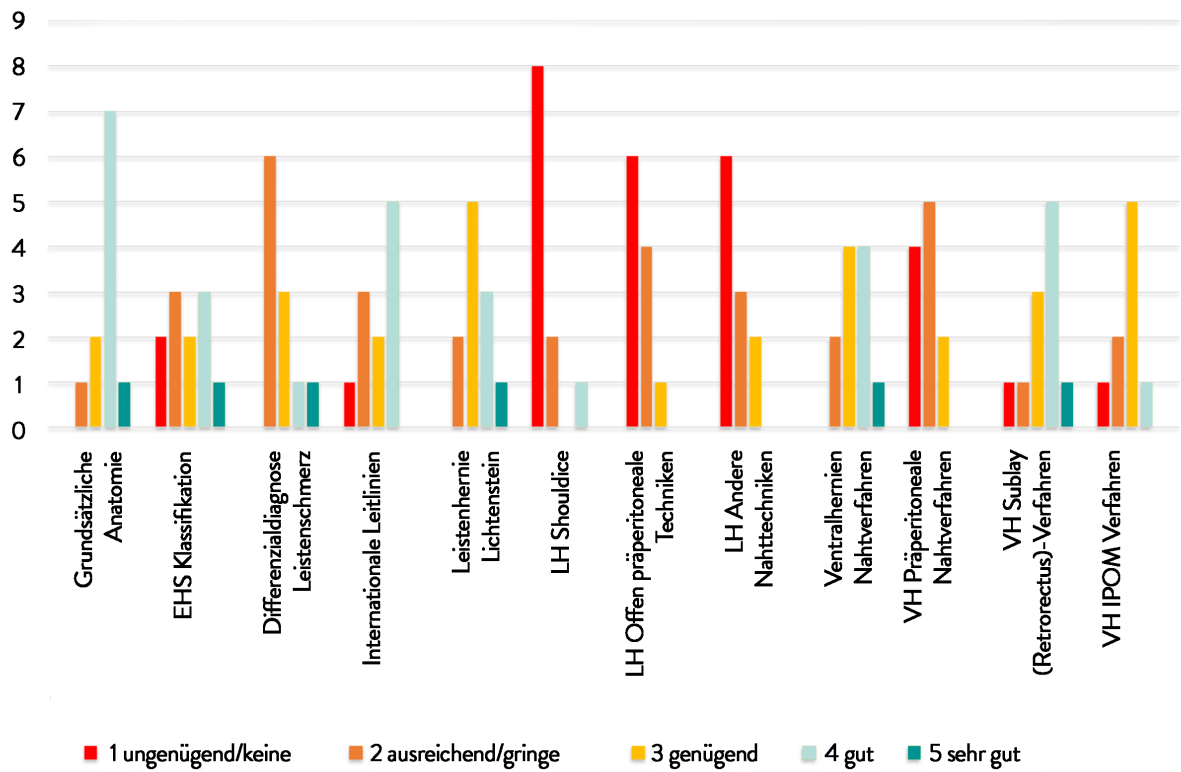
die Demo der OP, wurden dann über Erläuterungen des Mentors zum Eingriff bis zur eigenen Durchführung der Operation mit selbstständiger Erklärung der OP-Schritte geführt. Der Ablauf der Rotation ist in **Abbildung 1** dargestellt.

Das Ausbildungskonzept wurde begleitend hinsichtlich Planung und Durchführung mithilfe einer fünfstufigen Likert-Skala evaluiert. Es fand auch ein Selbst-Assessment der theoretischen Kenntnisse, praktischen Fähigkeiten und Operationsfähigkeiten statt (ebenfalls fünfstufige Likert-Skala).

Bisher wurde die Rotation von fünf Ärztinnen und sechs Ärzten absolviert, wobei sich hiervon sieben noch in der Weiterbildung befanden und vier bereits Fachärzt:innen waren. Allen gemeinsam war, dass sie ihre gesamte chirurgische Ausbildung am Campus Benjamin Franklin der Charité absolviert haben. Hier werden Leistenhernien standardmäßig mittels TEP, kleine ventrale Hernien mittels Naht und größere ventrale Hernien sowie Inzisionalhernien im Regelfall mittels Retrorectus (Sublay) Technik versorgt. Von

allen elf Teilnehmenden liegen bis dato das Assessment zu Beginn der Rotation, von neun Teilnehmenden auch die abschließende Selbsteinschätzung und Bewertung der Rotation selbst vor. Wenig überraschend zeigt sich hier ein Mangel vor allem bezüglich der Verfahren, die in der „Heimatklinik“ nicht oder nur selten durchgeführt werden. Hier sind vor allem primäre Nahtverfahren der Leistenhernien und offene präperitoneale Verfahren bei Versorgung von Leisten- und ventralen Hernien zu nennen. Die strukturierte Weiterbildung half den Teilnehmenden nicht nur beim Kenntnissgewinn in den o. g. und von Ralph Lorenz (auch im Rahmen der Rotation) durchgeführten Verfahren, sondern durchweg im Verständnis von Hernien und ihrer Therapie. An einem praktischen Beispiel erläutert heißt dies, dass die Absolvierenden der Rotation im Nachgang z. B. auch für die endoskopische Leistenhernienchirurgie Fortschritte erlebt haben. Dies kann sicher auf das ergänzende plastische Verständnis des Präperitonealraums durch den Zugang auch von ventral zurückgeführt werden. Die Ergebnisse im Vorher-Nachher-Vergleich sind in den **Abbildungen 2 bis 5** dargestellt.

Ergebnisse vorher: Theoretische Kenntnisse



Ergebnisse nachher: Theoretische Kenntnisse

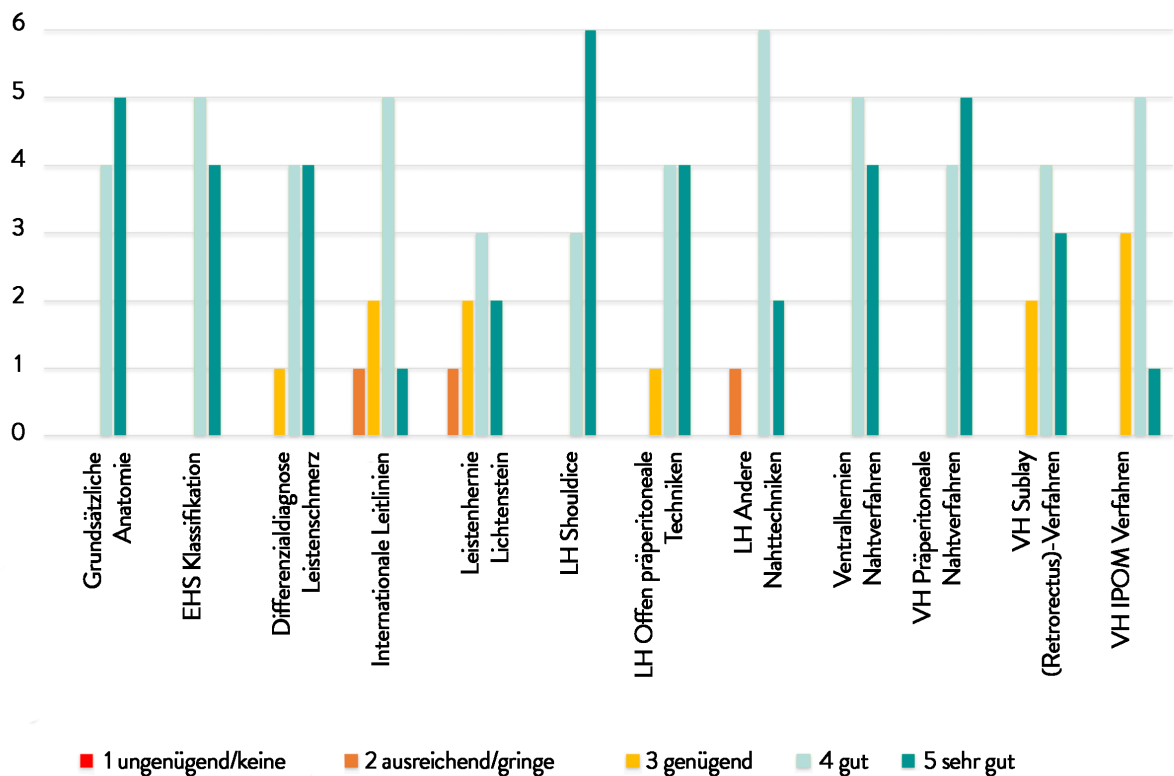
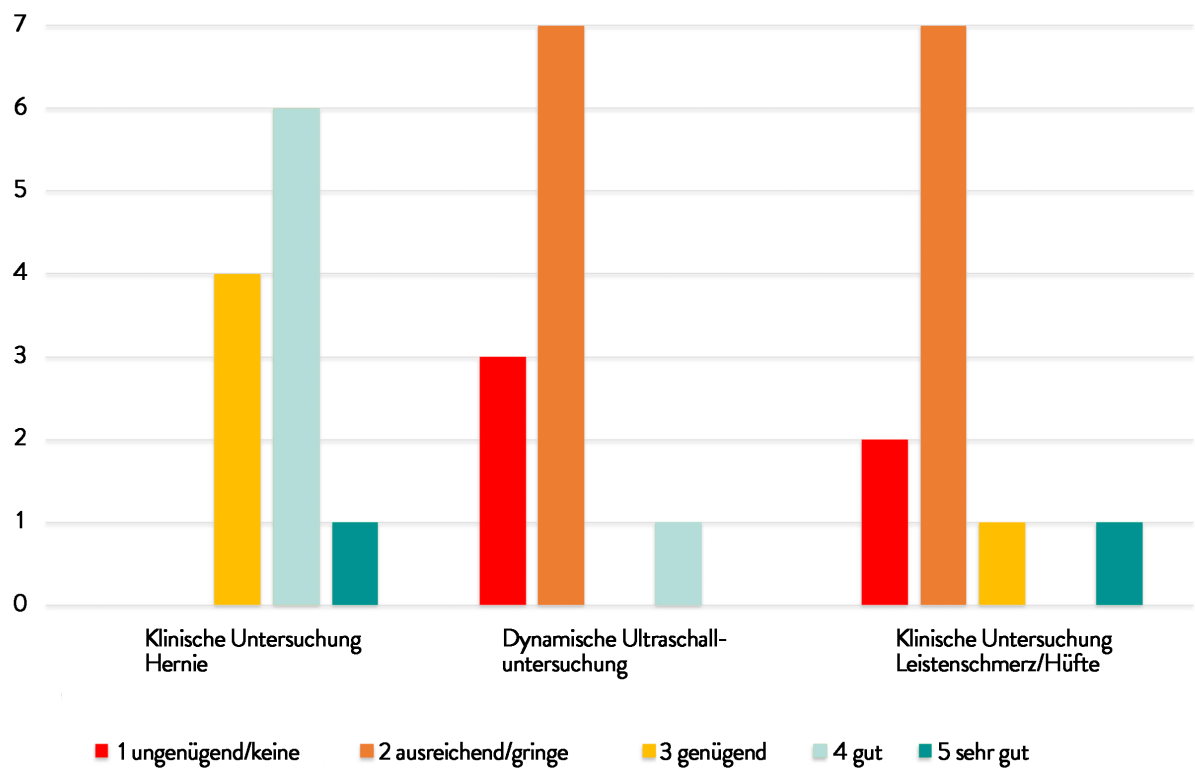


Abb. 2: Selbsteinschätzung theoretische Kenntnisse vor (n = 11) und nach Rotation (n = 9)

Ergebnisse vorher: Praktische Kenntnisse



Ergebnisse nachher: Praktische Kenntnisse

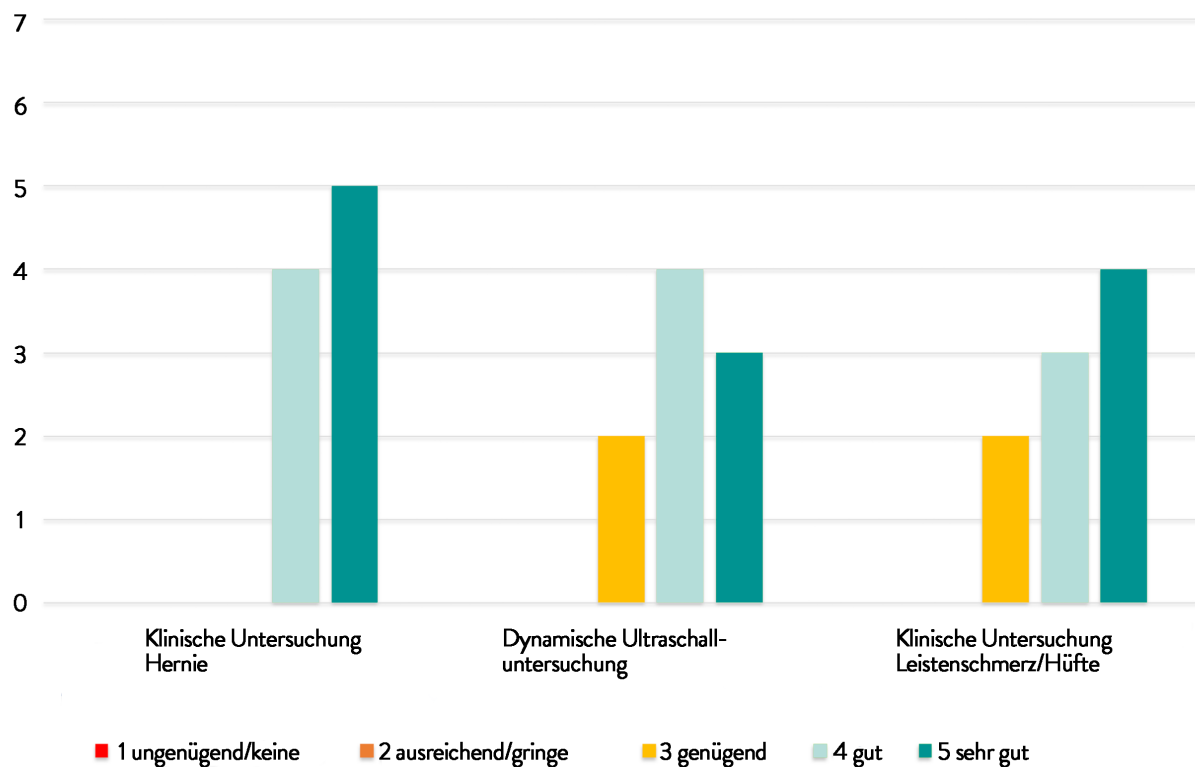
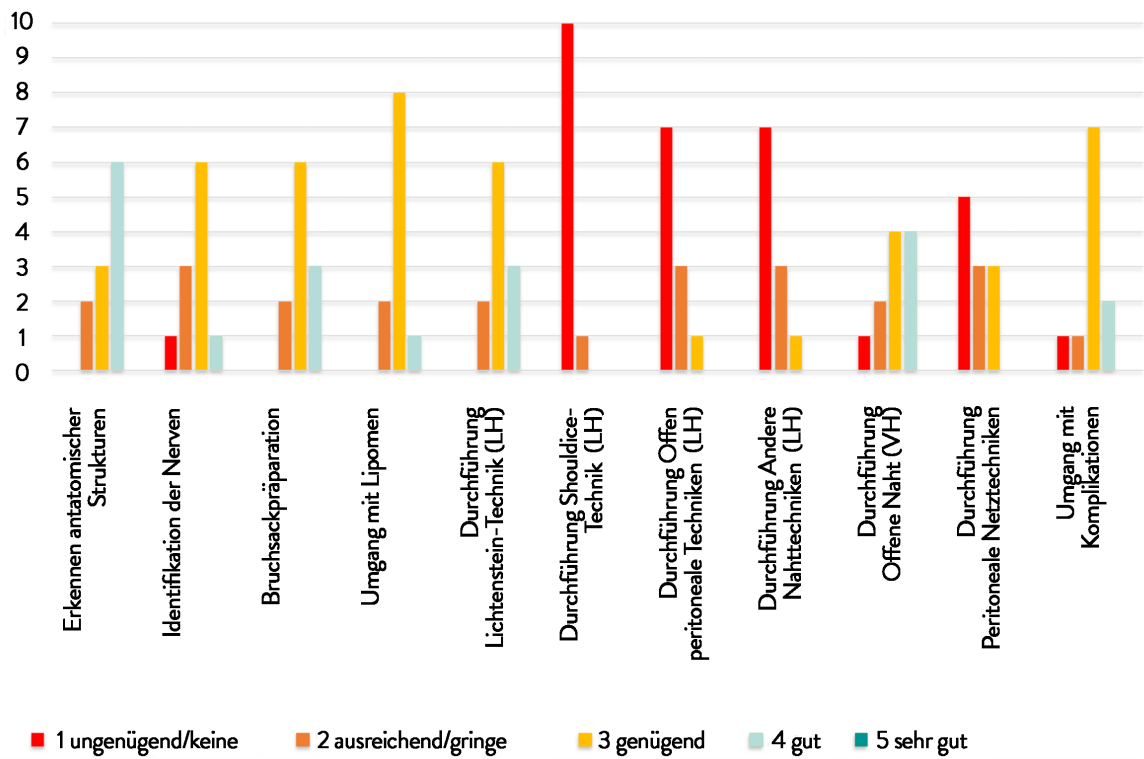


Abb. 3: Selbsteinschätzung praktische Kenntnisse vor (n = 11) und nach Rotation (n = 9)

Ergebnisse vorher: Operations-Fähigkeiten



Ergebnisse nachher: Operations-Fähigkeiten

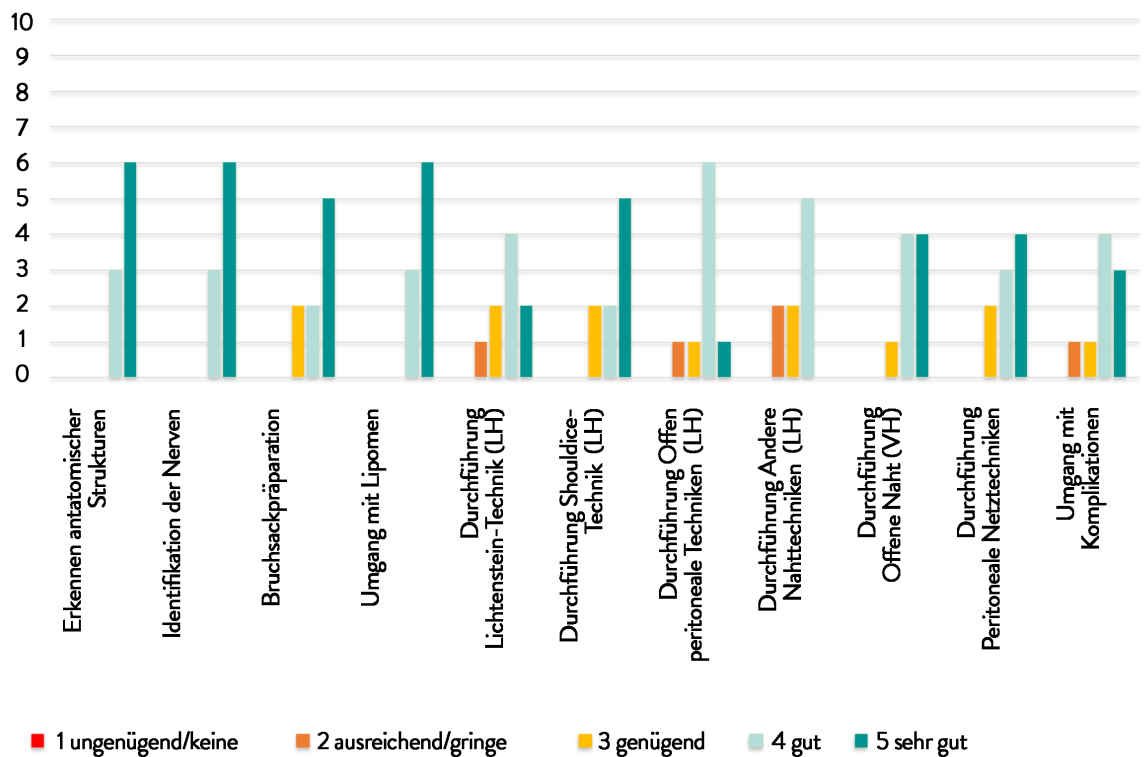


Abb. 4: Selbsteinschätzung Operationsfähigkeiten vor (n = 11) und nach Rotation (n = 9)

Ergebnisse Rotation

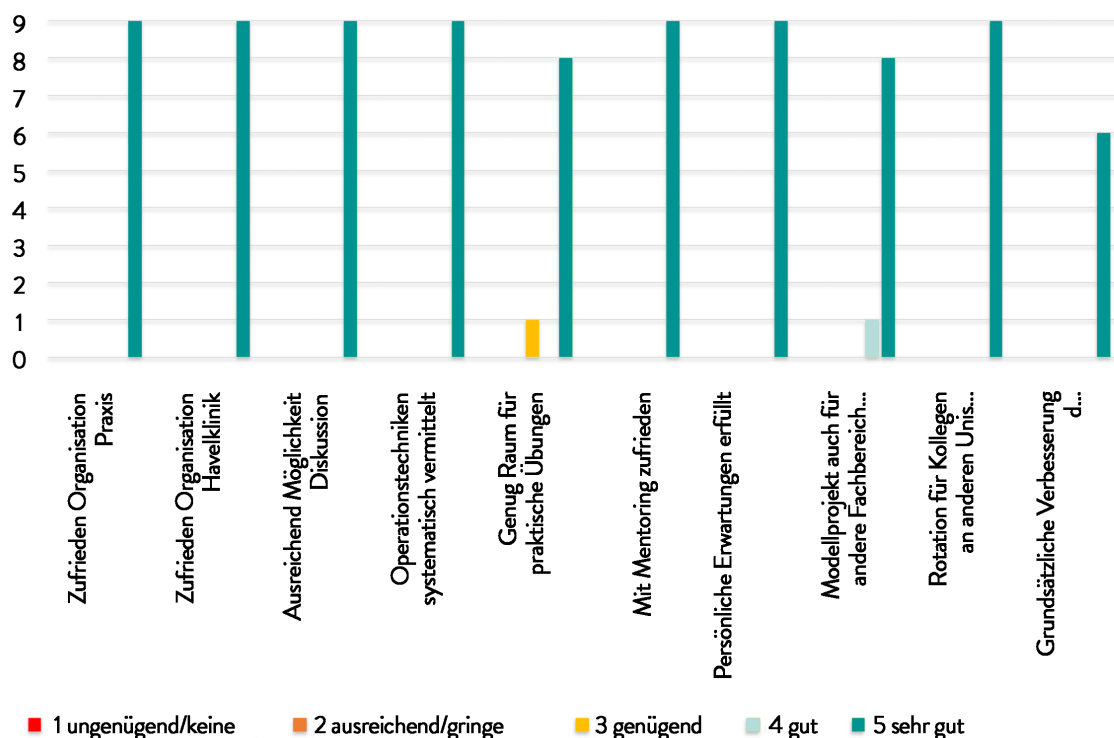


Abb. 5: Evaluationsergebnisse Rotation (n = 9)

Die Ergebnisse der Evaluation weisen das Projekt als vollen Erfolg aus. Natürlich gibt es außer der sehr kleinen Fallzahl Limitationen, die bei der Interpretation zu beachten sind. So besteht die Gefahr eines Antwortbias, da die Evaluationen unverblindet per Mail an Ralph Lorenz gesandt wurden. Zudem sind die Selbsteinschätzungen subjektiv. Die Frage, ob die Operationsfähigkeiten der Mentees nachhaltig verbessert wurden, kann anhand der hier aufgetragenen Daten nicht beantwortet werden. Dennoch kann ich als Teilnehmer persönlich versichern, dass die hinzugewonnenen Fähigkeiten und Kenntnisse schon mehreren meiner nachfolgenden Patienten zugutegekommen sind (auch wenn hier kein langes Follow-up vorliegt).

Zusammenfassend sind alle Teilnehmenden, Autoren des Artikels eingeschlossen, überzeugt davon, dass mit dem hier vorgestellten Projekt ein positiver Impuls für die hernienchirurgische Weiterbildung

aufgezeigt werden konnte. Der Blick über den Tellerrand der eigenen chirurgischen Schule ist wichtig, und es erscheint in einer Welt mit komplexeren und individu-

**EVERYONE CAN RISE
ABOVE THEIR CIRCUM-
STANCES AND ACHIEVE
SUCCESS IF THEY ARE
DEDICATED TO AND
PASSIONATE ABOUT
WHAT THEY DO.**

ellen chirurgischen Lösungen notwendig, ein breites Wissen von Expert:innen zu tradieren. Die Chirurgie muss innovative Konzepte nutzen, um für und um den Nachwuchs von morgen zu kämpfen. Eines

ist hier dargestellt, und es bleibt zu hoffen, dass es Nachahmende und Weiterentwickelnde findet. Der Name dieser Zeitschrift gibt uns den Hinweis, wie es funktionieren kann, genauso wie bereits der große Nelson Mandela es tat:

Wir müssen in diesen Zeiten wahrlich über unsere Umstände hinauswachsen, aber mit Engagement und Passion kann es gelingen.

LITERATUR

- [1] Ostwald D, Erhard T, Brunsch F, Schmidt H, Friedl C. „Fachkräftemangel – Stationärer und ambulanter Bereich bis zum Jahr 2030“, Herausgegeben von PricewaterhouseCoopers AG, 2010
- [2] Lorenz R, Beyer K. „Wir denken chirurgische Weiterbildung neu“- Neue Kooperationsform zur hernienchirurgischen Weiterbildung. *Passion Chirurgie*. 2022 Mai; 12(05): Artikel 03_01. 

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:
www.springermedizin.de/bdc



Sonderpreis
für BDC-
Mitglieder



Zukunft der hernienchirurgischen Weiterbildung

Christoph Paasch, Ralph Lorenz, Felix Rühlmann, Frank Meyer

Hernien sind ein sehr häufiges chirurgisches Krankheitsbild. So gehört die Leistenhernienversorgung weltweit zu den am häufigsten durchgeführten Operationen. Sie ist das „tägliche Brot“ einer jeden Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie [1].

Die Mehrheit der hernienchirurgischen Eingriffe wird in Deutschland in einem elektiven Setting behandelt. Daneben sind aber auch in pathophysiologischer Hinsicht klinische Bilder und Manifestationen der Einklemmung und Inkarzeration möglich, die – zeitgerecht – ein dringliches bzw. Notfallmanagement erfordern und dann mit einer erhöhten postoperativen Morbidität und Mortalität einhergehen können.

Vor diesem Hintergrund wird deutlich, dass jede/r Allgemein- und Viszeralchirurg/in eine Hernie sowohl

- klinisch suffizient zu beurteilen und einzustufen,
- perioperativ zu „managen“ verstehen (sowie)
- operativ adäquat, d. h. fallspezifisch und befundgerecht zu versorgen

in der Lage sein muss.

Die Hernie muss so auch im (ggf. anspruchsvollen) Notfall operiert werden können, wenn die auf die Hernienchirurgie spezialisierten Kollegen nicht anwesend sind. Ausbildungsassistenten sollten dabei auch besondere Befundkonstellationen kennen. Aus diesen Gründen ist die hernienchirurgische Weiterbildung obligatorischer,



Korrespondierender Autor:
Priv.-Doz. Dr. Christoph Paasch
 Klinik für Allgemein- und
 Viszeralchirurgie
 Universitätsklinikum Brandenburg an
 der Havel
christoph.paasch@uk-brandenburg.de



Dr. med. Ralph Lorenz, FEBS-AWS
 1. Vorsitzender BDC|Landesverband
 Berlin
 Hernienzentrum 3+CHIRURGEN
 Klinik für Allgemein- und
 Viszeralchirurgie
 Universitätsklinikum Brandenburg an
 der Havel
lorenz@3chirurgen.de

Paasch C, Lorenz R, Rühlmann F, Meyer
 F: Zukunft der hernienchirurgischen
 Weiterbildung. *Passion Chirurgie*. 2025
 Januar/Februar; 15(01/02): Artikel 03_02.



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

ja herausragender Bestandteil der Fach-
 arzt Ausbildung zum Allgemein- und
 Viszeralchirurgen.

BESONDERE MANIFESTATIONEN/ FALLKONSTELLATIONEN

Bei den häufigen Manifestationen ingui-
 nal und femoral sind besondere Befunde
 beschrieben, die dem häufig operierenden
 Kollegen früher oder später diese besonde-
 ren Fallkonstellationen „bescheren“:

- manifeste Tumorerkrankung der Peritoneal-
 karzinose (wie z. B. des Nebennieren-
 rinden-Karzinoms als Bruchsackinhalt
 [2]),
- De-Garengeot-Appendizitis (akute
 Appendizitis in einer Femoralhernie
 [3]) – 5 % [3],
- Amyand-Hernie – besondere Mani-
 festation der inguinalen Herniation
 mit entzündlich veränderter Appen-
 dix vermiformis (akute Appendizitis:
 0,10 %; ohne Inflammation: 0,51 %
 [4]) im Bruchsack als eher untypische
 Ursache rechtsseitiger Unterbauchbe-
 schwerden sowie seltene Differenzial-
 diagnose des akuten Abdomens [5],
- Scheidbach *et al.* [6] mit zwei Fällen,
 bei denen im Zuge einer laparoskopischen
 Hernienversorgung intraope-
 rativ eine im Bruchsack entzündete
 Appendix auffiel und nach Resektion
 dieser und des Bruchsacks die Herni-
 enversorgung als TAPP (transabdo-
 minelle präperitoneale Hernioplastik)
 erfolgte – bezüglich der Versorgung
 von Amyand-Hernien resümieren
 Scheidbach und Mitarbeiter, dass
 bei einer Amyand-Hernie mit Appen-
 dicitis bei geplanter TAPP neben der
 Appendektomie die Verwendung
 eines synthetischen Netzes erwä-
 genswert sei,
- Littré-Hernie (Meckel-Divertikel im
 inguinalen Bruchsack) [7],
- inkarziertes Meckel'sches Diverticu-
 lum in einer Femoralhernie mit erfolgrei-
 cher laparoskopischer Behandlung [8],
- akute inguinale Schwellung als
 ungewöhnliche Präsentation einer

(postoperativen) nekrotisierenden
 Pankreatitis [9],

- seltener Befund von varikös erwei-
 terten und teilthrombosierten Venen
 (para-)inguinal bei schwangerschafts-
 bedingter venöser Stauung bis in die
 große Labie mit Varizen des Ligamen-
 tum teres uteri im Leistenkanal als
 Differenzialdiagnose der Leistenhernie,
 geklärt erst mittels (Duplex-)Sono-
 grafie und (gegebenenfalls) MRT bei
 Wöchnerinnen [10].
- Weiterhin wurden als ungewöhnlicher
 inguinaler Bruchsackinhalt Ovar, Tuba
 ovarica (beide: 2,9 %) und Vesica urina-
 ria (0,36 %) als auch Harnblasendiverti-
 kel ($n=1/1.950$) beschrieben [6].

DIE HERNIE – THEORETISCH- PRAKTISCHER VERMITTLUNGSANSATZ IN DER CHIRURGISCHEN FACHARTZWEITERBILDUNG

Neben einem theoretischen Kenntnis-
 stand ist auch auf die frühzeitige aktive
 Teilnahme am hernienchirurgischen Op-
 Geschehen zu orientieren, zunächst als

- 1. Assistent im laparoskopischen oder
 offen-chirurgischen Herangehen von
 – Leisten-/Femoralhernien, zuneh-
 mend auch im Rezidivfalle,
 – Nabelhernien,
 – „einfachen“ Narbenhernien (oder)
- 2. (später 1.) Assistent bei komplexen
 Narbenhernien.

Sukzessive ist die Vermittlung des hernien-
 chirurgischen Profils auch durch demonst-
 rierend-praktische Teilnahme/Assistenz an
 der operativen Hiatushernienversorgung
 zu komplettieren.

Zügig und verlässlich ist die Einteilung
 von (Jung-)Assistenten in OP-Teams zu
 realisieren. Verlässlich ist die beidseitige
 Registrierung von Teilnahmezahlen von
 Ausbilderseite und Seite des Auszubil-
 denden zu führen und mit dem Ausbil-
 dungskatalog – natürlich nicht nur in der
 Hernienchirurgie – abzugleichen.

AUSBILDERSEITE

Der hohe ausbildungsbezogene Stellenwert der Hernienchirurgie sollte jedem Facharzt voll bewusst sein und ihm insbesondere seine „neue“ Rolle klarwerden lassen, wenn die Facharztqualifikation erreicht wurde. So wie ihm eine ansprechende hernienassoziierte Ausbildung zuteilwurde, so erwächst nunmehr diese Verpflichtung auch nach Erwerb der Facharztqualifikation recht unmittelbar und direkt weiterführend auch für die Ausbildung der (noch Nicht-) Fachärzte.

Die nicht selten anspruchsvolle und herausfordernde Umsetzung im klinisch-operativen Alltag klingt dahingehend schon in

Anbetracht von stetigem Zeit- und Kostendruck an.

AKTUELLER STAND DER HERNIENCHIRURGISCHEN WEITERBILDUNG IN DEUTSCHLAND

Derzeit werden im Rahmen der Weiterbildung für die Allgemeinchirurgie und für die Viszeralchirurgie eine definierte Anzahl von Herniotomien gefordert. Hierbei findet zum Teil keine Differenzierung zwischen Bauchwand- und Leistenhernienversorgung statt. Auch der Zugangsweg (robotisch-assistiert, laparoskopisch, offen) ist hierbei nicht von Bedeutung (**Tab. 1** und **2**).

Tab. 1: Übersicht über die aktuellen Weiterbildungsordnungen bezüglich Hernien für den „Facharzt für Viszeralchirurgie“, aufgeteilt nach Bundesländern.

Bundesland	Hernien gesamt	davon Leistenhernien	davon Bauchwandhernien	davon Narbenhernien
Baden-Württemberg	60	40	10	10
Bayern	60	40	10	10
Berlin	80	40 (davon 20 minimal-invasiv, 20 offen)	20	20
Brandenburg	50			
Bremen	60	40	10	10
Hamburg	60	40	10	10
Hessen	60	40	10	10
Mecklenburg-Vorpommern	60	40	10	10
Niedersachsen	60	40	10	10
Nordrhein-Westfalen	60	40	10	10
Rheinland-Pfalz	60	40	10	10
Saarland	60	40	10	10
Sachsen	60	40	10	10
Sachsen-Anhalt	60	40	10	10
Schleswig-Holstein	60	40	10	10
Thüringen	60	40	10	10

In Baden-Württemberg, Bayern, Bremen, Hamburg, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Saarland, Sachsen, Sachsen-Anhalt, Schleswig-Holstein und Thüringen sind insgesamt 60 Hernieneingriffe (davon 40 Leistenhernien, 10 Bauchwandhernien und 10 Narbenhernien) vorgesehen.

In Berlin werden insgesamt 80 Hernieneingriffe (davon 40 Leistenhernien- jeweils 20 minimal-invasiv und 20 offen-20 Bauchwandhernien und 20 Narbenhernien) vorgeschrieben.

In Brandenburg werden 50 Herniotomien (unabhängig von der Lokalisation der Hernie) vorausgesetzt.



Dr. med. Felix Rühlmann
Klinik für Allgemein- und
Viszeralchirurgie
Städtisches Klinikum Karlsruhe
felix.ruehlmann@klinikum-karlsruhe.de



Prof. Dr. med. habil. Frank Meyer
Klinik für Allgemein-, Viszeral-, Gefäß-
und Transplantationschirurgie
Universitätsklinikum Magdeburg A.
ö. R.

Tab. 2: Übersicht über die aktuellen Weiterbildungsordnungen bezüglich Hernien für den „Facharzt für Allgemeinchirurgie“ aufgeteilt nach Bundesländern.

Bundesland	Hernien gesamt	davon Leistenhernien	davon Bauchwand- hernien	davon Narben- hernien
Baden-Württemberg	60	40	10	10
Bayern	60	40	10	10
Berlin	60	40	10	10
Brandenburg	25			
Bremen	60	40	10	10
Hamburg	60	40	10	10
Hessen	60	40	10	10
Mecklenburg-Vorpommern	60	40	10	10
Niedersachsen	60	40	10	10
Nordrhein-Westfalen	60	40	10	10
Rheinland-Pfalz	60	40	10	10
Saarland	60	40	10	10
Sachsen	60	40	10	10
Sachsen-Anhalt	60	40	10	10
Schleswig-Holstein	60	40	10	10
Thüringen	60	40	10	10

Es besteht zudem seit 2021 die Möglichkeit, sich durch die *European Union of Medical Specialists* (UEMS) als Spezialist/Spezialistin der Bauchwandrekonstruktion (*Abdominal Wall Reconstruction*) zertifizieren zu lassen. Bei Erfüllung der Voraussetzungen (siehe [HIER](#)) und nach der erfolgreichen Ablegung einer mündlichen und schriftlichen Prüfung wird schließlich der Titel *FEBS AWS (Fellow of the European Board of Surgery, Abdominal Wall Section)* verliehen.

In enger Kooperation der BDC|Akademie und der Deutschen Herniengesellschaft (DHG) wurde die „DHG Hernienschule“ entwickelt. Diese beinhaltet die Module

- „Hernie kompakt“ (seit 2011), als Basis-kurs für junge Chirurgen,
- „Hernie konkret“ (seit 2016) für fach-spezialisierte Hospitationen (sowie)
- „Hernie komplex“ (seit 2018) für fort-geschrittene Hernienchirurgen.

Seit der Coronapandemie wurde im Jahr 2020 das Modul „Hernie kontakt“ entwickelt. Hier werden aktuelle und kontroverse Themen der Hernienchirurgie aufgegriffen, vertieft und zur Diskussion gestellt [2]. Auch bietet der *HernieKompakt*-Kurs jungen Kollegen die Möglichkeit, sich auf dem Gebiet der Hernienchirurgie praktisch und theoretisch fortzubilden [12 und 13].

Über die „Europäische Herniengesellschaft“ – die Mehrheit ihrer Mitglieder kommt aus Deutschland – wird die hernienchirurgische Weiterbildung flankiert mit einem Reisemittelzuschuss (Travel Grant) für Hospitationen im europäischen Ausland. Insgesamt können 1.250 Euro eingeworben werden (bzw. „Extended Surgical Stay Grant“: 3500 Euro), mit denen die Hospitation in einem renommierten europäischen Hernienzentrum bezahlt werden kann.

WEITERBILDUNGSORDNUNGEN BEZÜGLICH HERNIEN

- für den „Facharzt für Viszeralchirurgie“, aufgeteilt nach Bundesländern (Tab. 1)

In Baden-Württemberg, Bayern, Bremen, Hamburg, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Saarland, Sachsen, Sachsen-Anhalt, Schleswig-Holstein und Thüringen sind insgesamt 60 Hernieneingriffe (davon 40 Leistenhernien, 10 Bauchwandhernien und 10 Narbenhernien) vorgesehen.

In Berlin werden insgesamt 80 Herniotomien (davon 40 Leistenhernien – jeweils 20 minimalinvasiv und 20 offen – 20 Bauchwandhernien und 20 Narbenhernien) vorgeschrieben.

In Brandenburg werden 50 Herniotomien (unabhängig von der Lokalisation der Hernie) vorausgesetzt.

- für den „Facharzt für Allgemeinchirurgie“, aufgeteilt nach Bundesländern (Tab. 2)

In Baden-Württemberg, Bayern, Berlin, Bremen, Hamburg, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Saarland, Sachsen, Sachsen-Anhalt, Schleswig-Holstein und Thüringen sind insgesamt 60 Hernieneingriffe (davon 40 Leistenhernien, 10 Bauchwandhernien und 10 Narbenhernien) vorgesehen.

In Brandenburg werden 25 Herniotomien (unabhängig von der Lokalisation der Hernie) vorausgesetzt.

ZUKUNFT DER HERNIENCHIRURGISCHEN WEITERBILDUNG

Trotz sehr vieler erfolgreicher Projekte der vergangenen Jahre, die insbesondere durch

engagierte Mitglieder der „Deutschen Herniengesellschaft“ realisiert wurden, gibt es Verbesserungsbedarf.

Insbesondere zwei Zukunftsprojekte drängen sich auf.

Die Hernienchirurgie entwickelt sich wie andere chirurgische Disziplinen weiter. Hernien werden offen und minimal-invasiv operiert. Der Roboter findet ebenso Anwendung. Minimal-invasiv voroperierte sollten in der Regel offen operiert werden und umgekehrt. Die Patientenmorbidity und –konstitution spielen bei der Findung des besten operativen Vorgehens eine Rolle. Kurz – der sogenannte „tailored approach“ hat längst Einzug in die Hernienchirurgie gehalten. Er soll den Alltag der Hernienchirurgie bestimmen und sich auch in der Weiterbildung widerspiegeln. Vor diesem Hintergrund sollte in Zukunft eine Aufschlüsselung der geforderten Herniotomien im Facharztkatalog erfolgen. Denkbar wäre es, in Zukunft zu fordern, dass beispielsweise 20 minimal-invasive und 20 offene Leistenhernienversorgungen durchzuführen sind. Gleiches könnte für die Narben- und Nabelhernien gelten. Hierbei ist anzumerken, dass es sich ja um häufige Eingriffe handelt und es hier wohl zu keinem „Flaschenhals“ in der Ausbildung kommen sollte. Auch eine ggf. verpflichtende Weiterbildung im Verbund ist zu diskutieren. An einer Universitätsklinik angestellte Ärztinnen und Ärzte könnten dann in einer festen z. B. 6-monatigen Rotation in die ambulante Chirurgie sich auf dem Gebiet der Hernienchirurgie fortbilden.

ZUSÄTZLICHE, WEITERFÜHRENDE ASPEKTE

Die hernienchirurgische Weiterbildung sollte zukünftig auch das Lehren wissenschaftlichen Arbeitens zum Ziel haben („Good clinical [and research] practice“; Wie designe ich eine randomisierte Studie; Wie und wo werbe ich Drittmittel ein etc.).

Im internationalen Vergleich werden wenige randomisierte Studien auf dem Gebiet der Hernienchirurgie durchgeführt.

Dies scheint der Tatsache geschuldet zu sein, dass die Hernienchirurgie in Deutschland kaum universitär angebunden ist, braucht es doch die wissenschaftlichen Strukturen der Universitätskliniken („study nurse“, Ethikkommission, Studienzentrale, Institut für medizinische Statistik etc.), um diese Studien zu realisieren.

FAZIT

Hernienchirurgie ist ein relevantes (Initial-) Thema in der kompetent(geführt)en Facharztausbildung der Allgemein- und Viszeralchirurgie, die sich wesentlich durch theoretische, praktisch-Management-realisierende und -operative Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten zusammensetzt.

Darüber hinaus stellt es eine enorme organisatorische Herausforderung dar, eine zügige, zeitgerechte, kompetente und effektive hernienchirurgische Ausbildung im anspruchsvollen, facettenreichen Klinikalltag verlässlich zu realisieren.

Die Zukunft der hernienchirurgischen Weiterbildung kann aus der Umgestaltung, Konkretisierung und Spezifizierung der Facharztkataloge und der Akademisierung der Hernienchirurgie als Ganzes bestehen.

LITERATUR

- [1] Primates P, Goldacre MJ: Inguinal hernia repair: incidence of elective and emergency surgery, readmission and mortality. *International journal of epidemiology*. 1996; 25(4): 835–839.
- [2] Bachmann M, Peglow S, Petersen M, Schoeder V, Neumann S, Croner RS, Jechorek D, Meyer F: Irreponible Leistenhernie mit manifester Tumorerkrankung einer Peritonealkarzinose im Bruchsack ungewöhnliche Ursache und seltene Differenzialdiagnose einer symptomatischen Hernie (repräsentative Kasuistik). *Verdauungskrankheiten* 2021; 39(4):193–201.
- [3] Ring A, Gelis V, Klupsch C, Stern J. [De Garengeot appendicitis--rare variant of

a common medical condition]. *Zentralbl Chir* 2009;134(6):564–6.

