

PASSION

CHIRURGIE

PANORAMA

FACHKRÄFTEMANGEL –
GEDANKEN AUS DER
SCHWEIZ

im Fokus

KRANKENHAUSREFORM –
ORIENTIERUNG NACH
DER „REVOLUTION“

04 | 2025

MITGLIEDERZEITSCHRIFT:
DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR CHIRURGIE
BERUFSVERBAND DER DEUTSCHEN CHIRURGIE

DGCH

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



Berufsverband der
Deutschen Chirurgie e.V.

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)



Krankenhausreform – Orientierung nach der „Revolution“

Friederike Burgdorf



Dr. med. Friederike Burgdorf,
M. Sc.

Geschäftsführerin
Berufsverband der Deutschen
Chirurgie e.V. (BDC)
burgdorf@bdc.de

Liebe Kolleginnen und Kollegen, liebe Mitglieder,

die neue Regierung wird ein schweres Erbe antreten. Wir befinden uns inmitten eines umfassenden Transformationsprozesses im Gesundheitswesen, der alle Versorgungsebenen umfasst und in dessen Ziel es steht, das Angebot an Gesundheitsleistungen besser mit dem Versorgungsbedarf in Einklang zu bringen. Insbesondere sollen Patientinnen und Patienten zukünftig gezielter der jeweils angemessenen Versorgungsebene zugeführt werden. Erste Weichen wurden bereits in der letzten Legislaturperiode gestellt, vieles am Ende der Ampelkoalition jedoch mit heißer Nadel gestrickt und noch in die Gesetzes-Entwürfe aufgenommen. Nun müssen die Reformelemente, insbesondere aus dem Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz, weiterentwickelt und mit den ausstehenden Gesetzgebungsverfahren zur Notfallversorgung und zur Entbürokratisierung abgestimmt werden, damit die gewonnenen Synergien auch zu mehr Qualität und Effizienz im System führen können.

Die Umstellungsprozesse im Zuge der Reformen werden für alle herausfordernd werden. Dementsprechend groß ist die Unsicherheit. Dies zeigte eindrücklich die Umfrage „Riskanter Krankenhausplan – eine Umfrage unter ChefarztInnen in NRW: dramatische Auswirkungen in der Viszeralchirurgie“ (Braumann et al. 2025). 48 % der befragten Chefarztinnen und Chefarzte gaben darin an, sich um ihre eigene Zukunft zu sorgen, 72 % sahen die Attraktivität des Fachgebiets in Gefahr und 80 % gaben an, dass die Weiterbildungsordnung so nicht mehr garantiert sei. Spätestens, wenn es heißt „Raus aus dem Bett“ oder wenn sich die Anfahrtswege zum behandelnden

Krankenhaus verlängern, schafft dies auch Unsicherheit bei den Patientinnen und Patienten.

Mit dieser Ausgabe der Passion Chirurgie möchten wir Ihnen als maßgebliche Akteure in diesem System daher Orientierung bieten in der „Krankenhausrevolution“. Ob und inwieweit Fehlentwicklungen korrigiert werden können, ist aktuell noch unklar. Der BDC wird sich aber engagiert in die politischen Prozesse einbringen. Zu oft wurde die praktische Expertise von Fachgesellschaften und Berufsverbänden in der jüngsten Vergangenheit übergangen. Das möchten wir ändern.

Diese berufspolitischen Themen finden Sie in der aktuellen Ausgabe der Passion Chirurgie:

Wie wirken sich die neuen **Hybrid-DRG auf die Versorgungsstrukturen in Krankenhäusern** aus und welche Fehlanreize bedürfen dringende Korrekturen?

Welche Anforderungen sind an eine **kluge Reform der Notfallversorgung** zu stellen und wie kann eine zentrale Ersteinschätzung gelingen?

Welchen Einfluss haben die aktuellen Entwicklungen auf die **chirurgische Weiterbildung der Zukunft** und wie kann eine sachgerechte Organisation und Finanzierung umgesetzt werden?

Wir wünschen Ihnen eine interessante Lektüre. Teilen Sie uns gerne Ihre Meinung mit und gehen mit uns in den Diskurs – denn nur so können wir Sie in der neuen Legislaturperiode optimal vertreten.

Herzlichst Ihre
Friederike Burgdorf



Burgdorf F: Editorial: Krankenhausreform – Orientierung nach der „Revolution“. Passion Chirurgie. 2025 April; 15(04): Artikel 01.



Mehr zur Krankenhausreform finden Sie auf BDC|Online (www.bdc.de) unter der Rubrik Politik.

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/defun

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****3 EDITORIAL**

- 3 Krankenhausreform – Orientierung nach der „Revolution“ *Friederike Burgdorf*

6 KURZNACHRICHTEN**8 CHIRURGIE****8****DER ABSCHIED VOM BETT. WIE AMBULANTISIEREN KRANKENHÄUSER?***Tanja Engel***13****ROLLE DER NOTFALL- UND RETTUNGSDIENSTREFORM FÜR DIE KRANKENHAUSREFORM***Michael Bayeff-Filloff***18****EINFÜHRUNG DER HYBRID-DRGS – ERFOLGE UND FALLSTRICKE AUS SICHT DER KLINIKEN**

*Ferdinand Köckerling, Peter Kalbe,
Rolf Bartkowski, Helmut Witzigmann,
Waldemar Helmut Uhl, Hans-Joachim Meyer*

25**ROLLE DER WEITERBILDUNG IN DER KRANKENHAUSREFORM***Henrik Herrmann***29****KRANKENHAUSPLANUNG UND -FINANZIERUNG ANHAND VON LEISTUNGSGRUPPEN – WIRD NUN ALLES BESSER?***Peter-Johann May*



33 CHIRURGIE⁺

- 33 **Akademie aktuell:** Ein Plädoyer für die Ausbildung in der konventionellen minimalinvasiven Chirurgie
Wolfgang Schröder, Anna Duprée
- 36 **Nachwuchs:** Osgenic – Digitale Ausbildungslösung für die Chirurgie
Johanna Ludwig
- 39 **Safety Clip:** Die Rolle von Führungskräften für die Patientensicherheit im Krankenhaus
Anja Pope
- 43 **Hygiene-Tipp:** Hygiene in Wartezimmer und Wartebereichen
Martin Groth, Nils Hübner, Lutz Jatzwauk, Wolfgang Kohnen
- 45 **Abrechnung:** Insights Handbuch UV-GOÄ – Interview mit der Herausgeberin Barbara Berner
Eva-Maria Kania
- 49 Personalia
- 50 **RECHT**
- 50 Vorsicht bei (vorübergehendem) Ausfall des ärztlichen Leiters eines MVZ
Oliver Butzmann
- 53 **F+A:** Verjährungsbeginn Schadenersatzanspruch aus Arzthaftung
Jörg Heberer

55 GESUNDHEITSPOLITIK

- 55 BDC, DGCH und Fachgesellschaften treten für ihre Grundsätze ein
- 56 BDC trifft H-DRG-Vereinbarung mit Pathologie
Hans-Joachim Meyer, Peter Kalbe, Jörg-Andreas Rüggeberg, Friederike Burgdorf
- 59 **Berufspolitik Aktuell:** Strukturelle Reformen als gesellschaftspolitisches Anliegen
Friederike Burgdorf