- [4] Gurer A, Ozdogan M, Ozlem N, A Yildirim, H Kulacoglu, R Aydin: Uncommon content in groin hernia sac. *Hernia* 2006; 10:152–5.
- [5] Hauck F, Arndt S, March C, Eger KI, Croner RS, Meyer F. Amyand-Hernie: Eine besondere Manifestation der inguinalen Herniation und eher untypische Ursache rechtsseitiger Unterbauchbeschwerden sowie seltene Differenzialdiagnose des akuten Abdomens. *Verdauungskrankheiten* 2021;39(4):185–192.
- [6] Scheidbach H, Blume B, Meyer F. [Laparoscopic Herniotomia and Closure in Case of Appendicitis within the Hernia Sac (Amyand's hernia): Is Use of Mesh Contraindicated?]. *Zentralbl Chir* 2017;142 (3):312–316.
- [7] Clasen K, Kalinski T, Meissner C, Bruns CJ, Meyer F. [77-year-old man with rare Littre's hernia]. *Dtsch Med Wochenschr* 2016; 141(15):1099–101.
- [8] Paasch C, De Santo G, Look P, Boettge K, Hünerbein: M. Laparoscopic Treatment of an Incarcerated Meckel's Diverticulum in a Femoral Hernia. *Case Rep Surg* 2019
- [9] Benedix F, Lippert H, Meyer F. [Acute inguinal swelling--unusual presentation of postoperative necrotising pancreatitis]. *Zentralbl Chir* 2009; 134 (2):186–8.
- [10] Sauerland H, Garlipp B, Wex C, Häusler I, Arndt S, Rabczak J, Urbach A, Meyer F: Ungewöhnliche Differenzialdiagnose einer suspekten inguinalen/femoralen Herniation im Wochenbett. *Der Gynäkologe* 2019.
- [11] Lorenz R, Paasch C: Die Hernienschule –Rück- und Ausblick. *Passion Chirurgie*. 2024 April; 14(04): Artikel 04_01.
- [12] Lorenz R, Paasch C, Stechemesser B, Reinhold W, Niebuhr H, Fortelny RH, Mayer F, Köckerling F, Mantke R: Long-term evaluation of the Hernia Compact course of the German Hernia School. *Hernia*. 2024 Apr;28(2):621–628. 





Dr. med. Bernd Stechemesser
Hernienzentrum Köln
Zeppelinstr. 1
50667 Köln
Medikus@t-online.de

Hernien- und Hybrid-DRG: Fluch oder Segen?

Bernd Stechemesser

Das DRG-System wurde 2003 flächendeckend in Deutschland eingeführt, um die Krankenhausfinanzierung transparenter und leistungsorientierter zu gestalten. Es basiert auf Fallpauschalen, die die Behandlungskosten eines Patienten standardisieren. Die EBM-Abrechnung (Einheitlicher Bewertungsmaßstab) hingegen ist das System, mit dem niedergelassene Ärzte, Psychotherapeuten und andere Leistungserbringer ambulante Leistungen zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) abrechnen.

Die Einführung der gesetzlichen Krankenversicherung 1883 durch Otto von Bismarck schuf wesentliche Grundlagen für das deutsche Gesundheitssystem. Diese Versicherung ermöglichte Arbeitnehmern den Zugang zu ärztlicher Versorgung und Krankengeld:

- Die ambulante Versorgung wurde durch Vertragsärzte abgedeckt.
- Die stationäre Versorgung in Krankenhäusern blieb zunächst eine kommunale oder karitative Aufgabe.

Das Berliner Abkommen von 1913 legte fest, dass Vertragsärzte für die ambulante Versorgung zuständig sind, während Krankenhausärzte die stationäre Behandlung übernehmen. Diese Vereinbarung verstärkte die Trennung der Sektoren und führte zu einer strikten Abgrenzung der Tätigkeitsbereiche.

Mit der Einführung der Integrierten Versorgung (2000) und später durch das GKV-Versorgungsstrukturgesetz (2012) wurden

erste Schritte unternommen, um die Sektorentrennung zu überwinden. Ziel war eine bessere Vernetzung zwischen ambulanten und stationären Leistungserbringern, die Vermeidung von Doppeluntersuchungen und eine effizientere Auslastung des Gesundheitssystems.

Operationen wurden bis vor wenigen Jahren überwiegend in stationären Einrichtungen durchgeführt, da die notwendige Infrastruktur, wie Operationssäle und Intensivstationen, nahezu ausschließlich in Krankenhäusern vorhanden war. Ambulante Eingriffe waren aufgrund von Sicherheitsbedenken und fehlender technischer Ausstattung in der ambulanten Versorgung nur eingeschränkt möglich.

Fortschritte in der Chirurgie, wie minimalinvasive Operationstechniken sowie moderne Narkoseverfahren, haben jedoch in den letzten Jahren zu einer deutlichen Verbesserung der ambulanten Versorgung geführt. Viele Eingriffe können heute ambulant durchgeführt werden, oft mit besseren Ergebnissen als in der stationären Versorgung.

INTERNATIONALE VERGLEICHE UND HERAUSFORDERUNGEN IN DEUTSCHLAND

Im internationalen Vergleich liegt Deutschland bei der Anzahl ambulanter Operationen hinter vielen Ländern zurück. Während in den USA, den Niederlanden und skandinavischen Ländern ein Großteil der Eingriffe ambulant erfolgt, werden in

Stechemesser B: Hernien- und Hybrid-DRG: Fluch oder Segen? Passion Chirurgie. 2025 Januar/Februar; 15(01/02): Artikel 03_03.



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

Deutschland weiterhin viele Operationen stationär durchgeführt.

Die Hauptgründe dafür sind ökonomischer Natur. Im ambulanten Sektor erfolgt die Abrechnung nach dem EBM, was zu einer erheblichen Ungleichheit in der Vergütung führt. Eine stationär durchgeführte Leistenhernienoperation wird im DRG-System nahezu zehnmal besser vergütet als im EBM-System. Dies führte dazu, dass bis vor Kurzem etwa 80 % der Leistenhernien stationär versorgt wurden.

EINFÜHRUNG DER HYBRID-DRG

Die Hybrid-DRG soll die Systeme des ambulanten und stationären Sektors vereinen. Erstmals wird eine Leistung, die sowohl von niedergelassenen Chirurgen als auch von Krankenhauschirurgen erbracht werden kann, in einem gemeinsamen Vergütungssystem abgebildet. Ziel ist es, die Anzahl der ambulanten Eingriffe deutlich zu erhöhen.

Die Einführung der Hybrid-DRG geht auf den Koalitionsvertrag der mittlerweile gescheiterten Ampelkoalition zurück. Sie wurde jedoch nicht durch die Selbstverwaltung des Gesundheitssystems entwickelt, sondern durch eine Rechtsverordnung des Bundesgesundheitsministeriums (BMG) am 19. Dezember 2023 veröffentlicht und trat am 01. Januar 2024 in Kraft. Eine Änderungsvereinbarung vom 21. Oktober 2024 erweitert die Regelungen ab 2025. Die Vertragsparteien der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen konnten sich innerhalb eines Jahres nicht auf eine Einigung über die geeigneten Eingriffe und deren Vergütung einigen. Der Ball wurde daher an das BMG zurückgespielt.

HERAUSFORDERUNGEN BEI DER UMSETZUNG

Zwischen der Veröffentlichung und dem Inkrafttreten der Verordnung lagen nur 12 Tage, was die Akteure und Leistungserbringer vor große Herausforderungen stellte. Insbesondere die Abrechnung funktionierte anfangs nicht reibungslos.

Tab. 1: Hernienrelevante Hybrid-DRG 2024

Hybrid-DRG	Text	Entgelt	Pseudoziffer (KV)
G 24 M	Eingriffe bei Hernien ohne plastische Rekonstruktion der Bauchwand, ohne beidseitigen Eingriff, ohne komplexen Eingriff, Alter > 13 Jahre oder ohne äußerst schwere oder schwere CC	1.653,41 €	83001
G 24 N	Eingriffe bei Hernien ohne plastische Rekonstruktion der Bauchwand, mit beidseitigem oder komplexem Eingriff oder Alter < 14 Jahre mit äußerst schweren oder schweren CC	1.965,05 €	83002
G 09 N	Beidseitige Eingriffe bei Leisten- und Schenkelhernien, Alter > 55 Jahre oder komplexe Herniotomien oder Operation einer Hydrocele testis oder andere kleine Eingriffe an Dünn- und Dickdarm	2.021,82 €	83001

Sie erforderte entweder zertifizierte Grupper, die Unterstützung einer Managementgesellschaft oder der Kassenärztlichen Vereinigung (KV). Unterschiedliche Interpretationen der Verordnung führten zu vielfältigen Abrechnungstheorien.

Erst zum Ende des ersten Quartals 2024 konnten niedergelassene Kollegen die Hybrid-DRG über die KVen abrechnen. Bis dahin mussten Leistungserbringer für Partner, OP-Zentren, Angestellte und Sachkosten in Vorleistung treten. Eine Auszahlung erfolgte teilweise als Abschlag durch die KV oder im Rahmen der regulären Quartalsabrechnung – also mit einer Verzögerung von bis zu sechs Monaten. Dabei fielen Bearbeitungsgebühren von bis zu 3 % an.

HYBRID-DRG IN DER HERNIENCHIRURGIE

In der Hernienchirurgie gibt es derzeit drei Hybrid-DRGs (siehe Tabelle). Diese umfassen:

- 1. Alle primären Leistenhernien, unabhängig von der Methode.
- 2. Nabel- und epigastrische Hernien, allerdings nur bei Nahtverfahren.
- 3. Beidseitige Leistenhernien, die in eine höhere Hybrid-DRG verzweigen.

Für das Jahr 2025 sind Erweiterungen geplant:

- Netzverfahren bei primären Ventralhernien werden ebenfalls als Hybrid-DRG abgebildet.
- Minimalinvasive Operationen von Narbenhernien bis 10 cm werden ebenfalls erfasst.
- Offene Verfahren für Narbenhernien bleiben jedoch im aDRG-System.

KRITISCHE BETRACHTUNG DER HYBRID-DRG IN DER HERNIENCHIRURGIE

Eine kritische Analyse der Hybrid-DRG im Bereich der Hernienchirurgie offenbart derzeit nur wenige positive Aspekte. Selbst diese erscheinen bei näherer Betrachtung ambivalent.

Ein positiver Punkt ist die Einführung einer sektorenübergreifenden Vergütung. Erstmals haben niedergelassene Chirurgen die Möglichkeit, ihre Leistungen im DRG-System abzubilden. Darüber hinaus können sie, sofern die entsprechende Infrastruktur vorhanden ist, Patienten nach einem Eingriff für eine Nacht stationär überwachen – eine Möglichkeit, die bisher ausschließlich Krankenhäusern vorbehalten war. Weitere klare Vorteile der Hybrid-DRG lassen sich schwer ausmachen. Die überhastete Einführung, unklare Abrechnungswege und die unscharfe Definition, welche Leistungen genau unter die Hybrid-DRG fallen und mit dieser abgegolten sind, erschweren die Umsetzung erheblich.

HERAUSFORDERUNGEN DER HYBRID-DRG

Trotz der sektorenübergreifenden Vergütung bestehen weiterhin strukturelle Unterschiede, die die Ergebnisse für verschiedene Akteure beeinflussen.

I. VERGÜTUNG UND KOSTEN

1. KALKULATION

Die Berechnung der Hybrid-DRG basiert auf einer Mischung aus stationären und ambulanten Daten. Die Datengrundlage, die jeweils zwei Jahre vor der Kalkulation erhoben wird, stammt vom InEK (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus) für die DRG-Daten und vom InBA (Institut des Bewertungsausschusses) für die EBM-Daten.

Allerdings fließen wichtige Faktoren wie Preissteigerungen, Lohnentwicklungen und Inflation nicht in die Berechnungen ein. Die ambulanten Daten werden anhand von Stichproben aus bestimmten Jahrgängen erhoben und anschließend hochgerechnet. Die Sachkosten basieren ausschließlich auf Daten des InEK und berücksichtigen daher nicht die teils erheblichen Preisunterschiede bei Materialien, wie z. B. Netzen im ambulanten Bereich.

Die Validität der zugrunde liegenden Daten, insbesondere aus dem ambulanten Sektor, ist daher stark anzuzweifeln.

Berechnungsformel Hybrid-DRG:

$$\text{Hybrid-DRG} = AG * \text{Fallwertambulant} + (1 - AG) * \text{Kostenstationär}$$

Ambulantisierungsgrad α = Anzahl ambulanter Fälle / Gesamtfallzahl stationärer und ambulanter Bereich

2. SACHKOSTEN

Aktuell müssen die Kosten für Herniennetze durch die Hybrid-DRG gedeckt werden. Dabei bestehen nach wie vor erhebliche Preisunterschiede zwischen dem Krankenhaussektor und dem ambulanten Sektor.

Im ambulanten Bereich können die Einkaufspreise für Netze mehr als doppelt so hoch sein wie die Preise, die Krankenhäuser zahlen. Da bei der Ermittlung der Sachkostenanteile in der Hybrid-DRG ausschließlich stationäre Daten herangezogen wurden, entsteht im ambulanten Sektor ein erheblicher Kostendruck. Dies führt oft dazu, dass netzfreie Verfahren bevorzugt werden – entgegen den aktuellen Leitlinien.

Auch die endoskopischen Verfahren sind davon betroffen, da sie durch die Kosten für Geräte und Trokare teurer sind als offene Verfahren. Das kostengünstigste Vorgehen bleibt ein netzfreies Verfahren in Lokalanästhesie. Materialien wie Nahtmaterial, Pflaster, Desinfektionslösungen und Kompressen gelten derzeit in den meisten Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) noch als Sprechstundenbedarf. Jedoch gibt es föderale Unterschiede zwischen den einzelnen KVen, sodass die Regelungen von Bundesland zu Bundesland variieren können. Dieser Aspekt stellt einen Vorteil für ambulant tätige Chirurgen dar.

Ab dem kommenden Jahr (2025) sollen auch primäre Ventralhernien mit Netz als Hybrid-DRG abgerechnet werden. Sollte die Vergütung jedoch nicht angepasst werden, könnte dies zu einer Renaissance netzfreier Verfahren und sogar zu einer Wiederbelebung längst veralteter Operationsmethoden wie der Faszien Doppelung nach Mayo führen.

3. NEBENKOSTEN

Die Nebenkosten sind ein weiterer kritischer Aspekt der Hybrid-DRG. Während Krankenhauspathologen ihre Kosten im Rahmen der Hybrid-DRG decken müssen, kann ein niedergelassener Chirurg das Operationspräparat auf einem Laborchein zur Untersuchung einschicken, ohne selbst mit den Kosten belastet zu werden. Zudem werden andere Nebenkosten wie Strom, Heizung und Wasser in der Kalkulation der Hybrid-DRG nicht berücksichtigt. Dies stellt eine Herausforderung dar, insbesondere für Einrichtungen mit höheren Betriebskosten.

4. PERSONALKOSTEN

Die Personalkosten müssen in beiden Sektoren aus der Hybrid-DRG finanziert werden. Im ambulanten Bereich ist es jedoch seit Jahren üblich, mit deutlich weniger Personal auszukommen als in Krankenhäusern. Niedergelassene Chirurgen arbeiten häufig in einem minimalistischen Setting, das oft lediglich aus dem Chirurgen selbst und einer Operationsschwester besteht. Dieser Unterschied in den Personalanforderungen sorgt für eine strukturelle Ungleichheit zwischen den beiden Sektoren.

II. VERTEILUNG DER VERGÜTUNG

1. KRANKENHAUS

Die Verteilung der Hybrid-DRG im Krankenhaus ist klar geregelt: Das Krankenhaus muss aus den Gesamterlösen alle beteiligten Mitarbeiter und die Sachkosten decken. Betrachtet man die Kosten auf den einzelnen Fall heruntergebrochen, wird schnell deutlich, dass es kaum kostendeckend möglich ist, Hybrid-DRGs in der bestehenden Infrastruktur des Krankenhauses abzubilden. Oft fehlen die räumlichen und logistischen Voraussetzungen für das ambulante Operieren. Ambulante OP-Einheiten, die den Patienten beispielsweise ermöglichen, Wertsachen und persönliche Kleidung sicher zu verwahren, sich umzuziehen und postoperativ schnell wieder das Krankenhaus zu verlassen, sind entweder nicht vorhanden oder werden auf normalen Stationen durchgeführt – neben dem stationären Betrieb. Die erforderliche Infrastruktur für eine effiziente und sichere Durchführung von Hybrid-DRG-Operationen fehlt somit häufig.

2. NIEDERGELASSENER CHIRURG ODER PRAXISKLINIK

Der selbstständige Leistungserbringer rechnet hingegen pro Fall mit den beteiligten Akteuren ab. Dabei hängt die genaue Verteilung von der Verhandlungskompetenz des Chirurgen und den beteiligten Akteuren ab. Aus den Erlösen der Hybrid-DRG müssen der Anästhesist und alle anderen OP-Kosten bezahlt werden. In

diesem Zusammenhang ist entscheidend, wem der OP gehört und wer den Aufwachraum versorgt. Dabei spielt es eine Rolle, ob die Anästhesisten Angestellte des OP-Zentrums sind oder als selbstständige Dienstleister arbeiten. Aufgrund des Kostendrucks wird der Leistungserbringer in der Regel Verfahren wählen, die vor allem kostengünstig sind. Dies kann dazu führen, dass endoskopische Verfahren vermieden werden, zugunsten von netzfreien und möglichst preiswerten Narkoseverfahren.

WELCHE FÄLLE SIND GEEIGNET, ALS HYBRID-DRG ABGERECHNET ZU WERDEN, WELCHE NICHT?

Die Vorstände der Herniengesellschaften aus Österreich (ÖHG), der Schweiz (SAHC) und Deutschland (DHG / CAH der DGAV) haben im Februar 2023 in einer wissenschaftlich begründeten Stellungnahme auf die Risiken eines rein ambulanten oder kurzstationären Vorgehens bei der Leistenhernienchirurgie hingewiesen. Die Hybrid-DRG für die Hernienchirurgie umfasst alle primären Leistenhernien und primären Ventralhernien, unabhängig von deren Größe oder dem Vorliegen von Komorbiditäten, in einer einzigen Kategorie. Die Entscheidung, ob ein Fall in eine klassische DRG eingegliedert werden sollte, hängt von Kontextfaktoren ab, die eine Hernienoperation für bestimmte Patienten aus medizinischen Gründen unangebracht machen können. So wird ein Patient, der schwerstpflegebedürftig ist, in der Regel nicht elektiv an einer Leistenhernie operiert.

Die Interpretation dieser Kriterien wird von den Krankenhäusern jedoch unterschiedlich gehandhabt. Manchmal wird aus Angst vor möglichen Reklamationen des Medizinischen Diensts und in vorausseilendem Gehorsam jeder Patient mit einer Leistenhernie möglichst ambulant operiert. In anderen Fällen wird jeder Patient, der eine stationäre Überwachung benötigt, mindestens für zwei Tage aufgenommen, um in die klassische DRG einzutreten. Die Ermittlung der geeigneten Diagnosen für

die Hybrid-DRG erfolgte auf Grundlage von Gutachten. Diese Gutachten berücksichtigen allgemeine Kontextfaktoren und Schweregrade bei einer Diagnose, allerdings wird oft der individuelle Schweregrad des Falles, wie etwa die Größe der Hernie, nicht ausreichend in Betracht gezogen. Es entsteht der Eindruck, dass das wichtigste Kriterium für die Hybrid-DRG eine hohe Fallzahl bei kurzer Liegedauer ist. Eine genaue Analyse, welche Fälle länger als eine Nacht stationär verbleiben, wurde bisher entweder nicht oder nur unzureichend durchgeführt.

WAS ERWARTET UNS IM JAHR 2025?

In einer Änderungsvereinbarung vom 18.12.2025 haben sich der GKV-Spitzenverband, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Kassenärztliche Bundesvereinigung auf einen angepassten Leistungskatalog für das Jahr 2025 geeinigt. Die Kalkulation der neuen Hybrid-DRG wird nach dem gleichen Prinzip wie in der Startphase erfolgen, jedoch soll künftig ein stärkerer Fokus auf die Sachkosten gelegt werden. Ziel ist es, etwa 200.000 Eingriffe, die derzeit vollstationär durchgeführt werden, zu „ambulantisieren“. Diese Änderungen betreffen auch Eingriffe in der Hernienchirurgie, die bisher nicht als Hybrid-DRG abgerechnet wurden. Dazu zählen:

- Primäre Ventralhernien (epigastisch und umbilikal) mit Netz, unabhängig von der Art des Einbringens oder der Schicht des Netzes in der Bauchwand.
- Narbenhernien* bis 10 cm, wenn sie minimalinvasiv behandelt werden, unabhängig von der Schicht in der Bauchwand (z. B. eMILOS, eTEP, Lap. IPOM etc.).

* Die genannten Narbenhernien bis 10 cm in minimalinvasiver Technik sind in der Hybrid-DRG Vergütungsvereinbarung in der Fassung vom 18.12.2024 enthalten und wurden bisher nicht überarbeitet. Wenn jedoch die in der Anlage aufgeführten entsprechenden OPS-Kodes im von der INEK programmierten Grouper eingegeben werden,

verzweigen diese in eine aDRG Go8B und schließen damit die Hybrid-DRG G24M aus. Das bedeutet, dass der GKV-Spitzenverband, die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die DKV eine fehlerhafte Vergütungsvereinbarung veröffentlicht haben, die bis heute nicht korrigiert wurde.

Lediglich die Nahtverfahren bei Narbenhernien münden in eine Hybrid-DRG. Dies zeigt den mathematischen Charakter der Auswahl und wer letztendlich entscheidet, was eine Hybrid-DRG ist und was nicht. Insgesamt wurde die Vergütung der Hybrid-DRG für 2025 in der Hernienchirurgie um ca. 1,35 % gesteigert. Auch dies verdeutlicht erneut den rein mathematischen Charakter der Auswahl und die Entscheidungsprozesse, die bestimmen, was als Hybrid-DRG gilt und was nicht. Medizinisch-technische Faktoren spielen praktisch keine Rolle.

ZUSAMMENFASSUNG

Die Einführung der Hybrid-DRG als sektorenübergreifendes Modell für den Klinik- und den ambulanten Sektor ist grundsätzlich zu begrüßen. Die seit dem 1. Januar 2024 existierenden Hybrid-DRGs für die Hernienchirurgie sind jedoch inhaltlich und fachlich unzureichend und daher problematisch. Zu den zentralen Kritikpunkten zählen:

- Die gesamte Kalkulation der Hybrid-DRG und damit die Vergütung, die auf fehlerhaften und unzulänglichen Daten basiert.
- Die unausgewogene Vergütung der Sachkosten, die ausschließlich auf Krankenhausdaten beruht und die einen Druck in Richtung historischer Operationsverfahren ausübt.
- Das Fehlen von Schweregraden und Hernien-spezifischen Komplexitätskriterien.
- Eine sinnlose Liste von Kontextfaktoren, die die Anwendung der Hybrid-DRG ausschließen sollen.
- Die Auswahl von modernen Operationsverfahren für 2025, die in der Durchführung komplexer sind als klassische Verfahren, aber Vorteile für Patienten in Bezug auf Liegedauer und Rekonvaleszenz bieten. ○



© iStock/Wilowpik

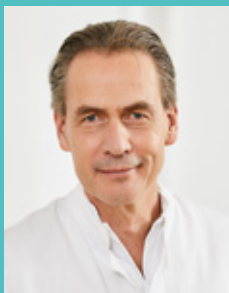
Neue Trends der Ventral- und Narbenhernienchirurgie aus dem Herniamed Register

Wolfgang Reinpold, Henning Niebuhr, Ferdinand Köckerling

Die primären (Nabelhernien, epigastrische Hernien) und sekundären (Narbenhernien) Ventralhernienoperationen zählen zu den häufigsten Eingriffen in der Allgemein- und Viszeralchirurgie [1]. Aktuell werden in Deutschland ca. 61.000 Nabelhernien, 50.000 Narbenhernien und 11.000 epigastrische Hernien stationär behandelt [2]. Die Inzidenz von Narbenbrüchen liegt drei Jahre nach bauchchirurgischen Operationen bei 22,4 % [3–6]. Männer und Frauen

sind gleichermaßen betroffen [7]. Ventralhernienoperationen stellen weltweit einen bedeutenden sozioökonomischen Faktor dar: In den USA verursachen ca. 100.000 Narbenbruchoperation pro Jahr Kosten von etwa 7,3 Milliarden US-Dollar [8].

In keinem Bereich der Allgemein- und Viszeralchirurgie hat es in den letzten beiden Jahrzehnten so viele bedeutende Innovationen und dynamische Veränderungen



Korrespondierender Autor:
Dr. med. Wolfgang Reinpold
 Hamburger Hernienzentrum
 Abteilung für Hernien- und
 Bauchwandchirurgie
 Helios Marienhilf Klinik
 w.reinpold@hernie.de



Prof. Dr. med. Henning Niebuhr
FEBS AWS
 Bauchwandchirurgie
 Hamburger Hernien Centrum
 Standort Facharztambulanz Hamburg



Prof. Dr. med. Ferdinand
Köckerling
 Vivantes Humboldt-Klinikum
 Zentrum für Hernienchirurgie

Reinpold W, Niebuhr H, Köckerling F: Neue Trends der Ventral- und Narbenhernienchirurgie aus dem Herniamed Register. *Passion Chirurgie*. 2025 Januar/Februar; 15(01/02): Artikel 03_04.



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

gegeben wie bei Ventral- und Narbenhernieneingriffen, einschließlich der Versorgung der Rektusdiastase [9–16].

Die neuen minimalinvasiven Techniken mit extraperitonealer Kunststoffnetzeinlage und ihre robotischen Varianten und neue Verfahren zur Versorgung sehr großer und komplexer Hernien sind aktuell das führende Thema der Hernienchirurgie. Die vorliegende Arbeit zeigt erste Trends nach dem Herniamed Update im Februar 2022. In diesem Kontext werden Innovationen und wichtige neue Publikationen und Leitlinien diskutiert.

NARBENHERNIEN

Bei Einführung des Herniamed Registers 2009 waren die laparoskopische IPOM-Technik und die offene Sublay Operation nach Rives und Stoppa bei Narbenhernien unangefochten die führenden Verfahren. Während nach offener Sublay Operation ein erhöhtes Infektionsrisiko besteht [1, 9–12, 17], ist das laparoskopische IPOM-Verfahren mit einem größeren Risiko für intraoperative Organverletzungen, Ausbildung von Adhäsionen und daraus resultierenden Darmaffektionen verbunden [1, 9–14, 17]).

Bedingt durch vielversprechende Publikationen der neuen Techniken [13–16, 18, 19] setzt sich die Überzeugung zunehmend

durch, dass Netze nicht in die Bauchhöhle implantiert werden sollten. In den ersten Narbenbruchleitlinien der EHS wird die Sublay-(retromuskulär) Netzposition empfohlen [21]. International hochrangige Publikationen aus dem Herniamed Register erbrachten wichtige Erkenntnisse über die Komplikationsrisiken alter und neuer Operationsverfahren und neue Trends der Narbenhernienchirurgie [3, 14, 22–27]. Bis zum 4.11.2024 wurden über 158.896 Narbenbruchoperationen in das Herniamed Register eingegeben. Es ist weltweit das größte Narbenhernienregister.

Tabelle 1 zeigt die unterschiedlichen Verfahren primärer elektiver Narbenbruchoperationen 2010–2019, Herniamed Register [3].

Zwischen 2010 und 2019 wurden insgesamt 61.627 Patienten mit primärer elektiver Narbenbruchoperation im Herniamed Register dokumentiert [3].

Die pro Jahr im Herniamed Register dokumentierte Anzahl von Narbenhernien stieg von 761 im Jahr 2010 auf 10.110 im Jahr 2019. Nach dem Herniamed-Update wurden vom 1. Februar 2022 bis 31. März 2024 30.896 Narbenbruchoperationen dokumentiert, was einer jährlichen Rate von ca. 15.000 Narbenhernien entspricht (siehe Tabelle 2). Der Anteil in offener Nahttechnik versorgter Narbenbrüche ist

Tab. 1: Unterschiedliche Techniken primärer elektiver Narbenbruchoperationen 2010–2019, Herniamed Register (modifiziert nach [3]).

	2010	2013	2019	P (2013 vs 2019)
Narbenhernien-Operationen total (n)	761	5034	10110	
Lap. IPOM	202 (26,5 %)	1704 (33,8 %)	2119 (21,0 %)	p < 0.001
Open IPOM	109 (14,4 %)	602 (12,0 %)	1092 (10,8 %)	P = 0.2457
Open Onlay	57 (7,5 %)	255 (5,1)	389 (3,8 %)	p = 0.0042
Komponenten-separation	9 (1,2 %)	96 (1,9 %)	314 (3,1 %)	p < 0.001
Open Sublay	253 (33,2 %)	1618 (32,1 %)	4188 (41,4 %)	p < 0.001
Nahtverfahren	88 (11,6 %)	532 (10,6 %)	988 (9,8 %)	P = 0.8974
Andere	43 (5,6 %)	227 (4,5 %)	1020 (10,0 %)	p < 0.001

Tab. 2: Operationsmethoden bei elektiven Narbenhernienreparationen im Herniated Register; 01.02.2022 – 31.03.2024 n = 30.896 Operationen

Operationsverfahren	Anzahl OPs	%
Laparoskopisch – IPOM	5.468	17.8
Offen – IPOM	2.410	7.8
Offen – Onlay	975	3.2
Komponentenseparation	905	2.9
Offen – Sublay	12.186	39.5
Offen – direkte Naht	2.832	9.2
Laparoskopische extraperitoneale Netzplatzierung	64	0.2
Laparoskopisch – Sublay	603	2.0
Laparoskopisch – TAR	187	0.6
Offen – Präperitoneales Netz	1.775	5.7
EMILOS	461	1.6
MILOS	1.189	3.8
e-TEP	739	2.4
TES	23	< 0.1
VTEP	22	< 0.1
Endoskopisches Onlay	26	< 0.1
Sonstige	1.031	3.3

von 10,0 % im Jahr 2019 auf 9,2 % 2024 leicht gesunken. Trotz aller Leitlinienempfehlungen bleibt der Nahtverschluss auf einem hohen Niveau, ein Trend, der sich auch in aktuellen Daten des dänischen und französischen Hernienregisters findet [3,28]. Möglicherweise spielen hier grundsätzliche Bedenken gegen Kunststoffimplantate eine Rolle.

Der Rückgang laparoskopischer IPOM-Operationen hielt weiter an (**Tab. 2**): aktuell liegt der Anteil nur noch bei 17,8 % (2013: 33,8 %; 2019: 21,0 %). Seit 2019 ist wieder ein leichter Rückgang der offenen Sublay Operationen von 41,4 % auf 39,5 % zu verzeichnen. Seit 2019 ist der Anteil der neuen minimal-invasiven Techniken mit Sublay Netzeinlage (E/MILOS, eTEP und andere) nur leicht von 10,0 % auf 10,8 % gestiegen. Hier führen E/MILOS (5,4 %) vor eTEP (2,4 %) und dem laparoskopischen Sublay Verfahren (2,0 %). Das laparoskopische TAR-Verfahren wird sehr selten angewandt (0,6 %). Ein Grund für den geringen Anstieg

könnte sein, dass die neuen Operationsverfahren technisch anspruchsvoll sind.

KOMPLIKATIONEN, CHRONISCHE SCHMERZEN UND REZIDIVE IM HERNIATED-REGISTER

Bei der Sublay Operation sank die Rate postoperativer chirurgischer Komplikationen signifikant von 11,8 % im Jahr 2013 auf 9,0 % im Jahr 2019 ($p = 0,0013$). Im gleichen Zeitraum fand sich ein leichter Rückgang der komplikationsbedingten Reoperationsrate von 5,3 % im Jahr 2013 auf 4,5 % [3].

Bei der laparoskopischen IPOM-Operation sanken sowohl die postoperative chirurgische Komplikationsrate als auch die Reoperationsrate von 2013 bis 2019 signifikant von 5,3 % auf 3,0 % ($p = 0,0004$), bzw. von 2,2 % auf 1,3 % ($P = 0,0449$) [1, 18–20]. Die allgemeine Narbenhernienrezidivrate ging von 5,6 % im Jahr 2013 signifikant auf 4,7 % im Jahr 2018 ($p = 0,0385$) zurück.

Während die Rate chronischer Schmerzen in Ruhe von 10,5 % 2013 auf 9,5 % 2018 nur leicht zurückging, war die Rate chronischer Schmerzen bei Anstrengung von 19,5 % 2013 auf 16,7 % 2018 signifikant rückläufig ($P = 0,0006$). Therapiebedürftige Schmerzen lagen unverändert bei 8 % der Patienten vor [3, 22–24].

PROPENSITY-SCORE MATCHING VON LAPAROSKOPISCHER IPOM-OPERATION VERSUS OFFENE SUBLAY-TECHNIK ZUR ELEKTIVEN VERSORGUNG PRIMÄRER NARBENHERNIEN

Eine 2019 publizierte Propensity Score Matching Analyse der Herniatedregisters verglich die laparoskopische IPOM-Technik mit dem offenen Sublay Verfahren bei elektiven primären Narbenhernien. Unter Verwendung des Propensity Score Matching wurden 3965 (96,5 %) übereinstimmende Paare aus 4110 laparoskopischen IPOM- und 5797 Sublay-Operationen zum Vergleich der Techniken gebildet. [22]. Die Analyse ergab Nachteile für die Sublay-Operation hinsichtlich postoperativer chirurgischer Komplikationen (3,4 % vs. 10,5 %; $p < 0,001$), komplikationsbedingter Reoperationen (1,5 % vs. 4,7 %; $p < 0,001$) und postoperativer allgemeiner Komplikationen (2,5 % vs. 3,7 %; $P = 0,004$). Die Mehrheit der chirurgischen postoperativen Komplikationen waren Infektionen an der Operationsstelle, Serome und Blutungen. Das laparoskopische IPOM hatte Nachteile in Bezug auf intraoperative Komplikationen (2,3 % vs. 1,3 %; $p < 0,001$), hauptsächlich Blutungen, Darm- und andere Organverletzungen. Es wurden keine signifikanten Unterschiede in den Rezidiv- und Schmerzraten bei 1-Jahres-Follow-up beobachtet. Die Herniated Propensity Score Matching Analyse bestätigte die Ergebnisse aktueller Leitlinien und Metaanalysen [1, 9–12, 22]: Die laparoskopische IPOM Technik ist gegenüber der offenen Sublay-Technik mit weniger postoperativen chirurgischen Komplikationen, allgemeinen Komplikationen und Reoperationen assoziiert, hat aber Nachteile hinsichtlich der Rate der intraoperativer Komplikationen [1, 9–12, 22].

NEGATIVE EINFLUSSFAKTOREN FÜR DAS ERGEBNIS VON NARBENHERNIEN-OPERATIONEN

Eine Herniamed-Register-basierte multivariable Analyse von 22.895 Patienten mit primärer elektiver Narbenbruchoperation zeigte, dass eine große Defektbreite (EHS Klassifikation W3) und eine offene Operationstechnik hoch signifikant mit postoperativen chirurgischen Komplikationen, allgemeinen Komplikationen und Reoperationen assoziiert sind, während das weibliche Geschlecht und präoperative Schmerzen hoch signifikante Risikofaktoren für chronische Schmerzen nach einem Jahr darstellen. Risikofaktoren für Rezidive sind große Herniendefkte (EHS Klassifikation W3), ein höherer BMI und eine laterale EHS-Klassifizierung [23, 24].

AUCH IM LANGZEIT FOLLOW-UP WENIGER KOMPLIKATIONEN NACH E/MILOS NARBENBRUCHOPERATIONEN

Eine Herniamed matched pair Analyse (Propensity score matching) mit 1-Jahres-Follow-up von 615 E/MILOS Narbenbruchoperationen der Arbeitsgruppe von Reinpold et al. [14] zeigte im Vergleich mit laparoskopischen IPOM Narbenbruchoperation signifikant weniger postoperative chirurgische Komplikationen ($p < 0,001$), allgemeinen Komplikationen ($p < 0,004$), Rezidive ($p < 0,001$) und weniger chronische Schmerzen ($p < 0,001$). Die propensity score Paaranalyse mit der offenen Sublay-Operation ergab signifikant weniger postoperative Komplikationen ($p < 0,001$), Reoperationen ($p < 0,001$), Infektionen ($p = 0,007$), allgemeine Komplikationen ($p < 0,001$), Rezidive ($P = 0,017$) und weniger chronische Schmerzen ($P < 0,001$).

Fünf-Jahres-Ergebnisse [18]: Die Follow-up Rate der E/MILOS Operationen betrug 87,5 % (538 von 615 Patienten). Zum Vergleich der E/MILOS- vs laparoskopischer IPOM- Operation und E/MILOS vs. offener Sublay-Operation erfolgte eine Propensity-Score-Matching-Analyse von 448

bzw. 520 Paaren. Im Vergleich zur laparoskopischen IPOM-Operation traten nach der E/MILOS-Reparation signifikant weniger Allgemeinkomplikationen ($P = 0,004$), weniger Rezidive ($P < 0,001$), weniger chronische Schmerzen bei Anstrengung ($P < 0,001$) und weniger therapiebedürftige chronische Schmerzen ($P = 0,016$) auf. Es fanden sich weniger postoperative Komplikationen ($P = 0,052$) und weniger chronische Ruheschmerzen ($P = 0,053$). Die Paaranalyse E/MILOS vs offener Sublay-Operation zeigte signifikant weniger allgemeine Komplikationen ($P < 0,001$), postoperative Komplikationen ($P < 0,001$), Rezidive ($P = 0,002$), weniger chronische Ruheschmerzen ($P = 0,004$), weniger chronische Schmerzen bei Anstrengung ($P < 0,001$) und weniger therapiebedürftige chronische Schmerzen, ($P = 0,014$). Die E/MILOS-Technik ermöglicht eine minimal-invasive Versorgung auch großer und komplexer Narbenhernien (37,4 % W3 Hernien, 29,2 % Rezidivnarbenhernien). Die Rate von Komplikationen, Rezidiven und chronischen Schmerzen ist auch nach fünf Jahren im Vergleich mit den herkömmlichen Techniken signifikant geringer. Die Studie ist weltweit bisher die einzige große Narbenhernienstudie der neuen minimalinvasiven Techniken mit Langzeitergebnissen [14, 18].

STRONGHOLD – EINE HERNIAMED-BASIERTE SOFTWARE ZUR BIOMECHANISCHEN BERECHNUNG VON PRIMÄREN UND SEKUNDÄREN VENTRALHERNIENOPERATIONEN

Zur Verbesserung von Ventralhernienoperationen wurde eine Software zur biomechanischen Berechnung des kritischen Widerstands gegen Krafteinwirkungen auf die Bauchwand (Critical Resistance to Impacts related to Pressure = CRIP) nach Sublay Ventral- und Narbenhernienoperationen entwickelt [28]. Mit der Biomechanical Calculation of Resistance Software (BCR) wird präoperativ die erforderliche Festigkeit (Critical Resistance to Impacts related to Pressure = CRIP) in Abhängigkeit von der Herniengröße

bestimmt. Sie unterstützt den Chirurgen dabei, die Widerstandskraft der geplanten Ventralhernienoperation gegen Netzdislokationen und Rezidive zuverlässig zu bestimmen. Eine Herniamed Propensity-Score-Matching-Analyse von 301 Paaren mit BCR-Chirurgie und ohne BCR Analyse versorgter Patienten aus 23.220 Patienten aus dem Herniamed Register zeigte im 1-Jahres-Follow-up signifikant weniger Rezidive (1,7 % vs. 5,2 %, $P = 0,0041$) und behandlungsbedürftige chronische Schmerzen (4,1 % vs. 12,0 %, $P = 0,001$) im BCR Kollektiv. Die Autoren folgern, dass biomechanisch berechnete Ventralhernienoperationen die Patientenversorgung verbessern können. Weitere Daten sind hier erforderlich, um diese Ergebnisse zu bestätigen [28].

NARBENBRUCHOPERATIONEN BEI PATIENTEN AB 80 JAHREN: ERGEBNISSE AUS DEM HERNIAMED-REGISTER

Es wurden 46.040 Patienten eingeschlossen und nach Alter unterteilt. Intraoperative, allgemeine und postoperative Komplikationen sowie Ergebnisse nach 1 Jahr wurden bewertet und zwischen Patienten ab 80 Jahren und jünger verglichen [26].

Patientinnen und Patienten ab 80 Jahren hatten signifikant häufiger intraoperative (2,3 % vs. 1,5 %; $p < 0,001$), postoperative Komplikationen (8,6 % vs. 7,2 %; $P = 0,001$), Allgemeinkomplikationen (5,5 % vs. 3,0 %; $p < 0,001$) und Reoperationen (3,8 % vs. 3,0 %; $P = 0,007$). Dagegen traten Rezidive (3,6 % vs. 4,5 %; $P = 0,007$), chronische Schmerzen in Ruhe (7,3 % vs. 10,1 %; $p < 0,001$), bei Anstrengung (11,3 % vs. 18,3 %; $p < 0,001$) und behandlungsbedürftige chronische Schmerzen (5,4 % vs. 7,7 %; $p < 0,001$) in der Altersgruppe ab 80 seltener auf. In der Altersgruppe über 80 ist das perioperative Komplikationsrisiko erhöht, das Rezidiv- und chronische Schmerzrisiko erniedrigt. Eine sorgfältige Prähabilitation und Berücksichtigung der Begleitkrankheiten ist in dieser Altersgruppe besonders wichtig [26].

KOMPLEXE NARBENHERNIEN

Kriterien komplexer Ventral- und Narbenhernien sind: Defektbreite 10 cm und größer, Loss of Domain, Defektverschluss nur mit Komponentenseparation möglich, kontaminierte und infizierte Ventralhernien (CDC Klasse III und IV), deformierte Bauchwand nach multiplen Eingriffen, chronischen Wunde der Bauchwand, z. N. nekrotisierender Faszitis, Vorhandensein einer enterokutanen Fistel, erhöhter intra-abdomineller Druck, Notfalloperation mit Darmresektion, laterale Defektlokalisation, offenes Abdomen, Rezidiv nach Netzoperation oder Komponentenseparation, frühere Infektion der Bauchwand, Entfernung eines intraperitonealen Netzes, Frühere Netzinfection der Bauchwand, Substanzverluste der Bauchwand nach Trauma, Tumoresektion, Infektion, Radiatio, Komorbiditäten und Risiken für Wundheilungsstörungen: Adipositas WHO ≥ 30 , COPD, Diabetes mellitus, Alter > 80 Jahre, Steroidtherapie, Immunsuppression, Leberzirrhose, Ascites, Kachexie [1, 9–12, 29].

SEHR GROSSE VENTRAL- UND NARBENHERNIEN EINSCHLIESSLICH LOSS OF DOMAIN HERNIEN

Bei allen Hernien gehört die gründliche klinische Untersuchung und der Ultraschall zur Basisdiagnostik. Bei großen Ventral- und Narbenhernien sollte präoperativ immer ein dynamisches CT oder MRT des Abdomens durchgeführt werden [21]. Die Herniendefektgröße kann in Ruhe und beim Pressen enorme Größenunterschiede aufweisen. Präoperativ ist bei allen Ventral- und Narbenhernien eine Prähabilitation zur bestmöglichen Einstellung von Begleitkrankheiten erforderlich (Gewicht, Diabetes, Nikotinkarenz, COPD, kardiopulmonale Erkrankungen u. a.). Bei Ventralhernien ab einem Querdurchmesser von 10 cm sollte über die vier Wochen präoperative Applikation von Botulinumtoxin in die laterale Bauchwand beidseits nachgedacht werden. Eine schriftliche Aufklärung über die off label Anwendung von Botulinumtoxin ist unverzichtbar.

Zur Versorgung sehr großer und komplexer Bauchwand- und Narbenhernien sollten ab einer Herniendefektbreite ab 8 cm Breite gemäß EHS Narbenhernienleitlinie [21] alle modernen Techniken der offenen und ggf. laparoendoskopischen Narbenhernienchirurgie vorgehalten werden: insbesondere die offene Sublayoperation nach Rives und Stoppa, der M. transversus abdominis release (TAR). Das intraoperative Faszienzugverfahren (siehe unten) kann in vielen Fällen sehr hilfreich sein. Nicht selten lässt sich durch intraoperativen Faszienzug das TAR Manöver vermeiden.

INTRAOPERATIVE FASZIENTRAKTION (IFT): CHIRURGISCHE TECHNIK

Das Fasciotens Hernia System™ dient der Dehnung der Bauchdecke zum primären, spannungsfreien Bauchverschluss [30]. Hierfür wird über eine externe Vorrichtung, die u. a. einen traction controller / resp. eine Federwaage umfasst, ein nach ventral gerichteter Zug an die Bauchwandstrukturen angelegt. Dabei werden nach Rives Stoppa Präparation der Rektusscheiden und Netzaugmentation der hinteren Blätter in gleichmäßigem Abstand von ca. 2 cm handelsübliche chirurgische Fäden in die vorderen Faszienblätter mit einem Abstand zum medialen Faszienrand von 1 cm und einer Stichlänge von 2 cm appliziert. Das Nahtmaterial wird dann in einer speziellen Fadenhalterung des Rahmens befestigt, so dass die Fäden einzeln nachspannbar sind und die kumulativ applizierte Zugkraft am traction controller/der Federwaage ablesbar ist. Mit quantifizierbarer Zugkraft wird die Bauchwand nach ventral gezogen und so ein kontinuierlicher Zug auf die Bauchwand ausgeübt. Der Zug auf die Bauchwand bzw. Faszie wird so lange aufrechterhalten, bis ein für den Verschluss der Faszie ausreichender Längengewinn (Streckengewinn) der (lateralen) Bauchwand bzw. eine ausreichende Volumenvergrößerung der Bauchhöhle erreicht ist. Der Zug kann sowohl vertikal als auch diagonal-vertikal ausgerichtet sein. In der vorliegenden Untersuchung wurden alle Patienten mit einem diagonal-vertikalen Zug von 12 kg

behandelt. Während der Traktionsdauer wurden die Fäden alle zwei Minuten nachgespannt. Die intraoperativen Messungen des weitesten Faszienabstandes sowie die kontinuierliche Verringerung des Faszienabstandes im Verlauf der Traktionsdauer erfolgen mit einem sterilen Maßband unter Vollrelaxation des Patienten. Nach ca. 30-minütiger Faszientraktion folgt der spannungsarme Verschluss der vorderen Blätter der Rektusscheiden in fortlaufender Mini-Stitch-Technik mittels langsam resorbierbarem Faden der Stärke 0 [30].

Das IFT Verfahren wird im Hamburger Hernien Centrum seit August 2019 eingesetzt [30]. Bislang wurden 143 Operationen durchgeführt. Alle Patienten hatten eine komplexe W3 Narbenhernie. Ein primärer Verschluss konnte in Abhängigkeit zur Subgruppeneinteilung in bis zu 95 % der Fälle erreicht werden, siehe **Tabelle 3**.

Durch die reine Dehnung der Bauchdecke beim Faszienzug bleibt die laterale Bauchwand intakt und es kommt zu keiner lokalisierbaren Schwächung der Faszien. Mechanistisch ist von der zumindest teilweisen Rekonstitution der kontrahierten lateralen Bauchwandmuskulatur auszugehen, die im Rahmen des chronischen Kontinuitätsverlustes der abdominalen Muskelschlinge entstanden ist.

Die IFT ist in Kombination mit der präoperativen Botulinumtoxin A (BTA) Injektion in die laterale Bauchwand ein neuartiges aber bereits klinisch bewährtes Instrument im Werkzeugkasten des Chirurgen. Sie kann in vielen Fällen eine einfachere und weniger invasive Alternative zu anderen verfügbaren Techniken darstellen (s. o.), sollte aber nicht als alleinige Methode zur Behandlung komplexer W3-Hernien angesehen werden [30].

Tab. 3

	SG 1: 10–15 cm	SG 2: 15–19 cm	SG 3: > 19 cm
Closure rate [%]	95.6	78.7	32.4

NABELHERNIEN

Vom 01.02.2022 – 31.03.2024 wurden 43.021 elektive Nabelbruchoperationen im Herniamed Register dokumentiert. Trotz EHS Leitlinie für Nabelhernien, die eine netzbasierte Versorgung bei Defekten ab 1 cm empfehlen, ist der Nahtverschluss mit 50,3 % der häufigste Eingriff. Mit großem Abstand folgen die laparoskopische IPOM Operation (12,1 %), die offene präperitoneale Netzplastik (11,9 %), das offene IPOM Verfahren (8,2 %) und die offene Sublay Operation (8,1 %). Die neuen minimalinvasiven Techniken spielen hier eine untergeordnete Rolle (E/MILOS 1,6 %, eTEP 1,4 %, laparoskopisches Sublay 0,6 %).

Die Einflussfaktoren auf die elektive Versorgung von Nabelhernien mit Defekten < 2 cm wurden im Rahmen einer multivariablen Herniamedanalyse von 31.965 Patienten 2021 publiziert [27]. Der Anteil der Nahtverfahren war 78,6 % (n = 25.119), offene Netzverfahren 15,2 % (n = 4.853) und der Anteil der laparoskopischen IPOM Operation 6,2 % (n = 1.993). Im Vergleich zur offenen Netzreparation traten nach dem Nahtverschluss hoch signifikant häufiger Rezidive auf (OR = 1,956 [1,463; 2,614]; p < 0,001). Bei Frauen war das Rezidivrisiko signifikant erhöht (OR = 1,644 [1,385; 1,952]; p < 0,001). Nach Nahtverschluss kam es im Vergleich zur offenen Netzreparation signifikant seltener zu postoperativen Komplikationen (OR = 0,583 [0,484; 0,702]; p < 0,001) und komplikationsbedingten Reoperationen (OR = 0,567 [0,397; 0,810]; p = 0,002). Nach laparoskopischer IPOM war die Rate postoperativer Komplikationen und Reoperationen niedriger, es traten aber häufiger intraoperative Komplikationen, Allgemein-komplikationen, Rezidive und chronische Schmerzen auf.

Schlussfolgerung: Während die Nahtreparatur einen günstigen Einfluss auf die Raten postoperativer Komplikationen und komplikationsbedingte Reoperationen hat, besteht ein höheres Risiko für Rezidive. Warum Rezidive bei Frauen häufiger

Tab. 4: Operationsprinzipien bei Rektusdiastase ± Bauchwandhernien im Herniamed Register (1.2.2022 bis 31.3.2024; n = 7.179)

Operationsprinzip	Anzahl OPs	%
Nur Rekonstruktion der Linea Alba durch direkte Naht	187	2.6
Operationsmethoden mit Abdominoplastik	366	5.1
Offene Techniken	2.200	30.6
Mini-less-open und endoskopische Sublay-Techniken	3.489	48.6
Mini-less-open und endoskopische subcutane/präaponeurotische Techniken	185	2.6
Laparoskopische Techniken	752	10.5

auftreten, bleibt unklar. Laparoskopisches IPOM scheint nur bei Fettleibigkeit (BMI ≥ 30) indiziert zu sein [27].

EPIGASTRISCHE HERNIEN

Nach dem Update des Herniamed Registers wurden vom 1.2.2022 bis 31.3.2024 7.784 Operationen dokumentiert. Der Nahtverschluss ist mit 35,6 % immer noch die häufigste Technik. Es folgen die laparoskopische IPOM Operation (17,7 %), die offene Sublay Operation (15,6 %) und das offene präperitoneale Netz (10,8 %). Die neuen minimalinvasiven Techniken mit extraperitonealen Netzen wurden in nur 7,5 % der Fälle angewandt. E/MILOS stellt hier mit 4,2 % die größte Gruppe.

Die Herniamed Propensity Score Matching Analyse an 15.925 Patienten und 6.350 Paaren mit 1-Jahres-Follow-up ergab für Frauen ein signifikant höheres Risiko für chronische Schmerzen bei Anstrengung (12,1 % vs. 7,6 %; p < 0,001) im Vergleich zu Männern. Der gleiche Effekt wurde für chronische Schmerzen in Ruhe (6,2 % Frauen vs. 4,1 % Männer; p < 0,001) und behandlungsbedürftige chronische Schmerzen (4,6 % bei weiblichen Patienten vs. 3,1 % bei männlichen Patienten; p < 0,001) gezeigt [25]. Alle anderen Outcome-Parameter zeigten keinen signifikanten Unterschied zwischen den Geschlechtern. Diese Ergebnisse bestätigen die Ergebnisse früherer Studien bei Leisten-, Nabel- und Narbenbruchoperationen [23].

OPERATIONSTECHNIKEN BEI REKTUSDIASTASE ± BAUCHWANDHERNIEN IM HERNIAMED REGISTER

Vom 01.02.2022 bis 31.03.2024 wurden 7.179 Operationen im Herniamed Register dokumentiert. Die Anzahl der Operationen und deren jeweiliger prozentualer Anteil sind **Tabelle 4** zu entnehmen.

Die Mini-less-open und endoskopische Sublay Techniken stellen mit 3.489 (48,6 %) das häufigste Operationsprinzip dar. Die häufigste minimalinvasive Sublay Technik zur Operation von Rektusdiastase ± Bauchwandhernien ist das E/MILOS Verfahren. Es erfolgten 1.562 Operationen (44,8 %) in MILOS Technik, 1061 (30,4 %) in EMILOS Technik, 749 (21,5 %) in eTEP Technik und 105 (3,0 %) in Stapling Technik.

Bei der bei Rektusdiastase ± Bauchwandhernien haben die neuen minimalinvasiven Sublay Techniken bereits die Führungsposition erreicht: Die häufigste Operationstechnik ist das E/MILOS Verfahren mit 2.623 (36,5 %) Operationen. Die neuen minimalinvasiven Techniken mit extraperitonealer (Sublay und Onlay) Kunststoffnetzeinlage ermöglichen im Vergleich zur laparoskopischen IPOM Operation und den offenen Techniken eine schonendere und kosmetisch ansprechendere Versorgung der Rektusdiastase. Hiervon profitieren besonders Frauen mit

postpartaler Rektusdiastase ohne ausgeprägte Hautlaxizität.

DISKUSSION

Das Herniamed Register ermöglicht eine umfassende Analyse der Trends und Entwicklungen der Ventral- und Narbenhernienchirurgie in Deutschland.

Es lassen sich wichtige neue Trends identifizieren: Es ist nicht nur in Deutschland eine zunehmende Skepsis gegenüber Kunststoffnetzen in der Bauchhöhle zu verzeichnen. Die Operationszahlen der laparoskopischen IPOM-Operation sind signifikant rückläufig. Jüngste Publikationen aus Frankreich [21] und den USA [22] bestätigen diesen Trend. Vielversprechende Publikationen der neuen Techniken einschließlich ihrer robotischen Varianten mit teilweise sehr guten Ergebnissen haben gezeigt, dass der minimalinvasiven extraperitonealen Netzimplantation wohl die

Zukunft gehört. Bislang gibt es aber nur sehr wenige Langzeitergebnisse der neuen Techniken. Die neuen MIC-Verfahren sind technisch anspruchsvoll, haben ihre Lernkurve und sollten spezialisierten Zentren vorbehalten sein. Bei der Versorgung von Rektusdiastasen mit und ohne Ventralhernien sind die neuen MIC-Techniken konkurrenzlos.

In Deutschland steht 2025 eine entscheidende und richtungsweisende Änderung der Vergütung von Ventral- und Narbenhernien an. Viele primäre Ventralhernien und möglicherweise auch Narbenhernien sollen dann als Hybrid-DRG vergütet werden.

Aufwendige Ventralhernienoperationen mit großer Kunststoffnetzimplantation sollten spezialisierten Zentren vorbehalten sein. Diese technisch anspruchsvollen Eingriffe bergen unabhängig vom operativen Zugang besonders in den ersten 48 Stunden das Risiko schwerer Komplikationen

(z. B. Nachblutungen in ca. 2 % der Fälle) und sollten keinesfalls ambulant und nur in Ausnahmefällen ein-Tages-stationär versorgt werden. Eine adäquate Vergütung einer qualitativ hochwertigen Chirurgie ist bei den Ventralhernien ebenso unverzichtbar wie bei den Leistenhernien.

FAZIT

Das 2022 erfolgte Update des Herniamed Registers stellte einen Meilenstein zur weiteren Qualitätsverbesserung der Ventralhernienchirurgie dar. Es ist nun eine wesentlich differenziertere Dokumentation und Analyse etablierter und neuer Techniken der Ventralhernienchirurgie möglich. Es ist von großer Bedeutung, die Zahl der am Herniamed Register teilnehmenden Zentren weiter zu steigern.

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



Klick!
 Jetzt
 anmelden!

Live-Webinar


BDC | Berufsverband der
 Deutschen Chirurgie e.V.

Prof. Dr. med. Thomas Auhuber, Hofheim am Taunus
Dr. med. Peter Kalbe, Rinteln
Dr. med. Ralf W. Schmitz, Kiel

Hybrid-DRG Update

**Dienstag,
 11.02.2025 ab 18.00 Uhr**



Volker-Schumpelick-Preis ins Leben gerufen

Joachim Conze, Ralph Lorenz

Kaum ein Chirurg hat in den letzten 40 Jahren die internationale Hernienwelt so geprägt wie Prof. Dr. Dr. h.c. Volker Schumpelick. Er gilt als einer der bedeutendsten Wegbereiter der modernen Hernienchirurgie. Nach Berufung zum Chefarzt der Chirurgischen Klinik am Universitätsklinikum der RWTH Aachen, wurde er der populärste Förderer der Shouldice-Technik in Deutschland. Sein erstes Lehrbuch über Hernien wurde 1987 herausgegeben. Zusammen mit Prof. Uwe Klinge hat er in seiner Klinik eine Forschungsgruppe aufgebaut, die sich fast 20 Jahre ausschließlich mit der wissenschaftlichen Forschung zur Hernie gewidmet, neben anatomischer und mechanischer Grundsatzfragen vor allem auch mit Netzmaterialien für die Hernienchirurgie beschäftigt hat. Das daraus resultierende Konzept der „large pore – light weight“, bzw. oberflächenreduzierte Netzstrukturen, hat die Netzentwicklung weltweit revolutioniert. Ab 1994 lud er in regelmäßigen Abständen führende Hernienspezialisten aus der ganzen Welt zu internationalen Hernien-Treffen in die Schweiz ein. Diese können heute als der Beginn der World Hernia Society betrachtet werden. In 2002 wurde von ihm, zusammen mit Prof. Reinhard Bittner, die Deutsche Herniengesellschaft (DHG) gegründet, eine Fachgesellschaft mit inzwischen über 1300 Mitgliedern.

Professor Schumpelick war ein starker Förderer der Europäischen Herniengesellschaft (EHS) und als langjähriges

Vorstandsmitglied und Präsident der EHS von 2013-2016 förderte er den internationalen wissenschaftlichen Austausch und die Zusammenarbeit. So beruht die heutige EHS-Klassifikation für Leistenhernien auf der ursprünglichen Schumpelick-Klassifikation.

Sein wissenschaftliches Lebenswerk ist mehr als beeindruckend. Neben Lehrbüchern und Operationsatlanten zu allen Themen der Allgemein- und Viszeralchirurgie, hat er über viele Jahre das stetig aktualisierte Standardwerk über Hernien herausgegeben. Von 1998–2016 war er Editor in Chief der Zeitschrift „Hernia“, dem World Journal for Hernia and Abdominal Wall Surgery, und hat diese wie kein anderer geprägt. In Pub-Med finden sich über 170 Arbeiten zum Thema „Hernie“ auf denen sich sein Name findet.

Bereits zu seinen Lebzeiten hatte Professor Schumpelick geplant die wissenschaftliche Forschung und Publikationsaktivitäten zum Thema „Hernienchirurgie“ in Deutschland weiter zu fördern und mit einem entsprechenden Preis zu belohnen. Dieses Vorhaben wurde jetzt fast drei Jahre nach seinem Tod, zu seinem achtzigsten Geburtstag, von seiner Frau Gabriele Schumpelick und seinem Sohn Felix Schumpelick zusammen mit der DHG umgesetzt. Dieser nach ihm benannte Preis wird für herausragende wissenschaftliche Publikationen auf dem Gebiet der Hernienchirurgie verliehen und ist mit 5.000 Euro



Urkunde für PD Dr. Christoph Paasch



PD Dr. med. Joachim Conze, FEBS-AWS
UM Hernienzentrum Dr. Conze,
München
Klinik für Allgemein-, Viszeral- und
Transplantationschirurgie
Uniklinik RWTH Aachen
jc@hernien.de



Dr. med. Ralph Lorenz, FEBS-AWS
1. Vorsitzender BDC|Landesverband
Berlin
Hernienzentrum 3+CHIRURGEN
Klinik für Allgemein- und
Viszeralchirurgie
Universitätsklinikum Brandenburg an
der Havel
lorenz@3chirurgen.de

Conze J, Lorenz R: Volker-Schumpelick-Preis ins
Leben gerufen. *Passion Chirurgie*. 2025 Januar/
Februar; 15(01/02): Artikel 03_05.



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

dotiert. Mit dieser Auszeichnung sollen
wegweisende wissenschaftliche Arbeiten
geehrt werden, die das Fachgebiet nach-
haltig geprägt und bereichert haben. Die
Preisverleihung findet immer im Rahmen
der DHG-Hernientage statt. Angespro-
chen sind Autoren, die ihre Arbeiten in den
jeweils letzten zwei Jahren in einer peer-
reviewed medizinischen Fachzeitschrift
veröffentlicht haben. Weitere Details fin-
den Sie auf der **Website der Deutschen
Herniengesellschaft (DHG)**.

ERSTE PREISVERLEIHUNG

Am 8. November 2024 wurde bei den
DHG-Hernientagen in Leipzig erstmals
der Volker-Schumpelick-Publikations-
preis verliehen. Preisträger war **PD Dr.
med. Christoph Paasch** aus der Klinik
für Allgemein- und Viszeralchirurgie am
Universitätsklinikum Brandenburg mit
seiner Autorengruppe für ihre in *Hernia*
veröffentlichten Arbeit zum Vergleich
von Nahtmaterialien bei der Shoudice
Reparation [1].

VORGABEN UND BEWERBUNG

- wissenschaftliche Originalarbeit
zum Thema „Hernie“
- Pubmed gelistet, jeweils inner-
halb der letzten zwei Jahre
- Mitgliedschaft in der DHG

Bewerbungen für den Volker-Schum-
pelick Preis 2026 können bis zum
25.12.2025 bei der DHG eingereicht wer-
den: Sekretariat der DHG, Tel.: 040-237
246 020, E-Mail: info@herniengesellschaft.de

LITERATUR

- [1] Paasch C, Mainprize M, Hunger R, Spencer Netto FAC (2024) Polypropylene vs. stainless-steel wire suture: short-term recurrence rate after Shouldice primary inguinal hernia repair, a non-inferior analysis among 1120 patients. A case-control study. *Hernia* 28: 2177–2186. <https://doi.org/10.1007/s10029-024-03110-z>



Abb. 1: (vlnr) PD Dr. Joachim Conze, Dr. Ralph Lorenz, Preisträger PD Dr. Christoph Paasch und Prof. Dr. Ferdinand Köckerling

Webinar-Reihe „Fraktur im Fokus“

Mit der von Professor Benedikt Braun ins Leben gerufenen neuen Webinar-Reihe „Fraktur im Fokus“ nimmt die BDC eAkademie jeden Monat des Jahres eine Fraktur unter die Lupe. Expert:innen für den jeweiligen Bereich stellen die aktuelle Entwicklungen auf ihrem Gebiet vor und diskutieren diese anschließend anhand von konkreten Fallbeispielen.

Den Auftakt machten Prof. Georg Osterhoff und sein Team am 22. Januar zum Thema **LWS-Frakturen**, am 26. Februar geht es mit dem **proximalen Humerus** unter der Regie von Prof. Christoph Katthagen weiter – seien auch Sie dabei!

Für Teilnehmer:innen besteht während des Webinars die Möglichkeit zur Vorstellung

eigener Fälle. Begleitet wird jeder Vortrag von Lese- und Videomaterial zur Vertiefung gemeinsam mit unserem Partner *World Surgery Tour*.

Tab. 1: Webinar-Termine, alle Webinare finden um 17.00 Uhr statt

Im Fokus: Proximale Humerusfrakturen	26.02.25
Im Fokus: Terrible-Triad-Verletzungen	19.03.25
Im Fokus: Beckenringfrakturen	09.04.25
Im Fokus: Acetabulumfrakturen	21.05.25
Im Fokus: Proximale Tibiafrakturen	25.06.25
Im Fokus: Distale Femurfrakturen	09.07.25
Im Fokus: Pilon-Tibiale-Frakturen	27.08.25
Im Fokus: Proximale Femurfrakturen	24.09.25
Im Fokus: Metatarsalefrakturen	22.10.25
Im Fokus: Calcaneusfrakturen	12.11.25
Im Fokus: Distale Radiusfrakturen	03.12.25

Hier geht's zum Programm und zur Anmeldung. 



Webinar-Reihe „Fraktur im Fokus“.
Passion Chirurgie. 2025 Januar/
Februar; 15(01/02): Artikel 04_01.



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

Was ist ein Webinar? Webinare sind online-Seminare, bei denen einer oder mehrere Vortragende oder Diskussionssteilnehmer zu einem Online-Publikum sprechen, das zum Lernen dort ist und sich über Chat und Fragen beteiligen kann.

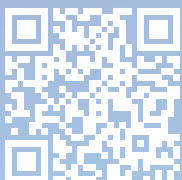
Die BDC-Webinare sind in einem bewusst niederschweligen Format zur Fort- und Weiterbildung in kompaktem Rahmen konzipiert – außerhalb der Arbeitszeit und bequem von zu Hause. Jedes Webinar vereint durch Darstellung der aktuellen Literatur und interaktiven Falldiskussion das Thema zu einem praxisbezogenen Update.

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

„Besser heilen – ambulant operieren“ – Bundeskongress Chirurgie 2025



Unter dem Motto „Besser heilen – ambulant operieren“ laden wir Sie herzlich zum Bundeskongress Chirurgie 2025 am **21. und 22. Februar** in Nürnberg ein. Dieser Kongress ist der wichtigste Treffpunkt für niedergelassene Chirurginnen und Chirurgen, die täglich qualitativ hochwertige und effiziente Arbeit leisten.

Dank der Unterstützung von über 20 chirurgischen Fachgesellschaften und Berufsverbänden erwartet Sie ein intensiver Austausch zu praxisrelevanten Themen. Freuen Sie sich auf ein zweitägiges Spitzenprogramm mit medizinisch-wissenschaftlichen Sitzungen, spannenden Fachsymposien und vielfältigen Workshops. Nutzen Sie die Gelegenheit, sich in unserer umfassenden Industrieausstellung über neueste Entwicklungen zu informieren und sich mit Kolleginnen, Kollegen und dem medizinischen Nachwuchs zu vernetzen.

Unser vielfältiges Programm bietet interessante Sitzungen zu:

- Viszeralchirurgie
- Gefäßchirurgie
- Phlebologie

- Fußchirurgie
- bariatrische Chirurgie
- Robotik
- Proktologie
- Unfallchirurgie
- Kinderchirurgie u.w.

Daneben gibt es die Hernien- und Wundsymposien sowie das BAO-Symposium und nicht zuletzt das BNC-Forum, wo sich niedergelassene Chirurginnen und Chirurgen über wichtige Themen wie beispielsweise die Hybrid-DRG diskutieren werden.

Neu in diesem Jahr sind die Themen Medizinische Informatik und Künstliche Intelligenz sowie die Chirurgie von Kriegsverletzungen. Ein besonderes Anliegen des Kongresses ist es, unser Expertenwissen an die nächste Generation weiterzugeben. Deshalb haben wir ein spannendes Programm für junge Ärztinnen und Ärzte zusammengestellt, welches sich unter anderem mit der Finanzierbarkeit der Weiterbildung, der Umsetzung des OP-Katalogs und der Niederlassung befasst. Für Medizinstudierende bietet das Zukunftsforum eine Plattform, auf der sie theoretische und praktische Einblicke in die Chirurgie gewinnen können.

Der „Tag der medizinischen Fachberufe“ bietet einen speziellen Programmpunkt für medizinische Fachangestellte, bei dem praxisrelevante Themen behandelt werden. Unser wissenschaftliches Programm wird durch Seminare und Kurse ergänzt, in denen Ärztinnen und Ärzte sowie medizinische Fachangestellte die Fortbildungsvorgaben der DGUV (Kindertraumatologie, Gutachten, Reha-Medizin und Reha-Management) und des Strahlenschutzes erfüllen können.

Abschließend möchten wir auf unseren berufspolitischen Nachmittag hinweisen, an dem traditionell die aktuelle Gesundheitspolitik im Fokus steht. In einem spannenden Diskussionsforum werden parteipolitische Sprecherinnen und Sprecher den Chirurginnen und Chirurgen Rede und Antwort stehen.

Wir freuen uns darauf, Sie – gerne auch mit interessierten Kolleginnen und Kollegen – auf dem Bundeskongress Chirurgie 2025 in Nürnberg willkommen zu heißen!

Ihre Kongressleitung
Dr. Frank Sinning und Dr. Frido Mütsch 

„Besser heilen – ambulant operieren“ –
Bundeskongress Chirurgie 2025. Passion Chirurgie.
2025 Januar/Februar; 15(01/02): Artikel 04_02.



Mehr zum Bundeskongress Chirurgie
2025 finden Sie auf BDC|Online
(www.bdc.de).



von links: Dr. Jörg Heberer, Dr. Peter Kalbe, Dr. Friederike Burgdorf, Claudia Kunze, Olivia Päßler, BDC-Gast, Sylvia Joachimi, Prof. Dr. Julia Seifert, Dr. Ralf Schmitz

DER BDC AKTIV BEIM DEUTSCHEN KONGRESS FÜR ORTHOPÄDIE UND UNFALLCHIRURGIE (DKOU)

Benedikt Braun, Friederike Burgdorf, Peter Kalbe, David Ullmann

Beim diesjährigen DKOU in Berlin engagierten sich wieder Expertinnen und Experten aus dem BDC in Sitzungen zu verschiedenen Themen. Professor Benedikt Braun moderierte die Sitzung „Nachwuchs begeistern, gewinnen, entwickeln und halten“, BDC-Geschäftsführerin Dr. Friederike Burgdorf hielt im Rahmen der Sitzung „Chirurgische Assistenzberufe“ den Vortrag „Wie können chirurgische Assistenzberufe optimal eingesetzt werden?“ und BDC-Vizepräsident Dr. Peter Kalbe organisierte und moderierte den Workshop „Vorbereitung auf die Niederlassung“ gemeinsam mit Dr. David Ullmann vom Jungen Forum des Berufsverbands Orthopädie und Unfallchirurgie (BVOU). Die Inhalte der Sitzungen und Vorträge haben die Rednerinnen und Redner in kurzen Berichten zusammengefasst.



apl. Prof. Dr. med. Benedikt Braun, MBA

Stellv. Leiter Themen-Referat Nachwuchs im BDC
Mitglied im BDC-Themen-Referat Digitalisierung und technische Innovation
Beauftragter für die Nachwuchsförderung in der Gemeinsamen Weiterbildungskommission Chirurgie
Klinik für Unfall- und Wiederherstellungschirurgie
Eberhard Karls Universität Tübingen
BG Klinik Tübingen
bbraun@bgu-tuebingen.de



Dr. med. Friederike Burgdorf, M. Sc.

Geschäftsführerin
Berufsverband der Deutschen Chirurgie e.V. (BDC)
Luisenstraße 58/59
10117 Berlin
burgdorf@bdc.de

NACHLESE DER BDC-NACHWUCHSSITZUNG WÄHREND DES DKOU 2024

von B. Braun

„Nachwuchs begeistern, gewinnen, entwickeln und halten“ – ein Dauerbrenner und trotzdem hoch aktuell. Unter diesem Titel hatten wir uns daher aufgemacht, Wichtiges, Tipps und Tricks, wie aber auch ganz Persönliches in eine kurzweilige Sitzung zu packen. Los ging es mit den Jungen. Dr. Jörg Rüggeberg hat uns die Nachwuchsarbeit des BDCs von der Schule bis zu den ersten Studienjahren vorgestellt und gezeigt, wie man schon früh die Grundlage für einen der Chirurgie gegenüber aufgeschlossenen Nachwuchs legen kann. Weiter ging es dann mit dem PJ und dem immens hohen Stellenwert den dieses bei der Karriereentscheidung junger Kolleg:innen für oder gegen unser Fach hat. Von den strukturierten Programmen, bis hin zu den ganz persönlichen Maßnahmen (Stichwort Mentoring) hat Dr. Annika Hättich hier vorgestellt, wie eine wirkungsvolle PJ-Nachwuchsstrategie aussehen kann. Es muss aber nicht immer in der Klinik sein. Unser Fach ist extrem facettenreich und erlaubt auch in der Niederlassung und im

Verbund eine umfangreiche Weiterentwicklung. Dr. Ralf Schmitz hat uns hierzu einen Überblick über die aktuellen Möglichkeiten und Entwicklungen gegeben. Und wenn nichts mehr hilft muss man sich manchmal vielleicht selbst helfen. Professor Benedikt Braun hat uns hierzu das immer wichtigere Thema „Surgeon Well Being“ und Achtsamkeit aufbereitet und mit seinen ganz persönlichen Resilienzstrategien verbunden.

Eine halbe Seite Nachlese hat leider nur Platz für den Rahmen und nicht für die Inhalte im Detail. Als Nachlese für alles Strukturierte empfehlen wir Ihnen die verschiedenen Programmwebseiten des BDC von unserer neuen **Nur Mut Chirurg:in Website**, über den aktuellen **PJ-Leitfaden** und den Kongress **Staatsexamen und Karriere** bis hin zur Weiterbildungsbroschüre **„Faszination Chirurgie“** halten wir hier viele nützliche Informationen bereit. Für alles Persönliche bleibt „nur“ das direkte Gespräch. Sprechen Sie uns also gerne an (BBraun@bgu-tuebingen.de)!

Braun B, Burgdorf F, Kalbe P, Ullmann D: Der BDC aktiv beim Deutschen Kongress für Orthopädie und Unfallchirurgie (DKOU). *Passion Chirurgie*. 2025 Januar/Februar; 15(01/02): Artikel 04_03.



Mehr zur Orthopädie & Unfallchirurgie finden Sie auf BDC|Online (www.bdc.de) unter der Rubrik Wissen | Fachgebiete | Orthopädie/Unfallchirurgie.

WIE KÖNNEN CHIRURGISCHE ASSISTENZBERUFE OPTIMAL EINGESETZT WERDEN?

von F. Burgdorf

Diese Frage wurde angesichts des Fachkräftemangels einerseits und der zunehmend teurer werdenden Gesundheitsversorgung andererseits in der Session „Chirurgische Assistenzberufe“ engagiert diskutiert. Vorsitzende der Sitzung „Chirurgie und Assistenzberufe“ waren Prof. H.-J. Meyer und Dr. P. Kalbe, vorgetragen haben H. König, T. Horn, Prof. D. Pennig und Dr. F. Burgdorf. Im Fokus standen die Berufsgruppen Physiotherapie, Medizinischen Fachberufe, Operationstechnische Assistenz, Pflegeberufe und Physician Assistants. Unter dem Strich wurden gemeinsame Ziele aber auch divergierende Interessen herauskristallisiert. Einigkeit bestand darin, dass es umso eindeutigerer Regelungen bedürfe, je mehr sich die Tätigkeitsspektren von Ärztinnen und Ärzten sowie Assistenzberufen angleichen. Das Miteinander in der Patientenversorgung müsse von einem ausgeprägten Teamgedanken getragen sein.

Deutlich wurde zudem, dass mit zunehmender Akademisierung der Pflege und auch der Physician Assistants, die mittlerweile nach dem Bachelorabschluss auch in Deutschland einen Masterstudiengang absolvieren können, die Rollenbilder und Erwartungshaltungen von Absolventen einem Wandel unterliegen. Dies spiegelt sich auch in der verstärkten berufspolitischen Vertretung wider, die zunehmend auch die sozialrechtliche Normierung von Befugnissen zur Ausübung heilkundlicher Tätigkeiten einfordert.

Dabei scheint nun – nachdem die Modellprojekte gemäß der Heilkundeübertragungsrichtlinie nach § 64 d SGB V nicht entsprechend umgesetzt werden

konnten – ein Durchbruch gelungen zu sein. Denn gemäß des Entwurfs eines Gesetzes zur Stärkung der Pflegekompetenz vom 03.09.2024 sollen die Modellvorhaben nach den §§ 63 c und 64 d SGB V zukünftig entfallen. An deren Stelle soll ein Rahmenvertrag von Kassenärztlicher Bundesvereinigung (KBV), GKV-Spitzenverband (GKV-SV) und Pflegevertretung treten mit einer Definition erweiterter heilkundlicher Aufgaben, welche entsprechend qualifizierte Pflegefachpersonen in einer Vertragsarztpraxis bzw. einem Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) **nach ärztlicher Diagnose und Indikationsstellung** selbständig erbringen können. Dabei werden die Pflegefachpersonen in der vertragsärztlichen Versorgung in der Regel im **Angestelltenverhältnis** tätig und erbringen die entsprechenden Heilkundeleistungen an **Stelle der Ärztin** oder des Arztes.

Diese angestrebte Erweiterung der heilkundlichen Kompetenzen bei gleichzeitiger Integration in die Vertragsarztpraxis wurde seitens des BDC grundsätzlich begrüßt. Durch die Anstellung in Praxen bzw. MVZ werden zum einen neue Schnittstellen verhindert. Zum anderen handelt sich um einen ersten Schritt in Richtung eines Teampraxismodells, in dem unterschiedliche Professionen unter ärztlicher Leitung zusammenarbeiten. Vor dem Hintergrund zunehmender Ambulantisierung und dem ärztlichen Fachkräftemangel sollten solche Strukturen unbedingt entwickelt werden, um beispielsweise eine angemessene Versorgung nach einer ambulanten Operation gewährleisten zu können. Und auch wenn – nach dem Bruch der Ampel-Koalition – nicht mehr damit zu rechnen ist,



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



David Ullmann
BG Universitätsklinik Bergmannsheil
Bochum
Junges Forum OU

dass das Gesetz noch in dieser Legislaturperiode verabschiedet wird, so ist davon auszugehen, dass die Vorschläge von einer neuen Regierung aufgegriffen werden. Die weitere Entwicklung wird sicherlich auch davon abhängen, ob der Behandlungsbedarf durch die existierenden Strukturen abgedeckt werden kann.

Bezogen auf Physician Assistants (PA) wurde festgestellt, dass es sich um eine in Deutschland noch sehr kleine Berufsgruppe handelt. So waren 2023 rund 1.800 PAs tätig. Im Studienjahr 2022/23 schlossen gut 400 PAs ihr Bachelorstudium erfolgreich ab (Quelle: PHYSICIAN ASSISTANT 5. Jg.

(2024) Nr. 1/24). Zum Vergleich: Im Jahr 2021 haben rund 62.000 Auszubildende und Studierende in Deutschland ihre berufliche Ausbildung in der Pflege begonnen, davon 98,3 % zur Pflegefachperson und 1,7 % als Studierende in vergleichbaren Studiengängen (1.091).

Obwohl sich die Qualifikationsmöglichkeiten für PAs stetig weiterentwickeln, existiert noch keine sozialrechtliche Verankerung der Berufsgruppe. Damit bleibt es weiterhin bei den Grundsätzen der Delegation. Da aber die Frage nach der Zulässigkeit der Delegation auch anhand der Qualifikation zu beurteilen ist, ist vieles im Fluss und den

Ausbildungs-Curricula kommt eine besondere Bedeutung zu. Gespannt wird vor diesem Hintergrund auch auf die potenzielle Weiterentwicklung des Konsensuspapiers der BÄK und KBV von 2017 geblickt, welches Studieninhalte und Kompetenzen für einen Bachelor-Studiengang zum PA definiert.

Von BDC und Ärzteseite wurde – bei aller Unterstützung der Weiterentwicklung chirurgischer Assistenzberufe – bekräftigt, dass die Weiterbildung von Assistenzärztinnen und Assistenzärzten gewährleistet sein und von Anfang an in den entscheidenden Konzepten verankert sein muss.

WORKSHOP VORBEREITUNG AUF DIE NIEDERLASSUNG BEIM DKOU 2024

von P. Kalbe und D. Ullmann

Im September 2023 entwickelten einer der Leiter des Jungen Forums O und U David Ullmann und der BDC-Vizepräsident Peter Kalbe die Idee, auch beim Deutschen Kongress Orthopädie und Unfallchirurgie (DKOU) einen Workshop zur Information über und zur Vorbereitung auf die Niederlassung anzubieten. Durch eine enge Zusammenarbeit mit Alexander Rucker vom BVOU konnte dies für 2024 erstmals realisiert werden. Im Vorfeld war eine Anmeldung unter einer geringen Teilnahmegebühr von 10 € notwendig. Das Angebot fand eine erfreuliche Resonanz und somit konnten am ersten Kongresstag am 22.10.2024 fast 40 Teilnehmer im Saal Ulm des Kongresszentrums in Berlin begrüßt werden.

Aus dem Jungen Forum O und U (JFOU) führte David Ullmann mit dem Titel „Selbstverwirklichung in der Niederlassung“ in das Thema ein und sein Kollege Richard Trauth – stellvertretende Leitung

JFOU – steuerte einen Überblick über die Strukturen und Funktionen des deutschen Gesundheitswesens bei. Der ehemalige BVOU-Präsident Johannes Flechtenmacher konnte aus seiner reichen Erfahrung als Gründer einer orthopädisch-konservativen Gemeinschaftspraxis Tipps zur Gründung und zur Praxisführung beisteuern. Alexander Rucker ergänzte dann als Partner einer operativ ausgerichteten orthopädischen Gemeinschaftspraxis in München strategische Überlegungen zur Frage Übernahme oder Neugründung und zu den notwendigen vertraglichen Regelungen. Florian Sprösser aus München hob dann als Finanzberater kurz auf die Grundzüge für einen Wirtschaftsplan und die notwendige Finanzierung ab. Der BDC-Vizepräsident Peter Kalbe, selbst Gründer einer sektorenverbindenden Gemeinschaftspraxis, gab abschließend einen Überblick über die Vergütungssysteme und empfahl den Workshop-Teilnehmern, sich rechtzeitig

schon während der Klinik-Zeit auf die Niederlassung vorzubereiten und die notwendigen Fähigkeiten und Nachweise zu erwerben. Dies, um später in der Niederlassung die für ein breites Tätigkeitsspektrum notwendigen Genehmigungen zu erhalten und z. B. auch als Durchgangsarzt für die Berufsgenossenschaften arbeiten zu können.

Zahlreiche Fragen und Diskussionsbeiträge zeigten das rege Interesse der Workshop-Teilnehmer, denen einige – wenn auch nicht alle – Sorgen und Ängste im Hinblick auf eine spätere selbstständige unternehmerische Tätigkeit in einer orthopädisch-unfallchirurgischen Praxis genommen werden konnten. Diese Resonanz ist den Organisatoren ein Ansporn, diesen Workshop als Kooperation zwischen dem BDC, dem BVOU und dem Jungen Forum der DGOU auch beim DKOU 2025 wieder anzubieten. ○

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



Korrespondierender Autor:
Dipl.-Wirt.Ing. Martin Groth
HygSo GmbH & Co. KG
m.groth@hygso.de

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

Prof. Dr. med. habil. Nils-Olaf Hübner, M.Sc.
Institut für Hygiene und Umweltmedizin
Universitätsmedizin Greifswald

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

Jatzwauk L, Groth M, Hübner NO, Kohnen W: Hygiene-Tipp:
Sterilisation von chirurgischen Instrumenten für laparoskopische
Eingriffe in der Handchirurgie. *Passion Chirurgie*. 2025 Januar/
Februar; 15(01/02): Artikel 04_04.



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

HYGIENE TIPP

Sterilisation von chirurgischen Instrumenten für laparoskopische Eingriffe in der Handchirurgie

Lutz Jatzwauk, Martin Groth, Nils Olaf Hübner, Wolfgang Kohnen

Voraussetzung für eine mikrobizide Wirkung von Dampfsterilisationsverfahren ist die Entfernung von Luft, damit anschließend Wasserdampf kondensieren kann. Kondensierender Wasserdampf (Kondensationswärme) erwärmt die Oberflächen der Instrumente schnell und bewirkt die Abtötung von vegetativen Bakterien, Pilzen, Viren und Bakteriensporen.

Kleinst sterilisatoren der Klasse N nach DIN/EN 13060 entfernen die Luft durch Verdrängung mit Wasserdampf. Sie sind zur Sterilisation von massiven Instrumenten ohne Kanäle geeignet. Eine wirksame Sterilisation von Handinstrumenten für laparoskopische Eingriffe ist damit aber nicht möglich.

Kleinst sterilisatoren der Klasse B nach DIN/EN 13060 entfernen die Luft durch ein fraktioniertes Vorvakuum. Sie sind daher zur Sterilisation verpackter Instrumente mit Kanälen (Klassifikation „kritisch B“ nach Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention am RKI, 2012) geeignet. Daher ist der Kauf eines Dampfsterilisators der Klasse B nach DIN/EN 13060 zu empfehlen.

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



BDC|Umfrage-Ergebnisse

KOMMUNIKATION ZWISCHEN DURCHGANGSÄRZTEN UND VERWALTUNGEN DER UNFALLVERSICHERUNGSTRÄGER

Peter Kalbe



Dr. med. Peter Kalbe

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

Kalbe P: BDC|Umfrage-Ergebnisse:
Kommunikation zwischen Durchgangsjärzten und
Verwaltungen der Unfallversicherungsträger.
Passion Chirurgie. 2025 Januar/
Februar; 15(01/02): Artikel 04_05.



Weitere Artikel rund um den
D-Arzt finden Sie auf BDC|Online
(www.bdc.de) unter der Rubrik Wissen |
Fachgebiete | Niederlassung.

TELEFONISCHE ERREICHBARKEIT MUSS BESSER WERDEN!

Im BG-lichen Heilverfahren wird eine enge Kooperation zwischen den Sachbearbeitern der UV-Träger und den Durchgangsjärzten angestrebt, um vor allen in länger dauernden Heilverfahren eine qualitativ und zeitlich optimale Rehabilitation zu gewährleisten. Dabei werden uns als BDC von Durchgangsjärzten immer häufiger Mängel bei der Kommunikation berichtet. Dieses Problem wurde auch in einer Vortragssitzung bei der UMED-Tagung in Mainz am 15.11.2024 thematisiert. Dies war der Anlass für eine online-Umfrage des BDC unter den 1.591 D-ärztlich tätigen BDC-Mitgliedern im Herbst 2024. 441 BDC-Mitglieder haben daran teilgenommen, vielen Dank dafür!

Die wichtigsten Ergebnisse der Umfrage werden im Folgenden dargestellt.