61 INTERN

- 61 **DGCH**
- 61 Sehr persönlich nachgefragt bei Claudia Rudroff
- 62 Rekrutierende multizentrische chirurgische Studien in Deutschland
Solveig Tenckhoff
- 66 Spendenaufruf Langenbeck-Virchow-Haus
- 67 **BDC**
- 67 BDC|News
- 69 BDC|Schnittstelle – im Fokus: Prof. Dr. Andreas Kirschniak
Olivia Päßler
- 72 BDC | Landesverbände
- 74 Termine BDC|Akademie
- 77 Lifestyle-Angebote im April 2025

78 PANORAMA

- 78 Fachkräftemangel – ein nationenübergreifendes Problem
Hans-Peter Simmen, Michel Conti, Paul Biegger

AKTUELLE
UMFRAGEUmfrage zum Umgang
mit einem fatalen
Operationsausgang

Wie verarbeiten Chirurg:innen den Tod eines Patienten/ einer Patientin als Folge einer durchgeführten Operation? Der BDC unterstützt die Umfrage der Kollegen des Uniklinikums Augsburg zu diesem besonderen Thema. Bitte beteiligen Sie sich.

Wir möchten Sie daher zur Teilnahme an dieser Umfrage ermutigen, die Bearbeitungszeit beträgt in etwa 10 min. Der Fragebogen ist anonymisiert. Es können keine Informationen auf Ihre Person rückgeschlossen werden.

Hier geht's zur Umfrage: www.surveymonkey.com/r/8LJPHRY

Virtuelle
AusstellungEIN TEIL VON MIR –
NARBEN MACHEN (K)EINEN
UNTERSCHIED

Paulinchen, die Initiative für brandverletzte Kinder e.V., eröffnet eine neue virtuelle Ausstellung, die Mut machen und aufklären soll. Unter dem Titel „Ein Teil von mir – Narben machen (k)einen Unterschied“ rückt das Projekt die lebenslangen Folgen von Verbrennungen und Verbrühungen im Kindesalter in den Fokus. Portraitiert werden 17 heute erwachsene „Paulinchen-Kinder“, die in ihrer Kindheit Verbrennungen oder Verbrühungen erlitten haben. Die Fotografien und Interviews geben einen tiefen Einblick

in das Leben mit Narben und den damit verbundenen Herausforderungen.

Zur Website von Paulinchen: www.paulinchen.de/

Zur virtuellen Ausstellung: www.aulinchen.de/ausstellung/



NEUE STELLE? UMGEZOGEN?

VERGESSEN SIE NICHT, UNS IHRE NEUE ADRESSE ZU NENNEN!

DGCH-Mitglieder wenden sich bitte an Frau U. Nitzsche/Mitgliederverwaltung unter Telefon 030/288-76290 oder per E-Mail unter mitglieder@dgch.de.

Mitglieder des **BDC** schreiben einfach eine E-Mail an: mitglieder@bdc.de. Oder Sie besuchen unsere Webseite und überprüfen Ihre Daten selber -> **BDC|Login** -> Meine Daten/Profil. Falls Sie Fragen haben, steht Ihnen der BDC unter Telefon 030/28004-140 oder auch per E-Mail gerne zur Verfügung.

BDC|Online: www.bdc.de
DGCH-Webseite: www.dgch.de

~~956,- €~~
399,- €

Für Ihre
jungen
Ärztinnen/
Ärzte

Das neue BDC-Starterpaket

Das günstigste Weiterbildungspaket für die Chirurgie

Das ist drin für Ihre Assistentinnen und Assistenten:

Ein Weiterbildungsseminar

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

Einjährige Mitgliedschaft im Berufsverband der Deutschen Chirurgie e.V.

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

Sechsmonatiger Zugang zur Lernplattform Amboss

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

Teilnahme am Deutschen Chirurgie-Kongress

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

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



* Das Seminar muss innerhalb der Mitgliedschaft gebucht werden.

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

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

station

ambu

onär

ulant

IM FOKUS

**Krankenhaus-
reform –
Orientierung nach
der „Revolution“**

Der Abschied vom Bett.

WIE AMBULANTISIEREN KRANKENHÄUSER?

Tanja Engel



ppa. Tanja Engel
Geschäftsbereichsleitung Stationäre
Versorgung
St. Vincenz-Kliniken
Am Busdorf 2
33098 Paderborn
t.engel@vincenz.de

Im deutschen Gesundheitswesen hat sich über viele Jahrzehnte eine tripelsektorale Versorgungsstruktur gebildet. Eine Vernetzung zwischen den drei Sektoren (ambulante Versorgung, stationäre Versorgung und Rehabilitation & Pflege) ist dabei traditionell eher weniger gegeben. Zwar gibt es eine Vielzahl an Berührungspunkten zwischen den drei Sektoren und im Sinne einer patientenzentrierten Versorgung sind sektorübergreifende Versorgungsstrukturen ein Muss, jedoch sind diese notwendigen ineinandergreifenden Strukturen in Deutschland kaum ausgereift. Nicht zuletzt hat sich die Begrifflichkeit der Sektorengrenze daher in den Sprachgebrauch in Bezug auf die Patientenversorgung gefestigt.

Es ist somit nicht verwunderlich, dass Patienten und Patientinnen ihren Weg nur schwierig durch den Versorgungsdschungel, besonders über die Sektorengrenzen hinweg, finden. Die geringe Transparenz über die verschiedenen Versorgungsstrukturen macht es nicht leicht, die richtige Anlaufstelle für das spezifische Leiden zu finden. Die Ansammlung der Patienten und Patientinnen in zentralen Notaufnahmen von Krankenhäusern ist in Teilen auf die Intransparenz zurückzuführen. Sicherlich wird diese Entwicklung auch in vielen Regionen durch eine Unterversorgung mit Fach- und Hausärzten im ambulanten Bereich gefördert. Es ist zudem festzustellen, dass es auch für die in den verschiedenen Sektoren arbeitenden Beschäftigten nicht einfach ist, sich in den Strukturen sicher zu bewegen. Meist ist wenig Wissen und nur begrenztes Verständnis für die Arbeits- und Prozessweise des anderen Sektors bei den Leistungserbringern vorhanden. Eine patientenorientierte Steuerung über die Sektorengrenzen hinweg und

damit die Übernahme einer Art Lotsenfunktion für Patienten:innen kann daher meist nur bedingt von den handelnden Personen erbracht werden. Wenn beispielsweise für die niedergelassenen Ärzte und Ärztinnen nicht nachvollziehbar ist, warum Patienten und Patientinnen nur per Einweisung in einem Krankenhaus vorstellig werden können und keine Überweisung ausgestellt wird, können Patient:innen nicht zielgerichtet in den anderen Sektor gesteuert werden.