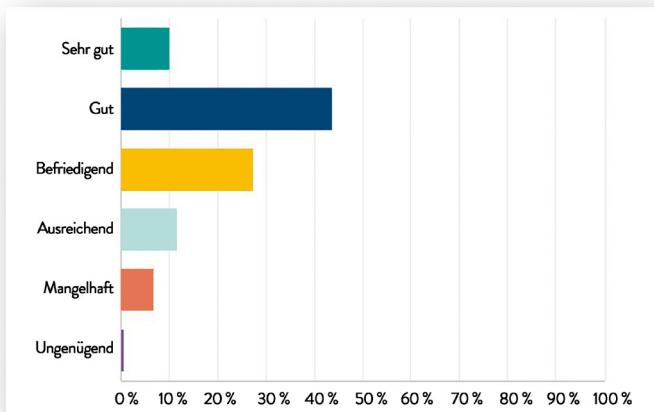
FRAGE NACH DER QUALITÄT DER KOMMUNIKATION

Wie beurteilen Sie insgesamt die Form der Kommunikation mit den UV-Trägern im

Hinblick auf Form, Höflichkeit und Respekt (Beurteilung nach Schulnoten)?

Die Gesamtqualität der Kommunikation wurde mit „Gut“ bis „Befriedigend“ eingeschätzt, tendenziell von Krankenhaus-D-Ärzten etwas besser als von Niedergelassenen. Das spricht dafür, dass auftretende Probleme in vielen Fällen im gegenseitigen Austausch gelöst werden können, sofern ein persönlicher – meist telefonischer – Kontakt erst einmal zustande gekommen ist. In den Klartext-Kommentaren der Umfrage-Teilnehmer wurde häufig der harsche und unangemessene Ton in den Formulierungen der schriftlichen BG-Anfragen kritisiert. Wenn 23 % und damit fast ein Viertel der niedergelassenen D-Ärzte die Form der Kommunikation mit den Schulnoten 5 und 6 bewerten, sollte dies für die UV-Träger ein dringender Anlass zum Umsteuern sein. Tendenziell scheint allerdings die persönliche Kommunikation besser zu funktionieren als die schriftliche, wie die Einzelkommentare zu dieser Frage zeigen.

D-Arzt-Praxis/MVZ (Ø: 3,0)



DAV/VAV/SAV-Krankenhaus (Ø: 2,3)

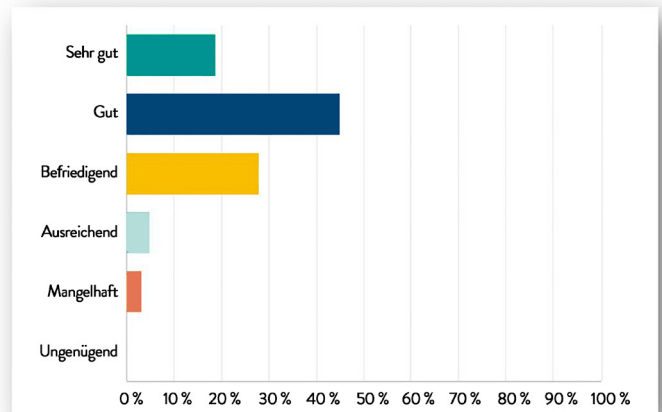
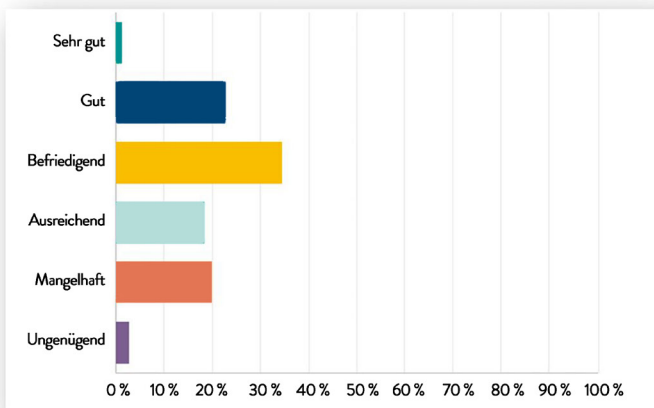


Abb. 1: Gesamtqualität der Kommunikation

D-Arzt-Praxis/MVZ (Ø: 3,4)



DAV/VAV/SAV-Krankenhaus (Ø: 3,1)

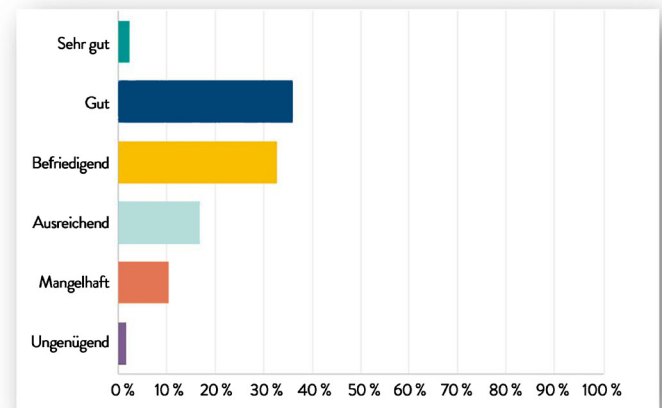


Abb. 2.: Erreichbarkeit der UV-Träger

FRAGE NACH DER ERREICHBARKEIT DER UV-TRÄGER

Wie beurteilen Sie insgesamt die Erreichbarkeit von Mitarbeiter:innen bzw. Reha-Manager:innen der UV-Träger (Beurteilung nach Schulnoten)?

Die tendenziell ungünstige Beurteilung der Erreichbarkeit sowohl durch die niedergelassenen D-Ärzte als auch die Krankenhaus-D-Ärzte zeigt, dass hier das

Hauptproblem liegt. Aus den mehr als 150 Freitext-Kommentaren zu dieser Frage ist zu entnehmen, dass es vor allem an der telefonischen Erreichbarkeit der Sachbearbeiter hapert. Dabei wurden vor allem die Probleme in der Mittags- und Nachmittagszeit genannt, die häufigen Vertretungen ohne genaue Fallkenntnisse, Besetzzeichen beim Anruf oder die Vermittlung an die Zentrale, sowie die mangelnde Zuverlässigkeit bei einer Rückrufbitte. Weiterhin sind die UV-Träger oft nicht (mehr) telefonisch erreichbar, wenn

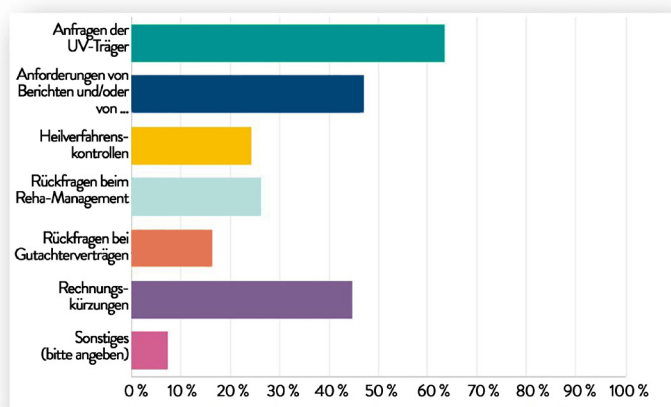
die D-Ärzte am späten Nachmittag Zeit für ein Telefonat hätten.

FRAGE NACH DEM ANLASS DER KOMMUNIKATION

Was ist der häufigste Anlass dafür, dass Sie Kontakt zu den UV-Trägern suchen? (Mehrfachauswahl möglich)

Erwartungsgemäß stehen hier Rückfragen im Rahmen des Behandlungsverlaufes im Vordergrund. Etwas überraschend ist aber

D-Arzt-Praxis/MVZ: Anfragen, Berichte, R.-Kürzungen



DAV/VAV/SAV-KH: Anfragen, Berichte, HV-Kontrollen

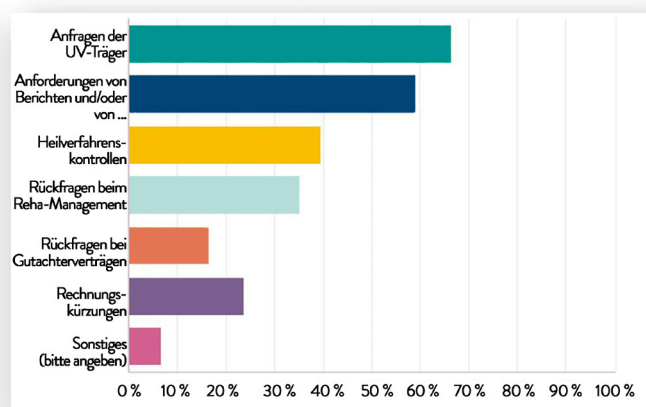
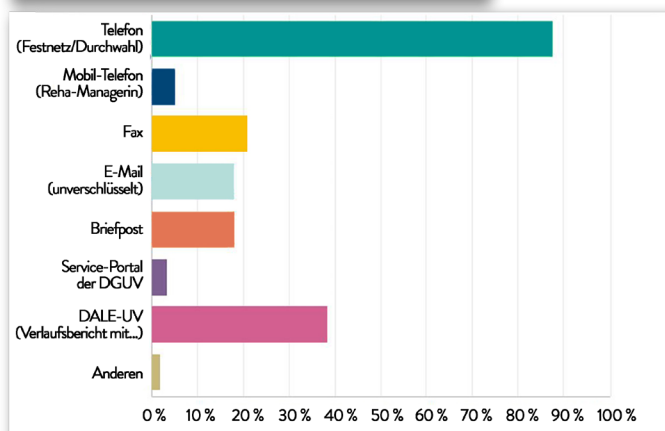


Abb. 3: Anlass der Kommunikation

D-Arzt-Praxis/MVZ: Telefon, DALE, Fax



DAV/VAV/SAV-KH: Telefon, DALE, E-Mail

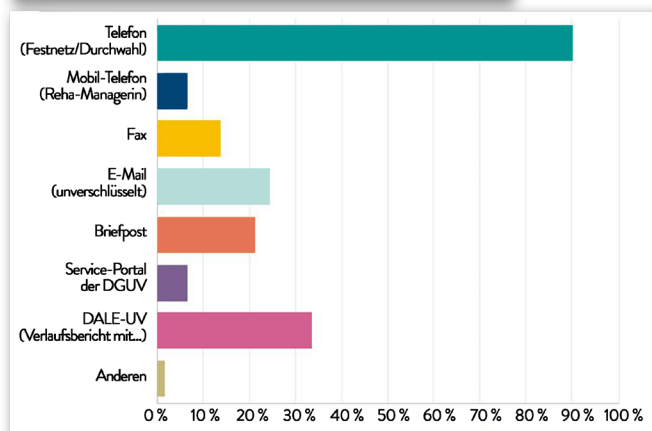


Abb. 4: Aktuell bevorzugte Kommunikationsmedien

die hohe Anzahl von Rückfragen bei Rechnungskürzungen in 38,6 % der Antworten. In den Klartextangaben wurden von den Niedergelassenen vor allem Korrekturen der Abrechnungen, teilweise um Bagatelbeträge, und dies vorzugsweise durch die Unfallkassen reklamiert. Darüber hinaus ging es oft um fehlende Genehmigungen für besondere Leistungen, vor allem für die DVT. Aus den Krankenhäusern werden häufige Rückfragen im Zusammenhang mit Verlegungen in VAV- und SAV-Kliniken berichtet.

FRAGE NACH DEN AKTUELL GENUTZTEN MEDIEN

Welchen Weg der Kommunikation nutzen Sie dafür in der Regel? (Mehrfachauswahl möglich)

In beiden Versorgungsbereichen spielt die telefonische Kommunikation eine entscheidende Rolle. An zweiter Stelle hat sich das DALE-UV-Verfahren als sicheres und rasches Kommunikationsmedium etabliert, z.B. im Rahmen eines

Verlaufsberichtes mit Rückrufbitte. Viele D-Arzt-Praxen haben für (Hausarzt-) Überweiser eine gesonderte Durchwahlnummer, die auch für diese Zwecke genutzt werden sollte, um den Sachbearbeitern beim Rückruf die Praxis-Warteschleife zu ersparen. Ein sicher bald rückläufiger Anteil der Kommunikation läuft aktuell noch über die datenschutzrechtlich problematischen Medien Fax und unverschlüsselte E-Mail.

D-Arzt-Praxis/MVZ: Telefon, KIM, TI-Messenger

DAV/VAV/SAV-KH: Telefon, KIM, Service-Portal

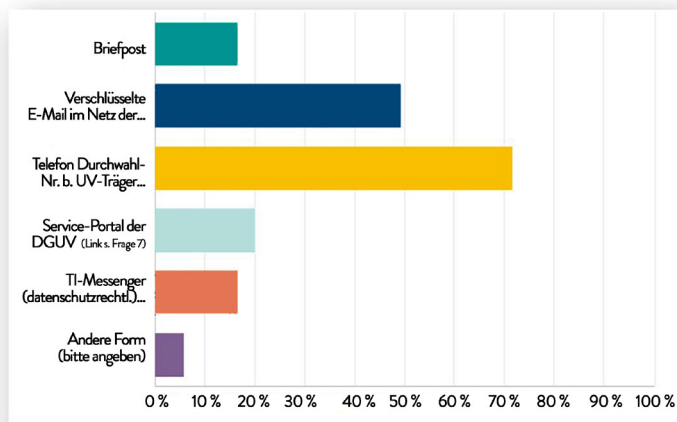
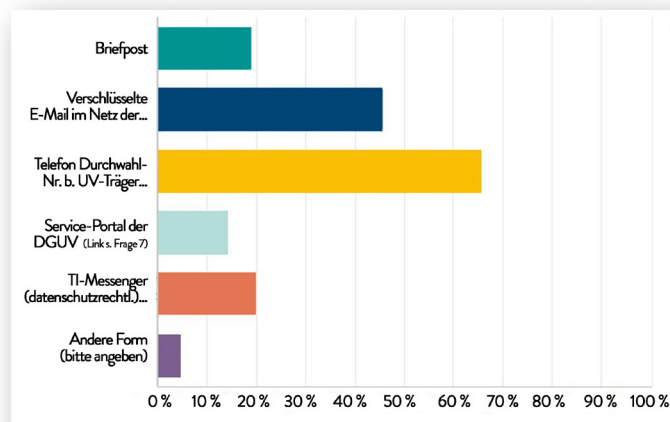


Abb. 5.: Kommunikationsmedien der Zukunft

FRAGE NACH DER ZUKÜNFTIGEN KOMMUNIKATION

Welche Form der Kommunikation wünschen Sie sich zukünftig? (Mehrfachauswahl möglich)

Bemerkenswerterweise steht auch für die Zukunft die telefonische Kommunikation auf der Nr. 1 der Wunschliste. Ein Teilnehmer der Umfrage lieferte dazu in den Klartextkommentaren die treffende Begründung: „Ein Telefonat spart oft fünf Anschreiben“. Besonders der unmittelbare bidirektionale Austausch wurde als Vorteil gegenüber allen elektronischen Medien geschildert. Alle UV-Träger sind jetzt auch über eigene KIM-Adressen im sicheren Netz der Telematik-Infrastruktur erreichbar.

Für eine bessere Akzeptanz bei den D-Ärzten wäre allerdings auch über die Empfangsmöglichkeit bei den UV-Trägern hinaus auch der Versand von KIM-Nachrichten zu wünschen. Allerdings hat die Umfrage auch ergeben, dass in fast 40 % der Krankenhäuser noch technische Defizite bei der E-Mail-Kommunikation via KIM bestehen. Bemerkenswert ist auch die gute Akzeptanz für sichere Messenger im Netz der TI, die zukünftig einen unkomplizierten Informationsaustausch zumindest unter den

Leistungserbringern ermöglichen könnten. Von Krankenhaus-D-Ärzten wird auch das DGUV-Service-Portal häufig genutzt. Dies dürfte aber nur eine Zwischenlösung darstellen, bis die KIM-Kommunikation auch dort stabil etabliert ist.

ZUSAMMENFASSUNG UND FAZIT

Die enge und vertrauensvolle Zusammenarbeit zwischen D-Arzt und Verwaltung ist im berufsgenossenschaftlichen

TELEFONISCHE ERREICHBARKEIT MUSS BESSER WERDEN!

Heilverfahren unverzichtbar. Bei einer TED-Umfrage im Jahr 2021 anlässlich der 100-Jahr-Feier des D-Arzt-Verfahrens hatten sich 22 % der Teilnehmer Verbesserungen bei der Kommunikation gewünscht. Unsere aktuelle BDC-online-Befragung hat ergeben, dass auch in der Zukunft elektronische Kommunikationsmedien zwar hilfreich sein werden, dass aber weiterhin der direkte telefonische Austausch auf der Wunschliste ganz oben steht. Die UV-Träger sollten dies zum Anlass nehmen,

dringend die Erreichbarkeit ihrer Mitarbeiter:innen zu verbessern. KIM und TI-Messenger können zukünftig wahrscheinlich eine wichtige Rolle spielen, dazu muss aber die Einbindung der Krankenhäuser in die Telematik Infrastruktur vorangetrieben werden. Unnötige Rückfragen zu Rechnungskürzungen und Genehmigungsverfahren sollten vermieden und der Fokus auf die Koordination der Heilverfahren gelegt werden. Die Ansprache und die Formulierungen in den Anschreiben der UV-Träger werden von vielen D-Ärzten als rüde, anmaßend und wenig kooperativ empfunden. Dazu gibt es den oft geäußerten Wunsch nach Mäßigung und vermehrter Wertschätzung der D-ärztlichen Leistungen.

Nicht alle Wünsche werden sich zeitnah umsetzen lassen. Der Berufsverband der Deutschen Chirurgie engagiert sich aber weiterhin dafür und steht für alle konstruktiven Projekte als Gesprächspartner der DGUV zur Verfügung. ○



© iStock/Thx4Stock

Hybrid-DRGs – Die Herausforderung

Tobias Kisch, Ralf Müller-Rath, Sven Gregor, Ralph Lorenz, Axel Neumann, Stephan Dittrich, Michael Müller, Ralf Lippert, Jan Henniger, Burkhard Lembeck, Eva-Maria Baur, Jörg Karst, Frank Vescia, Ralf Schmitz

Am 18. Dezember 2023 hat das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) die zum 01. Januar 2024 in Kraft getretene Hybrid-DRG-Verordnung veröffentlicht und kommt damit seinem Auftrag aus dem Koalitionsvertrag nach, „zügig für geeignete Leistungen eine sektorengleiche Vergütung durch sogenannte Hybrid-DRG“ umzusetzen. Grundlage für die Verordnung bildet der § 115f SGB V. Ziel ist es, die „Ambulantisierung bislang unnötig stationär erbrachter Leistungen zu fördern“ [1].

Die „Ambulantisierung“ soll Kosten einsparen, zu einer Verbesserung der Versorgung

führen, die Fehlbelegungsrate senken und damit die Anzahl freier Krankenhausbetten erhöhen und stationäres Personal entlasten sowie die Prüffallmenge des MD reduzieren.

Zur Extraktion möglicher Prozeduren auf Basis bestimmter Kriterien und zur Entwicklung möglicher Berechnungsmodelle, die sich für die sektorengleiche Vergütung qualifizieren, wurden Gutachten angefertigt [2, 3]. Das BMG hat durch § 115f SGB V auf Grund der kaum einzuhaltenden kurzen Frist einer dreiseitigen Vereinbarung und der stark differierenden Interessenlagen

**Korrespondierender Autor:****Prof. Dr. med. Tobias Kisch, MBA**

Erweiterter Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie (DGPRÄC)
Regionalvertreter BDC|Schleswig-Holstein
Praxis für Plastische Chirurgie und Handchirurgie
Praxisklinik Kronshagen
kisch@pkkh.de

PD Dr. med. Ralf Müller-Rath

Vorsitzender des Berufsverbandes für Arthroskopie (BVASK)

Dr. med. Sven Gregor

Vorstand des Berufsverbandes Niedergelassene Gefäßchirurgie (BNG); Sprecher der Landesvertreter im BDC; Vorstand des BDC|Nordrhein; Vorstand ANC-Nordrhein

Dr. med. Ralph Lorenz

Erster Vorsitzender der Chirurgischen Arbeitsgemeinschaft Ambulantes Operieren (CAAO)

Dr. med. Axel Neumann

Vizepräsident des Berufsverbandes Ambulantes Operieren (BAO)

Kisch T, Müller-Rath R, Gregor S, Lorenz R, Neumann A, Dittrich S, Müller M, Lippert R, Henniger J, Lembeck B, Baur EM, Karst J, Vescia F, Schmitz R: Hybrid-DRGs – Die Herausforderung. *Passion Chirurgie*. 2025 Januar/Februar; 15(01/02): Artikel 04_06.



Mehr zu Hybrid-DRG lesen Sie auf BDC|Online (www.bdc.de) unter der Rubrik Wissen | Vergütung | DRG.

der Vertragspartner Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-SV), Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) und Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) mittels Rechtsverordnung selbst Leistungen definieren und Fallpauschalen kalkulieren lassen. Die Zuarbeit konnte das BMG nach § 115f SGB V von den drei Vertragsparteien, dem Bewertungsausschuss, dem ergänzten Bewertungsausschuss, dem Institut des Bewertungsausschusses (InBA) und dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) in Anspruch nehmen. Zusätzlich wurde in dem Gesetz verankert, dass auch Leistungen außerhalb des AOP-Katalogs nach § 115b SGB V für die Hybrid-DRGs ausgewählt werden können. Neben einer Anpassung der „Fallpauschale auf Grundlage geeigneter empirischer Kostendaten des ambulanten und stationären Bereichs“ spätestens ab dem Jahr 2026, war auch eine 18-monatliche Evaluation, erstmals am 01. April 2024, und eine Anpassung der Leistungsauswahl, erstmals spätestens am 31.03.2024, von den drei Vertragspartnern vorgesehen [4]. Letzterer sind die Vertragsparteien am 27.03.2024 mit einer „Hybrid-DRG-Vereinbarung“ nachgekommen, in der einerseits der Leistungskatalog ab dem 01.01.2025 erweitert und andererseits eine Anpassung der Vergütungskalkulation erfolgen soll [5].

EXTRAKTION VON LEISTUNGEN UND KALKULATION DER PREISE FÜR HYBRID-DRGS

Als erstes Ergebnis wurden 12 spezielle Hybrid-DRGs generiert aus den Bereichen der Allgemeinchirurgie, der Kinderchirurgie, der Orthopädie, der Urologie und der Gynäkologie [6]. Die Leistungsauswahl und die Kalkulation der Vergütungshöhen wurden vom InEK durchgeführt. Die Auswahl erfolgte an Hand überschaubarer Kriterien (kurze Verweildauer und niedriger patientenbezogenen Gesamtschweregrad (PCCL), Ausschlusskriterien bestimmter Diagnosen und Prozeduren, hohes stationäres Substitutionspotential). Die Kalkulation gestaltete sich umso komplexer. Es wurde der Median der Sach- und Laborkosten ausschließlich aus den InEK-Daten des

Jahres 2022 angesetzt, da aus dem ambulanten Sektor nur unvollständige Sach- und Laborkosten vorlagen. Dieser wurde mit einem Mischpreis der übrigen Kosten (ohne Pflege) addiert. Der Mischpreis wiederum berechnete sich je Leistung aus den ambulanten und stationären Kosten entsprechend ihrem Ambulantisierungsgrad. Letzterer lag bei den Leistungen der ersten Hybrid-DRGs zwischen ca. 30 % und 80 %. Hierfür wurden Hochrechnungen von Fallzahlen aus Daten von InBA und BMG durchgeführt. Für die Ermittlung der ambulanten Kosten außerhalb von Krankenhäusern wurden fallbezogene Abrechnungsdaten der GKV für die ersten drei Quartale 2021 auf das ganze Jahr hochgerechnet. Eine Kostenerfassung des ambulanten Operierens im Krankenhaus entfiel, weil vom BMG nur Fallzahlen ohne Kostendaten zur Verfügung gestellt wurden [7]. Aufgrund dieser bruchstückhaften und inkonsistenten Datenlage steht die Berechnungsmethodik unter scharfer Kritik von Berufsverbänden und Fachgesellschaften.

Die Hybrid-DRG-Vereinbarung ergänzt ab dem 01.01.2025 neben weiteren Prozeduren der bereits vorhandenen Leistungsgruppen zusätzlich Leistungen aus den Bereichen der Viszeral- und Allgemeinchirurgie, Urologie, Proktologie, Unfallchirurgie und Brustchirurgie. Die Kalkulation soll weiterhin grundsätzlich der bisherigen Systematik entsprechend vom InEK erfolgen (bis zum 30.09.2024, spätestens aber zum 31.12.2024), allerdings wollen die Vertragspartner die Kalkulation begleiten. Zudem soll für die Sicherstellung einer sachgerechten Vergütung eine spezifische Analyse der Sachkosten erfolgen. Für die Ermittlung des ambulanten Fallwerts wird in der Hybrid-DRG-Vereinbarung differenziert zwischen OPS-Codes mit oder ohne Zuordnung zu Anhang 2 EBM. In dem Zusammenhang soll das arithmetische Mittel der Summe aus dem Leistungsbedarf (z. B. operative und anästhesiologische Leistungen aus Kapitel 31.2, 31.3, 31.5 und Kapitel 5 EBM) und den Grundpauschalen verwendet werden. Für die Ermittlung des stationären Fallwertes sollen Daten aus dem Jahre 2023 verwendet werden [5].

KRITIK AN DER KALKULATIONSMETHODIK UND DER DATENGRUNDLAGE

Die ambulante und die stationäre Komponente generieren ein künstlich geringes Kostengewicht auf Grund folgender Umstände:

- Es wurden DRG-Kosten anstelle von DRG-Erlösen verwendet.
- Die Datengrundlagen der DRGs von 2022 für 2024 und 2023 für 2025 sind veraltet und auf Grund deutlich gestiegenen Kosten und einem Anstieg des Basisfallwertes unsachgemäß.
- Es wurden nur die Kosten für einen Belegungstag herangezogen.
- Daten aus sektorenübergreifenden Selektivverträgen wurden ignoriert.
- Durch die veraltete Datengrundlage der ambulanten Erlöse von 2021 für 2024 wurde die Anpassung des Orientierungspunktwertes ebenso ignoriert wie die massiv erhöhten Personalkosten auf Grund der neuen Tarifverträge MFA und TVöD (als Referenz für OTAs und CTAs), der ab 2023 geltende Förderzuschlag und der ab 2024 geltende Hygienezuschlag.
- Sachkosten nach 7.3 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) fließen bislang nicht in die Berechnung ein, da diese aufgrund unterschiedlicher Sachkostenerstattungen in den Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) sowie unzureichender Erfassung dort nicht pauschal zu ermitteln sind. Es steht daher zu vermuten, dass die Sachkostenerfassung mittels Extraktion aus der DRG Kostenmatrix zu einer Unterfinanzierung führt.

BEWERTUNG

Die Komponente der Sach- und Laborkosten für die Hybrid-DRGs liegt teils deutlich unterhalb der Sach- und Laborkostensummen der jeweils zugehörigen Hauptabteilungs-DRG (aDRG) aus dem Jahr 2022. Gleiches gilt für die Komponente der übrigen Kosten [7, 8]. Auf Grund der intransparenten Situation der ambulanten Abrechnungsdaten und Fallzahlen ist eine Bewertung hier unmöglich.

Als „Neckbraker“ wird aktuell bei sachkostenlastigen Eingriffen insbesondere das Sachkosten-Problem diskutiert, das nicht nur Implantate, sondern z. B. auch Katheter betrifft [9]. Sprechstundenbedarf (SSB) soll zwar außerhalb der Hybrid-DRG abrechenbar sein [10], die SSB-Tabellen der KVen variieren jedoch, so dass hier eine föderale Ungleichbehandlung Folge ist. Außerdem sind teure Sachkosten meist kein Bestandteil der SSB-Tabellen.

Hauptgründe für das Sachkosten-Problem sind insbesondere:

- die Kalkulationsmethodik der Hybrid-DRGs,
- die Datengrundlage der Kostenmatrices,
- die unterschiedlichen Einkaufspreise in den Sektoren,
- die Heranziehung der Kosten bei 1-Tages-Fällen statt der DRG-Preise und
- die fehlenden Daten aus dem ambulanten Sektor.

In Hinblick auf die hohe Verantwortung, die mit Festlegung von Vergütungshöhen zur Steuerung medizinischer Leistungserbringung einhergeht, ist zu diskutieren, ob die aktuellen Kalkulationsresultate durch Fehlsteuerung zu einem Versorgungsproblem führen und wie zukünftige Vergütungshöhen kalkuliert werden sollten.

LEISTUNGSVERRECHNUNG

Bereits ein erster Blick auf die Vergütungshöhen von Fallpauschalen (mit klar definierten Rahmenbedingungen) gibt erfahrenen Leistungserbringern Hinweise darauf, welche Eingriffe kostendeckend sein können und welche nicht. Eine solche Einschätzung basiert auf der Kostenzusammensetzung innerhalb von Leistungserbringer-Konstrukten mit Operationszentren [11].

Bei Vorgabe von Vergütungen für Leistungskomplexe stellt sich daher zunächst die Frage nach der internen Kostenverteilung zur Abschätzung der Kostendeckung, auf welche die Hybrid-DRG-Verordnung und die Hybrid-DRG-Vereinbarung keine Antwort geben. Pauschale Empfehlungen können

Dr. med. Stephan Dittrich

Initiator und fachlicher Begleiter des Pilotprojektes Hybrid-DRG Thüringen – Neue Wege im Gesundheitswesen

Dr. med. Michael Müller

1. Vorsitzender der Akkreditierten Labore in der Medizin (ALM)

Dr. med. Ralf Lippert

1. Vorsitzender des Berufsverbandes der Niedergelassenen Kinderchirurgen Deutschlands (BNKD)

Jan Henniger

Vorstandsvorsitzender des Berufsverbandes Niedergelassener Chirurgen (BNC); Vorstand des Spitzenverbandes der Fachärzte Deutschland (SpifA)

Dr. med. Burkhard Lembeck

Präsident des Berufsverbandes für Orthopädie und Unfallchirurgie (BVOU)

Dr. med. Eva-Maria Baur

Erweiterter Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Handchirurgie (DGH)

Jörg Karst

Präsidium des Berufsverbandes Deutscher Anästhesistinnen und Anästhesisten (BDA), Vertreter der Niedergelassenen Anästhesisten

Dr. med. Frank Vescia

Vizepräsident des Berufsverbandes Deutscher Anästhesistinnen und Anästhesisten (BDA)

Dr. med. Ralf Schmitz

Vorsitzender des BDC-Landesverbands Schleswig-Holstein; Referatsleiter Niedergelassene Chirurgen und Chirurgen (BDC)

hilfreich sein, jedoch muss auf Grund der Inhomogenität von Konstrukt-Organisationen eine individuelle Leistungsverrechnung simuliert werden, um entscheiden zu können, ob eine Leistung im eigenen Konstrukt kostendeckend erbracht werden kann oder nicht.

Erfahrung damit haben insbesondere diejenigen Leistungserbringer und -träger, die bereits an Selektivverträgen der „Besonderen Versorgung“ nach § 140a SGB V (ehem. „Integrierte Versorgung“) teilnehmen. Selektivverträge können Direktverträge zwischen Leistungserbringern und Krankenkassen sein, in deren Rahmen bestimmte Versorgungsinhalte, Verfahrens- und/oder Vergütungsmodelle unabhängig von der Regelversorgung erprobt oder Inhalte des Kollektivvertrags damit ergänzt oder gar ersetzt werden können. Meist werden hier Vergütungshöhen von Leistungskomplexen individuell auf Grundlage einer mit einer prozentualen Minderung versehenen Hauptabteilungs-DRG oder einer entstehenden Kostenstruktur „maßgeschneidert“ kalkuliert und verhandelt. In letzterem Fall entstehen die Vergütungshöhen entsprechend umgekehrt an Hand der realen Kosten und damit auf einer verlässlichen Datengrundlage [12].

Die Bestandteile einer solchen Kalkulation lassen sich in zeitbezogene und eingriffsbezogene Komponenten, stationäre Komponente sowie risikobezogene Komponente differenzieren.

ZEITBEZOGENE KOMPONENTE

An erster Stelle stehen dabei:

- Personalkosten (Oberärztliches Gehalt für Operateur/in und Anästhesist/in orientiert an den Entgelttabellen einschließlich Sozialversicherungsbeiträge etc. [13], Assistentengehälter, OP- und Anästhesie-Pflege Gehälter, Stationäre Pflege Gehälter, Gehälter für nicht-medizinisches Personal, ...),
- Investitions- und Infrastrukturkosten (Kosten für Gebäude/Räumlichkeiten,

Miete, Geräte, Instrumente, zeitbezogene Sachkosten, Einrichtung, ...) und

- Betriebskosten (Kosten für Strom, Heizung, Wasser, Anschlüsse, EDV, Reinigung, Wartung und Reparaturen, Wäsche, Desinfektion, Abfallentsorgung, Versicherungen, Beratungen, Bürobedarf, ...).

Diese Kosten lassen sich auf Zeiträume (z. B. OP-Minute, OP-Tag-Minute, OP-Tag, ...) anteilig umlegen und damit für zeitlich begrenzte Leistungsanteile, z.B. die Summe aus Schnitt-Naht-Zeit und Naht-Schnitt-Zeit, heranziehen.

EINGRIFFSBEZOGENE KOMPONENTE

An zweiter Stelle stehen die im Rahmen einer Fallpauschale anfallenden Diagnostikkosten (Kosten für z. B. Labor, sofern in der gleichen Einrichtung im Rahmen der Operation erbracht), die nicht prä- oder postoperative Leistungen sind [14, 15]. Bezüglich pathologischer Leistungen besteht aktuell weiterhin eine Regelungslücke, so dass unklar bleibt, ob sie in die Kalkulation einbezogen werden müssen [16]. Weitergehend sind die Sachkosten zu berücksichtigen (Kosten für Arzneimittel, Implantate, Verbrauchsmaterial, ...), die nicht Bestandteil des SSB und nicht in der zeitbezogenen Komponente enthalten sind.

STATIONÄRE KOMPONENTE

Bei stationärer Erbringung in Krankenhäusern oder Praxiskliniken müssen auch die Kosten für die Normalstation inkl. Personal- und Visitenaufwand kalkuliert werden. Ein entsprechendes Pflegeentgelt ist zu berücksichtigen.

BERECHNUNG DER RESULTIERENDEN KOMPONENTE

Die genannten Komponenten müssen die Grundlage für eine Fallpauschale bilden und sind im Falle einer Hybrid-DRG

zeit- und sachgerecht umzulegen. Die eingriffsbezogene Komponente ist nach Art des Eingriffs voll anzusetzen, ebenso die stationäre Komponente.

WEITERBILDUNGS-, TRANSFORMATIONSinVESTITIONS- UND RISIKOBEZOGENE KOMPONENTEN

Zusätzlich zu den genannten Komponenten müssen weiterbildungs-, transformationsinvestitions- und -risikobezogene Komponenten (letztere auf Grund der Selbstständigkeit z.B. für Rücklagen als Risikopuffer) vorhanden sein.

REGELMÄSSIGE ANPASSUNGEN

Eine regelmäßige Re-Evaluation ist auf Grund der variablen Kostenkomponenten unter dem Aspekt der Nachhaltigkeit zwingend erforderlich. In welchen zeitlichen Abständen dies zu empfehlen ist, richtet sich einerseits nach Veränderungen bei den Kosten und der Konstruktstruktur, z. B. bei Tarifvertragsänderungen, Änderungen der Inflationsrate oder notwendigen Investitionen, andererseits nach Änderungen der Leistungsinhalte innerhalb der Hybrid-DRGs.

ERFOLG DER HYBRID-DRG

Der Erfolg von Hybrid-DRGs als essentiell Motor des Ambulantisierungstrends hängt wesentlich davon ab, ob sie aus Sicht der ambulanten OP-Zentren wirtschaftlich gestaltet sind. Die aktuelle Berechnungsmethodik und niedrige Qualität der Datengrundlage sind daher höchst kritisch bewertet, da das Resultat zu klaren Fehlansätzen und damit zu einer Fehlsteuerung mit der Konsequenz von Versorgungsproblemen führt.

Es ist nachvollziehbar, dass unter Zeitdruck und gleichzeitig hoher Arbeitsbelastung kaum eine realitätsnahe Lösung zu finden war, insbesondere wenn neben fragwürdigen Hochrechnungen auf veraltete Soll-Werte im ambulanten Bereich

zurückgegriffen werden muss und relevante Daten, wie z. B. bei Sachkostenkalkulationen fehlen, Inflationsraten und Tarifvertragsänderungen nicht beachtet werden und Transformationsinvestitionskosten kein Stellenwert beigemessen wird.

Es ist daher zwingend erforderlich, die aktuelle Berechnung der Vergütungshöhen und alle folgenden Berechnungen auch bei zukünftigen Fallpauschalen durch eine realitätsnahe Kalkulation zu ersetzen, in der o. g. Komponenten miteinbezogen werden. Die minimale Anpassung der Kalkulation nach der Hybrid-DRG-Vereinbarung wird dabei nicht ausreichen, denn auch die Berechnungsgrundlage des aktuellen EBM basiert auf Daten aus den 1990er Jahren und ist demnach schon lange Zeit nicht mehr sachgerecht [12].

Durch § 115f SGB V Abs. 1 Satz 6 ist eine Anpassung der Fallpauschale „spätestens ab 2026 auf Grundlage geeigneter empirischer Kostendaten des ambulanten und stationären Bereichs zu kalkulieren und anzupassen“ [4]. Der Gesetzgeber ermöglicht damit eine Neukalkulation bereits vor 2026, die auf empirischen Daten basieren muss. Empirische Daten im ambulanten

Sektor sind demnach zeitnah zu erfassen und zu veröffentlichen. Die Sachkosten sind hierbei nicht ausgenommen und sollten als Zusatzentgelte (ZE) für entsprechende Leistungen abgebildet sein, da diese sektorenübergreifend am einfachsten zu realisieren sind.

ZUSAMMENFASSUNG

Die Einführung von Hybrid-DRGs stellt Leistungserbringer und -träger vor neue Herausforderungen. Gleiches galt 2023 für die vom BMG benannten Institute zur Leistungsextraktion und Kalkulation von Vergütungshöhen der ersten Hybrid-DRGs. Es erfordert eine verantwortungsbewusste Berechnungsmethodik und eine realitätsnahe Datengrundlage, da das Ergebnis der Kalkulation einerseits zu Kontroversen bis hin zur Spaltung von Fachgruppen und Konstrukten führen kann. Andererseits droht eine Fehlsteuerung mit konsekutiven Versorgungsproblemen. Hier kann ein Qualitätsverlust durch Anwendung von einfachen, wenig komplexen und nicht-sachkostenintensiven OP-Verfahren, die zwar wirtschaftlich, aber nicht „State of the Art“ sind, entstehen und somit direkt die Versorgung von GKV-Versicherten

verschlechtern. Darüber hinaus zeichnet sich bereits jetzt ab, dass Leistungen, die durch die Fehlkalkulation unwirtschaftlich sind, durch Bereinigung des Leistungsportfolios von Leistungserbringern teils überhaupt nicht mehr flächendeckend erbracht werden.

Nur auf Grundlage einer kostendeckenden Vergütung ist überhaupt eine sachgerechte Leistungsverrechnung möglich. Insofern soll dieser Artikel nicht als „Lösung für das Problem der internen Vergütungsverteilung bei Hybrid-DRGs“ verstanden werden, sondern insbesondere Lösungsvorschläge für die geforderte Weiterentwicklung der Hybrid-DRG Vergütungshöhenberechnung anbieten, um einer Gefährdung der Versorgung von GKV-Patienten durch Fehlsteuerung vorzubeugen.

Es muss zwingend und zeitnah, wie in § 115f SGB V gefordert, mittels empirischer Kalkulationsgrundlage und -methodik die Neuberechnung einer wirtschaftlichen Vergütung erfolgen und diese regelmäßig angepasst werden.

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



Live-Webinar

Facharztseminar

Plastische Chirurgie

13. – 15. März 2025

Wissenschaftliche Leitung:

Prof. Dr. med. Heinz-Herbert Homann

Prof. Dr. med. Ulrich Kneser





Wichtige finanzielle Verbesserungen für die Durchgangsarzte in der UV-GOÄ zum Januar 2025

Peter Kalbe

BÜROKRATIE-AUSGLEICH DURCH VERMEHRTEN ANSATZ DER GO.-NR. 143

Zum Jahreswechsel konnte auf Beschluss der Gebührenkommission zwischen DGUV und KBV ein gewisser finanzieller Ausgleich für die immer wieder kritisierte Bürokratie im durchgangsarztlichen Verfahren vereinbart werden. Die Nr. 143 der UV-GOÄ kann ab 01.01.2025 nicht nur für das Ausstellen der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung

angesetzt werden, sondern für praktisch sämtliche BG-Formulare (Übersicht im Kasten). Dies soll einen gewissen Ausgleich für den Aufwand darstellen, der durch die umfangreichen zusätzlichen Angaben z. B. bei der Verordnung von physikalischer Therapie, entsteht. Aber auch für deutlich einfachere Verordnungen, z. B. für Hilfsmittel (nicht für Arzneimittel!), sowie für das Ausstellen von Überweisungen (Hinzuziehung) auf dem Vordruck F 2902 ist die Nr. 143 zukünftig ansetzbar. Allerdings



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

gibt es eine Begrenzung auf den 3-maligen Ansatz pro Behandlungstag. Bei der aktuellen Bewertung dieser Leistungsposition mit 3,53 € ergibt sich somit ein zusätzliches Honorar-Potenzial von bis zu 10,59 € pro Behandlungstag. Der BDC begrüßt diese Entscheidung der Gebührenkommission ausdrücklich, weil dadurch vor allem länger dauernde und aufwändige Behandlungen besser vergütet werden.

VERGÜTUNG FÜR ANGEFORDERTE MESSBLÄTTER AUSSERHALB DER BEGUTACHTUNG NACH GO.-NR. 134

Ab Januar 2025 kann für das Ausfüllen eines Messblatts nach den Vordrucken F 4220, F 4222, F 4224 und F 6222 die neue GO.-Nr. 134 angesetzt werden, die mit 20,00 € bewertet ist. Dies gilt allerdings nur auf Anforderung von UV-Trägern und nicht zusätzlich zu den Gebühren für die Gutachten.

VERGÜTUNG FÜR DIE BEFÜLLUNG DER ELEKTRONISCHEN PATIENTENAKTE (EPA) NACH GO.-NR. 180

Auch im Rahmen der durchgangsärztlichen Behandlung soll die ePA mit aktuellen medizinischen Informationen befüllt werden. Dafür kann ab 01.01.2025 einmal im Behandlungsfall eine Gebühr in Höhe von 5,00 € nach der neuen GO.-Nr. 180 angesetzt werden.

NEUE GO.-NRN. FÜR DIE VAKUUMVERSIEGELUNG (GO.-NRN. 2018, 2019 UND 2020)

Ebenfalls zum 01.01.2025 wurden neue GO.-Nr. für die Vakuumversiegelung bei der Behandlung chronischer Wunden aufgenommen. Dabei kann der Durchgangsarzt entweder nach einer Tagespauschale gemäß der GO.-Nr. 2018 (zurzeit 97,86 € je Behandlungstag) abrechnen oder jede

ÜBERBLICK ÜBER DIE AB 01.01.2025 NACH DER GO.-NR. 143 ABRECHENBAREN FORMULARE

- Bescheinigung zum Nachweis der Arbeitsunfähigkeit (Dies gilt auch für Bescheinigungen zum Bezug des Kinderpflege-Verletztengeldes bzw. zum Nachweis der unfallbedingten Erkrankung des Kindes)
- Transportbescheinigung/Bescheinigung Krankentransport
- Bescheinigungen für Kleider- und Wäschemehrverschleiß
- Verordnung von Hilfsmitteln (einschließlich orthopädischer Schuhe und Einlagen mit Vordruck F 2404)
- Bestätigungen für Fahrkostenabrechnungen
- Verordnung von Krankengymnastik/Physiotherapie (F 2400) und Ergotherapie (F 2402)
- Verordnung von Rehasport und Funktionstraining (F 2406)
- Verordnung von KSR (F 2170), BGSW (F 2150), EAP (F 2419), ABMR (F 2162)
- Verordnung von häuslicher Krankenpflege nach § 19 Vertrag Ärzte/UVTr
- F 2902 Hinzuziehung/ Überweisung (§ 12 ÄV)
- Verordnung von DiGA

Kalbe P: Wichtige finanzielle Verbesserungen für die Durchgangsärzte in der UV-GOÄ zum Januar 2025. *Passion Chirurgie*. 2025 Januar/Februar; 15(01/02): Artikel 04_07.