Aber besonders trifft das Unwissen über die Inhalte und die Ausgestaltung einer umfassenden sektorübergreifenden Versorgungslandschaft auf Akteure zu, die in ihrem beruflichen Weg ausschließlich im stationären Bereich gearbeitet haben. In der Regel sind keine umfassenden Kenntnisse zu Finanzierungsstruktur, Prozessen, Leistungsspektren oder Qualifikationsvoraussetzungen der ambulanten Bereiche vorhanden. Daher werden Patienten und Patientinnen auch hier nicht wirklich zielgerichtet durch die stationären Einrichtungen und erst recht nicht zwischen den Sektoren gesteuert. Bevor jedoch genauer auf das Thema Ambulantisierung aus Krankenhaussicht geschaut wird, sollte zunächst Klarheit darüber bestehen, welche zentralen Merkmale in der Unterscheidung zwischen ambulantem und stationärem Sektor bestehen.

Der grundsätzliche Unterscheidungsfaktor zwischen dem ambulanten und stationären Sektor im Gesundheitswesen ist, dass alle medizinischen Leistungen an Patient:innen im ambulanten Bereich am selben Tag behandelt und Patient:innen auch dann wieder entlassen werden, ohne eine Über-Nacht-Leistung (Bettenleistung) zu benötigen.

Engel T: Der Abschied vom Bett.
Wie ambulantisieren Krankenhäuser?
Passion Chirurgie. 2025 April;
15(04): Artikel 03_01.



Mehr über die Krankenhausreform
auf BDC|Online (www.bdc.de)
unter der Rubrik Politik.

Tab. 1: Übersicht der zentralen Merkmale des ambulanten bzw. stationären Sektors mit Beispielen

	Merkmale	Einrichtungsbeispiele
Ambulanter Sektor	Behandlung ohne Übernachtung	Haus- & Facharztpraxen
	Flexiblere & wohnortnahe Versorgung	Medizinische Versorgungszentren (MVZ)
	Kosteneffizienter als stationäre Behandlung	Ambulante Rehabilitation & Therapiezentren
	Stärkere Eigenverantwortung des Patienten	Ambulante OP-Zentren
Stationärer Sektor	Aufnahme in eine Einrichtung mit Übernachtungspflicht	Krankenhäuser & Universitätskliniken
	Intensivere medizinische Versorgung	Rehabilitationskliniken
	24/7-Überwachung durch medizinisches Personal	Psychiatrische Kliniken
	Höhere Kosten als im ambulanten Bereich	
	Oft längere Behandlungsdauer & Nachsorge erforderlich	

Die Finanzierung der einzelnen Sektoren erfolgt über unterschiedliche Finanzierungswege und es gibt damit impliziert auch verschiedene Abrechnungsmodi, -wege und -töpfe. Aus ökonomischer Sicht ist es eher schwierig, wenn der ein oder andere Leistungserbringer seine Sektorengrenzen verlassen möchte. Ein zentraler Schritt aus den vorhandenen Schnittstellen an den Sektorengrenzen zumindest bei der Vergütung Nahtstellen zu machen, wird seitens der Politik mit dem Hybrid-DRG-Modell, welches am 01. Januar 2024 [1] in Deutschland eingeführt wurde, forciert. Seit diesem Datum gibt es für bestimmte Eingriffe und Operationen, die zuvor überwiegend stationär durchgeführt wurden, eine spezielle sektorengleiche Vergütung, die sogenannten Hybrid-DRGs. Diese Fallpauschalen werden unabhängig davon gezahlt, ob der Eingriff ambulant oder stationär erfolgt. Durch dieses Modell sollen in den kommenden Jahren ab dem Jahr 2026 jährlich mindestens eine Millionen Fälle über Hybrid-DRGs abgerechnet werden. Diese Zahl soll bis 2028 auf 1,5 Millionen und bis 2030 auf zwei Millionen Fälle ansteigen [2]. Dieses Modell zielt theoretisch darauf ab, die Ambulantisierung zu fördern und die Sektorengrenzen im Gesundheitssystem zu überwinden. Je nach Studienlage wird das ambulante Potential zwischen 15–30 % [3, 4] angegeben, was rund 2,5 Millionen Fällen entspricht. Somit schlummert aktuell noch

in stationären Einrichtungen eine erhebliche Anzahl an Fällen, die aus dem Bett in den ambulanten Bereich durch beispielsweise die Hybrid-DRG wandern sollen.

Jedoch ist festzustellen, dass die meisten stationären, aber auch in Teilen die ambulanten Einrichtungen, noch gar keine entsprechenden Versorgungsstrukturen haben, um effizient in der Welt der Hybrid-DRGs agieren zu können. Die Finanzierung in den ambulanten Strukturen setzen eine hohe Effizienz und Effektivität der Prozesse voraus. In stationären Einrichtungen sind Prozesse meist vom Gegenteil geprägt. Für stationäre Einrichtungen ist es daher besonders herausfordernd ihre Prozesse auf den mit den Hybrid-DRGs verbundenen Ambulantisierungsweg auszurichten. Es bedarf nicht nur dem Kow-how wie in einem auf stationäre Leistungen ausgerichteten Setting ambulante Strukturen wirtschaftlich parallel existieren können, sondern alle in den Primärprozess involvierte Berufsgruppen (speziell: Ärztinnen/Ärzte, Pflege, Funktionsmitarbeiter:innen und medizinische Fachangestellte) müssen sich maximal sicher zwischen diesen beiden „Welten“ bewegen können. Dafür bedarf es zum einen unterstützende Prozessstrukturen in den stationären Einrichtungen. Jedoch viel wichtiger ist es, dass die Beteiligten an der Leistungserbringung so früh wie möglich im Patientenversorgungsprozess erkennen,

in welches Versorgungssetting (ambulant oder stationäres Setting) der Patient/die Patientin eingeschleust werden muss. Bereits beim Erstkontakt der Patient:innen mit der stationären Einrichtung ist die korrekte Weiche zu stellen, um den Patient:innen in die richtige Sprechstunde in einer Klinik zu lotsen oder in den ambulanten Bereich zu lenken. Diese Voraussetzung ist in vielen Krankenhäusern noch nicht gegeben. Das Hybrid-DRG-Modell ist jedoch nur eines der angedachten Anreizsysteme, um die bettegebundene Versorgung in stationären Einrichtungen deutlich zu reduzieren. Im Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVVG) sind weitere Maßnahmen definiert.

Die aktuellen rechtlichen Entwicklungen durch das KHVVVG haben einen fundamental eingreifenden, strukturellen Veränderungscharakter und flankieren die Ambulantisierungsbestrebungen der Politik massiv. Mit der Inkraftsetzung zum 12. Dezember 2024 des KHVVVG, sind zentrale Regelungen zur Ambulantisierung konkretisiert worden [5].

Zentrale Regelungen zur Ambulantisierung im KHVVVG lassen sich auf fünf Punkte zusammenführen:

- 1. Hybrid-DRGs:** Einführung bundeseinheitlicher pauschaler Vergütungen für ambulante Eingriffe. Diese „Hybrid-DRGs“ orientieren sich an den bisherigen stationären DRG-Fallpauschalen, sind aber für ambulante Leistungen angepasst. Dadurch sollen Anreize geschaffen werden, planbare Eingriffe nicht mehr stationär durchzuführen.
- 2. Erweiterung des AOP-Katalogs:** Der Ambulante Operieren-Katalog (AOP-Katalog) wird weiter ausgebaut. Mehr Behandlungen sollen ambulant abrechenbar sein, sodass Kliniken sie nicht mehr stationär durchführen.
- 3. Erleichterung der sektorenübergreifenden Versorgung:** Stärkere Vernetzung zwischen Krankenhäusern und niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten. Aufbau von integrierten Versorgungsmodellen zur ambulanten Nachsorge. Förderung von

Tageskliniken für bestimmte Behandlungen sowie von pädiatrischen Institutsambulanzen.