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

Behandlung einzeln nach den GO-Nrn. 2019 (Erstbehandlung, 42,15 € plus Besondere Kosten 10,00 €) und Nr. 2020 (Folgebehandlungen, 28,85 € plus Besondere Kosten 10,00 €) ansetzen. Bei der Pauschale nach Nr. 2018 sind die Sachkosten für die Pumpe und das Verbandmaterial mit abgegolten, bei den Einzelleistungen können diese zusätzlich als Aufwandsersatz geltend gemacht werden. Für die GO-Nr. 2020 gilt eine Begrenzung auf maximal 3-mal pro Kalenderwoche und der Ausschluss

gegen Untersuchungen und Beratungen und gegen andere Leistungen der Wundbehandlung. Für außergewöhnlich große und aufwändige Wunden kann nach wie vor eine Einzelvereinbarung mit den UV-Trägern angestrebt werden.

Der BDC setzt sich fortlaufend für weitere Verbesserungen der Vergütungen für die durchgangsärztliche Tätigkeit ein. Im Laufe des Jahres 2025 ist eine Neuordnung und Anhebung der Gebühren für

arthroskopische Operationen in Vorbereitung. Danach stehen weitere Fortschritte bei den Grundleistungen (Untersuchungen und Beratungen) sowie bei den ambulanten Operationen auf der Agenda. Wir halten Sie dazu auf dem Laufenden. Bitte laden Sie sich regelmäßig die jeweils **gültige UV-GOÄ** von der KBV-Homepage herunter und überprüfen Sie, ob die häufigen Anpassungen in Ihrem eigenen EDV-System umgesetzt wurden: **KBV-Homepage**. ○



Live-Webinar

Wissenschaftliche Leitung:

Prof. Dr. med. Lars Gerhard Großerlinden,
Hamburg

Osteosyntheseverfahren an der oberen Extremität

04. April 2025

Klick!
Jetzt
anmelden!

Honorarberichte der KBV

3. Quartal 2023

KBV



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

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung hat die Honorarberichte für die vertragsärztliche Versorgung nach § 87c SGB V für das **1., 2. und 3. Quartal 2023** veröffentlicht. Sie informieren über die Honorarverteilung, die Gesamtvergütung, die Bereinigungssummen und das Honorar je Arzt und Abrechnungsgruppe im jeweiligen Quartal.

Erstes Quartal 2023

Zweites Quartal 2023

Drittes Quartal 2023

Alle bisher erschienenen Berichte sowie weitergehende Kennzahlen zur vertragsärztlichen Abrechnung sind ebenfalls auf der **Webseite der Kassenärztlichen Bundesvereinigung** veröffentlicht.

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



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



©iStock/utrecht

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.

JANUAR/FEBRUAR 2025

Prof. Dr. med. Martin Angele ist seit Januar 2025 Chefarzt der Abteilung für Allgemeine, Viszeral-, Thorax- und Endokrine Chirurgie am Klinikum Garmisch-Partenkirchen. Angele war zuletzt stellvertretender Direktor der Chirurgischen Klinik am LMU-Klinikum München in Großhadern und seit 2007 Leiter der Sektion Onkologische Chirurgie.

Prof. Dr. Dr. med. Franck Billmann ist seit Anfang Januar 2025 neuer Chefarzt der Klinik für Viszeral-, Thorax- und Gefäßchirurgie am Klinikum Heidenheim. Billmann war vor seinem Wechsel Oberarzt an der Chirurgischen Klinik des Universitätsklinikums Heidelberg.

Dr. med. Alexander Gratz ist neuer Chefarzt der Allgemein- und Viszeralchirurgie an der Kreisklinik Ebersberg. Der Facharzt für Viszeralchirurgie mit Zusatzbezeichnung Spezielle Viszeralchirurgie war zuvor Oberarzt im Münchener Krankenhaus der Barmherzigen Brüder.

Carina Heckel ist seit Januar 2025 neue Chefarztin des Wundzentrums Allgäu am Klinikum Kaufbeuren im Ostallgäu. Carina Heckel war zuletzt leitende Oberärztin bei der langjährigen Chefarztin und Gründerin des Wundzentrums, Dr. med. Michaela Knestele, die in den Ruhestand wechselte.

PD Dr. med. Johannes Hopf ist seit Oktober 2024 neuer Chefarzt der Unfall- und Wiederherstellungschirurgie am Krankenhaus der Barmherzigen Brüder in Trier. Zuletzt war er Oberarzt an der Klinik für Unfall-, Hand- und Wirbelsäulenchirurgie der Universitätsklinik des Saarlandes in Homburg.

Dr. med. Heiko Rüttgers übernahm im Januar 2025 die Chefarzt-Position der Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie im Marien-Hospital in Wesel. Er wechselte vom St. Willibrord-Spital Emmerich nach Wesel.

Dr. med. Dipl.-Biol. Hadrian Nassabi (vormals Schepler) MHBA ist seit Januar 2025 neuer Chefarzt der Hautklinik des SRH Wald-Klinikum in Gera. Er ist Facharzt für Dermatologie sowie Facharzt für Plastische und Ästhetische Chirurgie. Nassabi war zuletzt Leiter der operativen Dermatologie und der Sektion Plastische Chirurgie an der Hautklinik der Universitätsmedizin Mainz. 



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

Frage & Antwort



Blutentnahmen auch ohne Einwilligung des Patienten?

FRAGE:

Ein Chefarzt fragt an, inwieweit Blutentnahmen auf Anordnung der Polizei auch ohne Einwilligung des Patienten durchgeführt werden dürfen oder müssen.

ANTWORT:

Gemäß § 81a I StPO sind Entnahmen von Blutproben und andere körperliche Eingriffe, die von einem Arzt nach den Regeln der ärztlichen Kunst zu Untersuchungszwecken vorgenommen werden, auch ohne Einwilligung des Betroffenen zulässig, wenn kein Nachteil für seine Gesundheit zu befürchten ist und sie zur Feststellung von Tatsachen (z. B. BAK-Konzentration) erforderlich sind.

Für die Anordnung ist grundsätzlich ein Richter zuständig, bei Gefährdung des Untersuchungserfolgs durch Verzögerung jedoch auch die Staatsanwaltschaft und ihre Ermittlungspersonen (Polizeibeamte). Dies gilt insbesondere bei Verdacht einer Straftat des Führens eines Fahrzeugs unter Alkohol- oder Betäubungsmittelinfluss im Straßenverkehr (§ 81 a II StPO).

Die Blutentnahme muss dabei nach den Regeln der ärztlichen Kunst erfolgen, die Anwendung einer Narkose (bei sich etwa wehrenden Probanden) wäre aber stets unzulässig. Durch den Eingriff müssen

gesundheitliche Nachteile mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen sein. Dabei kommt es nicht allein auf die Art des Eingriffs, sondern den aktuellen Gesundheitszustand des Beschuldigten an. Ein gesundheitlicher Nachteil im Sinne der Rechtsprechung liegt nur bei Eintritt einer erheblichen, über die Untersuchungsdauer hinauswirkenden Beeinträchtigung des körperlichen Wohlbefindens vor, nicht bereits bei Schmerzen oder anderen vorübergehenden Unannehmlichkeiten, auch nicht bei einem etwa durch die Kanüle ausgelösten Angstzustand oder seelischer Belastung (vgl. hierzu Meyer-Goßner/Schmid, StPO, RN. 17 zu § 81a).

Die Einschätzung, ob eine Blutentnahme im Einzelfall gefahrlos möglich ist, obliegt dem beauftragten Arzt. In einem Fall, in dem eine kräftige, zur Blutentnahme vorgesehene Person derart heftige Gegenwehr leistete, dass es insgesamt sechs Polizeibeamten nicht gelang, den Beschuldigten zum Zwecke der Blutentnahme sicher zu fixieren, da es dieser immer wieder schaffte, sich zu drehen, zu wenden, aufzubaumen und um sich zu treten bzw. zu schlagen, weshalb der beauftragte Arzt die Blutentnahme ablehnte, erging eine Strafanzeige wegen des Verdachts der Strafvereitelung



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



Marco Eicher
Rechtsanwalt
Fachanwalt für Strafrecht und
Medizinrecht
Heberer Rechtsanwälte München

gegen den Arzt (§ 258 StGB). Der Arzt hatte argumentiert, eine sichere Blutentnahme sei bei dem Patienten nicht möglich gewesen. Um die drei bis vier Zentimeter lange, dünne Kanüle der Polizei in die Vene zu punktieren, sei es unabdingbare Voraussetzung, dass sich der Beschuldigte zumindest für eine Minute absolut ruhig verhält, damit der Arzt den Stauschlauch anlegen kann, in Ruhe und treffsicher das Gefäß punktieren und das Blut in das Röhrchen abziehen sowie schließlich die Kanüle wieder entfernen kann. Selbst Bewegungen von wenigen Zentimetern ließen jedoch eine Blutentnahme nicht zu, da in diesen Fällen das Risiko besteht, dass das Gefäß stark verletzt und dadurch ein Notfalleingriff erforderlich würde oder die Kanüle abbrechen könne, was schwerwiegende, nicht ausschließbar lebensbedrohliche Folgen hätte und ebenfalls eine gefäßchirurgische Notfall-OP nach sich ziehen würde. Das hierauf eingeleitete Ermittlungsverfahren der Staatsanwaltschaft (Staatsanwaltschaft München II, Az.: 31 Js 37497/23) gegen den Arzt wurde schließlich mangels Tatverdacht eingestellt, da unter diesen Umständen wegen der Gesundheitsgefährdung für den Beschuldigten dem Arzt die Blutentnahme nicht möglich gewesen sei.

Selbstverständlich muss der Eingriff durch einen Mediziner, der als Arzt approbiert ist oder über eine entsprechende Berufsausübungserlaubnis für Blutentnahmen verfügt, erfolgen. Zahnärzte sind hierzu nicht berechtigt, selbstverständlich auch keine Pfleger oder Krankenschwestern, die solche Eingriffe allenfalls unter Anleitung, Aufsicht und in der Verantwortung eines Arztes vornehmen dürfen.

Die Ermittlungsbeamten dürfen den Beschuldigten zu einer Blutprobenentnahme sogar vorübergehend festnehmen, zwangsweise dem nächsten geeigneten oder erreichbaren Arzt oder Krankenhaus

zuführen und, um die Blutentnahme gefahrlos zu ermöglichen, auch festhalten oder festschnallen. Derartige Zwangsmittel darf jedoch nur die Polizei, nicht aber der die Blutprobe vornehmende Arzt einsetzen.

Bei Vorliegen dieser Voraussetzungen des § 81a StPO darf der Arzt also grundsätzlich die Blutprobe, etwa zum Zwecke der Feststellung der BAK, auch gegen den ausdrücklichen Willen des Betroffenen vornehmen.

Fraglich ist überdies, ob ein angestellter Krankenhausarzt überhaupt verpflichtet ist, zwangsweise Blutentnahmen vorzunehmen. Grundsätzlich ergibt sich aus dem ärztlichen Berufsrecht selbst keine Garantenpflicht zur Mitwirkung an der Strafverfolgung. Selbst wenn aber ein Krankenhausträger eine Vereinbarung zur Mitwirkung bei polizeilich angeordneten Blutentnahmen getroffen hat, kommt es für die Verpflichtung des einzelnen angestellten Arztes hierzu zusätzlich darauf an, ob sich der Arzt in seinem Dienstvertrag mit dem Arbeitgeber zu einer entsprechenden Mitwirkung an der Strafverfolgung durch Blutentnahmen verpflichtet hat. Nur wenn beide Voraussetzungen vorliegen, also eine entsprechende Mitwirkung des Krankenhausträgers vereinbart wurde und im ärztlichen Dienstvertrag die Verpflichtung zur Blutentnahme bei polizeilicher Anordnung als Dienstaufgabe geregelt ist, ist der entsprechende Arzt verpflichtet, diese – sofern im Einzelfall keine gesundheitliche Gefahr für den Probanden zu befürchten ist – auch tatsächlich durchzuführen. Andere Ärzte sind grundsätzlich nicht verpflichtet, Ersuchen um Blutentnahmen nachzukommen. Aus diesem Grunde ist nach herrschender Rechtsprechung der Straftatbestand der Strafvereitelung für solche Ärzte bei verweigerter Blutentnahme auch regelmäßig nicht erfüllt (vgl. z. B. AG Wolfratshausen, Urteil 17.02.2022).

Heberer J: F+A: Blutentnahmen auch ohne Einwilligung des Patienten? 2025 Januar/Februar; 15(01/02): Artikel 04_10.



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

Frage & Antwort



GOÄ-Abrechnung von ambulanten Operationen in Privatklinik bindend



Antwort von Dr. jur. Jörg Heberer:

Justitiar BDC

Rechtsanwalt und Fachanwalt für

Medizinrecht

justitiar@bdc.de

Heberer J: F+A: GOÄ-Abrechnung von ambulanten Operationen in Privatklinik bindend. 2025 Januar/Februar; 15(01/02): Artikel 04_11.



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

FRAGE:

Ein Chefarzt fragt an, ob eine ambulante Operation in einer Privatklinik gemäß § 30 Gewerbeordnung (GewO) zwingend nach der GOÄ abgerechnet werden muss oder ob hierfür ein Pauschalhonorar berechnet werden kann.

ANTWORT:

Diese Frage wurde mit Urteil vom 13.06.2024 – III ZR 279/23 durch den BGH geklärt ([s. hierzu BGH](#)). Der 3. Senat des BGH hat entschieden, dass die GOÄ auch auf eine ambulante Operation in einer nach § 30 GewO konzessionierten Privatkankeanstalt anwendbar ist, sodass die dort erbrachten ambulanten ärztlichen Leistungen zwingend nach der GOÄ abzurechnen sind. Die Vereinbarung einer pauschalen Vergütung für die ärztliche Leistung ist demzufolge ausgeschlossen, sodass der abgeschlossene Behandlungsvertrag über ein Pauschalhonorar gemäß § 125 BGB i. V. m. § 2 GOÄ bzw. gemäß § 134 BGB unwirksam ist und keinen Rechtsgrund für die Honorarforderung darstellt (vgl. BGH, a. a. O., Rn. 12, 13).

Der BGH bestätigte damit zum einen nochmals sein Urteil vom 04.04.2024 – III ZR 38/23, wonach die GOÄ auf die Berechnung ambulanter ärztlicher Leistungen auch dann Anwendung findet, wenn der

Behandlungsvertrag mit einer juristischen Person wie zum Beispiel einem Krankenhaussträger oder einem MVZ abgeschlossen wird und ambulante Leistungen durch Ärzte erbracht werden, die lediglich im Rahmen eines Anstellungs- oder Beamtenverhältnisses in Erfüllung ihrer eigenen Dienstaufgaben tätig werden, selbst mit dem Patienten aber keine Vertragsbeziehung eingehen (vgl. BGH, a. a. O., Rn. 14). Folglich betont der BGH abermals im Hinblick auf den Anwendungsbereich der GOÄ, dass sowohl § 1 Abs. 1 GOÄ als auch § 11 S. 1 BÄO sich mithin explizit auf die Art der erbrachten Leistung und nicht auf den Inhaber der durch die ärztliche Leistung begründeten Forderung beziehen (vgl. BGH, a. a. O., Rn. 15).

Zum anderen stellte der BGH aber auch klar, dass dies nur solange gilt, solange die GOÄ nicht durch andere Bestimmungen zur Abrechnung der Behandlung verdrängt werde (vgl. § 1 Abs. 1 Hs. 2 GOÄ). Dies ist ausweislich der Urteilsgründe beispielsweise im Rahmen einer stationären Krankenhausbehandlung der Fall. Im Fall eines DRG-Krankenhauses ist dies bei stationärer Behandlung das Preisrecht des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG), des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) und der Bundespflegesatzverordnung (BpflV).

Handelt es sich um eine nicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 2 KHG geförderte oder steuerlich begünstigte (§ 67 AO), dem KHEntgG nicht unterfallende reine Privatklinik, so hat diese bei stationärer Behandlung weiterhin die Möglichkeit einer in den Grenzen der §§ 134, 138 BGB freien Preisvereinbarung und -gestaltung (vgl. BGH, a. a. O., Rn. 19).

Nach Auffassung des Verfassers wäre eine solche weitere Ausnahme vom Geltungsreich der GOÄ eine durch das Krankenhaus bei einem Privatpatienten durchgeführte ambulante Operation, die nunmehr unter eine Hybrid-DRG fällt. Denn über § 1 Abs. 3 S. 3 KHEntgG gilt, dass diese Leistungen für alle Benutzer des Krankenhauses einheitlich nach § 115f SGB V vergütet werden. Folglich ist damit aus Sicht des Verfassers regelmäßig auch bei Privatpatienten die Hybrid-DRG für die ambulante Operation und somit für die ärztliche Leistung abzurechnen.

Der BGH wies im entschiedenen Fall übrigens explizit darauf hin, dass die

ambulante Behandlung auch nicht deswegen zu einer stationären wird, weil die Patientin nach jedem Eingriff eine Nacht in einem mit der Privatklinik kooperierenden Krankenhaus verbracht hatte. Die Patientin hatte mit dem kooperierenden Krankenhaus gesonderte Verträge über Unterkunft und Pflege nach einem ambulanten Eingriff geschlossen. Da die jeweiligen Aufenthalte der Patientin nach dem unangegriffenen Inhalt dieser Vereinbarungen medizinisch nicht notwendig waren und explizit keine stationäre Krankenhausaufnahme sein sollten, stellten sie sich im Ergebnis nach Ansicht des BGH somit lediglich als eine Art Hotelleistung dar.

Auch der Umstand, dass die Privatklinik die Erfüllung der hierdurch eingegangenen Verpflichtungen sowie die Kosten weiterer postoperativer Leistungen wie etwa die akzentuierte manuelle Lymphdrainage übernommen sowie der Patientin nach den Eingriffen Kompressionswäsche zur Verfügung gestellt und damit nicht nur rein ärztliche Tätigkeiten erbracht hatte, ändert

aus Sicht des BGH nichts an der Anwendbarkeit der GOÄ. Das gegenüber der Patientin erbrachte „Paket“ an – auch einzeln möglichen und medizinisch nur teilweise indizierten – Leistungen rückt die ambulante Behandlung nicht in die Nähe eines voll- oder teilstationären Krankenhausaufenthalts, über den ein totaler Krankenhausvertrag geschlossen wird (vgl. BGH, a. a. O., Rn. 21, 22).

Zusammenfassend ist damit festzustellen, dass die Bindung an die GOÄ als grundsätzlich zwingendes Preisrecht für ambulante privatärztliche Leistungen unabhängig davon gilt, wer Vertragspartner des Behandlungsvertrages ist, da nach der höchstrichterlichen Rechtsprechung für die Bindungswirkung ausreichend ist, dass berufliche Leistungen eines Arztes geltend gemacht werden. Dies gilt unterschiedslos für MVZ, DRG-Krankenhäuser und reine Privatkliniken. ○



Präsenz-Seminar

Wissenschaftliche Leitung:

Prof. Dr. med. Johann Pratschke, Berlin

PD Dr. med. Robert Siegel, Berlin

Viszeralchirurgie Kompakt

Kolorektale Chirurgie

Berlin, 08. – 09. April 2025

Klick!
Jetzt
anmelden!


BDC-PRAXISTEST

Change-Management in der Chirurgie

David Goldberg

WARUM DAS THEMA „CHANGE-MANAGEMENT“ HEUTE FÜR KLINIKEN SO RELEVANT IST

Kliniken stehen heute vor vielfältigen Herausforderungen: rasante technologische Entwicklungen, steigende Kosten, strengere Regulierungen, demografischer Wandel, strukturelle Veränderungen der Sektoren, ... und ganz nebenbei eine immer besser informierte und anspruchsvolle Patientenschaft. Change-Management ermöglicht es Kliniken, sich diesen sich ständig verändernden Rahmenbedingungen anzupassen, um handlungsfähig zu bleiben. Dies ist entscheidend, um zu überleben, die Qualität der Patientenversorgung zu

verbessern, Prozesseffizienz zu steigern und um innovativ zu bleiben. Kurzum: Es gibt keine Option zum Verzicht auf Change-Management, denn dies hätte existenzielle Folgen.

KONKRETE AUFGABEN IM „CHANGE-MANAGEMENT“

Change-Management umfasst die systematische Planung, Umsetzung und Überwachung von Veränderungsprozessen. Die Aufgaben reichen von der Analyse der Ist-Zustände und der Entwicklung von Zukunftskonzepten bis hin zur Steuerung der Veränderungsprojekte und der Verankerung neuer Abläufe im Klinikalltag. Ebenso wichtig ist die Schulung der Mitarbeiter,



Dr. med. David Goldberg
DR. GOLDBERG & PARTNER
Führungs- und Organisationsberatung
Akademie für Führungskräfte
Selztalstr. 13
55218 Ingelheim am Rhein
mail@dr-goldberg.com
www.dr-goldberg-partner.de

um neue Kompetenzen zu vermitteln und die Begleitung der emotionalen und mentalen Anpassungsprozesse.

DER UNTERSCHIED ZWISCHEN PROJEKTMANAGEMENT UND CHANGE-MANAGEMENT

Während Projektmanagement sich primär auf die technische Abwicklung von Projekten konzentriert, darunter Zeitplanung, Budgetierung und Qualitätskontrolle, fokussiert Change-Management auf die menschliche Seite der Veränderung. Es geht um die Beeinflussung und Gestaltung der Unternehmenskultur, die Motivation von Mitarbeitenden und die Schaffung einer Basis für dauerhafte Veränderungen.

WICHTIGE QUALIFIKATIONEN FÜR CHANGE-MANAGER

Erfolgreiches Change-Management erfordert nicht nur Kenntnisse in Betriebswirtschaft und Organisationsentwicklung, sondern auch in echtem Management, der Psychologie und in Kommunikationswissenschaften. Diese Fähigkeiten kann man durch spezielle Kurse und Zertifikate in Change-Management erwerben, die oft von Universitäten, Fachhochschulen oder privaten Weiterbildungsanbietern angeboten werden. Obwohl Führungskräfte wesentlich am Change-Management beteiligt sein sollten, da sie Vorbilder sind und die Veränderung vorantreiben, kann die Komplexität und der Umfang des Change-Managements oft den Einsatz spezialisierter Change Manager erfordern. Diese können sich voll auf das Management des Wandels konzentrieren und verfügen über das notwendige spezialisierte Wissen.

SIND DIE FÜHRUNGSKRÄFTE IM CHANGE-MANAGEMENT ANGEMESSEN QUALIFIZIERT?

Die Qualifikation von Führungskräften kann stark variieren. Erfolgreiche Change Leader sind oft diejenigen, die eine klare Vision haben, empathisch kommunizieren und Mitarbeiter motivieren können. Doch ohne spezifische Schulung oder

Erfahrungen im Change-Management könnten ihnen wichtige Fähigkeiten fehlen. Führung und Management sind nun mal Berufe der Wirksamkeit, die erlernt werden müssen – ebenso und erst recht ist Change-Management eine Qualifikation zum Leadership-Experten für Veränderung.

In den Managementtrainings der letzten 20 Jahre habe ich häufig jedoch nur sehr selten Führungskräfte des Oberen- oder Mittleren Managements. Ich frage mich, ob bzw. wo diese Qualifikationen erworben wurden oder werden.

Und dann stellt sich noch die Frage, wer die Führungskräfte ausbildet und trainiert – und ob tatsächlich Kenntnisse, Praxis- und Führungserfahrungen der Trainer und Ausbilder vorliegen. Denn Führung im Krankenhaus ist anspruchsvoll und hochkomplex. Aber viele der Führungskräfte-Trainer haben selbst noch nie geführt, schon gar nicht in Kliniken. Das ist für viele teilnehmenden Führungskräfte dann häufig befremdlich – zurecht, wie ich finde. Ein Fußballtrainer, der noch nie Fußball gespielt hat, wird schwerlich als Trainer erfolgreich sein. In der Regel wird er auch keinen Job bekommen – das läuft im Führungskräfte-Training leider häufig anders. Hier sollten die Anforderungen an Trainer deutlich erhöht werden.

PROBLEME BEI UNSICHERHEITEN ODER ZU GERINGER QUALIFIKATION VON FÜHRUNGSKRÄFTEN

In vielen Fällen kommt es zu erheblichen Widerständen, die effektiv gemanagt werden müssen. Hier kommt der Führungskommunikation höchste Bedeutung zu. Das kann sonst zu Verzögerungen, erhöhten Kosten und sogar zum Scheitern von Projekten führen. Mitarbeitende könnten sich dem Wandel widersetzen oder sich entfremdet fühlen, was die Arbeitsmoral und Produktivität massiv beeinträchtigt. Hier schildern Führungskräfte häufig, dass sie mit diesen Situationen verständlicherweise überfordert sind und sich mehr „Handwerkszeug“ wünschen. Dieses lässt

Goldberg D: BDC-Praxistest: Change-Management in der Chirurgie. Passion Chirurgie. 2025 Januar/Februar; 15(01/02): Artikel 05_01.



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

sich erfahrungsgemäß, je nach Funktion oder auch Verantwortung, in ein bis zwei Trainingstagen vermitteln. Das ist gut investierte Zeit und kommt einem Fahr sicherheitstraining für schwierige Situationen gleich. Führungskräfte werden dadurch gut vorbereitet. Ich erlebe Auftraggeber solcher Trainings, die sich der Tragweite solcher Maßnahmen bewusst sind und sie gezielt zur Qualifizierung ihrer Führungskräfte einsetzen. Erfolgreich.

MÖGLICHE FEHLER UND RISIKEN

Weitere häufige Fehler sind eine unzureichende Risikoanalyse, mangelnde Ressourcenallokation, das Übersehen oder Ignorieren von Feedback der Mitarbeitenden und das Fehlen einer kontinuierlichen Evaluierung und Anpassung des Veränderungsprozesses. Vor allem die Kommunikation ist entscheidend – mit allen Facetten und Aspekten.

Wenn die Geschäftsführung vor die Führungskräfte und Mitarbeitenden tritt und Change verkündet und kommuniziert, so wirkt nicht nur der verbale Anteil, sondern vor allem der non- und paraverbale Anteil. Daher muss eine vollkommene Kongruenz des gesprochenen Wortes mit der Energie und Körperhaltung gegeben sein. Auch die unsichtbare, innere Haltung muss in dem Moment stimmig sein. Es geht um klare Authentizität. Das geht schon über eine normale Führungskommunikation hinaus – es ist eine echte Rhetorik. Es darf kein Glück sein, ob die richtigen Botschaften vermittelt werden. Denn Mitarbeitende lesen diese Kommunikation hochsensitiv aus und bemerken jede Schwäche und Fragwürdigkeit – und beantworten dies ggf. mit Misstrauen und Widerstand. Hier werden häufig viele Fehler gemacht, die nicht mehr aufgeholt bzw. wettgemacht werden können.

KOMMUNIKATION MIT DEN MITARBEITENDEN

Es ist entscheidend, dass die Kommunikation klar, offen, konsistent, authentisch,

glaubwürdig und regelmäßig erfolgt. Mitarbeitende müssen verstehen, warum Veränderungen notwendig sind, welche Ziele verfolgt werden und wie diese die Organisation und sie persönlich betreffen werden. Die Regel lautet: kommuniziere viel und mit allen. Immer und jederzeit. Lieber einmal zu viel als zu wenig. Und vergiss niemanden – sonst droht Widerstand. Widerständen und Ängsten von Mitarbeitenden sollten Führungskräfte offen und verständnisvoll begegnen, um sie in eine konstruktive Energie zu wandeln. Phrasen wie „Machen Sie sich mal keine Sorgen!“ sind respektlos und würdigen nicht die wahrgenommene Situation. Besser ist es, ein Verständnis tiefenwirksamer Führungskommunikation zu besitzen. Ein gutes Beispiel, das sich die Tiefenstruktur der Kommunikation zunutze macht, ist: „Ich lade Sie zur gemeinsamen Veränderung ein! Denn wir sind über das OB hinweg – aber gemeinsam können wir jetzt das WIE gestalten. Bevor jemand kommt und wir dann gestaltet werden.“ Solche Impulse sind sehr wirkungsvoll und unterstützen Führungskräfte in der Kommunikation. Aber auch eine souveräne und gewaltfreie Konfliktkommunikation ist hier eine große Stütze für Führungskräfte, wenn diese erlernt wurde. Sie stellt sicher, dass Konfliktthemen im Change-Management eskalationsfrei angesprochen werden können und in kürzester Zeit Lösungen vereinbart werden. Eine absolute Schlüsselqualifikation in diesen Zeiten, ebenso wie Persönlichkeitsdiagnostik. Das lässt sich alles meist in ein bis zwei Tagen erlernen.

WIE KANN MAN MITARBEITENDE DAVON ÜBERZEUGEN, DASS DIE VERÄNDERUNGEN NÖTIG SIND – AUCH WENN SIE MANCHMAL SCHMERZHAFT SEIN KÖNNEN?

Indem man die Vorteile, den Sinn und Nutzen der Veränderung klar kommuniziert, Unterstützung anbietet und frühzeitig in den Veränderungsprozess einbezieht. Das schafft Vertrauen und ermöglicht es den Mitarbeitern, Teil der Lösung zu sein. Und, ganz wichtig, dass Führungskräfte sicher

und souverän in ihrer Haltung und Rolle sind. Das „OB“ darf nicht mehr diskutiert oder durch diese in Frage gestellt werden, lediglich das „WIE“. Das setzt aber voraus, dass Führungskräfte auch gut vom oberen Management „abgeholt“ und informiert wurden. Aber es gibt neben der Bring-auch eine Holschuld, der ich gerecht werden muss, wenn ich noch etwas benötige, um meiner Führungsaufgabe gerecht zu werden.

Man sollte, insbesondere bei verstärkten Ängsten und Widerständen, verstärkt eine Kultur des offenen Dialogs fördern, in der Ängste und Bedenken ohne Nachteile geäußert werden können. Zusätzliche Unterstützung wie Coaching oder Mentoring kann ebenfalls hilfreich sein. Und es ist wichtig, respektvoll mit Bedenken oder Ängsten umzugehen. Auch, wenn ich mich wiederhole, so ist zu betonen, dass es wichtig ist, klarzustellen, dass wir über das **OB** hinweg sind und es um die gemeinsame Gestaltung des **WIE** geht. Das löst häufig konstruktive Suchprozesse nach Lösungen aus und erhöht die Beteiligung und das Engagement der Mitarbeitenden – es kanalisiert die Energie von Ängsten hin zu Lösungen.

WARUM UNS VERÄNDERUNGEN SCHWERFALLEN

Menschen sind „Gewohnheitstiere“; Veränderungen bringen Unsicherheit und potenzielles Risiko mit sich, was natürlicherweise Abwehrreaktionen hervorrufen kann. Das Gehirn benötigt zudem im Rahmen von Routinedenken und -arbeiten im sogenannten Automatik-Modus nur ca. 5 % des Gesamtenergieumsatzes des Körpers. Im Rahmen des Change-Managements, also auch des Erlernens von neuen Methoden und Ansätzen, kann bzw. muss es den Energieverbrauch bis auf 20 % erhöhen – aber das Gehirn versucht in der Regel, diese Anstrengung zu vermeiden und „wehrt“ sich. Denn es empfindet Veränderung meist als unfassbar anstrengend und möchte daher lieber die Routine bewahren, da es der ökonomisch günstigere Modus ist. Es ist wichtig, das zu verstehen.

DER UNTERSCHIED ZWISCHEN CHANGE-MANAGEMENT UND TRANSFORMATION

Change-Management und Transformation sind beides wichtige Konzepte im Bereich des organisatorischen Wandels, unterscheiden sich jedoch in ihrem Umfang, ihrer Tiefe und ihren Zielen.

Change-Management bezieht sich im Allgemeinen auf den Prozess, Veränderungen innerhalb einer Organisation zu planen, zu implementieren, zu steuern und zu stabilisieren. Es geht darum, spezifische Veränderungen zu managen, die oft klar definiert und auf bestimmte Ziele oder Projekte ausgerichtet sind. Change-Management kann sich auf Veränderungen in Prozessen, Systemen, Strukturen oder Technologien beziehen und ist oft reaktiv, d. h., es wird implementiert, um auf interne oder externe Einflüsse zu reagieren. Das Hauptziel von Change-Management ist es, den Übergang von einem bestehenden Zustand zu einem neuen Zustand zu erleichtern, Widerstände zu minimieren und die Akzeptanz unter den Betroffenen zu maximieren.

Transformation hingegen ist weitreichender und bezieht sich auf eine grundlegende Veränderung der Art und Weise, wie eine Organisation funktioniert. Dies kann eine komplette Neugestaltung von Geschäftsprozessen, Unternehmenskultur, Geschäftsmodellen oder der gesamten organisatorischen Struktur umfassen. Transformation ist in der Regel strategisch, tiefgreifend und zielt darauf ab, die Organisation auf lange Sicht zu erneuern oder radikal zu verbessern. Im Gegensatz zum Change-Management, das oft auf spezifische und messbare Ziele ausgerichtet ist, geht es bei der Transformation um eine umfassende Neuausrichtung, die darauf abzielt, die Organisation auf zukünftige Herausforderungen vorzubereiten oder sie wettbewerbsfähiger zu machen.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass Change-Management oft als ein Werkzeug

innerhalb einer größeren Transformationsstrategie angesehen werden kann. Während Change-Management dazu dient, spezifische Veränderungen effektiv zu steuern und umzusetzen, betrachtet Transformation die Veränderung in einem viel breiteren, oft revolutionären Kontext, der die gesamte Organisation betrifft. In der Praxis überschneiden sich diese Konzepte häufig, und die Grenzen können verschwimmen, je nachdem, wie eine Organisation ihre Ziele und Initiativen definiert.

WARUM CHANGE-MANAGEMENT UND TRANSFORMATION IN GUTEN ZEITEN UMGESETZT WERDEN SOLLTEN

Wirklich gute und erfolgreiche Unternehmen transformieren, wenn es ihnen gut geht, denn genau dann haben sie die in der Regel notwendigen Ressourcen dazu. Und Change benötigt Ressourcen.

Häufig warten Unternehmen jedoch, bis es ihnen immer schlechter geht und der Druck zur Veränderung unausweichlich und groß ist. Sie reagieren eher, als dass sie agieren. Dann haben sie jedoch häufig keine Ressourcen mehr – und schon gar nicht die nötigen Manager. Change-Management und Transformation benötigen jedoch erhebliche Ressourcen.

Zudem werden häufig dann im Rahmen der Notrettung noch die falschen Führungskräfte eingestellt. Ein Betriebswirt oder Volkswirt ist per se noch kein Manager und keine Führungskraft. Es gibt ausreichend exzellente Management-Studiengänge, die das notwendige Wissen vermitteln. Aber die Unterschiede sind den Eigentümern, Betreiber-Gesellschaften, Aufsichtsratsgremien nicht unbedingt bekannt. Auch nicht den Personalberatern. Warum? Keine ausreichende Qualifikation. Daher werden häufig die falschen Führungskräfte eingestellt. Und damit beginnt das Problem.

Proaktives Change-Management kann eine Klinik darauf vorbereiten, auf zukünftige

Herausforderungen schnell reagieren zu können. Es ermöglicht eine ständige Anpassung an Best Practices und Innovationen, was langfristig den Erfolg sichert.

Aber auch in schwierigen Zeiten und bei wirtschaftlichem Druck können Veränderungsprozesse aufrechterhalten werden: Durch gut qualifizierte Führungskräfte, die eine klare Priorisierung, effektive Ressourcennutzung und angemessene Kommunikation in den Vordergrund stellen.

ZUSAMMENGEFASST: DIE FAKTOREN ERFOLGREICHEN CHANGE-MANAGEMENTS

Ein klar definiertes Ziel, engagierte und qualifizierte Führungskräfte, effektive Kommunikation, Einbeziehung aller Beteiligten, und eine Kultur, die Veränderungen unterstützt, sind entscheidend für den Erfolg.

Zuerst sollte also eine klare und überzeugende Vision für die Veränderung formuliert werden. Dann sollten strategische Ziele festgelegt und kommuniziert werden. Ein Umsetzungs- und Kommunikationsplan sollte unter Berücksichtigung der vorhandenen und benötigten Ressourcen erstellt werden und Priorisierungen aufweisen. Die aktive Einbeziehung und Schulung der Mitarbeitenden sowie das Monitoring und die Anpassung der Prozesse sind weitere kritische Schritte. Es muss sichergestellt werden, dass sowohl alle Führungskräfte, aber auch die beauftragten Projekt- und Changemanager nicht nur vorhanden, sondern auch qualifiziert sind. Denn diese operieren zwar nicht „im“ aber „am“ Unternehmen. Und das sollte, genauso wie von den echten Chirurgen, methodisch beherrscht werden. Es darf kein Glück sein, wenn es klappt, ein Projekt erfolgreich zu Ende zu führen, denn hier werden letztlich transformative Eingriffe an den Kliniken vorgenommen, die professionell beherrscht, begleitet und verstanden werden müssen. 

KidsClub Chirurgie



Kinderbetreuung auf dem Deutschen Chirurgie Kongress 2025

Wann: an allen Kongresstagen, Mittwoch 26.03. bis Freitag 28.03.2025, von 08:00 Uhr bis 18:00 Uhr.
Wer: Kinder im Alter von 12 Monaten bis 10 Jahre. Die Kinderbetreuung ist auf 20 Kinder täglich begrenzt.
Wo: ICM – Internationales Congress Center München
Wie: Verbindliche Anmeldung* bis zum 03. März 2025 unter mail@bdc.de oder Fax BDC 030/28004-108
Vorort-Anmeldungen am Tagungsschalter je nach Kapazität gegebenenfalls noch möglich.
Nähere Informationen über BDC|Online (www.bdc.de) oder über die Kongressseite unter www.dck2025.de. Zu zahlen sind 10 Euro Selbstkostenbeitrag pro Kind.

Eine Initiative von



Verbindliche Anmeldung*

Bitte bis zum 03. März 2025 an den BDC senden: mail@bdc.de oder Fax 030/28004-108

Name des Kindes

Geburtsdatum

Ich wünsche eine Betreuung am

- | | |
|---|-----------------------|
| ☐ Mittwoch, 26. März | von..... bis..... Uhr |
| ☐ Donnerstag, 27. März | von..... bis..... Uhr |
| ☐ Freitag, 28. März | von..... bis..... Uhr |

Name des

Sorgeberechtigten

Adresse

Mobiltelefonnummer

des Sorgeberechtigten

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

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

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



© iStock/ Nadezhda Fedrunova

gematik: Digitale Transformation im Gesundheitswesen



PASSION CHIRURGIE: Herzlichen Glückwunsch, Herr Fuhrmann, Sie haben den Vorsitz der Geschäftsführung der Bereiche Strategie und Standards, Recht und Finanzen der gematik übernommen – wie fühlen Sie sich?

Florian Fuhrmann: Ich bin überzeugt davon, dass es sinnhaft und notwendig ist, unser Gesundheitswesen weiterzuentwickeln. Dafür bin ich auch

bereit, Verantwortung zu übernehmen. Natürlich ist mir nach so vielen Jahren im Gesundheitswesen bewusst, dass dies keine leichte Aufgabe ist. Deswegen habe ich mir auch viel Zeit genommen, sie gründlich zu überdenken. Jetzt freue ich mich sehr, diesen Aufbruch im Geschäftsführungstrio, mit dem gematik-Team und mit allen Stakeholdern gestalten zu können.

» ZUR PERSON



Dr. Florian Fuhrmann

Florian Fuhrmann ist seit dem 01.09.2024 Vorsitzender der Geschäftsführung der gematik. Im Unternehmen verantwortet er die Bereiche Strategie und Standards, Recht und Finanzen. Von 2014 bis Ende 2022 baute er im Auftrag der Kassenärztlichen Bundesvereinigung die kv.digital GmbH auf. Zuletzt war Herr Fuhrmann tätig als Mit-Gründer von Lillian Care und Geschäftsführer des Telematikanbieters Kosyma.

Vorherige berufliche Stationen umfassen u. a. eine Unternehmensberatung, einen bundesweiten Versorgungsträger und einen internationalen Softwarekonzern. Seine akademische Laufbahn schloss Florian Fuhrmann mit einer Promotion über Krankenhausprozesse ab.

Unter seiner Führung entwickelten seine Teams in den vergangenen Jahren Kommunikations- und Versorgungsplattformen für Arztpraxen, Krankenhäuser, Impfzentren und Organisationen, die mehrfach ausgezeichnet wurden. Dr. Florian Fuhrmann war und ist Mitglied bzw. Beisitzer in verschiedenen Jurys und Gremien in den Bereichen Versorgung und Digitalisierung.



Dr. Florian Fuhrmann

Vorsitzender der Geschäftsleitung
Leitung der Bereiche Strategie und
Standards, Recht und Finanzen
Gematik GmbH

Denn die digitale Transformation im Gesundheitswesen ist der Schlüssel für eine patientenzentrierte Versorgung. Und auch für viele strukturelle Herausforderungen.

PC Was sind Ihre wichtigsten Ziele?

FF Gerade erreichen wir beim Großprojekt ePA für alle einen entscheidenden Meilenstein. Die bundesweite Einführung steht bevor – das ist natürlich sehr spannend und zugleich fordernd für das ganze Team. Die ePA wird viele neue Möglichkeiten in der Versorgung und in damit verbundenen Prozessen mit sich bringen, das halte ich für sehr relevant.

In den letzten Wochen haben sowohl ich als auch die gesamte Geschäftsführung viele Antrittsbesuche bei den Gesellschaftern der gematik, bei unseren Partnern und anderen Akteuren im Gesundheitsbereich gehabt.

Dabei ging es darum, uns einander vorzustellen, auszutauschen und so die anstehenden Projekte und Planungen gemeinsam weiterzuentwickeln. Diesen Kurs des Dialogs und des Miteinanders wollen wir fortführen und intensivieren. Denn von zentraler Bedeutung bei den bereits vorhandenen und den kommenden TI-Anwendungen ist die Nutzerorientierung. Dafür brauchen wir die Perspektive und das Commitment aller.

Inhaltlich ist es mir wichtig, die ärztliche Kompetenz in der gematik zunächst in Form einer ärztlichen Stabsstelle und eines ärztlichen Beirats weiter auszubauen. So wollen wir in einen noch breiteren Austausch mit den medizinischen Anwenderinnen und Anwendern gehen. Technologisch werden wir uns darüber hinaus mit den Möglichkeiten der KI für die Versorgung und unsere Arbeit beschäftigen.

Fuhrmann F: gematik: Digitale Transformation im Gesundheitswesen. Passion Chirurgie. 2025 Januar/Februar; 15(01/02): Artikel 05_02.



Mehr zur Digitalisierung im Gesundheitswesen lesen Sie auf BDC|Online unter der Rubrik Wissen | Fachgebiete | Digitalisierung.

PC Inwiefern planen Sie die gematik inhaltlich und strukturell neu auszurichten?

FF Die Stärke der neuen Geschäftsführung der gematik liegt in den verschiedenen Expertisen, die Brenya Adjei, Dr. Florian Hartge und ich mitbringen und die sich sinnvoll ergänzen. So haben wir die Chance, uns intensiver als zuvor mit wichtigen strukturellen und inhaltlichen Fragestellungen auseinanderzusetzen und selbst zu gestalten. So werden wir die Weiterentwicklung der gematik gemeinschaftlich mit vollem Engagement weiter auf den Weg bringen. Die vereinbarten Roadmaps für die Anwendungen werden wir fokussiert weiterverfolgen. Das ist eine anspruchsvolle Aufgabe, und wir gehen sie mit Tempo und Leidenschaft an.

PC Welche Anwendungen innerhalb der Telematikinfrastruktur sind Ihnen besonders wichtig und wo sehen Sie besonderen Entwicklungsbedarf?

FF Eine oder mehrere Anwendungen besonders „herauszupicken“, ist nicht nur schwierig, sondern wird der TI nicht gerecht. Denn gerade jetzt, wo die ePA für alle ins Rollen kommt, wird immer deutlicher werden, wie eng verzahnt die einzelnen TI-Anwendungen sind bzw. in Zukunft sein werden. So fließen E-Rezept-Daten beispielsweise in die ePA ein und bilden eine wichtige Grundlage für die Medikationsliste.

Es ist wie ein Puzzle, das sich immer weiter zusammenfügt und in dem jedes einzelne Teil eine wichtige Rolle spielt. Natürlich wird die ePA als eine Art Bindeglied für die verschiedenen Anwendungen und auch die verschiedenen TI-Nutzergruppen eine besondere Funktion haben und auch behalten.

Es ist aber ein großer Fortschritt, dass nach Jahren des infrastrukturellen Aufbaus nun die Anwendungen der TI mehr und mehr an Versorgungsrelevanz gewinnen und weitere Potenziale erschlossen werden können.

PC Mit welchen Ansätzen wollen Sie dazu beitragen, die Patientenversorgung zu verbessern?

FF Wie gesagt: Der Nutzen der Anwendungen muss für alle Nutzerinnen und Nutzer spürbar und erlebbar sein. Dafür ist es wichtig, die Bedarfe aller Beteiligten zu kennen und den Zugang zu digitalen Anwendungen so sicher wie nötig, aber so handlich wie möglich zu gestalten. Unsere regelmäßigen Austauschformate mit den Partnern und Stakeholdern in der Versorgung dienen dazu, dieses Ziel zu erreichen. Nicht zuletzt bieten auch die Testerfahrungen aus den beiden gematik-Modellregionen einen großen Mehrwert bei der Betrachtung der Praxistauglichkeit von Anwendungen.

So können wir erreichen, dass die Patientenzentrierung Wirklichkeit wird und Effizienzen, die in der heutigen Organisationszentrierung schwer zu heben sind, erschlossen werden.

PC Welche Anwendungen können aus Ihrer Sicht insbesondere dazu beitragen, Ärztinnen und Ärzte als Anwender von Bürokratie zu entlasten?

FF Das ist der Anspruch *aller* digitalen Anwendungen. Bei der Einführung dieser Anwendungen kann dies auch mit anfänglichen Schmerzen verbunden sein, aber langfristig lohnt sich diese. Ähnlich wie bei einem chirurgischen Eingriff.

PC Auf welche Anfangsschwierigkeiten beim bundesweiten Rollout der elektronischen Patientenakte (ePA 3.0) sollten sich Ärztinnen und Ärzte schon jetzt vorbereiten?

FF Der Zeitplan für die Einführung der ePA war und ist ambitioniert. In den letzten Wochen und Monaten haben die gematik und alle beteiligten Partner mit großem Einsatz daran gearbeitet. Es ist großartig zu sehen, dass die Gesellschafter der gematik, die Industrie und alle darüber hinaus Beteiligten hier an einem Strang ziehen. Alle wollen das gemeinsame Ziel, die ePA für

alle zum Laufen zu bringen, unbedingt erreichen.

Natürlich gibt es bei einem Projekt dieser Größenordnung immer Herausforderungen. Denn bei der Einführung der elektronischen Patientenakte für alle handelt es sich um das größte IT-Projekt im deutschen Gesundheitswesen, wenn nicht darüber hinaus. Es ist technisch hochkomplex und fußt auf dem Zusammenspiel vieler verschiedener Komponenten, wie beispielsweise den verschiedenen Praxisverwaltungssystemen, die in der Praxis funktionieren müssen.

Wir standen und stehen mit unseren Partnern in der Industrie und den zuständigen Dienstleistern deshalb im intensiven Austausch, damit die neue ePA bestmöglich funktioniert. Es wird aber auch auf den letzten Metern der Einführung immer wieder Bereiche geben, in denen nachgebessert werden muss. Da helfen uns die Ergebnisse aus den Modellregionen Hamburg, Franken und NRW, in denen die ePA für alle vor der bundesweiten Umsetzung zunächst unter realen Bedingungen getestet wird.

Und wie bereits gesagt, lohnt sich die Investitionen in die digitale Transformation.

PC Welches sind die wichtigsten Inhalte der ePA 3.0 und welche müssen dringend ergänzt werden?

FF In der ePA können Ärztinnen und Ärzte grundsätzlich alle wichtigen medizinischen Dokumente und Daten im Zuge einer Behandlung speichern. Die standardmäßige künftige Befüllung der ePA beinhaltet: Medikationsdaten, E-Arztbriefe, Befundberichte, Krankenhaus-Entlassbriefe, Laborbefunde und Bildbefunde.

Ebenso werden insbesondere die „Medikationsinformationen“ aus verordneten und eingelösten E-Rezepten auf einen Blick einsehbar; künftig können darüber hinaus „Pflegedokumente“ wie

etwa der Pflegeüberleitungsbogen in die ePA hochgeladen werden. Aus Versicherungssicht kann die ePA auch genutzt werden, um „Abrechnungsdaten“ oder auch „elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen“ digital vorliegen zu haben.

Die ePA ab 2025 startet zunächst mit der elektronischen Medikationsliste (eML). Der digitale Medikationsplan folgt in einem späteren Schritt.

PC Grundvoraussetzungen für die Nutzung von Anwendungen ist eine stabile Telematikinfrastruktur. Wie wollen Sie Verbesserungen erreichen?

FF Wir müssen die bestehende Telematikinfrastruktur, also die TI, gemeinsam mit allen Beteiligten auf das nächste Level heben. Gerade für Versorgungsprozesse wie das E-Rezept ist das essentiell. Wir haben bereits verschiedene Maßnahmen durchgeführt, um Stabilität zu gewährleisten, und werden das auch weiterhin tun. Dazu gehören beispielsweise Hochrechnungen zu Nutzungsannahmen, Lastenprognosen z. B. auf Dienstleisterseite oder auch so genannte „Change-Freezes“ während des Rollouts, um Störungen zu vermeiden. Und wir arbeiten eng mit den Dienstleistern zusammen, damit es künftig weniger manuelle oder prozessuale Schwierigkeiten gibt.

PC Ab wann werden alle Player, vor allem alle Krankenhäuser, an die Telematikinfrastruktur angeschlossen sein?

FF Die Krankenhäuser sind, ebenso wie die vertragsärztlichen Niedergelassenen oder die Apotheken, ja bereits an die TI angebunden. Der Pflegebereich kommt ab Mitte 2025 ebenfalls dazu. Andere Nutzergruppen können sich heute schon freiwillig anschließen, wie zum Beispiel Reha-Einrichtungen oder der Öffentliche Gesundheitsdienst, oder kommen in den nächsten Jahren hinzu, etwa die Gesundheitshandwerke.

PC Wie wollen Sie zukünftig Unstimmigkeiten wie bei der Einführung von eAU und dem eRezept verhindern?

FF Die gematik ist kein politisch agierendes Unternehmen, wir sind verantwortlich für die technische Umsetzung und den Betrieb. Wir kümmern uns dafür um die fristgerechte Bereitstellung der Konzepte und sind verantwortlich für die Erprobungen, die Zulassungen und die Kontrolle der Anwendungen. All dies tun wir in enger Abstimmung mit unseren Gesellschaftern, allen Playern im Gesundheitswesen und den für die technische Umsetzung zuständigen Industriepartnern.

PC Welche Bedeutung schreiben Sie dem in der Entwicklung befindlichen TI-Messenger zu?

FF Die TI-Messenger werden im Alltag zunehmend eine wichtige Hilfestellung in der Versorgung „auf die Schnelle“ leisten. Umso erfreulicher ist es, dass wir in den letzten Monaten bereits TI-Messenger verschiedener Anbieter für die Kommunikation zwischen Leistungserbringenden zulassen konnten.

Erste Auswertungen aus der Modellregion Hamburg und Umland zeigen, dass der TI-Messenger z. B. genutzt wird, um Fragen zu Verordnungen oder Medikationsplänen zu klären, sich bei nicht lieferbaren Medikamenten abzusprechen oder sich rasch zur Wundversorgung und bei organisatorischen Unklarheiten abzustimmen. Hier sind also schon Erleichterungen im Alltag der Versicherten und Leistungserbringenden spürbar.

PC Wie planen Sie, insbesondere Ärztinnen und Ärzte sowie Krankenhäuser bzw. deren Vertreter zukünftig besser an den Entscheidungsprozessen zu beteiligen?

FF Zum einen sind die maßgeblichen Interessensgruppen, auch aus der Ärzteschaft, Teil der Gesellschafter und Gremien der gematik. Aber das

Miteinander soll nicht nur „qua Amt“ stattfinden, deshalb sind uns regelmäßige Arbeitsgruppen zu den Anwendungen, Dialogveranstaltungen oder auch der 1:1-Austausch mit unseren Partnern wichtig.

Die Mitarbeitenden der gematik sind außerdem regelmäßig bei Hospitationen in Praxen und in Krankenhäusern zu Gast und erleben hautnah, wie die Digitalisierung im „daily business“ vor Ort läuft bzw. woran es noch hakt. Diese Erfahrungen werden wiederum ins Haus zurückgetragen und ausgewertet, wenn es um die weiteren Entwicklungsschritte geht.

Wichtig sind dafür außerdem die beiden Modellregionen der gematik für digitale Gesundheit. Hier werden einrichtungsübergreifende Verfahren bzw. Vorgänge der TI mit einer bestimmten Anzahl von Arztpraxen, Zahnarztpraxen und Krankenhäusern, aber beispielsweise auch Pflege- oder Rehaeinrichtungen dem Realitätscheck unterzogen und bei Bedarf nachgebessert, damit sie den Anforderungen der Praktikerinnen und Praktiker entsprechen.

Die neue ärztliche Stabsstelle sowie der ärztliche Beirat sollen ebenfalls den Austausch mit Ärztinnen und Ärzten in Krankenhäusern und Praxen intensivieren.

PC Welche Hoffnungen dürfen sich speziell die niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen machen, deren Bedarfe Ihnen aus langjähriger beruflicher Anschauung in besonderem Maße bekannt sind?

FF Seit Kindesbeinen bin ich stark geprägt von der pragmatischen, kreativen und zugleich lösungsorientierten Herangehensweise eines Chirurgen. Dabei auch in zeitkritischen und komplexen Situationen den Überblick zu behalten und gelassen zu reagieren, sind die besonderen Fähigkeiten von Chirurginnen

und Chirurgen. Mein Vater selbst war Chirurg im Krankenhaus und wünschte sich noch in meiner Jugend das Gleiche für meine berufliche Laufbahn. Diesen Gefallen konnte ich ihm leider nicht tun, da meine Talente an andere Stelle liegen. Den Überblick und die Gelassenheit eines Chirurgen kann ich in meinem Beruf aber ebenfalls gut gebrauchen.

Beruflich habe insbesondere Einblicke in die ambulante Versorgung bekommen. Von 2014 bis Ende 2022 habe ich im Auftrag der KBV die KV Telematik (seit 2019 kv.digital) aufgebaut. Aus diesen Jahren bringe ich natürlich viele Erfahrungen und Kontakte in meine aktuelle Tätigkeit ein. Aber ich habe, wie auch die Gematik an sich, eine

neutrale Position und war ja darüber hinaus auch für verschiedene andere Unternehmen im Gesundheitswesen tätig. Ich sehe also immer möglichst alle Perspektiven, und das ist ein Vorteil.

PC Was wünschen Sie sich von Ärzten und Berufsverbänden?

FF Die neue Patientenakte bietet für den medizinischen Versorgungsalltag viele Vorteile für die Behandlung und unterstützt die Anamnese. Es ist großartig, dass sich viele Ärztinnen und Ärzte in den vergangenen Monaten bei der Entwicklung der ePA für alle mit Rat und Tat eingebracht haben. Wir haben die Materialien, die wir bereitstellen, mit ihnen auf Herz und Nieren gegengecheckt.

Nicht nur die ePA, auch alle Anwendungen der Telematikinfrastruktur leben von dem Verständnis, dass die Digitalisierung im Gesundheitswesen von uns allen für uns alle gemacht wird. Das Miteinander bei der Einführung und Weiterentwicklung digitaler Anwendungen ist deshalb entscheidend.

Ein großer Wunsch an die Berufsverbände ist die wohlwollende Begleitung unserer Anstrengungen, die digitale Transformation im Gesundheitswesen real werden zu lassen. Berufsverbände sind wichtige Multiplikatoren für unsere Arbeit und tragen daher zum Erfolg maßgeblich bei. ○



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



Wunsch und Wirklichkeit

Jörg-A. Rüggeberg

Aktuell beschäftigt die Bundestagswahl die Gemüter. Die Wahlprogramme der Parteien sollen die Bürger bewegen, ihr Kreuz an der vermeintlich richtigen Stelle zu setzen, und die Diskussionen darüber sind mehr oder weniger hitzig. Natürlich sind die gesundheitspolitischen Themen für uns von besonderem Interesse, aber eigentlich auch für die Bevölkerung, denn deren Versorgung steht auf dem Spiel. Dennoch ist und war auch in der Vergangenheit die Gesundheitspolitik nie ausschlaggebend für eine Wahlentscheidung. Und überhaupt: Lohnt sich eigentlich ein Blick in die blumige Programmatik der Parteien?

Denn je vollmundiger die Themen angepriesen werden, umso geräuschloser verschwinden sie wieder in den Archiven, wenn die Wahlen vorüber sind. Tatsache ist, dass keine Partei ihre Programmatik wird unverändert umsetzen können, weil in Deutschland mittlerweile niemand mehr alleine eine Regierung bilden können. Spätestens in den Koalitionsverhandlungen wird sich die Spreu vom Weizen trennen. Dann kommt es entweder zu windelweichen Kompromissen und in der Folge zu nur marginalen Veränderungen oder ein potentieller Koalitionspartner bekommt einen etwas

deutlicheren Zugang mit mehr Gestaltungsmöglichkeiten, der allerdings immer wieder im Koalitionsausschuss (der heimlichen Regierung) um Akzeptanz kämpfen muss.

Das Gesundheitsressort gilt im Übrigen als eher unbeliebt, denn alle wissen, dass es angesichts der allgemeinen Finanz- und Wirtschaftslage ohne Einschränkungen in der Versorgung und im Leistungsangebot nicht gehen kann. Alle Politiker wissen, dass die Bürger Einschnitte in ihrer Gesundheitsversorgung nicht hinnehmen und die dafür Verantwortlichen bei der nächsten Wahl abstrafen werden. Die Kunst wird dann darin bestehen, den schwarzen Peter möglichst anderen zuzuschieben oder wie immer bei denen zu sparen, die die kleinste und damit wahltechnisch unbedeutendere Gruppe darstellen. Das sind, Sie haben es erraten, wir Ärzte resp. die Krankenhäuser.

Außerdem steht in den Wahlprogrammen allerlei Verheißungsvolles. Weihnachten ist aber vorbei und die Realität in Form der Finanzierung dieser Wünsche sieht anders aus. Das ist seit Jahren typisch für Wahlprogramme: Sie versprechen das Blaue vom Himmel, aber lassen jede Aussage zur

Umsetzbarkeit offen. Viele ärztliche Verbände haben versucht, Empfehlungen für bestimmte Parteien abzugeben. Das ist nach unserer Auffassung zwar legitim, aber wenig zielführend. Sinnvoll, wenn auch mühsam und nicht unbedingt erfolgversprechend, ist ein Kontakt zu denjenigen, die am Ende den Koalitionsvertrag ausarbeiten müssen, um dort das ein oder andere Komma zu verschieben. Selbst dann ist es noch nicht sicher, ob die Zielvorstellungen möglicher Koalitionspartner auch tatsächlich im Laufe einer Legislaturperiode umgesetzt werden können, selbst wenn diese das reguläre Ende der Wahlperiode erreicht.

Einerseits bietet unsere pluralistische Demokratie die Garantie, dass politische Entscheidungen immer eine parlamentarische Mehrheit benötigen, die bei zum Teil diametral entgegengesetzten Positionen nur über Kompromisse erreicht werden können, andererseits besteht die Gefahr der gegenseitigen Blockade und des damit verbundenen Stillstands.

Insofern werden Wünsche nur selten wahr und müssen den Gegebenheiten der Wirklichkeit weichen. ○

Rüggeberg JA: Wunsch und Wirklichkeit.
Passion Chirurgie. 2025 Januar/Februar;
15(01/02): Artikel 05_03.



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

Amandine Cormier erhält BDC-Journalistenpreis 2024 für „Lebensretter im OP – ein Tag in der Herzchirurgie“



Amandine Cormier, Redakteurin beim Evangelischen Kirchenfunk Niedersachsen-Bremen, hat für den Film „Lebensretter im OP – ein Tag in der Herzchirurgie“ – den Journalistenpreis des Berufsverbandes der Deutschen Chirurgie e.V. 2024 (BDC) erhalten. Der BDC-Vorstand überreichte der Journalistin den Preis auf der Präsidiumssitzung des Verbands im November letzten Jahres.

„Der BDC zeichnet eine herausragende Reportage aus, bei der die Redakteurin und ihr Team

den Arbeitsalltag eines jungen Herzchirurgen mit seinen körperlichen und emotionalen Herausforderungen anschaulich und einfühlsam darstellen. Ein fundierter und wertvoller Beitrag für ein besseres Verständnis der Chirurgie, ihrer Herausforderungen und ihrer Faszination“, erläuterte der Präsident des BDC, Professor Dr. Dr. h.c. Hans-Joachim Meyer in seiner Laudatio.

Die 18-minütige Reportage erschien im November 2023 erstmalig auf dem YouTube-Kanal BASIS:KIRCHE. Cormier und ihr



Abb. 1: (v.l.n.r.) Dr. J. Rüggeberg/BDC, Prof. Dr. Dr. h.c. H.-J. Meyer/BDC, Preisträgerin Amandine Cormier, Dr. P. Kalbe/BDC, Dr. F. Burgdorf/BDC

Team begleiteten für ihre Reportage einen Tag lang einen Oberarzt in der Herzchirurgischen Klinik der Medizinischen Hochschule Hannover. Im Video sind sie im OP mit dabei, als er einer Patientin eine neue Herzklappe einsetzt. Teammitglied Pastor Maximilian Baden beobachtet und kommentiert die Arbeit des OP-Teams, die Routine der Zusammenarbeit und die Stimmung während des Eingriffs. Der Protagonist des Beitrags beschreibt dem Filmteam eindrucksvoll seinen Berufsalltag, der geprägt ist von Verantwortung, Präzision, Teamarbeit und, wie er es ausdrückt, Demut. Der Oberarzt stellt dabei auch die Grenzen der therapeutischen Möglichkeiten und den Umgang mit Verantwortung und potenziellem Scheitern dar.

Auf die Frage, welches Ziel sie mit ihrem Beitrag verfolgt habe, erklärte Cormier: „Wer selbst vor einer Operation steht, wird nie bei Bewusstsein erleben, was in einem OP-Saal passiert. Auch die Angehörigen haben keinen Zutritt und bangen oft mehrere Stunden um ihre Liebsten im Warteraum.

Zudem bleibt häufig keine Zeit, die operierende Person näher kennenzulernen. Unser Ziel war es daher, in der Reportage zu zeigen, wer der Mensch am OP-Tisch wirklich ist und welche Gedanken ihn leiten. Damit hatten wir die Hoffnung, den Zuschauenden, die ja potenzielle Patientinnen und Patienten oder Angehörigen sind, ein Gefühl von Transparenz und Sicherheit zu geben.“

Der BDC-Journalistenpreis wird seit 2014 einmal jährlich verliehen. Der preisgekrönte Beitrag soll die Faszination der Chirurgie einem breiten Publikum vermitteln. Die besten Chancen haben Beiträge, die aktuelle Leistungen in der Chirurgie aus Ärzte- oder Patientensicht, Innovationen auf diesem Gebiet oder die Chirurgie betreffende gesundheitspolitische Themen behandeln.

Hier geht es zum Beitrag: **Lebensretter im OP – 1 Tag in der Herzchirurgie**

Mehr zum BDC-Journalistenpreis auf **BDC|Online**. 



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

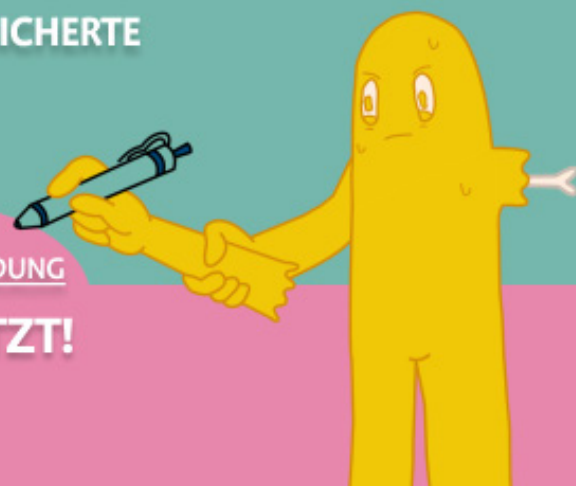
Alle Pressemitteilungen finden Sie auf [BDC|Online](#) im Bereich **Presse**.

KEIN WEITER OHNE BILDUNG.

GIB DEM ÄRZTLICHEN NACHWUCHS
DEINE STIMME FÜR EINE GESICHERTE
WEITERBILDUNG!

WWW.CHANGE.ORG/WEITERBILDUNG

UNTERSCHREIBE JETZT!





DCK 2025

Gemeinsam lernen und heilen

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

SICHERE CHIRURGIE FÜR ALLE



www.dck2025.de



SEHR PERSÖNLICH NACHGEFRAGT BEI MORITZ J. STROWITZKI

Was ist das Schönste an Ihrem Beruf?

Die Abwechslung in Lehre, Klinik und Forschung und der interprofessionelle Austausch. Die Interaktion mit Patienten.

Welche Forschungsrichtung inspiriert Sie?

Translationale Forschung und physiologische Grundlagenwissenschaften.

Welchen klinischen Schwerpunkt haben Sie?

Chirurgie des oberen Gastrointestinaltraktes und metabolische Chirurgie.

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

„Surgeon-Scientists Going Extinct. Last Call for Action or Too Late?“ kürzlich publiziert von Dr. Pfister und Prof. Clavien im Annals of Surgery. Ein erneuter Weckruf und ein konkretes Maßnahmenpaket zur Rettung des Surgeon-Scientist. Auch die Politik ist hier gefragt.

Welches Buch liegt auf Ihrem Nachttisch?

„Apeirogon“ von Colum McCann.

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

„For Those Who Love To Live“ von Thin Lizzy.

Was war für Ihr berufliches Fortkommen besonders hilfreich?

Mein Postdoc in Dublin, Irland und ein herausragendes Mentoring in Klinik und Wissenschaft.

Was war Ihre größte Inspiration?

Meine bisherigen Mentoren in Klinik und Wissenschaft, die nicht nur wissenschaftlich höchste Maßstäbe setzten, sondern vor allem während der Corona-Pandemie aufzeigten, was Mentoring und Leadership wirklich bedeuten.

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

Wundheilung und Regeneration und deren Einfluss auf das Tumorstadium.

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

Robotische Ösophaguschirurgie (RAMIE).

Welche persönlichen Visionen möchten Sie gerne umsetzen?

Universitäre Spitzeneinrichtungen sind dazu da, Grenzen in der Medizin zu verschieben. Ich möchte meinen Beitrag dazu leisten, dass dieser akademische Geist und der Innovationswille gestärkt werden.

Profit sollte bei der Behandlung von Patienten eine untergeordnete Rolle spielen.

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

Das Vergütungssystem in Krankenhäusern. Das Patientenwohl muss jederzeit im Mittelpunkt stehen.

Wann platzt Ihnen der Kragen?

Sehr selten, aber Gleichgültigkeit und Desinteresse stören mich.

Welche Hoffnung haben Sie aufgegeben?

Keine.

Wie gehen Sie mit Frustrationen um?

Gelassen.

Ihr wichtigstes Hobby?

Sport – ich liebe Fußball und Wakeboarden.

Wo werden Sie schwach?

Bei guten Büchern und einem guten Steak.

Was bringt Sie zum Lachen?

William E. Flanary.

Was gehört für Sie zu einem gelungenen Tag?

Eine volle Sprechstunde, anspruchsvolle Operationen, anregende Labormeinungen und so viel Zeit mit meiner Familie wie möglich.

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

Zunächst durch persönliche Gespräche und dann offen im Team. Probleme einzelner Teammitglieder sind oft ein Symptom für Schwierigkeiten im Verbund.

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

Durch individuelles Mentoring und regelmäßige Entwicklungsgespräche. Ziele müssen klar formuliert sein und Feedback sollte objektivierbar sein.

Muss eine Chirurgin/ein Chirurg Optimismus ausstrahlen?

Definitiv. Es besteht jedoch ein schmaler Grat zwischen gesunder Zuversicht und blinder Naivität.

PD Dr. Dr. med. Moritz J. Strowitzki (MD, PhD)

Oberarzt und

Emmy Noether-Nachwuchsgruppenleiter (DFG)

Facharzt für Allgemeinchirurgie

Klinik für Allgemein-, Viszeral-, Thorax- und Transplantationschirurgie

Universitätsklinikum Gießen

Verheiratet, 3 Kinder.

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

AUS DER
DGCH

Einladung zur DGCH-Mitgliederversammlung 2025

Im Auftrag des Präsidenten lade ich hiermit alle Mitglieder der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie zur **Mitgliederversammlung** anlässlich des 142. Kongresses der DGCH 2025 (DCK 2025) in München sehr herzlich ein.

Die **Mitgliederversammlung inkl. Wahlen** findet am **Donnerstag, den 27.03.2025, 13.00 – 14.00 Uhr** in Saal 4 im Internationalen Congress Center München (ICM), Am Messesee, 81829 München, statt.

Tagesordnung

1. Eröffnung durch den Präsidenten
2. Wahlen (siehe Bekanntmachung)
3. Bericht des Präsidenten
4. Bericht des Generalsekretärs
5. Änderung der Satzung mit Diskussion der Änderungen (In einer separat per e-mail oder auf dem Postweg versandten Anlage findet sich eine Gegenüberstellung der geltenden Satzung mit der geänderten Fassung)
6. Abstimmung über die Satzungsänderungen
7. Bericht des Schatzmeisters
8. Vorstellung einer Beitragsordnung
9. Abstimmung über die Beitragsordnung
10. Verschiedenes

zu TOP 2: Wahlen

In Vollzug der gültigen Satzung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie sind

folgende Positionen des Präsidiums ab 01. Juli 2025 neu zu besetzen:

1. Dritter Vizepräsident 2025/2026, dann Präsident 2027/2028
2. Oberarzt/-ärztin in nichtselbstständiger Stellung einer chirurgischen Universitätsklinik
3. Oberarzt/-ärztin in nichtselbstständiger Stellung einer chirurgischen Krankenhausabteilung
4. Niedergelassener Arzt/Ärztin für Chirurgie
5. Vertreter aus dem deutschsprachigen Ausland

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

zu 1.:

Als Dritter Vizepräsident wird der Mitgliederversammlung **Herr Prof. Dr. med. Lukas Prantl aus Regensburg** vorgeschlagen.

zu 2.:

Als Oberarzt in nichtselbstständiger Stellung einer chirurgischen Universitätsklinik wird der Mitgliederversammlung **Prof. Dr. med. Daniel Stange, Dresden,** vorgeschlagen.

zu 3.:

Als Oberärztin in nichtselbstständiger Stellung einer chirurgischen Krankenhausabteilung wird der Mitgliederversammlung **Frau Dr. med. Susanne Bayerköhler aus Garmisch-Partenkirchen** vorgeschlagen.

zu 4.:

Als niedergelassene Ärztin für Chirurgie wird der Mitgliederversammlung **Frau Dr. med. Kerstin Schick** aus München, vorgeschlagen.

zu 5.:

Als Vertreter aus dem deutschsprachigen Ausland wird der Mitgliederversammlung **Herr Prof. Dr. med. Klaus Emmanuel** aus Salzburg, vorgeschlagen.

Berlin, 17.10.2024

Prof. Dr. med. Thomas Schmitz-Rixen

Bitte AN ALLE CHEF- UND OBERÄRZTE:

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



Prof. Dr. med. Thomas Schmitz-Rixen

Generalsekretär
Deutsche Gesellschaft für
Chirurgie e.V. (DGCH)
DGCH-Präsident 2019–20
info@dgch.de

* wird in Kürze bekannt gegeben

Bericht über die Herbsttagung des Arbeitskreises Ärztinnen und Juristinnen/Ärzte und Juristen der AWMF



Prof. Dr. med. Joachim Jähne,
FACS, MBA
Senator der Deutschen Gesellschaft
für Chirurgie
Berlin

Die Herbstsitzung des Arbeitskreises der AWMF fand am 25. und 26.10.2024 in Görlitz statt. Im ersten Sitzungsteil wurde die Patientenbehandlung im Spannungsfeld zwischen ärztlicher und pflegerischer Verantwortung behandelt. Prof. Vogt aus der plastischen Chirurgie der Medizinischen Hochschule Hannover präsentierte die ärztliche Sichtweise. In dem Vortrag ging es neben der transprofessionellen Zusammenarbeit insbesondere um Fragen zur Delegation mit der Sicherstellung, dass das Pflegepersonal ausreichend qualifiziert ist, um die delegierten Tätigkeiten auch auszuführen. Die Verantwortung für die Tätigkeiten verbleibt beim Arzt. In seinem Vortrag stellte Herr Prof. Vogt die besondere Thematik der Intensivpflege dar. Hier ergibt sich ein nicht unerhebliches Konfliktpotential in der Interpretation der Vitalparameter, bei der Therapieanpassung und bei der Dosierung von Medikamenten. In diesem Kontext betonte Herr Vogt die Bedeutung einer guten Kommunikation und einer klaren Arbeitsteilung. Abschließend setzte sich Prof. Vogt mit der Problematik von Hierarchie versus Teamstruktur auseinander und plädierte sehr für ein Einbinden der Pflegekräfte in die Entscheidungsfindung.

Den pflegerischen Standpunkt vertrat Frau François-Kettner, die langjährige Pflegedirektorin der Charité. Sie verlangte insbesondere eine Teamverantwortung. Aus Sicht von Frau François-Kettner besteht unverändert die Problematik darin, dass die Pflege eine deutliche Abhängigkeit von anderen z. B. bei Fragen der Ausbildung

aufweist. Als mögliche Lösungsansätze wurden eine generalisierte Pflegeausbildung, wie sie seit 2020 besteht, eine Verstärkung der akademisierten Pflege – in Deutschland weisen nach Zahlen aus dem Jahr 2022 lediglich 2 % der Pflegekräfte eine akademische Ausbildung auf – sowie eine Aktualisierung des Pflegeberufsgesetzes genannt. Auch für Frau François-Kettner ist eine gute Kooperation und Zusammenarbeit eine essentielle Voraussetzung, um das Spannungsfeld zwischen Ärzten und Pflegenden in der Verantwortung für den Patienten aufzulösen.

Der juristische Part wurde von Dr. iur. Linoh, Habilitand am Lehrstuhl für Strafrecht, Strafprozessrecht und Medizinrecht der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, vertreten. Aus juristischer Sicht ergibt sich eine deutliche Kompetenzverteilung, wobei es rechtliche Arztvorbehalte und die Heilkundenausübung sind, die eine Abgrenzung von ärztlicher und pflegerischer Verantwortung ermöglichen. Aus seiner Sicht ist eine Neudefinition des Heilkundebegriffes notwendig, um die rechtlichen Verantwortlichkeiten besser zu klären. Originäre Aufgaben der Pflege sind die Steuerung des gesamten Pflegeprozesses im Hinblick auf Grund- und Behandlungspflege sowie die spezifische Behandlungspflege, die jedoch einer ärztlichen Verordnung bedarf. Es handelt sich dabei um veraltete Begriffe, die aber rechtlich weiter genutzt werden. Darüber hinaus gibt es aber auch Pflegevorbehalte, die zum Beispiel die Feststellung des individuellen Pflegebedarfs und des

Pflegeprozesses betreffen. Herr Dr. Linoh ging auch auf die Unterschiede zwischen Delegation und Substitution ein, wobei bei der Delegation zu beachten ist, dass Pflegekräfte durchaus ein Ablehnungsrecht und bisweilen auch eine Ablehnungspflicht haben. Mit Blick auf das Zivilrecht ergeben sich relevante Aspekte im Hinblick auf die vertragliche und deliktische Haftung, wobei bei ersterer die Differenzierung zwischen totalem und gespaltenem Krankenhausaufnahmevertrag zu beachten ist. Darüber hinaus sind unterschiedliche Verantwortungssphären zu beachten. Aus juristischer Sicht ergibt sich bei der Delegation eine sogenannte Durchführungsverantwortung auf der Seite der Pflegekräfte; die Anordnungs- und Überwachungsverantwortung verbleibt bei den Ärzten.

Am Folgetag wurde das aktuelle Urteil des Bundesverwaltungsgerichts (3C 8.22. u. a.) vom 07.11.2023 – Freigabe von Natrium-Pentobarbital zur Suizidhilfe – von Herrn Josua Zimmermann, Promovend an der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg im Bereich Medizinrecht und Medizinethik, kommentiert. In diesem Zusammenhang ist das Urteil des Bundesverfassungsgerichtes relevant, dass das Recht auf ein selbstbestimmtes Sterben festgelegt hatte. In dem Urteil des Bundesverfassungsgerichtes ging es um die Klärung, ob die Abgabe von Natrium-Pentobarbital zu Suizidhilfe möglich ist. Dieser Frage liegt zugrunde, ob ein Anspruch auf Zugang zu Betäubungsmitteln zum Zweck der Selbsttötung besteht. Das Bundesverwaltungsgericht hat dieses Recht auf Abgabe von Natrium-Pentobarbital zur Suizidhilfe verneint. Der Grund für die Ablehnung wurde darin gesehen, dass Natrium-Pentobarbital bei Einsatz als Suizidmittel keine therapeutische Wirkung hat und somit die Freigabe von Natrium-Pentobarbital bei grundsätzlich mangelnder Verfügbarkeit besonders große Gefahren für Leben und Gesundheit der Bevölkerung darstellt. Mit dem Urteil wurde der Zugang zur Suizidhilfe versperrt. Das Bundesverwaltungsgericht hätte in dem Verfahren die Zugangskriterien

zu Natrium-Pentobarbital selbst festlegen müssen. Dies ist jedoch Aufgabe des Gesetzgebers. Daraus ergibt sich unverändert die Forderung an den Gesetzgeber, den rechtspolitischen Rahmen festzulegen.

Der abschließende Themenkreis beleuchtete die Aspekte eines modernen Schwangerschaftsabbruchsrechtes für Deutschland. Frau Prof. Liane Wörner, Direktorin des Zentrums Human Data Society an der Universität Konstanz, berichtete aus Ihrer Arbeit in der Regierungskommission zur reproduktiven Selbstbestimmung und Fortpflanzungsmedizin. In diesem Zusammenhang ist wichtig zu wissen, dass nach der bisherigen gesetzlichen Regelung der Schwangerschaftsabbruch innerhalb der ersten 12 Wochen zwar strafbefreit, aber unverändert rechtswidrig ist. Seitens der WHO besteht eine Forderung nach vollständiger Entkriminalisierung des Schwangerschaftsabbruchs unabhängig vom Gestationsalter. Frau Wörner und andere (Prof. Dr. Friederike Wapler, Mainz, Prof. Dr. Maria Wersig, Hannover) haben nun unter Einbeziehung vielfältiger zivilgesellschaftlicher Institutionen einen Gesetzentwurf zur Neuregelung des Schwangerschaftsabbruchs vorgelegt. Teile dieses Gesetzentwurfes sind u.a. der Rechtsanspruch auf ergebnisoffene psychosoziale Beratung und die Entscheidungsfreiheit der schwangeren Person für oder gegen die Fortsetzung der Schwangerschaft in der frühen und mittleren Phase der Schwangerschaft (bis zur 22. Schwangerschaftswoche post conceptionem). Die Beendigung der Schwangerschaft in diesem Zeitraum wird rechtmäßig gestellt. Die kriminologische Indikation zum Schwangerschaftsabbruch entfällt, und der Straftatbestand „Schwangerschaftsabbruch“ mit den Folgeregelungen in den §§ 218 bis 219b StGB soll aufgehoben werden. Stattdessen werden in § 218 StGB Schwangerschaftsabbrüche, die ohne oder gegen den Willen der schwangeren Person stattfinden, unter Strafe gestellt. Insgesamt zielt die neue Regelung auf eine Stärkung der Persönlichkeitsrechte der schwangeren Person ab. Diese Rechte seien nicht von der 1993

vom Bundesverfassungsgericht geforderten Verpflichtung nach Schutz auch des ungeborenen Lebens zu trennen, welches die zuvor vom Bundestag beschlossene gesamtdeutsche Fristenregelung im Ergebnis als nicht verfassungskonform erachtet hatte.

Herr Prof. Henrich, der Direktor der Klinik für Geburtsmedizin der Charité, schilderte die Erfahrungen mit (späten) Schwangerschaftsabbrüchen aus ärztlicher Sicht. Innerhalb der ersten zwölf Wochen einer Schwangerschaft werden in Deutschland etwa 110.000 Schwangerschaftsabbrüche durchgeführt. Ab der 12. Woche erfolgen 3500 Abbrüche und weitere 740 nach der 32. Woche als späte Schwangerschaftsabbrüche. Ab der 12. Schwangerschaftswoche gilt aktuell ausschließlich die ärztliche Indikation, wobei eine weitere Beratung sowie eine Schwangerschaftskonfliktberatung gefordert werden. Die Durchführung des Abbruchs kann frühestens am vierten Tag nach diesen Beratungen erfolgen. Unter den Methoden erfolgt bis zur neunten Woche in 32 % der Fälle ein medikamentöser Schwangerschaftsabbruch. In den zurückliegenden 20 Jahren wurden in der Charité 244 Spätabbrüche durchgeführt, wobei jeweils etwa 30 % chromosomal oder aufgrund von Störungen im ZNS-Bereich bedingt waren. Grundsätzlich ist aus ärztlicher Sicht klar zu stellen, dass die Komplikationsrate umso geringer ist je früher der Abbruch erfolgt. In dem Vortrag wurde deutlich, wie belastend Spätabbrüche für die betroffenen Personen und ihren Lebensbereich, aber auch für die Pflegenden sind.

Abschließend berichtet Frau Prof. Busch von der Hochschule Merseburg über die Schwangerschaftskonflikte aus der Sicht der Konfliktberatung. Dabei geht es immer um die juristische und psychologische Dimension. Es besteht eine erhebliche Konflikthaftigkeit bei ungewollt abgebrochenen Schwangerschaften. Im Rahmen der Beratung zeigt sich, dass 80 % der Betroffenen bereits entschieden sind, wenn die Pflichtberatung erfolgt. Darüber

hinaus haben viele Frauen mit Schwangerschaftsabbrüchen Stigmatisierungserfahrungen. Die Entscheidung für einen Abbruch sind unter anderem die Wahrung von Lebenszielen, die Stabilisierung der Familie, die Orientierung und die Offenhaltung von Möglichkeiten sowie die Verwirklichung von Lebenszielen. Die betroffenen Frauen zeigen eine kritische Einstellung zu Pflichtberatungen, die sich aus der Sorge vor Rechtfertigung oder aber aus Sorge vor dem Überreden zum Austragen der

Schwangerschaft ergibt. Frau Prof. Busch endete ihren Vortrag mit einem Plädoyer für eine Neuregelung der Konfliktberatung mit umfassendem Betreuungsangebot.

Die gesamte Tagung zeichnete sich durch die hohe Güte der Vorträge und die gleichermaßen intensive wie intellektuell stimulierenden Diskussionsbeiträge aus. Sämtlich Vorträge können online [HIER](#) abgerufen werden. Darüber hinaus ist beabsichtigt, diese Veranstaltungsreihe

bei begrenzter Teilnehmerzahl zukünftig für die Mitglieder der in der AWMF vertretenen Fachgesellschaften zu öffnen. Das nächste Treffen wird im März 2025 in Würzburg stattfinden.

Für die Veranstaltungsreihe Arbeitskreis Ärztinnen und Juristinnen/Ärzte und Juristen der AWMF und im Namen der DGCH,

Ihr
Joachim Jähne

Rekrutierende multizentrische chirurgische Studien in Deutschland

Hier veröffentlichen wir regelmäßig eine Auflistung „Klinische Studien“, die rekrutierende multizentrische chirurgische Studien vorstellt. Details und Hintergrund dazu im Beitrag: Wente MN et al. (2007) Rekrutierende multizentrische chirurgische Studien in Deutschland. Chirurg 78: 362–366.

Die Tabelle enthält Informationen über laufende Studien, die aktuell rekrutieren und daher zur Teilnahme für interessierte Chirurgen und Chirurginnen offen sind. Die Liste hat selbstverständlich nicht den Anspruch auf Vollständigkeit. Neuregistrierungen sind über das Studienzentrum der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (SDGC) möglich.