4. Finanzielle Anreize zur Ambulantisierung: Neue Vergütungsmodelle für ambulante Leistungen sollen wirtschaftlich attraktiv für Krankenhäuser sein. Anpassung der Krankenhausfinanzierung, um stationäre Fehlanreize zu vermeiden.

5. Bürokratieabbau & schnellere Umsetzung: Reduzierung bürokratischer Hürden für ambulante Behandlungen. Krankenhäuser erhalten mehr Flexibilität bei der Umstellung auf ambulante Strukturen.

Ein zentrales Ziel des KHVVG ist also, mehr Patientinnen und Patienten ambulant zu versorgen, wenn eine stationäre Behandlung nicht zwingend erforderlich ist. Dadurch sollen Krankenhäuser entlastet und gleichzeitig die Kosten im Gesundheitssystem gesenkt werden. Ein weiteres Ziel des KHVVG ist es, Krankenhausleistungen stärker in den ambulanten Bereich zu verlagern, um die Effizienz im Gesundheitswesen zu steigern. Etwas provokativ formuliert, könnte das KHVVG als eine Gesetzgebung verstanden werden, die eine verordnete Verabschiedung vom Bett ist. Ein größerer Anteil des aktuell noch stationären Geschäfts wird zukünftig in anderen Strukturen stattfinden müssen, um wirtschaftlich als stationäre Einrichtung einigemaßen bestehen zu können.

Dies impliziert, dass Krankenhäuser in einer deutlich höheren Geschwindigkeit als in der Vergangenheit sich in ambulante Strukturen entwickeln und flankierend ein belastbares Netzwerk mit dem ambulanten Bereich auf- und ausbauen müssen.

Zentrale Maßnahmen aus Sicht der Krankenhäuser, um diesen Wandel erfolgreich zu gestalten, sind insbesondere folgende:

1. Strukturelle Anpassungen

- Auf- oder Ausbau von Ambulanten Zentren (z. B. MVZ, Tageskliniken)
- Einrichtung von Kurzliegerstationen für Patient:innen mit kurzen stationären Aufenthalten („Hybridstationen“)
- Anpassung von OP-Kapazitäten für mehr ambulante Eingriffe und/oder Auslagerung dieser Fälle in ein ambulantes OP-Zentrum
- Optimierung der Bettenplanung – weniger klassische Betten, mehr flexible Tagesstrukturen
- Netzwerk zwischen ambulanten und stationären Bereichen auf- und ausbauen (Einweiserbeirat, regelhafte Einweiserveranstaltungen, gemeinsame Stammtische und Qualitätszirkel)
- Gezielter Aufbau und Nutzung von ambulanten Versorgungsmöglichkeiten (Hochschulambulanzen, ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV), Sozialpädiatrische Zentren (SPZ), Institutsambulanzen, Tagesstationäre Behandlungen, KV-Ermächtigungen etc.)
- Verzahnte ambulante und stationäre Versorgungsstrategie für ein Krankenhaus (keine isolierte Strategieentwicklung mehr)

2. Medizinische & Prozessuale Veränderungen

- Erweiterung ambulanter OP-Kapazitäten
- Bessere Patientensteuerung und Entlassmanagement, um schnelle Nachsorge zu ermöglichen
- Etablierung digitaler Nachsorgeangebote (Telemedizin, Videosprechstunden)
- Kooperationen mit niedergelassenen Ärzten zur besseren Verzahnung

3. Abrechnung & Finanzierung

- Nutzung von Hybrid-DRGs zur besseren Vergütung ambulanter Leistungen

- Entwicklung neuer Versorgungsverträge zur Sicherstellung ambulanter Erlöse

4. Personal & Qualifikation

- Schulung von Ärzten und Pflegepersonal für ambulante Eingriffe und Prozesse
- Ausbildung des ärztlichen und pflegerischen Personals sowohl im ambulanten wie auch im stationären Bereich
- Alternative Arbeitsmodelle für das Personal schaffen, z. B. durch sektorübergreifende Anstellungsverhältnisse
- Nach Möglichkeit Aufnahme einer betrieblich verantwortlichen Stelle in die Organigramm-Struktur für den ambulanten Bereich

5. Digitalisierung & Technikeinsatz

- Einsatz von KI und digitalen Tools zur besseren Patientendokumentation
- Digitale Termin- und Ressourcenplanung für effizientere Abläufe
- Telemonitoring und Homecare-Lösungen zur Verlagerung von Leistungen in den häuslichen Bereich
- Digitale Austauschplattformen zur Befundübermittlung etc. zwischen stationären und ambulanten Leistungserbringern schaffen

FAZIT

Krankenhäuser müssen sich strukturell, personell und finanziell auf die Ambulantisierung einstellen. Durch flexible Versorgungsstrukturen, digitale Unterstützung, gemeinsame Ausbildungsmöglichkeiten, Wissenstransfer und enge Kooperationen mit dem ambulanten Sektor können sie sich zukunftsicher aufstellen.

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



© iStock / iStock-JazzIRT

Rolle der Notfall- und Rettungsdienstreform für die Krankenhausreform

Michael Bayeff-Filloff

Mit dem Scheitern der Ampelkoalition ist ein deutlicher Einschnitt in die gesundheitspolitischen Reformvorhaben entstanden. Während das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) verabschiedet wurde, liegt das Gesetz zur Reform der Notfallversorgung (NotfallG) vorerst auf Eis. Dabei wäre die Überarbeitung der Strukturen und Prozesse in der Notfallversorgung essenziell, um sowohl die Patientensicherheit zu gewährleisten als auch

andererseits den gesamtwirtschaftlichen Blick nicht weiter zu verlieren. Die steigenden Einsatzzahlen im Rettungsdienst vor allem im sogenannten Low-Code-Bereich, die zunehmende Verlagerung niedrighelfender aus der vertragsärztlichen Versorgung in die Notaufnahmen sowie die wiederholte Inanspruchnahme durch sogenannte Frequent User [1] erzeugen einen erheblichen Druck auf das System und treiben die Kosten weiter in die Höhe.



Dr. med. Michael Bayeff-Filloff

Chirurg, Unfallchirurgie, Klinische
Akut- und Notfallmedizin,
Notfallmedizin, Ärztliches
Qualitätsmanagement
Chefarzt Zentrale Notaufnahme
Klinikum Rosenheim
Pettenkoferstr. 10
83022 Rosenheim
michael.bayeff-filloff@ro-med.de

Ärztlicher Landesbeauftragter
Rettungsdienst Bayern
Bayerisches Staatsministerium des
Innern, für Sport und Integration
Odeonsplatz 3
80539 München
michael.bayeff-filloff@stmi.bayern.de

Bayeff-Filloff M: Rolle der Notfall-
und Rettungsdienstreform für die
Krankenhausreform. *Passion Chirurgie*.
2025 April; 15(04): Artikel 03_02.



Mehr über die Krankenhausreform
auf BDC|Online (www.bdc.de)
unter der Rubrik Politik.

Im Gesetzgebungsverfahren des NotfallG war vorgesehen, die Reform des Rettungsdienstes über Änderungsanträge zu integrieren. Für den Rettungsdienst als integralem Bestandteil der Notfallversorgung wäre aber sicherlich ein eigenständiges Gesetzgebungsvorhaben angebracht. Dabei muss die föderale Zuständigkeit der Länder berücksichtigt und ihre Einbindung frühzeitig sichergestellt werden, um erneute Verzögerungen zu vermeiden.

Es ist schon genug Zeit ins Land gegangen – bereits 2018 hat das Sachverständigenrat-Gutachten [2] zentrale Reforminhalte formuliert, die sich auch in den zwei vergangenen Koalitionsverträgen wiederfinden. Von vielen Gremienvertretern wird deshalb unvermindert die rasche Umsetzung der Notfallreform und engere Verzahnung mit der Krankenhausreform nach der Wahl gefordert [3, 4]. Aus den Erkenntnissen muss nun endlich auch ein Handeln werden.

Der Einfluss dieser Reform auf den Fachkräftemangel im stationären Bereich wird im Sachverständigenrat-Gutachten 2024 [5] hervorgehoben: „Das größte Potential zur Reduktion der stationären Belegungstage geht von einer Reform der Notfallversorgung aus [...]“ Die verstrichene Zeit hat dazu geführt, dass einige Reformvorschläge bereits umgesetzt oder in Studien erprobt wurden. Der Artikel stellt ausgewählte *Best-Practice-Beispiele* aus Bayern vor und soll Impulse für Anpassungen im fünften Sozialgesetzbuch (SGB V) geben. Ein Anspruch auf Vollständigkeit kann dabei nicht erhoben werden.

In Bayern ist die digitale Verknüpfung der Leitstellen 116 117 und 112 seit Dezember 2023 flächendeckend umgesetzt. Der befürchtete Ping-Pong-Effekt blieb aus, jedoch zeigen die Einsatzzahlen in Notaufnahmen und Rettungsdienst bisher (noch) nicht die erhoffte Wirkung, damit „vor die Lage zu kommen“. Entscheidend wird in weiterer Folge unter anderem sein, ob die isolierte Verkürzung der Wartezeit beim Anruf in der 116 117 den gewünschten Effekt erzielt. Die Reformpläne sehen hierfür

mit der Einführung der *Akuteleitstelle* eine Zeitvorgabe vor: 75 % der Anrufe sollen innerhalb von maximal drei Minuten angenommen werden. Dies stellt die Kassenärztlichen Vereinigungen als Betreiber der 116 117 allein aufgrund der hohen Anrufrufen vor erhebliche Herausforderungen. Es bleibt abzuwarten, ob dieses Ziel auch mit modernen digitalen Mitteln realisierbar ist.

Eine Patientensteuerung muss daher auch auf operativen Ebenen – im Rettungsdienstesinsatz sowie vom Tresen der Notaufnahme – umgesetzt werden.

Im Rettungsdienst Bayern konnte in einer gemeinsamen Pilotstudie der Durchführenden im Rettungsdienst, Kassenärztlicher Vereinigung Bayerns (KVB) mit dem Bayerischen Staatsministerium des Innern, für Sport und Integration erfolgreich nachgewiesen werden, dass eine standardisierte Ersteinschätzung am Einsatzort eine sichere Patientensteuerung in die Versorgungsebene „Vertragsarzt“ ermöglicht [6]. Die hierfür durch den Notfallsanitäter genutzte Strukturierte medizinische Ersteinschätzung in Deutschland (SmED) kommt bereits in der Telefonabfrage der 116 117 zum Einsatz. Im Rahmen der Studie wurde das neu konzipierte Rettungseinsatzfahrzeug (REF) für Einsätze disponiert, bei denen nach strukturierter Notrufabfrage der Integrierten Leitstelle (ILS) kein Transport zu erwarten war. Ein flächendeckender Rollout setzt die Schaffung entsprechender sozialversicherungsrechtlicher Grundlagen im SGB V voraus, was auch in den Entwürfen zur Rettungsdienstreform gefordert wird. Dadurch würde zudem eine fallabschließende Behandlung durch den Rettungsdienst ohne unnötige Klinikeinweisung ermöglicht. Die Ergebnisse der Studie legen nahe, dass eine vergleichbare Patientensteuerung auch aus einem Rettungswagen heraus sinnvoll wäre – insbesondere in Fällen, in denen die Notrufabfrage der ILS nicht mit der angetroffenen Situation übereinstimmt, was häufig der Fall ist. Die Steuerung in die Versorgungsebene „Vertragsarzt“ für voraussichtlich ambulant behandelbare

Rettungsdienstpatienten wird daher in einer weiteren Studie in Bayern erprobt werden. Damit sollen insgesamt die Notaufnahmen spürbar entlastet werden. Ermöglicht wird dies auch durch die Finanzierung der Sozialversicherungsträger quasi als Vorleistung im Sinne der Notfallreform.

Auch zwischen Krankenhäusern, deren Notaufnahmen und Kassenärztlicher Vereinigung ist die viel gescholtene Kluft in vielen Bereichen mittlerweile aufgehoben. Man ist sich auf beiden Seiten bewusst, dass die Vermeidung einer unnötigen Inanspruchnahme des Gesundheitswesens insbesondere in vermeintlichen subjektiven Notfallsituationen der Hilfesuchenden erklärtes Ziel einer Notfallreform sein muss. Es ist hier müßig von Selbsteinweisen überlastete Notaufnahmen darzustellen – regelmäßig finden sich dazu Artikel in den Medien. Die Beweggründe sind unterschiedlich [7].

Die Pläne der Notfallreform von Prof. Lauterbach und im Übrigen auch die vergangenen Koalitionsverträge sehen die Lösung in Integrierten Notfallzentren (INZ). Die dahinterliegende enge Zusammenarbeit zwischen einer Notaufnahme und kassenärztlicher Bereitschaftspraxis in unmittelbarer Nähe der Klinik und Steuerung über einen gemeinsamen Tresen ist aber kein Novum. In Bayern sind von 133 Bereitschaftspraxen der KVB 119 Standorte an den Kliniken. Entscheidend werden die Bestimmungen zur Kooperation 24/7 sein. Hier zeigt die jahrelange Diskussion zur Notfallreform ein hin und her schieben der Verantwortlichkeiten in den übrigen Zeitkorridoren. So sollten Patienten auch zu den Praxisöffnungszeiten vom gemeinsamen Tresen in den vertragsärztlichen Bereich gelenkt werden. Der erste Ansatz, dazu die kassenärztliche Präsenz in den INZ auch tagsüber zu gewährleisten, würde zum „Katze in den Schwanz beißen“ führen, da hierzu Vertragsärzte für den Dienst im INZ ihre Praxis schließen müssten [8]. Diese Ressourcen werden im Übrigen für den Aufbau von Videosprechstunden gebraucht. Umgekehrt sollen

ausschließlich die Kliniken für die zentrale Ersteinschätzungsstelle fachlich verantwortlich sein. Dies bedeutet letztlich mehr personellen Aufwand für die Kliniken. Auch die Konfiguration der zentralen Ersteinschätzung selbst steht seit der Beanstandung der Ersteinschätzungs-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) durch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) noch offen. Der dritte Zeitkorridor nachts wird meist in der Kooperation der KV mit den Kliniken gesehen. Dies ist sicherlich insgesamt ressourcenschonend, muss aber in der Vergütung für die Krankenhäuser vorhaltebezogen abgebildet werden.