KONTAKT

Dr. Solveig Tenckhoff
Studienzentrum der Deutschen
Gesellschaft für Chirurgie
T: 06221/56-36839
F: 06221/56-33850
Solveig.Tenckhoff@med.uni-heidelberg.de
www.sdgc.de

MULTIZENTRISCH RANDOMISIERT KONTROLLIERTE STUDIEN				
STUDIENLEITER	PATIENTEN/OP.-VERFAHREN	FIRST PATIENT IN/ STATUS DER STUDIE	FINANZIERUNG DER STUDIE/FALLGELD	ANSPRECHPARTNER/ KONTAKT
Studientitel ARMANI ₁ *				
Registrierungsnummer: NCT04678583, DRKS00023792				
Prof. Dr. med. Jürgen Weitz, MSc.	Patienten mit Lebermetastasen Exper. Gruppe anato- mische Resektion der Lebermetastase(n).	FPI: 12.03.2021	DKTK Joint Funding	Ulrike Neckmann, PhD Studienkoordinatorin Klinik und Poliklinik für Viszeral-, Thorax- und Gefäßchirurgie Universitätsklinikum Carl Gustav Carus an der Technischen Universität Dresden Anstalt des öffentlichen Rechts des Freistaates Sachsen Fetscherstraße 74 01307 Dresden T: 0351 458 18130 F: 0351 458 7273 E: ulrike.neckmann@uniklinikum-dresden.de
Prof. Dr. med. Nuh Rahbari	Kontrollgruppe nicht-anatomische Resektion der Lebermetastase(n).	59 von 240 Patienten	1530 € / Patient	
Studientitel: BariSurg ₂ *				
Registriernummer: DRKS00004766				
Prof. Dr. Dr. med. Franck Billmann	Patienten mit einem BMI von 35–40 kg/m ² und mit mindestens einer assoziierten Begleiterkrankung sowie Patienten mit einem BMI von 40–60 kg/m ²	FPI: 27.11.2013	–	Prof. Dr. Dr. med. Franck Billmann Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Transplantation- schirurgie Universitätsklinikum Heidelberg T: 06221 563 44 11 M: Franck.Billmann@med.uni-heidelberg.de
	Experimentelle Gruppe: Magenschlauch-OP	187 von 248 Patienten	Kein Fallgeld	
	Kontrollgruppe: Magenbypass-OP			

MULTIZENTRISCH RANDOMISIERT KONTROLLIERTE STUDIEN

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

Studientitel: City₃***Registrierungsnummer: DRKS0033520**

Prof. Dr. med. D. K. Bartsch	Patienten (n = 2426), bei denen eine totale Thyreoidektomie oder Hemithyreoidektomie wegen einer gutartigen Struma durchgeführt wurde	28.02.2024	Keine Finanzierung	PD Dr. med. Elisabeth Maurer Klinik für Viszeral-, Thorax- und Gefäßchirurgie Philipps-Universität Marburg Baldingerstraße 35043 Marburg T: 06421/58-65869 F: 06421/58-68995 E: maurere@med.uni-marburg.de
	Exper. Gruppe: kontinuierliches intraoperatives Neuromonitoring	177 von 2426 Patienten	Fallgeld: 0 €/Patient	
	Kontrollgruppe: intermittierendes intraoperatives Neuromonitoring			

Studientitel: DISPACT-2₄***Registrierungsnummer: DRKS00014011**

PD Dr. med. Rosa Klotz	Patienten mit benignen und malignen Veränderungen des Pankreaskörpers und des -schwanzes mit Indikation zur elektiven distalen Pankreatektomie	13.08.2020	DFG	PD Dr. med. Rosa Klotz Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Transplantation- schirurgie Universitätsklinikum Heidelberg Im Neuenheimer Feld 420 T: 06221 56 6980 F: 06221 56 33 850 E: rosa.klotz@med.uni-heidelberg.de
	Exper. Gruppe Minimalinvasive distale Pankreatektomie	215 von 294 Patienten	1.250 € / Patient	
	Kontrollgruppe Offene distale Pankreatektomie			

Studientitel: HULC₅***Registrierungsnummer: DRKS00017517**

Prof. Dr. med. André L. Mihaljevic	Experimentelle Gruppe: Verschluss der medianen Laparotomie mit einem langsam resorbierbaren monofilen Faden in Small-Stitches-Technik und zusätzlicher Onlay-Mesh-Augmentation mit einem Polypropylen-Netz	08.08.2019	DFG	Dr. Solveig Tenckhoff Studienzentrum der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (SDGC) Marsilius-Arkaden Turm-West Im Neuenheimer Feld 130.3 69120 Heidelberg T: 06221-56-36839 F: 06221-56-33850 E: solveig.tenckhoff@med.uni-heidelberg.de
	Kontrollgruppe: Verschluss der medianen Laparotomie mit einem langsam resorbierbaren monofilen Faden in Small-Stitches-Technik	531 von 812 Patienten	500 € / Patient	

Studientitel: MICkey₆***Registrierungsnummer: DRKS00027927**

Prof. Dr. med. André L. Mihaljevic	Experimentelle Gruppe: Totale minimal-invasive Ösophagektomie (MIN-E; entweder über „klassische“ minimal-invasive Laparoskopie + Thorakoskopie; oder über Roboter-assistierte minimal-invasive Ösophagektomie [RAMIE] oder eine Kombination aus beidem)	14.06.2023	BMBF	Prof. Dr. A. L. Mihaljevic Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Transplantation- schirurgie Universitätsklinikum Tübingen T: 07071 29 86 619 E: andre.mihaljevic@med.uni-tuebingen.de
	Kontrollgruppe: Hybrid-Ösophagektomie (HYBRID-E; laparoskopische/robotische Bauchchirurgie und offene Thoraxchirurgie)	20 von 152 Patienten	850 €/Patient	

Studientitel: P.E.L.I.O.N₇***Registrierungsnummer: DRKS00027921**

Prof. Dr. med. André L. Mihaljevic	Experimentelle Gruppe: Verschluss der Bauchwand während des Loop-Ileostoma-Verschlusses mit fortlaufendem, langsam resorbierbaren Nahtmaterial in small-stitch-Technik, der mit einem retromuskulären, nicht resorbierbaren, makroporigen leichten Monofilament- oder Mixed Structure-Netz verstärkt wird.	20.01.2023	BMBF	Prof. Dr. A. L. Mihaljevic Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Transplantation- schirurgie Universitätsklinikum Tübingen T: 07071 29 86 619 E: andre.mihaljevic@med.uni-tuebingen.de
	Kontrollgruppe: Bauchwandverschluss beim Loop-Ileostoma-Verschluss mit fortlaufendem langsam resorbierbaren Nahtmaterial in small-stitch-Technik ohne Netzverstärkung.	35 von 304 Patienten	650 €/Patient	

MULTIZENTRISCH RANDOMISIERT KONTROLLIERTE STUDIEN				
STUDIENLEITER	PATIENTEN/OP.-VERFAHREN	FIRST PATIENT IN/ STATUS DER STUDIE	FINANZIERUNG DER STUDIE/FALLGELD	ANSPRECHPARTNER/ KONTAKT
Studientitel: RECOPS₈* Registrierungsnummer: DRKS00024364				
Prof. Dr. med. Daniel Reim	Experimentelle Gruppe: Patienten mit pyloruserhaltender Pankreaskopfre- sektion, Child-Rekonstruktion und zusätzlicher Braun'scher Fußpunktanastomose zwischen der zu- und abführender Schlinge der Duodenojejunostomie Kontrollgruppe: Patienten mit pyloruserhaltender Pankreaskopfresek- tion und Child-Rekonstruktion	05.05.2022 254 von 606 Patienten	675 €/Patient	Prof. Dr. Daniel Reim Klinikum Rechts der Isar der TU München Klinik und Poliklinik für Chirurgie Ismaninger Str 22 81675 München T: 089 4140 5019 F: 089 4140 2184 E: Daniel.reim@tum.de
Studientitel: SELREC₉* Registriernummer: DRKS00030567				
PD Dr. med. Rosa Klotz	Experimentelle Gruppe: Totale mesorektale Exzision (TME) ohne neoadjuvante (Chemo-)Radiotherapie Kontrollgruppe: Leitlinienkonforme neoadjuvante (Chemo-) Radio- therapie (5x5 Gy oder insgesamt 50,4Gy) und ggf. begleitende 5-FU-basierte Chemotherapie gefolgt von TME innerhalb von 12 Wochen	04.05.2023 13 von 1.074 Patienten	BMBF 1.762,39€/Patient	Dr. S. Tenckhoff Studienzentrum der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (SDGC) T: 06221 56 36 839 F: 06221 56 33 850 E: solveig.tenckhoff@med.uni-heidelberg.de

[1] Anatomical Resection of liver MetAstases in patients with RAS-mutated colorectal cancer

[2] Sleeve gastrectomy versus Roux-en-Y gastric bypass in obese patients with BMI 35–60 kg/m² – a multicenter randomized trial

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

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

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

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

[7] Prophylactic Effect of retromuscular mesh placement during Loop Ileostomy closure On incisional hernia incidence – a multicentre randomized patient- and observer-blind trial (P.E.L.I.O.N Trial)

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

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

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

Stand: August 2024

SPENDENAUFTRUF

Langenbeck-Virchow-Haus



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

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

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

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

Prof. Dr. med. U. Rolle
Präsident

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

Prof. Dr. med. Johann Pratschke
Schatzmeister



NEUE BDC-BROSCHÜRE



ZUR CHIRURGISCHEN WEITERBILDUNG

Der BDC hat eine neue, umfängliche Weiterbildungsbroschüre veröffentlicht, die Nachwuchsmediziner:innen und allen an der Weiterbildung in der Chirurgie Interessierten mit Tipps und Einblicken unterstützt. Mit der Broschüre hilft der BDC mit wertvollen Tipps und Einblicken, die den Weg zur Weiterbildung und auch währenddessen unterstützen sollen.

Die Inhalte sind:

Chirurgie in Deutschland: Die acht Säulen der Chirurgie, Bausteine Chirurgie, Bausteine Allgemeinchirurgie, praktische Tipps, Wahl der Klinik, Politische Entwicklung

Bewerbung: Kontakt aufnehmen, Profis fragen, individuell bewerben, Checkliste, Vorstellungsgespräch, Fragen der Arbeitgeber, eigene Fragen, Hospitation, Intensivstation, eLogbuch, Weiterbildung im Ausland

Chirurgie und Leben: Arbeitszeitmodelle, Dienstplanung, Schwangerschaft, Kinderbetreuung

Karrieremöglichkeiten: Notärztin und Notarzt, Intensivmedizin, D-Ärztin und D-Arzt, Niederlassung, Wissenschaft

Die Angebote des BDC: Chirurgie zum Mitmachen, M3-Abschlusstraining, M3-Prüfungsvideos, BDC|Akademie, Surgeon Talk

Wir danken herzlich Benedikt Braun, Annika Hättich, Andreas Kirschniak, Johanna Miller, Frauke Fritze-Büttner, Jens Rolinger für die wertvolle inhaltliche Unterstützung bei der Erstellung der Broschüre.

Hier geht es zur digitalen Ausgabe der Broschüre...

DER BDC



BEIM BUNDESKONGRESS CHIRURGIE 2025 IN NÜRNBERG

Der Bundeskongress Chirurgie (BCH) ist der wichtigste Treffpunkt für niedergelassene Chirurginnen und Chirurgen, die täglich qualitativ hochwertige und effiziente Arbeit leisten.

Der BDC richtet dieses Jahr drei berufspolitische Sitzungen aus und ist bei drei weiteren Veranstaltungen mit Mandatsträger:innen zugegeben. Ein Höhepunkt des Kongresses ist der berufspolitische Nachmittag am Freitag, den 21. Februar, bei dem Dr.

Ralf Schmitz, Mitglied des erweiterten Vorstands, Leiter der Regionalverbände und Leiter des Themenreferats „Niedergelassene Chirurginnen und Chirurgen“ Podiumsteilnehmer sein und in Austausch mit den Anwesenden gehen wird.

Eine Übersicht zu den BDC-Sitzungen finden Sie HIER.

Zur Website des BCH...

Einladung zur BDC-Mitgliederversammlung 2025

Hans-Joachim Meyer



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

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,

hiermit lade ich Sie satzungsgemäß zur Mitgliederversammlung des BDC ein.

Zur Vereinfachung der Organisation bitte ich Sie, Ihre gültige Mitgliedskarte zur Überprüfung der Legitimation vorzulegen.

Termin: Freitag, 28. März 2025, 12:45 – 14:00 Uhr

Ort: Internationales Congress-Center München, Saal 5, Am Messesee, 81829 München

Für Mitglieder bietet der BDC-Justitiar, Dr. Jörg Heberer, am Freitag, 28. März 2025, 09:00 – 12:30 Uhr eine kostenlose Rechtsberatung am BDC-Stand an. Bitte melden Sie sich verbindlich via justitiar@bdc.de an.

Ich wünsche Ihnen eine angenehme Anreise.

Ihr

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

TAGESORDNUNG

TOP 1	Begrüßung	Meyer
TOP 2	Feststellung der Beschlussfähigkeit	Meyer
TOP 3	Genehmigung der Tagesordnung	Meyer
TOP 4	Bericht des Präsidenten	Meyer
TOP 5	Bericht des Schatzmeisters	Mayer
TOP 6	Antrag auf Entlastung des Vorstandes	
TOP 7	Bestellung eines Wahlleiters	
TOP 8	Nachwahl des Leiters des BDC-Fachreferates Prof. Dr. med. Dr. med. dent. Matthias Schneider, DGMKG	
TOP 9	Bericht des Justitiars	Heberer
TOP 10	Aktuelles aus der Berufspolitik	Mitglieder des Präsidiums
TOP 11	Verschiedenes	



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

BDC | Landesverbände

BDC | Westfalen-Lippe

Vorsitzender
Dr. med. Björn Schmitz, MHBA

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

Regionalvertreter NL
Prof. Dr. med. Michael Aufmkolk

Stellv. Regionalvertreter NL
Jerzy Wielowiejski

BDC | Bremen

Vorsitzender
Dr. med. Knut Müller-Stahl

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

Regionalvertreter NL
N.N.

BDC | Hamburg

Vorsitzende
Prof. Dr. med. Carolin Tonus

Stellv. Vorsitzende
Dr. med. Michaela Rothe

Stellv. Vorsitzender
Dr. med. Thomas Mansfeld

Regionalvertreter NL
Dr. med. Philipp Kölln

Regionalvertreter in NL
Dr. med. Michaela Rothe

BDC | Schleswig-Holstein

Vorsitzender
Dr. med. Ralf Wilhelm Schmitz

Stellv. Vorsitzender
Dr. med. Michael Müller

Regionalvertreter NL
Prof. Dr. med. Tobias Kisch

Stellv. Regionalvertreter NL
Dr. med. Bertram Wittrin



DER BDC IN DEN BUNDESLÄNDERN

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

Sprecher der Landesverbände

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

www.bdc.de/bdc-landesverbände

BDC | Nordrhein

Vorsitzender
Dr. med. Sven Gregor

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

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

Regionalvertreter NL
Dr. med. Sven Gregor

BDC | Hessen

Vorsitzender
Frank Forst

1. Stellvert. Vorsitzender
Jan Henninger

2. Stellv. Vorsitzender
Dr. med. Alexander Buia

3. Stellv. Vorsitzende
Nathalena Hein

Regionalvertreter NL
Dr. med. Jörg Schrödter

Stellv. Regionalvertreter NL
Dr. med. Detlev Grapentin

BDC | Rheinland-Pfalz

Vorsitzender
Dr. med. Jörg Fischböck

Stellv. Vorsitzender
Dr. med. Thomas Chatterjee

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

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

BDC | Saarland

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

Stellv. Vorsitzender
Prof. Dr. med. Tim Pohlemann

Regionalvertreterin NL
Dr. med. Serpil Koc

BDC | Baden-Württemberg

Vorsitzender
Prof. Dr. med. Michael Schäffer

Stellv. Vorsitzender
Dr. med. Christoph W. Jaschke

Regionalvertreter NL
Dr. med. Matthias Szabo

Regionalvertreter NL
Dr. med. Christoph W. Jaschke



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

BDC | Mecklenburg-Vorpommern

Vorsitzender
PD Dr. med. Lutz Wilhelm

Stellv. Vorsitzender
Dr. med. Christoph Prinz

Regionalvertreter NL
Dr. med. Andreas Oling

Regionalvertreter NL
Dr. med. Thomas Nowotny

BDC | Berlin

Vorsitzende
Dr. med. Katharina Paul-Promchan

Vorsitzender
Dr. med. Ralph Lorenz

Stellv. Vorsitzende
Dr. med. Marie Samland

Regionalvertreter NL
Dr. med. Max Freiherr von Seebach

Stellv. Regionalvertreter NL
Dr. med. Karsten Mann

Stellv. Regionalvertreter NL
Dr. med. Gunnar Peters

BDC | Brandenburg

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

Stellv. Vorsitzender
Dr. med. Mario Liese

Regionalvertreter NL
Dr. med. Christian Federlein

BDC | Sachsen

Vorsitzender
Dr. med. Ludwig Schütz

Stellv. Vorsitzender
Dr. med. Jörg Hammer

Regionalvertreter NL
Dr. med. Jörg Hammer

BDC | Sachsen-Anhalt

Vorsitzender
Dr. med. Matthias Krüger

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

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

Regionalvertreter NL
Dr. med. Dirk Arbter

BDC | Thüringen

Vorsitzender
Dr. med. Arndt Voigtsberger

Stellv. Vorsitzender
Steffen Minner

Regionalvertreter NL
Dr. med. Arndt Voigtsberger

Stellv. Regionalvertreter NL
Dipl. Med. Ingo Menzel

BDC | Niedersachsen

Komm. Vorsitzender
Prof. Dr. med. Tim Glowka

Stellv. Vorsitzender
Prof. Dr. med. Ulf Culemann

Regionalvertreter NL
Dr. med. Florian Barth

Stellv. Regionalvertreter NL
Dr. med. Raymond Young

Stellv. Regionalvertreterin NL
Dr. med. Annina Donner

BDC | Bayern

Vorsitzender
Prof. Dr. med. Matthias Anthuber

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

Regionalvertreter NL
Dr. med. Axel Neumann

Stellv. Regionalvertreter NL
Dirk Farghal

Stellv. Regionalvertreter NL
Dr. med. Rainer Woischke

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



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

Termine BDC|Akademie*

CURRICULUM BASISCHIRURGIE							
VON	BIS	ORT	KURS-NR.	SEMINARTITEL	WISSENSCHAFTLICHE:R LEITER:IN	PREIS MITGLIED	PREIS NICHT-MGL
11.04.2025	12.04.2025	Leipzig	2025-21520	Notfallmanagement im Bereitschaftsdienst	Dr. med. Lutz Meyer	200,00 €	300,00 €
08.05.2025	10.05.2025	Hamburg	2025-21666	Basischirurgie	PD Dr. Dr. Uwe Johannes Roblick; Prof. Dr. med. Hans-Bernd Reith	350,00 €	550,00 €
15.05.2025	17.05.2025	Berlin	2025-21504	Praktischer Workshop: Allgemein-, Viszeral- und Gefäßchirurgie	Dr. med. Jörg Sauer	400,00 €	600,00 €

FACHARZTVORBEREITUNG							
VON	BIS	ORT	KURS-NR.	SEMINARTITEL	WISSENSCHAFTLICHE:R LEITER:IN	PREIS MITGLIED	PREIS NICHT-MGL
12.02.2025	15.02.2025	Leipzig und online	2025-23822	Facharztseminar Orthopädie/ Unfallchirurgie	Prof. Dr. med. Christian Kleber; Prof. Dr. med. Georg Osterhoff	400,00 €	550,00 €
17.02.2025	21.02.2025	Berlin	2025-23691	Facharztseminar Gefäßchirurgie	Prof. Dr. med. univ. Andreas Greiner	450,00 €	600,00 €
13.03.2025	15.03.2025	online	2025-23920	Facharztseminar Plastische Chirurgie	Prof. Dr. med. Heinz-Herbert Homann; Prof. Dr. med. Ulrich Kneser	300,00 €	500,00 €
12.05.2025	16.05.2025	Berlin	2025-22570	Facharztseminar Allgemein- und Viszeralchirurgie	Prof. Dr. med. Gero Puhl	450,00 €	600,00 €
19.05.2025	23.05.2025	Hamburg	2025-23820	Facharztseminar Orthopädie/ Unfallchirurgie	Prof. Dr. med. Frank Timo Beil; Prof. Dr. med. Lars Gerhard Großterlinden	450,00 €	600,00 €
16.06.2025	20.06.2025	Magdeburg	2025-23670	Facharztseminar Viszeralchirurgie	Prof. Dr. med. Roland S. Croner; Prof. Dr. med. Karsten Ridwelski	450,00 €	600,00 €
25.06.2025	27.06.2025	Essen	2025-23711	Facharztseminar Thoraxchirurgie	Dr. med. Jan Volmerig	350,00 €	550,00 €

FACHBEZOGENE SEMINARE, WORKSHOPS UND HOSPITATIONEN							
VON	BIS	ORT	KURS-NR.	SEMINARTITEL	WISSENSCHAFTLICHE:R LEITER:IN	PREIS MITGLIED	PREIS NICHT-MGL
26.02.2025	03.12.2025	online	2025-23866	Fraktur im Fokus	Prof. Dr. med. Benedikt Braun	100,00 €	200,00 €
04.04.2025		online	2025-23612	Osteosyntheseverfahren an der oberen Extremität	Prof. Dr. med. Lars Gerhard Großterlinden	150,00 €	200,00 €
08.04.2025	09.04.2025	Berlin	2025-23678	Viszeralchirurgie Kompakt: Kolonrektale Chirurgie	Prof. Dr. med. Johann Pratschke; PD Dr. med. Robert Siegel	350,00 €	500,00 €
10.04.2025	11.04.2025	Berlin	2025-22402	CAMIC 2: Laparoskopische Naht- techniken und Endoskopische Hernienchirurgie	Dr. med. Panagiotis Fikatas	500,00 €	700,00 €
10.04.2025	11.04.2025	Köln	2025-23634	VATS OP Kurs: Anatomische Segmentresektion	Prof. Dr. med. Erich Stoelben	400,00 €	500,00 €
06.05.2025	07.05.2025	Berlin	2025-23681	Viszeralchirurgie Kompakt: Endo- krine Chirurgie	Dr. med. Mechthild Hermanns; Prof. Dr. med. Gero Puhl	350,00 €	500,00 €
15.05.2025	16.05.2025	Hamburg	2025-22411	CAMIC 1: Grundlagen der Mini- malinvasiven Chirurgie	PD Dr. med. Anna Duprée	500,00 €	700,00 €
16.05.2025	17.05.2025	Mannheim	2025-23675	Viszeralchirurgie Kompakt: Proktologie	Dr. med. Philipp C. Manegold; Prof. Dr. med. Dieter G. Bussen; Dr. med. Andreas K. Joos; Prof. Dr. med. Stefan Fritz	350,00 €	500,00 €

FACHBEZOGENE SEMINARE, WORKSHOPS UND HOSPITATIONEN

VON	BIS	ORT	KURS-NR.	SEMINARTITEL	WISSENSCHAFTLICHE:R LEITER:IN	PREIS MITGLIED	PREIS NICHT-MGL
21.05.2025	22.05.2025	Köln	2025-23864	Fußchirurgie IV	Prof. Dr. med. Jonas Andermahr	500,00 €	650,00 €
12.06.2025	13.06.2025	online und Berlin	2025-23636	Hands-on-Kurs Kindertraumatologie	Prof. Dr. med. Martin Lacher; PD Dr. med. Peter Zimmermann	400,00 €	480,00 €
27.06.2025	28.06.2025	Templin OT Groß Dölln	2025-23682	16. Brandenburger Viszeralchirurgisches Update	Prof. Dr. med. habil. Frank Marusch; Prof. Dr. med. Stephan Gretschel	60,00 €	95,00 €

FACHÜBERGREIFENDE SEMINARE

VON	BIS	ORT	KURS-NR.	SEMINARTITEL	WISSENSCHAFTLICHE:R LEITER:IN	PREIS MITGLIED	PREIS NICHT-MGL
07.03.2025	08.03.2025	online	2025-24712	Abschlusscolloquium zum Kurs "Hygienebeauftragte(r) Ärztin/ Arzt"	Prof. Dr. med. Julia Seifert; Prof. em. Dr. med. Axel Kramer		
16.05.2025	17.05.2025	Berlin und online	2025-24707	Abschlusscolloquium zum Kurs "Hygienebeauftragte(r) Ärztin/ Arzt"	Prof. Dr. med. Julia Seifert; Prof. em. Dr. med. Axel Kramer		
01.10.2025		online	2025-24636	Ökonomie in der Robotik	Dr. med. Alexander Urbanski	80,00 €	100,00 €
10.10.2025	11.10.2025	Berlin und online	2025-24708	Abschlusscolloquium zum Kurs "Hygienebeauftragte(r) Ärztin/ Arzt"	Prof. Dr. med. Julia Seifert; Prof. em. Dr. med. Axel Kramer		

SOFTSKILL- & MANAGEMENTSEMINARE

VON	BIS	ORT	KURS-NR.	SEMINARTITEL	WISSENSCHAFTLICHE:R LEITER:IN	PREIS MITGLIED	PREIS NICHT-MGL
28.02.2025	01.03.2025	Berlin	2025-26532	Chirurginnen auf dem Weg nach oben: Modul 2 – Durchsetzungs- strategien im Klinikalltag	Dr. med. Gunda Leschber; Sabine Schicke	500,00 €	700,00 €
08.03.2025		online	2025-27706	Abrechnungswebinar EBM	Dr. med. Björn Ackermann	50,00 €	80,00 €
08.03.2025		online	2025-27701	Abrechnungswebinar GOÄ und UV-GOÄ	Dr. med. Peter Kalbe	50,00 €	80,00 €
11.04.2025	12.04.2025	Berlin	2025-26533	Chirurginnen auf dem Weg nach oben: Modul 3 – Erfolgsstrategien in eigener Sache	Dr. med. Gunda Leschber; Sabine Schicke	500,00 €	700,00 €
17.05.2025		Berlin	2025-25590	Begutachtung im Behandlungs- fehlerprozess	Prof. Dr. med. Heiner Wenk	270,00 €	330,00 €
13.06.2025	14.06.2025	Berlin	2025-26534	Chirurginnen auf dem Weg nach oben: Modul 4 – Gesprächsstrategie – souverän Klartext reden	Dr. med. Gunda Leschber; Sabine Schicke	500,00 €	700,00 €

BDC|Akademie

Information und Anmeldung:

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

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

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

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

INTUITIVE.

Medtronic
Engineering the extraordinary

STORZ
KARL STORZ – ENDOSKOPE

LIFESTYLE- ANGEBOTE

im Februar 2025

%

25 %



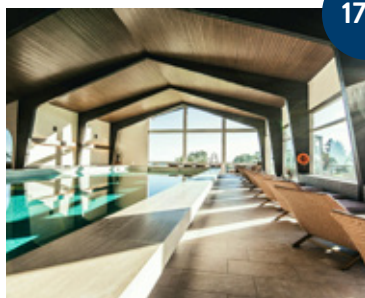
WMF: BIS ZU 25 %
RABATT FÜR BDC-MITGLIEDER

44 %



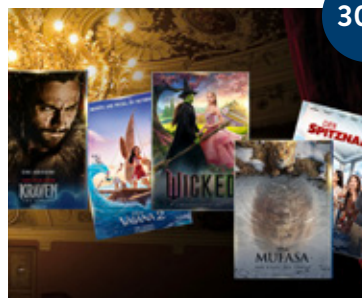
TYLKO: BIS ZU 44 %
RABATT FÜR BDC-MITGLIEDER

17 %



TRAVADO: 17 %
RABATT FÜR BDC-MITGLIEDER

30 %



UCI: 30 %
RABATT FÜR BDC-MITGLIEDER

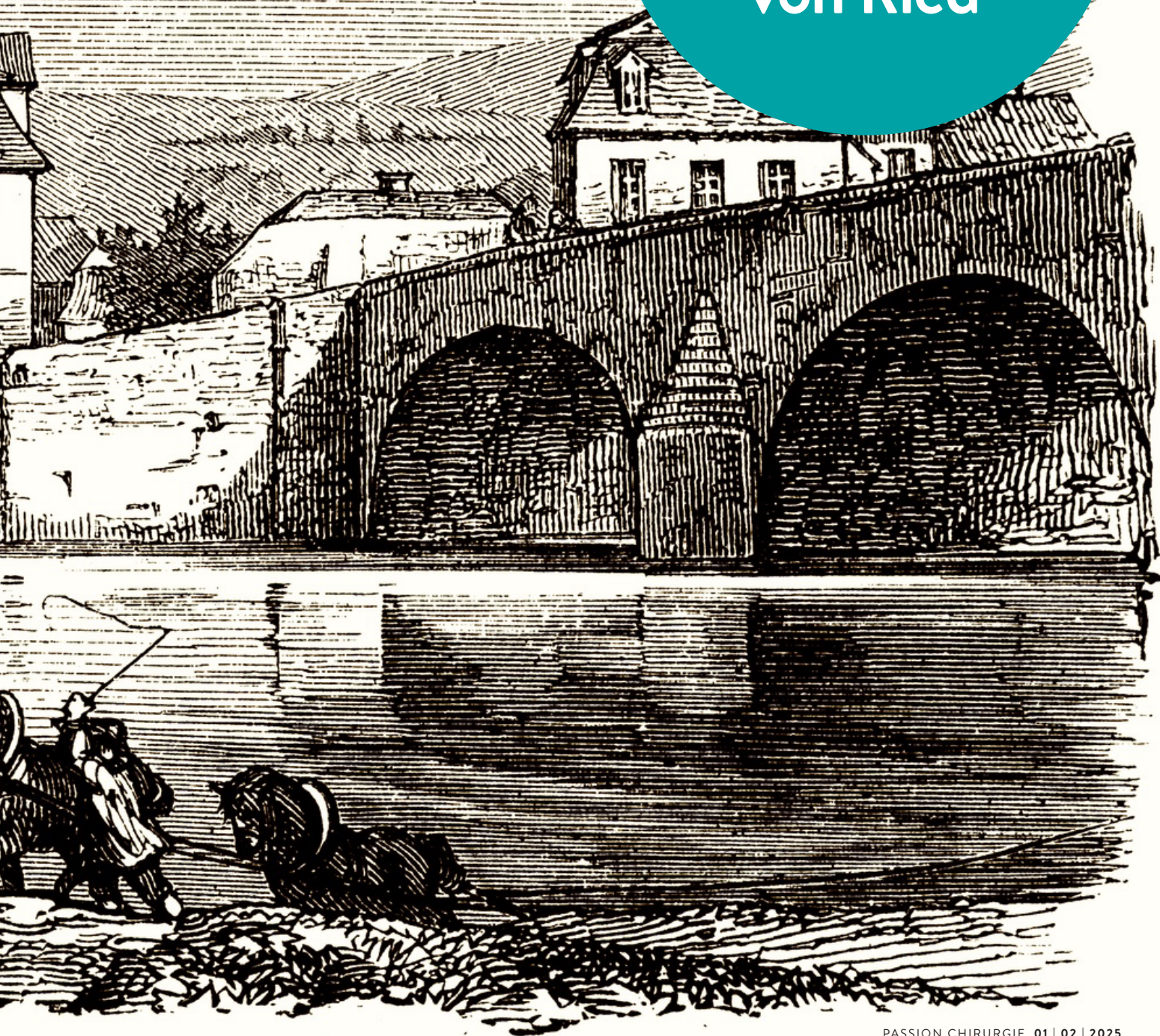
WIE KANN ICH DIE ANGEBOTE IN ANSPRUCH NEHMEN?

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



PANORAMA

Franz Jordan von Ried





Korrespondierender Autor:
Prof. em. Dr. Dr. med. Dieter A.
Schumann

Facharzt für Chirurgie & Mund-Kiefer-
Gesichts-Chirurgie
Burgheimer Lage 5
96049 Bamberg



Prof. Dr. med. Dr. med. dent.
Dr. phil. Andreas A. Müller

Leitung Universitäres Zentrum für
Lippen-Kiefer-Gaumenspalten und
Gesichtsfehlbildungen
Universitätsklinik Basel
Spitalstr. 21
4031 Basel/Schweiz

Schumann DA, Müller AA: Ein Wegbereiter
der regionalen Chirurgie in Jena – Franz Jordan
von Ried (1810–1895). *Passion Chirurgie*. 2025
Januar/Februar; 15(01/02): Artikel 09.



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

Ein Wegbereiter der regionalen Chirurgie in Jena – Franz Jordan von Ried (1810–1895)

ZUM 215. GEBURTSTAG

Dieter A. Schumann, Andreas A. Müller

An der 1558 gegründeten Universität Jena, die 1858 ihr 300-jähriges Bestehen feiern konnte, war *Franz Jordan Ried* (1810–1895) Dekan der Medizinischen Fakultät und bereits seit 1846, damals als 36-jähriger Chirurg, auf den Lehrstuhl für Chirurgie berufen und zum Direktor der chirurgischen Abteilung der Landesheilstalten, Jena, ernannt worden.

Als wir gemeinsam mit den ärztlichen Mitarbeitenden der Chirurgie im Mai 1992 zu Ehren von *Prof. Dr. med. Erich Lexer* [1] (1876–1973) aus Anlass seines 125. Geburtstags ein wissenschaftliches Symposium mit zahlreichen Referent:innen und Gästen (unter ihnen auch die Tochter *Lexers*, Frau *Gunda Holzmeister*), veranstalteten, da *Lexer* auch „Baumeister“ der neuen „Chirurgischen Universitätsklinik“ von 1910–1912 während seiner Tätigkeit in Jena bis 1919 war, stießen wir bei unseren Recherchen auf seine Vorgänger im Amt, wie z. B. *Bernhard Riedel* (1846–1916) und natürlich auch auf *Franz Jordan von Ried* (1810–1895).

Mit ihm verbinden wir in Jena den Beginn einer empirisch-wissenschaftlich orientierten regionalen und allgemeinen Chirurgie, an die man sich heute mit Hochachtung erinnert. Unsere Würdigung an dieser Stelle kann nicht sein Lebenswerk in toto wiedergeben, es ist zu umfangreich. Aber ein Kapitel seiner „lokalen Chirurgie“, nämlich sein Vorgehen bei angeborenen, kindlichen Fehlbildungen des Gesichts (speziell

bei Lippen-, Kiefer- und Gaumenspalten) verdient es besonders, in die Erinnerung zurückgerufen zu werden, weil festzustellen ist, dass er damit gleichrangig in die Reihe seiner Lehrmeister (z. B.: *Dieffenbach* (1792–1847), *Roux* (1780–1854) u. a.) gehört. Bei der Betrachtung chirurgischer Techniken unserer Zeit entdeckt man auch bei v. *Ried* Vorläuferideen.

Mit unserem Beitrag möchten wir auf der Grundlage ausgewerteter Daten (Dissertation in Latein von *E. Hoffmann* [2] 1854; Dissertation von *L. Koch* [3] 1877; Transkription der Collegmitschrift, der zweibändigen Handschrift von *E.L. Schillbach* [4], 1862) den Beweis antreten, dass v. *Ried* methodischer Vordenker und Wegbereiter einer funktionellen Chirurgie mit hohem ästhetischem Anspruch und Orientierung am Stand der damaligen Wissenschaft war. Auch seine Würdigung 1862 als Leopoldina-Mitglied durch *Friedrich Ludwig Joseph Siebert* [5] (1829–1882) mit den Worten: „... war seine Meisterschaft bei der Regulierung der Hasenscharten auf das Vollendetste ...“; ist ein Grund, diese „Vollendung“ näher zu betrachten.

Der am 12. Februar 1810 in Kempten im Allgäu geborene *F. J. Ried* besuchte in Erlangen das Gymnasium Fridericianum, nach dem Abitur 1828 studierte er in Würzburg und Erlangen Medizin. Da sein Vater bayerischer Beamter war (Landgerichts-Assessor, Stadtgerichtsrat), kam es dienstbedingt

zu mehreren Ortswechseln. Im Examen musste er sich zur Anatomie des Schädels resp. des Aufbaus des Oberkiefers äußern (Marschall [7], 2005). Seine medizinische Dissertation legte er 1832 mit dem Titel: „Über den Luftintritt in die Venen bei Chirurgischen Operationen“ vor. Danach wurde er 1833 Assistent an der Medizinischen Klinik der Universität Erlangen. 1835 legte er sein medizinisches Staatsexamen in Bamberg ab (vermutlich bei Prof. *Johann Lukas Schönlein*, 1793–1864; einem der Lehrer *R. Virchows* (1821–1902) mit Tätigkeiten in Würzburg, Jena und Bamberg). In Berlin besuchte er 1836 die Kliniken von *F. v. Graefe* (1787–1850), *J. F. Dieffenbach* (1792–1847) und lernte deren Spaltchirurgie und rekonstruktive Gesichtschirurgie kennen.

1839 folgte seine Habilitation, nachdem er sieben Kliniken in Paris (*P. J. Roux*, 1780–1854) und Strasbourg besucht hatte und nun ordinaibel wurde. 1846 wurde Ried auf den Lehrstuhl für Chirurgie an der Universität Jena berufen. *Ried* (Abb. 1) kannte die französische Chirurgie und die Literatur der Operateure des 18. Jahrhunderts, zitierte z. B. *F. Chopart* (1743–1795) zur Cheiloplastik und war auch

Zeitgenosse der deutschen Chirurgen, wie *B. v. Langenbeck* (1810–1887) und *K. A. Burow* (1809–1874), dessen Technik der Lappenplastik er anwendete und verbesserte.

Ried hatte eine sehr feine Handschrift (s. a. seine Briefe an *E. Haeckel* [8], 1834–1919), besaß ein ausgezeichnetes Zeichentalent und bereitete seine Eingriffe akribisch vor. Er versah seine OP-Berichte mit eigenen Skizzen, die wohl auch in seinem Colleg in seinem Privathaus an der Tafel entstanden. *Ried* war ein fleißiger „Kliniker“, der seine Kranken meist auch am Abend nach der Operation noch einmal aufsuchte, aber dafür weniger publizierte. Unter seiner Betreuung entstanden auch zu unserem Thema interessante medizinische Dissertationen (*E. Hoffmann*, 1854, *L. Koch*, 1877), in denen man die Beschreibung der Ideen und das Vorgehen von *v. Ried* findet. *Lindemann* [15] (1880–1970) hat 1.950 Einzelschritte, wie sie auch *v. Ried* anwendete, wiederholt und publiziert.

Eigentlich hatte sich *Franz Jordan Ried Hoffnungen* gemacht, in Erlangen die Nachfolge seines chirurgischen Lehrers und

Freundes *M. Jäger* (1795–1838) antreten zu können, was aber nicht gelang, obwohl er sehr oft seinen Chef im Amt vertreten musste. In Jena begründete er mit *A. Siebert* (1805–1855) die „Medizinisch-Naturwissenschaftliche Gesellschaft Jena“ – auch als Ausdruck der Abkehr von der reinen naturheilkundlichen Ausrichtung der Medizin durch Hinwendung zur empirischen Wissenschaft. Er bezog die Landesheilstalten, einen dreigeschossigen Bau ohne räumliche Trennung von septischem und aseptischem Krankengut, und erreichte die Aufteilung der Heilkunde in Chirurgie und Innere Medizin als getrennte, selbstständige Gebiete (Abb. 2).

Die Stadt Jena, das Land und die Herzöge von Meiningen und Altenburg ehrten ihn in besonderer Weise (Ehrenbürger, Geheimer Rath, Ernestinischer Hausorden, was die Erhebung in den Adelsstand bedeutete). 1884 reichte er krankheitshalber nach 38-jährigem Direktorat seinen Rücktritt ein.

Franz Jordan von Ried starb am 11.06.1895 in seinem Haus in der Neugasse in Jena, nachdem ein Schlaganfall seinen rechten Arm



Abb. 1: *Franz Jordan v. Ried* (1810–1895), Fotografie des Weimarer Hoffotografen, um 1884, Sammlungen d. ThULB Jena

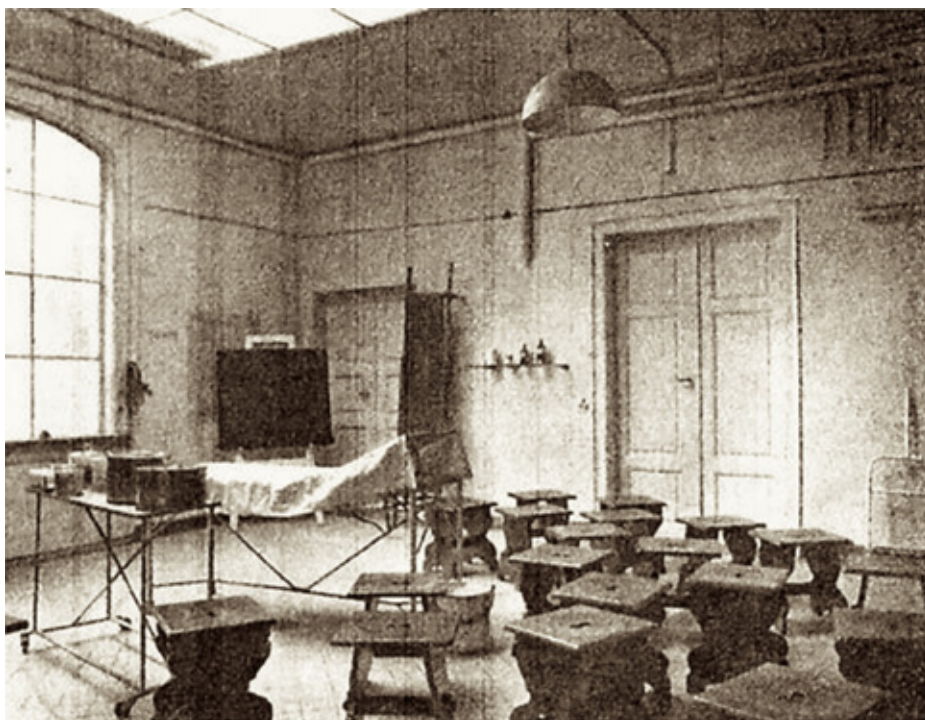


Abb. 2: OP-Saal in den Landesheilstalten zur Zeit *F. J. Rieds*. *Lexer* ließ mit seiner Berufung 1910 bis 1912 eine neue Chirurgische Universitäts-Klinik nach eigenen Entwürfen bauen. (Foto Arch. Chir.)

gelähmt und sich sein Sehvermögen erheblich verschlechtert hatte. Dem Förderverein „Johannisfriedhof Jena e.V.“ (T. Peschke, 2018) [17] ist sehr zu danken, dass seine Familiengrabstelle erhalten und gepflegt wird (Abb. 3).

DIE SPALTCHIRURGIE AB 1846 IN JENA UNTER FRANZ J. RIED

Anfänge der rein operativen Behandlung von Spaltbildungen im Mittelgesicht („Hasenscharten und Wolfsrachen“) lagen auch in Jena in der Hand von Chirurgen (Schumann, D., Rockstroh, G., Rockstroh, J. [6]).

Franz J. Ried besuchte nach seiner Promotion 1832 im Jahre 1836 auf Empfehlung seines Lehrers M. Jaeger (1795–1838) in Berlin F. v. Graefe (1787–1840), J. F. Dieffenbach und in Paris P. J. Roux. Er lernte deren Methoden kennen, übernahm ihr Vorgehen am Gaumen und entwickelte eigene Techniken, um Verwachsungen zwischen Gaumen und Rachen zu lösen. Während in Jena mit Ried schon 1846 eine ordentliche Professur mit Lehrstuhl für Chirurgie entstand, folgte das an „großen Universitäten“ wie z. B. in Basel fast 20 Jahre später (1864) mit Auguste Socin (1837–1899), der 27-jährig die erste Berufung eines ordentlichen Professors für Chirurgie an der Universität Basel erhielt. Bekannt sind von Socin die engen Kontakte zu den deutschen Chirurgen v. Bergmann (1836–1907), v. Langenbeck u. a.

Von F. J. Ried wurden heute modern erscheinende Schnittführungen für die Lippen- und Gaumenspalten-Operationen entworfen, die in Anlehnung an Dieffenbach und auch von seinem Zeitgenossen v. Langenbeck publiziert wurden. Insbesondere bei den bogenförmigen Inzisionen zur Chirurgie der Lippenspalten geht Ried den Verfahren heutiger populärer Methoden (z. B.: Rotation Advancement Procedure, Millard, 1961 [9]) voraus. Dieses wird bei den doppelten Hasenscharten noch deutlicher (Schillbach, 1862). Auch die von uns über 20 Jahre geübte Technik nach G. Pfeifer [10]



Abb. 3: Familiengrab der Familie von Ried auf dem Johannisfriedhof Jena, Foto privat

(1921–2003), 1966 publiziert als sog. „Wellenschnittverfahren“, kann man schon in dem bogenförmigen Ansatz der Inzisionen bei Ried finden. In dem Vorlesungsmanuskript von Schillbach [4] wird die von F. J. Ried geübte Methode beschrieben. Damit beginnt diese regionale Chirurgie an der chirurgischen Abteilung der Landesheilstalten Jena und kann auf Rieds Amtsantritt 1846 datiert werden. Ried gehört u. E. damit für diese Krankheitsbilder (LKG-Spalten) in die Reihe der Protagonisten einer modernen Chirurgie in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts. Auch wenn die Veröffentlichung über seine (wohl erstmalig) durchgeführte beidseitige Oberkieferresektion unter den Chirurgen offensichtlich einen höheren Stellenwert bekommen hatte, sind die Würdigungen zu seinen Hasenscharten-Operationen durch die „Leopoldina“ bezeichnend. Damit darf zu Recht von einem Beginn der wissenschaftlichen Spaltchirurgie durch F. J. Ried in Jena ausgegangen werden.

In der medizinischen Dissertation von E. Hoffmann [2] (1854) unter Ried ist dieses für die Nachwelt (in Latein) dokumentiert und erhalten. Das betrifft auch die Kenntnis und Anwendung der italienischen und indischen Methoden der Nasenrekonstruktion [16].