In der Praxis einer zentralen Ersteinschätzung soll aus eigener Erfahrung vor der Erstellung einer neuen Anwendung gewarnt werden. Die Verknüpfung bestehender Systeme ist patientensicher möglich: Vorangeschaltet die klinisch etablierte Ersteinschätzung nach Manchester Triage (MTS) oder Emergency Severity Index (ESI) zur Bestimmung der Behandlungsdringlichkeit in der Notaufnahme. Da diese Systeme kein Lenken in andere Versorgungsbereiche als die Klinik beherrschen, muss ein entsprechend konfiguriertes System angeschlossen werden. Ein Vertreter hierzu ist die bereits oben genannte SmED [9]. In der eigenen Zentralen Notaufnahme (ZNA) wurde dieses Vorgehen im Jahr 2023 unter Studienbedingungen zusammen mit der KVB, in wissenschaftlicher Begleitung des Zentralinstitut Kassenärztliche Versorgung (Zi) zu den Öffnungszeiten der Vertragsarztpraxen bzw. vor der Öffnung der KVB Bereitschaftspraxis evaluiert [10]. Eingeschränkt wurde das Lenken bei notwendiger ressourcenbezogener Versorgung (z. B. Wundversorgung) und fehlender Zumutbarkeit (Patient kommt mit Unterarmgehstützen bei Beschwerden der unteren Extremitäten). Die Weiterleitung aus der Notaufnahme erfolgte zeitnah mit digital gesteuerter Anmeldung in den Vertragsarztpraxen über den Behandlungskapazitätenachweis IVENA®. Die ZNA wurde durch das Vorgehen relevant entlastet.

Der verwendete Ablauf für Patientensicherheit wird in einer prospektive Kohortenstudie in zwei Notaufnahmen der Charité, Universitätsmedizin Berlin und Universitätsklinikum Leipzig [11] bestätigt.

In den Bestrebungen „vor die Lage“, d. h. die Inanspruchnahme aller Sektoren der Notfallversorgung zu kommen, muss konsequent der Patient einbezogen werden. Da Hausmittel zunehmend aussterben, benötigt er Hilfsmittel für die Selbsteinschätzung. Leider ist Dr. Google allmächtig, aber online ist auch das **Patienten-Navi der 116 117** zu erreichen.

Hierzu müssen Aufklärungskampagnen zur Patientensicherheit der Selbsteinschätzung und ebenso offen gegen falsches Anspruchsdenken erfolgen, um die eingangs dargestellte volkswirtschaftliche Belastung nicht weiter eskalieren zu lassen.

Zusammengefasst sind die Patientenspfade (s. **Abb. 1**) in der Notfallversorgung sehr komplex – bieten damit aber auch zukunftssichere Möglichkeiten für eine effiziente patientensichere Versorgung.

LITERATUR

- [1] <https://www.barmer.de/presse/presseinformationen/pressearchiv/starke-regionale-unterschiede-beimrettungsdienst-1286290>
- [2] Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung. Gutachten 2018, Kapitel 14, https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Gutachten_2018/Gutachten_2018.pdf
- [3] <https://www.sueddeutsche.de/politik/notaufnahmen-kliniken-ueberlastung-gefahr-patienten-reform-li.3179728>
- [4] https://www.dkgev.de/fileadmin/default/Mediapool/3_Service/3.5_Publikationen__Downloads/3.4.1._das_Krankenhaus/das_Krankenhaus_1078-Politik-Notfallreform-12-2024.pdf

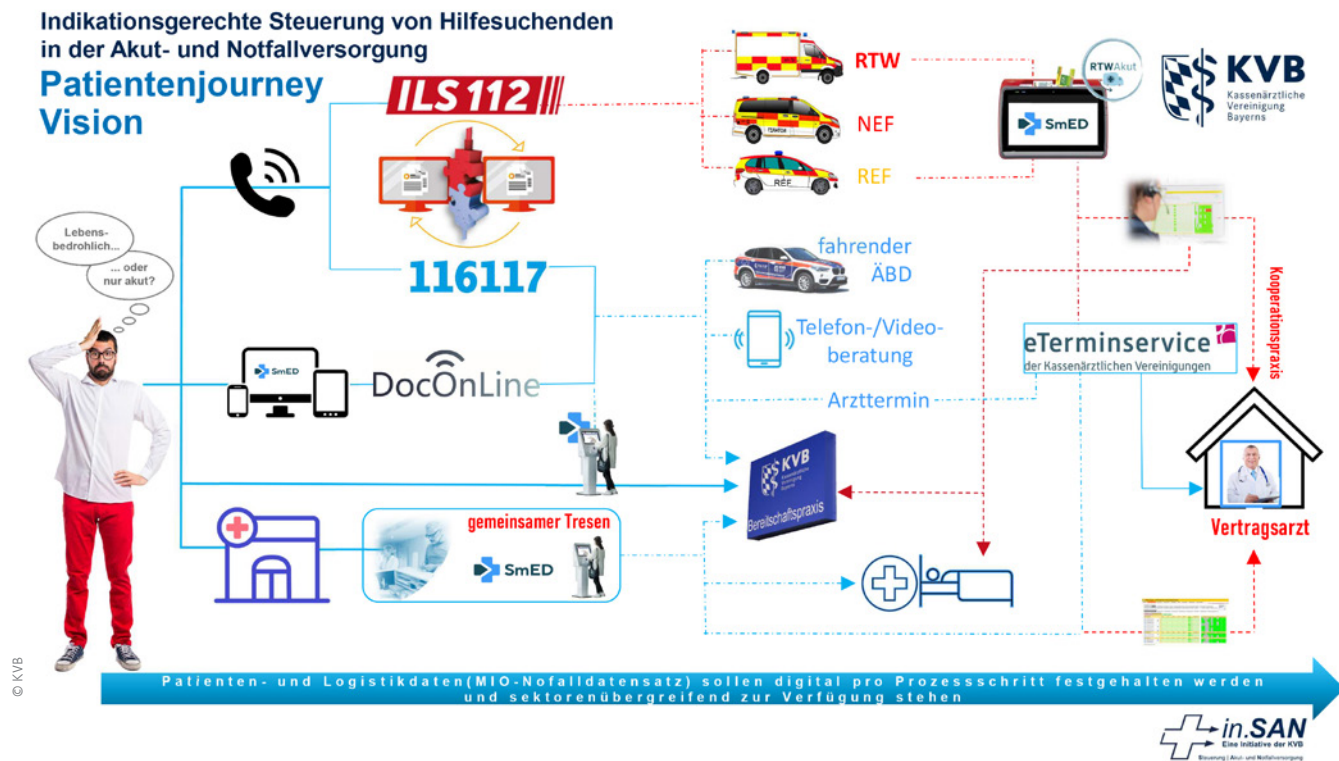


Abb. 1: Patientenpfade in der Notfallversorgung

- [5] Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen und in der Pflege, Fachkräfte im Gesundheitswesen. Gutachten 2024, Kapitel 6 https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Gutachten_2024/2.__durchgesehene_Auflage_Gutachten_2024_Gesamt_bf_2.pdf
- [6] Strukturierte medizinische Ersteinschätzung in Deutschland (SmED) im bayerischen Rettungsdienst: aktuelle Erkenntnisse aus dem Projekt Rettungseinsatzfahrzeug (REF). Notfall Rettungsmed 2024 27:553-555 <https://doi.org/10.1007/s10049-024-01348-9>
- [7] Beweggründe von Patienten, die sich selbstständig in der Notaufnahme vorstellen – eine prospektive monozentrische Beobachtungsstudie. Medizinische Klinik – Intensivmedizin und Notfallmedizin 2024 119: 546-557 <https://link.springer.com/10.1007/s00063-024-01106-2>
- [8] 600 Arztpraxen könnten aus der ohnehin schon knappen Regelversorgung fallen, bis zu 4 Millionen Patientenkontakte nicht mehr stattfinden // In der Folge wird eine erneute Überlastung der Notfallversorgung befürchtet | Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung
- [9] <https://www.zi.de/themen/medizin/smed/uebersicht>
- [10] Zwischen Vision und Wirklichkeit: Untersuchung zur Machbarkeit der Weiterleitung von weniger dringlichen Hilfesuchenden in die ambulante Versorgung. Notfall Rettungsmed <https://link.springer.com/article/10.1007/s10049-024-01347-w>
- [11] Slagman A, Bremicker A, Möckel M, Eienbröcker L, Fischer-Rosinský A, Gries A: Evaluation of an automated decision aid for the further referral of emergency room patients—a prospective cohort study. Dtsch Arztebl Int 2024; 121: 703-9. DOI: 10.3238/arztebl.m2024.0191

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

Einführung der Hybrid-DRGs – Erfolge und Fallstricke aus Sicht der Kliniken

Ferdinand Köckerling, Peter Kalbe, Rolf Bartkowski, Helmut Witzigmann,
Waldemar Helmut Uhl, Hans-Joachim Meyer

EINE ANALYSE DES FORTSCHRITTS DER AMBULANTISIERUNG AM BEISPIEL DER HERNIENCHIRURGIE

Eine Analyse der EU-Kommission aus dem Jahre 2019 bescheinigt dem deutschen Gesundheitswesen, dass die Pro-Kopf-Ausgabe für die Versorgung eines Patienten mit im Durchschnitt 4.300 € mehr als 1.400 € über dem EU-Durchschnitt liegt [1]. Die Lebenserwartung in Deutschland liegt hingegen mit 81,1 Jahren nur leicht über dem europäischen Durchschnitt mit 80,9 Jahren.

Die EU bemängelt unter anderem, dass in Deutschland zu wenige medizinische Leistungen ambulant durchgeführt werden [1]. Bei der Leistenhernie zum Beispiel lag der Anteil der ambulanten Operationen in 2013 bis 2019 nicht höher als 20 %, was im internationalen Vergleich sehr niedrig ist [2]. In den USA, Schweden und Dänemark werden über 70 % aller Leistenhernien ambulant versorgt [3]. Fehlende Anreize haben bisher die Umwandlung der stationären in mehr ambulante Behandlung verhindert [3, 4]. Damit wurde aus Sicht des Gesetzgebers ein potentielles Einsparvolumen in Milliardenhöhe nicht realisiert.





Korrespondierender Autor:
Prof. Dr. med. Ferdinand Köckerling
 Chefarzt
 Zentrum für Hernienchirurgie
 Vivantes Humboldt-Klinikum
 Akademisches Lehrkrankenhaus der
 Charité – Universitätsmedizin Berlin
 Ferdinand.Koekerling@vivantes.de



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

Köckerling F, Kalbe P, Bartkowski R,
 Witzigmann H, Uhl WH, Meyer HJ:
 Hybrid-DRG aus Sicht der Kliniken.
 Passion Chirurgie. 2025 April; 15(04):
 Artikel 03_03.



Mehr zum Thema H-DRG auf BDC|Online
 (www.bdc.de) unter der Rubrik Wissen |
 Vergütung | DRG.

ERWEITERUNG AOP-KATALOG

Deshalb hat der Gesetzgeber im Rahmen der Gesundheitsreform die Organe der Selbstverwaltung, die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) und den Spitzenverband der Gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV-Spitzenverband) im Jahre 2019 damit beauftragt, das ambulante Operieren nach § 115b SGB V weiterzuentwickeln und höhere Anreize zu setzen, damit mehr Operationen auch am Krankenhaus ambulant erfolgen. Dazu sollte unter anderem der AOP-Katalog (Katalog ambulant durchführbarer Operationen) erweitert werden. Zur Unterstützung wurde das IGES-Institut beauftragt, stationäre Leistungen zu identifizieren, die ambulant erbracht werden können. Die Gutachter kamen 2022 zu der Einschätzung, dass von den etwa 35.000 analysierten OPS-Kodes fast 2.500 Kodes in den AOP-Katalog übernommen werden könnten. Dies löste unter den Operateuren durchaus heftige Diskussionen und Kontroversen aus [4]. Es wurde besonders kritisiert, dass der AOP-Katalog nicht mit den zuständigen Fachgesellschaften abgestimmt worden war. Patienten-, Befund- und operationsspezifische Risiken seien viel zu wenig berücksichtigt worden.

Letztendlich wurden bisher auch nur weniger als 15 % der vorgeschlagenen Leistungen (2023 und 2024 jeweils ca. 200 zusätzliche OPS-Kodes, 2025 lediglich zwei neue Leistungen) tatsächlich in den AOP-Katalog aufgenommen.

SEKTORENGLEICHE VERGÜTUNG

Für eine Auswahl von Operationen und Interventionen, die bisher regelhaft stationär durchgeführt wurden, gibt es seit 01. Januar 2024 eine spezielle sektorengleiche Vergütung, die sogenannte Hybrid-DRG. Diese Fallpauschalen werden unabhängig davon gezahlt, ob die Operation oder Intervention ambulant oder kurzstationär (Verweildauer maximal ein Belegungstag) erfolgt. Die Anzahl an Hybrid-DRGs ist noch relativ gering, soll aber wachsen. Denn Ziel

dieser besonderen sektorengleichen Vergütung nach § 115 f SGB V ist es, Anreize zu mehr ambulant durchgeführten Operationen und Interventionen im Krankenhaus und bei den Niedergelassenen zu setzen. Die Höhe der Vergütung mit den Hybrid-DRGs liegt zwischen der normalen DRG mit einer Nacht im Krankenhaus (Kurzliegerabschlag) und der ambulanten Abrechnung über den EBM. Für die Krankenhäuser bedeuten diese zusätzlich abgesenkten Fallpauschalen zunächst einmal einen deutlichen Verlust an Einnahmen, der nur durch effiziente ambulante Strukturen teilweise kompensiert werden könnte. Die niedergelassenen Operateure können für einfache Eingriffe eine deutlich höhere Pauschale erzielen, beklagen aber für komplexe Operationen mit hohen Sachkosten für Implantate sogar Verluste gegenüber der bisherigen Abrechnung über den EBM, da auch die Anästhesieleistungen aus den Hybriderlösen erstattet werden müssen.