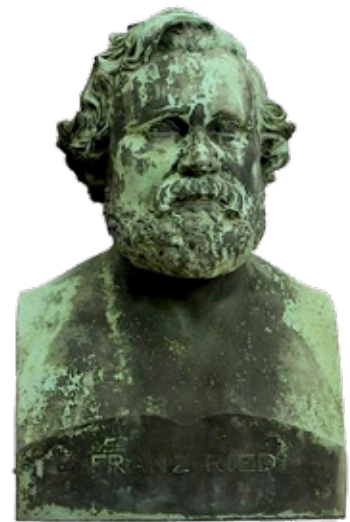


Abb. 4: Büste F. J. v. Ried, Donndorf 1858, Kustodie (Kunstsammlung) der Universität Jena, Foto Grond

HANDSCHRIFT VON V. RIED (IM ZEUGNIS ÜBER SCHILLBACH, ZUM ANTRAG AUF DOZENTUR 1854)

E. L. Schillbach (1825–1898) war Assistent und später als a. o. Professor für Chirurgie Mitarbeiter von v. Ried.

Transkription Abb. 5: Zeugnis – Herr Dr. Schillbach hat während eines Zeitraumes von zwei Jahren als Assistent der chirurgischen Klinik fungiert. Er hat sich während dieser Zeit nicht nur durch seine Strenge, Gewissenhaftigkeit in Führung der ihm übertragenen Funktionen und durch die größte den Kranken gewidmete Sorgfalt und Humanität, sondern ganz vorzüglich durch seine dem ganzen Gebiet der Medizin und besonders der Chirurgie umfassende theoretische Kenntnisse sowie praktische Befähigung ausgezeichnet. Der unterzeichnete kann denselben unbedingt als einen seiner vorzüglichen Schüler empfehlen und hält denselben namentlich zum Dozenten der Chirurgie für befähigt. Jena, den 15. Jan. 1854. Dr. F. Ried, Direktor der chirurgischen Klinik.

In der Collegmitschrift von Schillbach lesen wir zur „Operation der einfachen Hasenscharte“: „Die Operation sollte nun nicht nur bestehen in einer einfachen Anfrischung der Spalte („Spaltränder“). Es muss eine

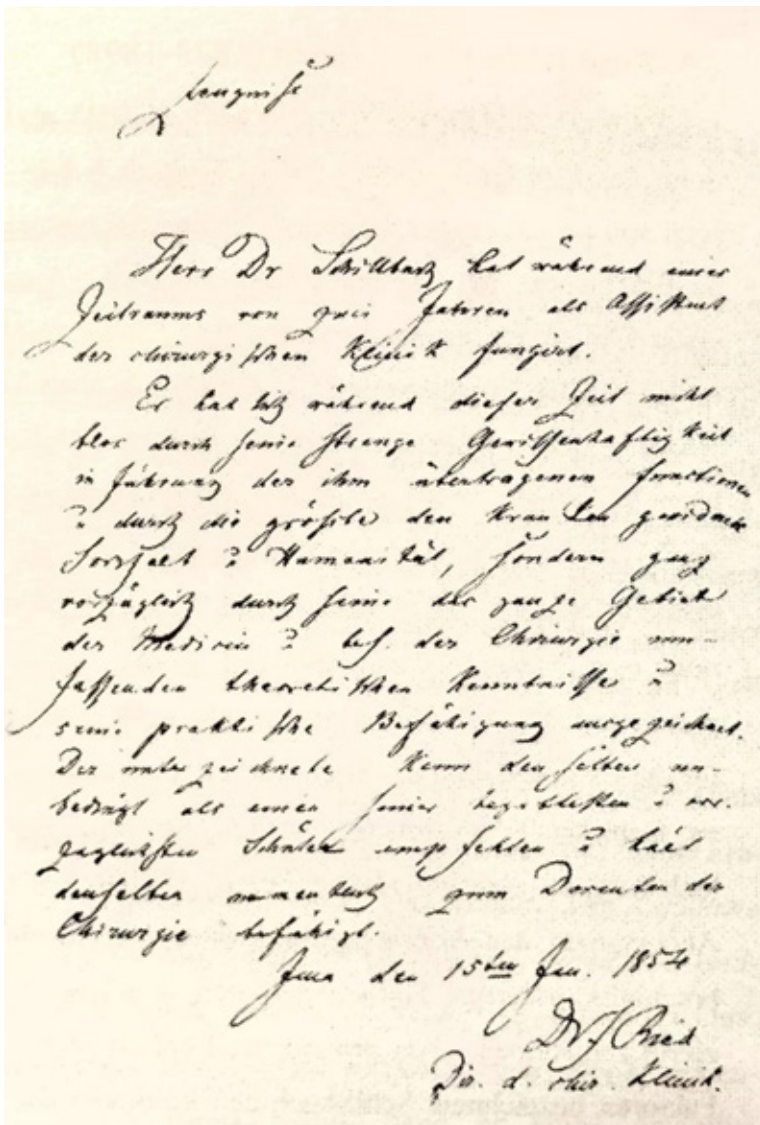


Abb. 5: Handschrift von *Franz J. v. Ried* aus der Historischen Sondersammlung der ThULB UNIJ (Bestand 1.64a, Dekan Martin Bl. 19–21), Foto privat

Verlagerung der Weichteile stattfinden. Die erste Operation besteht darin, dass man durch zwei Schnitte bis an die Wangen nur (soweit) auszuführen wie es die Lippe verlangt, man vereinigt dann die beiden oberen Läppchen, man schiebt sie aneinander, ohne (sekundäre) Wunde nach unten. Die zweite Methode: Man führt erst einen Schnitt im Halbbogen um den Nasenflügelrand. Mitte der Längsschnitte führt man einen Schnitt nach den Wangen. Reicht dieses auf einer Seite nicht, wird dieses auf der anderen Seite wiederholt. Es ist dieses für das Kind bei jeder Hasenscharte anwendbar. Das mittlere Läppchen benutzt man in Form eines Dreiecks, macht es in Bogenschnitten um die Flügel und von diesen Schnitten in die Wangen. Wesentlich ist, dass man die Teile weit ablöst, um sie recht beweglich zu machen.“

TEXTPASSAGE AUS DER
HANDSCHRIFT E. L.
SCHILLBACH [4] (1862)

Transkription **Abb. 6:** „In früherer Zeit und historisch auch jetzt war es folgendes: man trug mit Scheren die überstehenden Ränder ab und befestigte mittels unrunder Naht (Nadel) die Ränder wieder in einer Operation. Diese Operation ist aber unzweckmäßig und zwar aus folgenden Gründen: es wird an der Seite eine Einkerbung entstehen. Bei der doppelten (Spalte) wird sich in der Mitte eine Furche bilden. Um dieses zu beheben hat man sich in neuerer Zeit viel Mühe gegeben.“ff

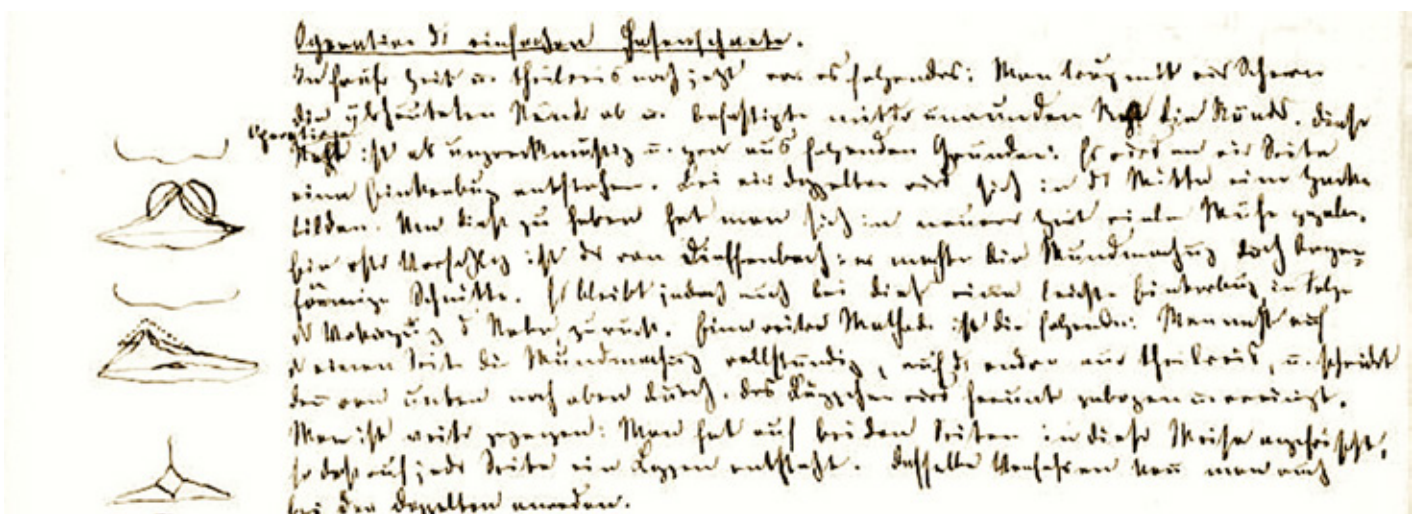


Abb. 6: Textpassage aus der Handschrift *E. L. Schillbach* [4] (1862)



Abb. 7: Einseitig totale Spalte V – das Vomer, Foto Müller



Abb. 8: Doppelseitig totale Spalte PM-Prämaxilla

Die Schriften aus der Schaffensperiode von F. J. Ried liegen in der ThULB Jena vor. Sie lassen eine Rekonstruktion seines operativen Vorgehens und einen Vergleich mit später inaugurierten, z. T. heute noch gebräuchlichen Methoden zu [14].

DAS KLINISCHE BILD

KLINISCHE KENNZEICHEN (TRIPPLE D)

Defekt:

offene Verbindung zwischen Mund- und Nasenhöhle (fehlender Nasenboden)

Dislokation:

Fehlstellungen von Nase, Kiefer, Gaumen, Zwischenkiefer, Zahnkeimen

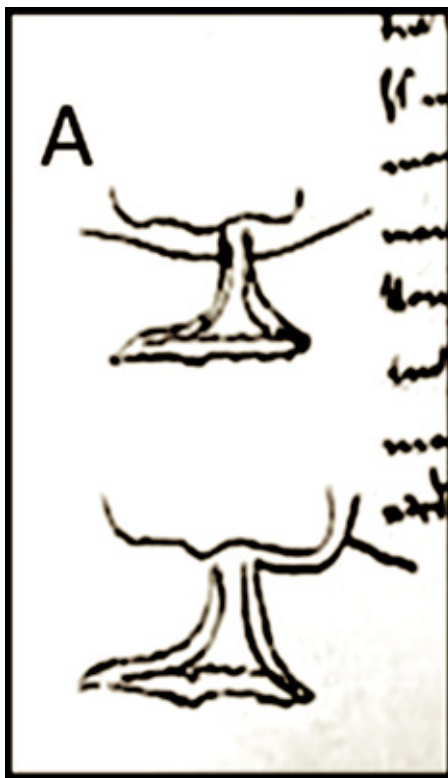


Abb. 9: Methode von Ried

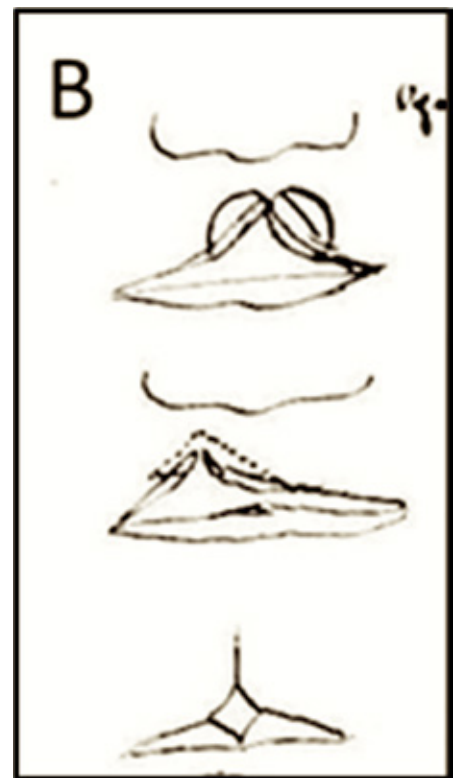
Deformierung:

Verformung von Zwischenkiefer, Gaumenfortsätzen, Vomer Gaumensegel, Naseneingang und -scheidewand

METHODE V. RIED (1862)

Transkription aus Sütterlin Handschrift (Abb. 9)

„Ein erster Vorschlag ist der von Dieffenbach: er machte die Wundmachung durch zungenförmige („bogenförmige“) Schnitte. Es bleibt jedoch auch bei dieser (Methode) eine leichte Einkerbung infolge der Verkürzung der Narbe zurück. Eine weitere Methode (Ried) ist die folgende:



man macht auf der einen Seite die Wundmachung vollständig, auf der anderen nur teilweise und schneidet die von unten nach oben durch. Das (entstehende) Lappchen wird herunter gebogen und vereinigt. Man (Ried) ist weiter gegangen: man hat auf beiden Seiten in dieser Weise angefrischt, so dass auf jeder Seite ein Lappen entsteht. Dasselbe Verfahren kann man auch bei der doppelten (Spalte) anwenden.“ ff Seite 9

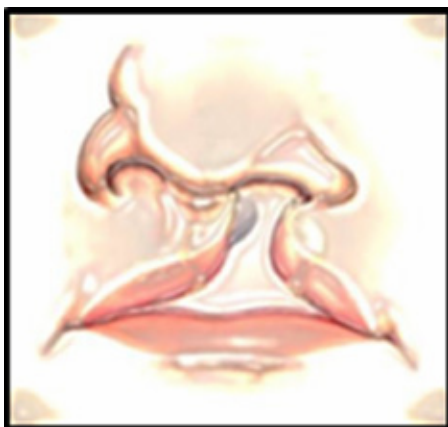
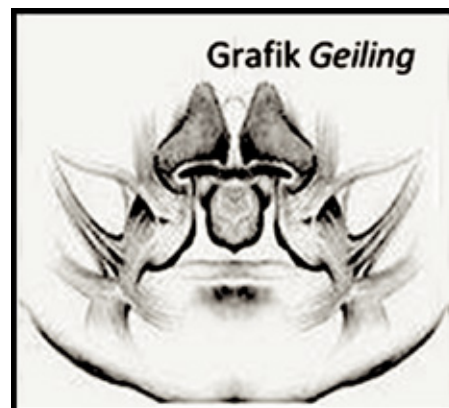


Abb. 10: Grafik li totale LKG-Spalte (Geiling)



Abb. 11: Methode Millard [9] (in Jena 1972 – 1988)



Grafik Geiling

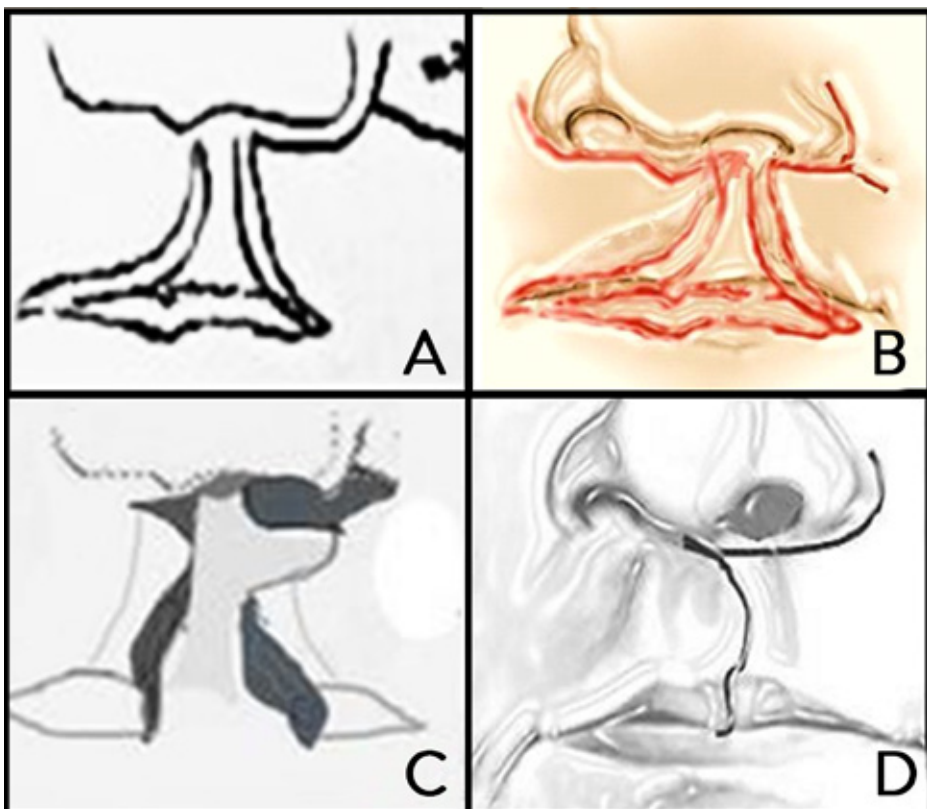


Abb. 12 A-D: Grafik zeigt die Ähnlichkeit mit der von Millard, 1961 angegebenen Methode (Abb. 10 in Abb 11 (B,C) mit Umzeichnung (rot) der Lippenplastik nach v. Ried aus Schillbach, 1862)

VERGLEICHENDE BETRACHTUNG

DIE LIPPENPLASTIK BEI EINFACHER TOTALER „HASENSCHARTE“ VON 1846–2005 AM UNI-KLINIKUM JENA

V. Ried verwendete bogenförmige Inzisionen, um die verkürzten medialen Lippenanteile

bei unvollständiger „Hasenscharte“ zu verlängern und dann zu vereinigen. Den Amorbogen bildete er durch ein dreieckiges Läppchen aus dem Spaltrand. Bei der OP der vollständigen „Hasenscharte“ fallen Ähnlichkeiten zu modernen Schnittführungen auf. Dies ist zwar nur ein Schritt in der Versorgung, aber wesentlich für das Endergebnis und ein Beleg für den hohen Anspruch des Vorgehens von v. Ried. Unser Vorgehen von

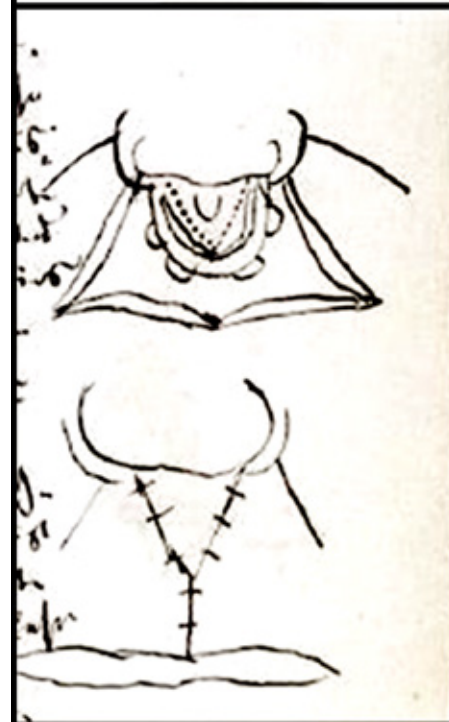


Abb. 13: Schema aus Schillbach, 1862

1972–1988 zeigt Abb. 11 und lässt Ähnlichkeiten zur Abb 12 (v. Ried) erkennen.

DIE LIPPENPLASTIK BEI DOPPELTER TOTALER „HASENSCHARTE“ VON 1846–2005 AM UNI-KLINIKUM JENA

Bei den doppelten vollständigen „Hasenscharten“ hat v. Ried die Methode für die einfachen Formen auf die doppelten Spaltbildungen übertragen (Abb. 13). Es dominiert wiederum die bogenförmige Inzision mit entsprechender Ausdehnung in die Wange. Anfangs versuchte er auch den Zwischenkiefer einzuordnen, um eine regelrechte Mastikation zu erreichen.

Nach Fehlversuchen schloss er sich dem Verfahren *Dieffenbachs* an, der den Zwischenkiefer entfernte (Koch [3]). Auch bei der Operation der doppelseitigen LKG-Spalten hat v. Ried mit seiner Technik auch schon die Idee eines funktionell orientierten und ästhetisch anspruchsvollen Vorgehens verwirklicht.

Wir haben von 1966 an begonnen, die Millardsche Vorgehensweise anzuwenden und sind ab 1987 zur Pfeiferschen Technik mit ebenso guten Resultaten übergegangen.

TEXTPASSAGE AUS DER DISSERTATION E. HOFFMANN [2] (1854)

Übersetzung „Über die Operationen der Lippenspalte“:

„Wir müssen zuerst definieren, was Hasenscharten sind und welche Krankheiten damit verbunden sind. Die Hasenscharte ist eine angeborene Fehlbildung, auch die Unterlippenspalte wurde einmal beobachtet. (es folgt ein Bibelspruch) Stellen wir uns nun vor, dass beispielsweise die Lippe an einem bestimmten Teil daran gehindert wird, gleichmäßig zu wachsen. Wobei der Zwischenkieferknochen beteiligt ist und sogar die Nase und Nasenlöcher verzogen und erweitert sind. Es sind Risse entstanden, jene Teile wo das Os zwischen Oberkiefer und dem Knochenteil supramaxillär sich verbindet, ist in 3 Teile geteilt. Es können doppelte Spalten vorkommen.“

E. HOFFMANN, MED. DISS, JENA, 1854

AUSSCHNITT AUS DEM TEXT, ÜBERSETZUNG AUS DEM LATEINISCHEN ZUR „OPERATION DER EINFACHEN UND DOPPELTEN HASENSCHARTE“

Zitat: „Die Operation selbst besteht darin, die Ränder, die nach und nach durch die Schleimhaut des Mundes geschützt werden, abzuschneiden und die Wunde mit blutigen Nähten zu verbinden.“

A. Operation der einfachen Lippenspalte.

Akt I. Austrocknung der Ränder.

Lassen Sie uns jene Operationsmethode beschreiben, die wir mit einem Messer oder einer Schere durchführen können. Wenn Sie ein Messer verwenden möchten, greifen Sie die Lippe an der unteren Ecke der Spaltlippe entweder mit den Fingern oder einem Haken oder einer „Hakenpinzette“, wie sie es nennen, oder lassen Sie einen Partner die Lippe an der Stelle greifen, an der sich die freie Kante der Spalte befindet. Führen Sie die Lippe in den Rand der Spalte ein, ziehen Sie sie ein wenig heraus und ziehen Sie sie so heraus, sodass sie herausragt. Legen Sie dann unter den linken Teil der Lippe einen Streifen oder einen flachen Holzstreifen, in dem Sie die Lippe herausziehen und befestigen mit dem Daumen außen, mit dem Zeigefinger innen. Wenn der Streifen unter die rechte Seite der Lippe gelegt wird, wird das Messer mit der linken gegriffen und die rechte Lippe fixiert.

S. 11: Hier und da wird, wie am Anfang, mit einem Messer gearbeitet, mit einer sägeähnlichen Wirkung. Wenn Sie eine Schere verwenden, nehmen Sie die Kanten auf die bereits beschriebene Weise auf, führen Sie die scharfe Klinge der scharfen Schere mit einer kurzen, starken „Pinzette“, wie sie genannt werden, in der Nähe des Randes der Fissur bis zur oberen Naht ein und folgen Sie dabei den Verbindungen, denn es gibt welche, mit der Schere, die während der gesamten Operation von rechts geführt wird, so ist es möglich, mit einer einzigen Führungslinie mehrere Linien von der Lippe abzuschneiden, so dass keine Stelle vom Epithel verdeckt wird, ein wenig einschneiden, auf der anderen Seite das Gleiche machen und darauf achten, dass beide Seiten der Wunde gleich lang sind und in einem spitzen Winkel aufeinandertreffen. Wenn der Rand noch nicht herausgeschnitten ist, wird er mit einer Schere entnommen und entfernt. Es bleibt kein Epithel zurück, so dass eine Heilung stattfinden kann und kein Rest zurückbleiben darf. Der Blutfluss ist im Allgemeinen gering und arteriell. Dadurch können die Mundringarterien komprimiert werden, die Ligatur ist nicht gut, was immer ein Hindernis für eine schnelle Vereinigung darstellt. ff“

B. Operation der Doppellippenspalte

Dabei kommt es vor allem darauf an, ob jede Fissur gleichzeitig oder nacheinander, also erst nach vollständiger Abheilung und Kontraktion, operiert werden soll. Die meisten Chirurgen sind der ersten Meinung; andere, wie A.BELL (1837–1911, schottischer Chirurg) befürchten eine heftige Entzündung und einen Sphacelus (Gangrän) des Mittelteils, von dem ihrer Meinung nach die Zahl der Komplikationen hoch ist.

Es gibt zu viele Gründe für die „Türme“ (Bürzel-Position, Zwischenkieferstellung). Aber wenn dieser Teil groß ist, gibt es Platz für einige Nähte, wenn er kleiner ist, wird er präpariert. Was (den Zwischenkiefer) Dieffenbach immer entfernt, weil er der Meinung ist, dass der obere Teil der Oberlippe kürzer wird, insbesondere im mittleren Teil der Narbe.

Im ersten Akt wird die scharfe Klinge der Schere bis zum Nasenspalt vorgeschoben, der Rand wird breit gemacht und gleichzeitig die dünne Haut, die die Nasenlöcher verschließt, durchtrennt, so dass die Nasenlöcher gleich lang sind. Dann wird der mittlere Teil der Oberlippe von der Verbindungsstelle zur Nasenscheidewand abgetrennt, so dass der Nasenrücken dazwischen verbleibt, und der mittlere Teil wird vollständig abgeschnitten.

Damit die Teile nicht verziehen, werden alle Verbindungen zwischen der Oberlippe und dem Oberkieferknochen bis zu den Nasenlöchern gelockert. Andere möchten, dass ein größeres Stück Material übrig bleibt, das zum Nähen verwendet wird, und es ist nicht nachvollziehbar, warum es verletzt werden kann und warum nicht alles verwendet werden sollte, was man an der Lippe verwenden kann. Im Mittelteil, wenn es nicht bis zum normalen Teil der Lippe reicht, können die erneuerten Ränder, wenn sie kräftig sind, einfach mit zwei Nadeln an den restlichen Rändern der Lippe fixiert und diese zusammengefügt werden, so dass die Wunde die Form eines Y hat, was nach Meinung vieler das erfolgreichste Ergebnis hat. Die Vereinigung erfolgt wie gewohnt.“ Zitat Ende.

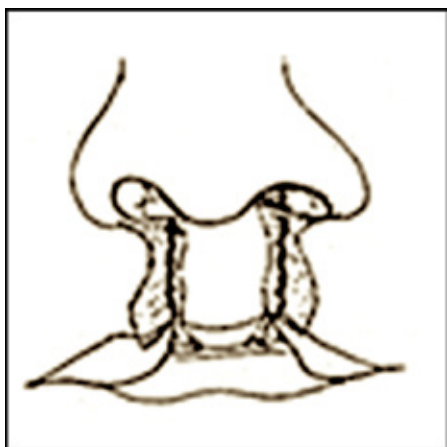


Abb. 14: aus Pfeifer (1966) Wellenschnittführung

Bei der doppelseitigen LKG-Spalte besteht in der Dreiteilung des Oberkiefers und der Position der Prämaxilla ein chirurgisch schwer lösbares Problem, mit dem sich F. J. v. Ried auch beschäftigte. Die Med. Diss. von L. Koch [3] (1877) gibt darüber Auskunft (S. 14).

F. J. V. RIED („OPERATION DER DOPPELTEN HASENSCHARTE“, HANDSCHRIFT“, SCHILLBACH, 1862)

Transkription (mit Skizze)

Seite 13: Die doppelte Hasenscharte mit doppelter Spaltung der Zwischenkieferstruktur

Das Muster (Abb. 16) ist ein seltenerer Fall, den wir schon mehrfach zu versorgen geübt haben. In früherer Zeit hat man ganz einfach die Intermaxilla mit der Schere entfernt (Dieffenbach). Es entsteht dadurch eine breite Lücke im Oberkiefer und es fehlen dann die oberen Schneidezähne. Die Lippe sinkt ein. Man hat so begonnen bis ziemlich in die heutige Zeit folgendes geübt: die rechte Nase hat man zur Aufhaltung gegebener Sicht befestigt, danach durch lange Kompression des Knochen- („Stücks“ = Prämaxilla) zurückgedrückt. Diese Maßnahme ist langdauernd, quälend und die Zähne wachsen nach rückwärts indem das („Mittel“-) Stück“ gebogen wird. Schließlich hob man den Kopf, das („Knochen“-)



Abb. 15

Stück zu brechen und zurück zu bringen. Es kann nun hier Mastikation stattfinden. Das problematische ist die Umschneidung eines dreieckigen Stücks der Wange was so eine Verbindung möglich macht, „das Teil“ in die Zahnreihe zurück zu bringen. Dieses Verfahren wird von einzelnen Chirurgen zur eigentlichen Gesichtskonstruktion (verwendet) voraus geschickt, man kann also beides zusammen machen. Die Vereinigung der Gesichtsfortsätze geschieht in analoger Weise wie bei den ersteren angegeben. Es ist dieses für das Kind bei jeder Hasenscharte anwendbar. Das mittlere Läppchen benutzt man in Form eines Dreiecks, macht es in Bogenschnitten um die Flügel und von diesen Schnitten in die Wangen. Wesentlich ist, dass man die Teile weit ablöst, um sie recht beweglich zu machen.

Bei der Nachbehandlung ist große Vorsicht anzuraten, namentlich betreffs der Nachblutung. Blutstillende sanfte Verbandart erfolgt vom dritten, vierten Tag, dies hängt ab von der Konstitution. Früher machte man nach der Operation einen eng liierten Zuggurt daran an, heute verbindet (man) mit Streifen von Heftpflaster. Dieses war auch nötig die Nahtgefahr abzuwenden, durch einen entsprechenden Druck. Der zweckmäßigste Verband ist der Mullbindenverband. Watte oder Leinen sind bei kleinen Kindern wenig zweckmäßig. Naht ist auch gut gesichert mit Rizinusöl u. Thymianöl, in einer Menge: 1 Tropfen Rizinusöl, und 1 Tropfen Thymianöl.



Abb. 16

KOCH, L., MED. DISS., JENA, 1877 „SOLL MAN BEI DER OPERATION DER COMPLICIRTEN DOPPELSEITIGEN HASENSCHARTENBILDUNG DEN ZWISCHENKIEFER ERHALTEN ODER WEGNEHMEN“

ZUSAMMENFASSENDES POSTULAT DER DISSERTATION

In der von L. Koch vorgelegten Arbeit, die 1877 unter dem Ordinariat von F. J. Ried in Jena entstand, findet man das wechselvolle chirurgische Vorgehen am Zwischenkiefer beschrieben. Schon G. Dupuytren (1777–1835) hat die Erhaltung des Zwischenkiefers

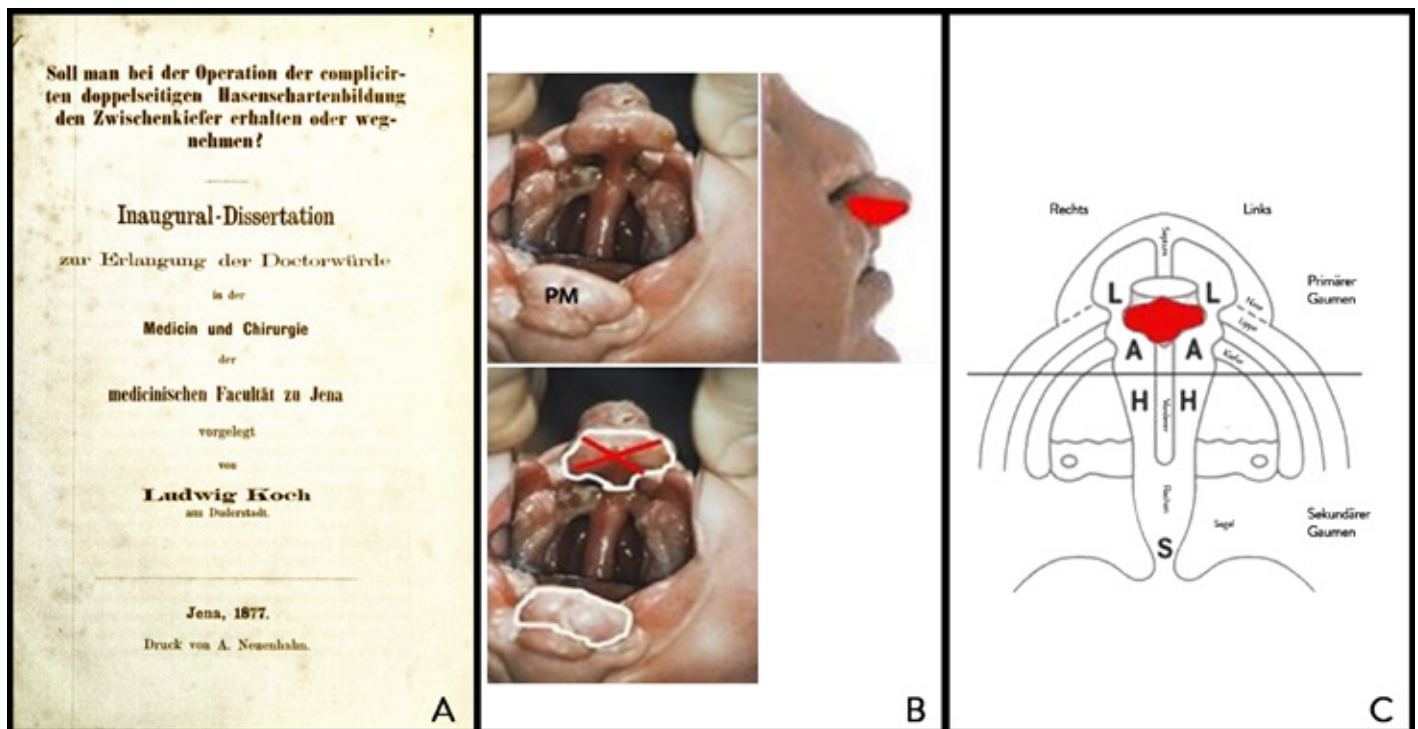


Abb. 17A: Deckblatt der Dissertation (ThULB UNI J)

Abb. 17 B: Spiegelaufnahme (Fotos Schumann) bei doppelseitiger „komplizierter“ LKG-Spalte mit Kennzeichnung der Prämaxilla (PM rot) und der Markierung ihrer Entfernung (x)

Abb. 17 C: Schema der Kennzeichnung von Spaltbildungen des primären und sekundären Gaumens (rot – Prämaxilla) (Dokumentationsblatt)

als mit zu viel Nachteilen behaftet eingeschätzt. J. F. Dieffenbach folgte dieser Erfahrung und resezierte die Prämaxilla mit einer Zange. B. v. Langenbeck warnte wegen der zu erwartenden Blutung vor einer „blutigen Reposition“ und versuchte anfangs die Schnittführung, die von V. v. Bruns (1812–1883) vorgeschlagen worden war, in eine Horizontale von ventral nach dorsal am Vomer zu modifizieren, um den Zwischenkiefer ohne Dislokation zurückverlagern zu können. Die frühen Ergebnisse waren anfangs akzeptabel, aber nach den späteren Kontrollen erwies sich das Vorgehen nicht dem Zweck entsprechend. Die Prämaxilla blieb beweglich und war funktionell unbrauchbar. Auch nach antisepischem Vorgehen und unter allgemeiner Betäubung zur Schaffenszeit von F. J. v. Ried (1810–1895) sollten die Versuche der operativen Einordnung des Zwischenkiefers nicht besser werden [15].

F. J. v. Ried entfernte wie vorher o. g. Chirurgen nun in Jena bei doppelseitigen LKG-Spalten auch die Prämaxilla. Man kann

feststellen, dass es nahezu bis zum Ende des 19. Jahrhunderts nicht gelang, die Bedeutung der Prämaxilla zu erkennen und dem in der Therapie Rechnung zu tragen, was natürlich operativ-technische Gründe hatte und durch Blutungen und Infektionen riskant war.

ZUSAMMENFASSUNG

Die von uns ausgewerteten Dokumente über die Schaffensperiode von F. J. v. Ried in Jena belegen bezüglich seiner geübten „regionalen Chirurgie“ von angeborenen und erworbenen Spaltbildungen des Mittelgesichts unter besonderer Berücksichtigung der LKG-Spalten einen hohen Anspruch an den Grad einer funktionellen und ästhetischen Rekonstruktion.

Aus der Vorlesungsmitschrift von Schillbach (1862) entnehmen wir Skizzen und detaillierte Beschreibungen seines Vorgehens bei ein- und doppelseitigen angeborenen Spaltbildungen, die er nach eigenen Vorstellungen und in Anlehnung

an Methoden *Dieffenbachs* und *Rouxs* versorgte. Die Berücksichtigung einer angestrebten regionalen, lokalen Heilung in Verbindung mit einer Sprachverbesserung (Abschwächung der Rhinophonie), einer Unterstützung zur Entwicklung einer regelrechten Mastikation und einem hohen ästhetischen Anspruch für das Aussehen belegt die komplexe Sicht von v. Ried in seinem Therapiekonzept. Das sind Aspekte der speziellen Chirurgie angeborener, kindlicher Fehlbildungen des Gesichts, die wir bei Viktor Veau [11] (1871–1949) und Wolfgang Rosenthal [12] (1882–1971) in prinzipieller Form später wiederfinden.

Wir wollen aus Anlass der 215. Wiederkehr des Geburtstags von Franz Jordan v. Ried an seine hervorragenden Leistungen (Schröder, Trebing [13], 1997) auch auf dem Gebiet der LKG-Spalten erinnern, dem Beginn einer wissenschaftlich fundierten Spaltchirurgie in Jena mit seinem Amtsantritt 1846. Viele Anregungen haben die nachfolgenden Chirurgengenerationen durch v. Ried erhalten und die weitere Entwicklung der speziellen

Chirurgie an der Universität Jena damit günstig beeinflusst, so wie auch später B. Riedel (1846–1916) und E. Lexer (1857–1937), der von 1910–1919 die Chirurgische Universitätsklinik leitete.

International agierende Teams der „Spaltchirurgie“ sind heute gut beraten, wenn sie sich auch hin und wieder mit den über 200 Jahre alten Pionierleistungen in ihrem speziellen, chirurgischen Fachgebiet beschäftigen. Das hat den Vorteil, bei neuen Konzepten „Fehler der Alten“ zu vermeiden.

Auch moderne Therapiekonzepte, bei denen der Gesamtverschluss von Lippe und Gaumen in einer Operation erfolgt (Benitez et al. [18]), legen den Fokus auf eine Heilung ohne offene Wunde, so wie es von Ried damals für die reine Lippenspalte ebenfalls wichtig und erwähnenswert fand „... man vereinigt die beiden oberen Läppchen, man schiebt sie aneinander, ohne Wunde nach unten.“

Es ist aus den Vorläufern der rein chirurgischen Behandlung eine komplexe, interdisziplinäre Therapie und Betreuung mit dem Ziel geworden, die betroffenen Kinder altersgerecht einschulen zu können. Dazu gehören Normalgehör, gut verständliche Umgangssprache, regelrechte Mastikation, sozial angepasstes Gruppenverhalten und ein unauffälliges ästhetisches Gesamtbild im Mittelgesicht.

Franz Jordan v. Ried hat uns mit seiner Vorleistung ein weniger bekanntes Lehrstück für die Chirurgie der angeborenen

Fehlbildungen des kindlichen Gesichts geliefert, und das besonders für die Spaltchirurgie. Sein Beitrag für die regionale Chirurgie an der Universität Jena bleibt wohl unvergessen. Für die Unterstützung bei der Bearbeitung des Themas bedanken wir uns sehr herzlich bei Teresa Killian (ThULB) und Herrn Blankenburg, Jena.

LITERATUR

- [1] Schumann, D., Akademische Festvorlesung zu Ehren des 125. Geburtstages von E. Lexer (1867–1937) Sonderdruck der Friedrich-Schiller – Universität Jena, 1992
- [2] Hoffmann, E. Med. Diss. Jena 1854, De labii leporini operationibus
- [3] Koch, L. Med. Diss. Jena 1877, Soll man bei der Operation der complicirten . doppelseitigen Hasenschartenbildung den Zwischenkiefer erhalten oder wegnehmen.
- [4] Schillbach, E.L. Chirurgie Vorlesung Ried, 1862, ThULB Jena. Ms.Prov. o.45
- [5] Siebert, J. Leopoldina Personalia, 1862.
- [6] Schumann, D., Rockstroh, G., Rockstroh, J., Long Term Results of a Surgery – only . treatment in Patient with Cleft Lip and Palate at the surgical Clinic of the University of. Jena, Dec. 92(12), 842–47 Stomat DDR, Englisch USA.
- [7] Marschall, M. Med. Diss. 2002, Die Begründung und Entwicklung des ersten . chirurgischen Lehrstuhls der Universität Jena und der chirurgischen Abteilung der . Landesheilanstalten Jena unter Franz Jordan v. Ried.

- [8] Taszus, Claudia (Hrsg.) 2022 Amtskorrespondenz (Ried/ Haeckel) Universität Jena. 1860–1916 Müller, Gerhard (Hrsg.)
- [9] Millard R., Cleft Craft, Little Brown & Comp. Boston 1973
- [10] Pfeifer, G., Lippen-Kiefer-Gaumen-Spalten, Zeitschrift f. Kinderchirurgie (Sonderdruck). 1976, 110–135
- [11] Victor Veau, Bec-de-Lièvre, Hypothèse sur la Malformation initiale. Ann. d'Anat. . pathol. 1935, Jg. 12, p. 389–424.
- [12] Rosenthal, Wolfgang Dtsche Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde Bd 13, H.1-2, 1950
- [13] Schröder H., Trebing G. Bedeutende Chirurgen aus Thüringen in der 2. Hälfte des 19. Jahrhunderts Ärzteblatt Thüringen, 1997, Bd 8, S 231–234
- [14] Schliephake, H., Hausamen, J-E. Lippen-, Kiefer-, Gaumen-Spalten in MKG-Chirurgie/Operationslehre, Springer 2021
- [15] Joseph, J. Nasenplastik und andere Gesichtsplastiken, Curt Kabitzsch, Leipzig, 1931
- [16] Lindemann, A. Die Chirurgie der Mundhöhle, der Kiefer und des Gesichts A. Barth. Leipzig 1950
- [17] Peschke, T. Lebensskizzen Franz Jordan von Ried, Förderverein Johannisfriedhof Jena, e.V. 2017, Heft 17
- [18] Benitez BK, Brudnicki A, Surowiec Z, Singh RK, Nalabothu P, Schumann D, Mueller AA, Kontinuierlicher zirkulärer Verschluss bei einseitiger Lippenspalte und Plattenreparatur in einer Operation, *Journal of Cranio-Maxillofacial Surgery*, 2022; 50(1).





SURGEONTALK

Der BDC | Podcast



WIR PRÄSENTIEREN

SURGEON TALK

**Chirurgisches Wissen
auf den Punkt.**

www.surgeontalk.de



BDC

Berufsverband der
Deutschen Chirurgie e.V.

~~956,- €~~
399,- €

Für Ihre
jungen
Ärztinnen/
Ärzte

Das neue BDC-Starterpaket

Das günstigste Weiterbildungspaket für die Chirurgie

Das ist drin für Ihre Assistentinnen und Assistenten:

Ein Weiterbildungsseminar

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

Einjährige Mitgliedschaft im Berufsverband der Deutschen Chirurgie e.V.

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

Sechsmonatiger Zugang zur Lernplattform Amboss

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

Teilnahme am Deutschen Chirurgie-Kongress

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

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



* Das Seminar muss innerhalb der Mitgliedschaft gebucht werden.

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

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