STARTERKATALOG FÜR 2024

Alle Eingriffe, für die es seit Januar 2024 eine Hybrid-DRG gibt, sind in einem Leistungskatalog aufgeführt, den das Bundesgesundheitsministerium (BMG) in Abstimmung mit dem InEK als Anlage zur Hybrid-DRG-Rechtsverordnung vorgegeben hat [9]. Dieser Starterkatalog umfasst rund 250 Operationen und Interventionen aus fünf Leistungsbereichen, darunter Hernien-Operationen. Auch die vom InEK kalkulierte Höhe und die technische Abrechnung der Vergütung hatte das BMG vorgegeben. Dieser Hybrid-DRG-Katalog galt noch bis 31. Dezember 2024 und wurde dann erweitert. Die Methodik der Preiskalkulation durch das InEK, die pauschale Vergütung der Anästhesie- und Sachkosten und den in den Bundesländern unterschiedlichen Sprechstundenbedarfsregelungen wurden vom BDC und zahlreichen anderen Berufsverbänden scharf kritisiert [5].

ERWEITERUNG DES HYBRID-DRG-KATALOGS FÜR 2025

Um eine erneute Ersatzvornahme durch das BMG zu verhindern, haben sich die KBV,

die DKG und der GKV-Spitzenverband fristgerecht bis Ende März 2024 auf eine künftige Erweiterung um 94 OPS-Kodes und weitere fünf Leistungsbereiche geeinigt, die ab 01. Januar 2025 mit neuen Hybrid-Fallpauschalen vergütet werden sollten [10]. Die Vertragspartner rechnen damit, dass mit dem erweiterten Hybrid-Katalog 400.000 stationäre Fälle ambulant durchgeführt werden können. Im Rahmen der anschließenden Leistungskalkulationen stellte das InEK allerdings Inkonsistenzen bei den ausgewählten Leistungen fest und entfernte 13 der 94 OPS-Kodes sowie den geplanten Leistungsbereich „Osteosynthetische Versorgung von Klavikulafrakturen“ aus dem Katalog. Statt „Brusterhaltende Eingriffe in der Mammachirurgie“ wurde der neue Leistungsbereich „Lymphknotenbiopsien“ definiert. Offensichtlich aus systematischen Erwägungen wurden zudem weitere 245 OPS-Kodes hinzugefügt. Dabei handelte es sich um verwandte Leistungen mit vergleichbarem Aufwand sowie um Kodes für unspezifische Restklassen (.x und .y), um Fehlanreizen bei der Kodierung zu begegnen. Der in dieser Weise angepasste Katalog wurde dann am 11.10.2024 publiziert [11].

Erstaunlicherweise führen jedoch nicht alle gelisteten OPS-Kodes bei den typischen Indikationen tatsächlich zu einer Hybrid-DRG. Aufgrund der hochkomplexen Algorithmen des DRG-Groupers werden z. B. bei den OPS-Kodes für die endoskopische bzw. laparoskopische Versorgung von W1- und W2-Narbenhernien mit Gewebeverstärkung die maßgeblichen Ausgangs-DRGs gar nicht erreicht, so dass die Hybrid-DRGs G24M bzw. G24N nicht resultieren können (siehe **Abbildung 1**).

Für den Bereich der Allgemein- und Viszeralchirurgie ist der Leistungsbereich „Eingriffe an Analfisteln“ dazu gekommen. Auch im neuen Leistungsbereich „Eingriffe an Hoden und Nebenhoden“ finden sich proktologische und viszeralchirurgische OPS-Kodes. Zusätzlich wurden die bereits im Katalog enthaltenen Leistungsbereiche „Bestimmte Hernieneingriffe“ und „Exzision eines Sinus pilonidalis“ um 33 weitere

OPS-Kodes ergänzt. Dabei wurden auch verlustbringende Gruppierungsfehler bei der Behandlung von Rezidiv-Hernien, kombiniert mit der Versorgung anderer Mittellinienbrüche korrigiert.

Der neue Leistungsbereich „Eingriffe an Galle, Leber, Pankreas“ enthält dagegen bisher nur endoskopische Verfahren (ERCP, perkutan-transhepatische Eingriffe, Endosonographie, perkutane Biopsien).

Im Anhang 1 zur Hybrid-Vereinbarung 2025 sind insgesamt 323 neue Leistungen mit den entsprechenden OPS-Kodes aufgelistet. Von den 244 OPS-Kodes, die sich bereits bisher im Katalog befanden, wurden allerdings auch 2 Kodes wieder herausgenommen, die ab 2025 nicht mehr mit einer Hybrid-DRG vergütet werden.

Wie der Starter-Katalog des BMG wurden auch die neuen Hybrid-DRGs vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) unter Beteiligung des Instituts des Bewertungsausschusses (InBA) kalkuliert. Die oft kritisierte Systematik der Kalkulation unter Bezug ausschließlich auf die bisherigen EBM-Erlöse und Kosten der stationären 1-Tages-Fälle blieb unverändert [5]. Die Berücksichtigung von Implantaten (Herniennetze) und weiterem Einwegmaterial bleibt intransparent und erscheint nicht kostendeckend. Erfreulich ist es allerdings, dass bei allen bereits bestehenden Hybrid-DRGs Erlössteigerungen zwischen 1,8 % und 15,6 % resultieren.

NEUE HYBRID-DRGS UND ZUSCHLAG FÜR POSTOPERATIVE NACHBEHANDLUNG

Erst am 18.12.2024 wurde die endgültige Hybrid-DRG-Vergütungsvereinbarung mit den kalkulierten neuen Preisen [12] veröffentlicht, die die Ersatzvornahme des BMG [6] ersetzt. Die entsprechenden Gruppierungsalgorithmen wurden in die Grouper-Software eingearbeitet, so dass eindeutig festgelegt ist, welche Eingriffe im Jahr 2025 mit einer Hybrid-DRG vergütet werden und wie hoch die Erlöse sind. Mit der jetzt vorliegenden Vereinbarung bestehen 22



Dr. med. Rolf Bartkowski
Geschäftsführer
Med-I-Class GmbH



Prof. Dr. med. Helmut Witzigmann
Helios Park-Klinikum Leipzig



Prof. Dr. med. Waldemar Helmut Uhl
Kompetenzzentrum in Bochum
Deutsches Schilddrüsenzentrum
St. Josef-Hospital



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

Verschluss einer Narbenhernie	
G24M	5-536 Offen chirurgisch, ohne plastischen Bruchfortenverschluss
	5-536.0 Offen chirurgisch mit plastischem Bruchfortenverschluss
	5-536.1
G24B	.10 Ohne alloplastisches, allogenem oder xenogenem Material Inkl.: Operation nach Mayo
G24M	.11 Mit Komponentenseparation (nach Ramirez), ohne alloplastisches, allogenem oder xenogenem Material
	.1x Sonstige
G08B	5-536.4 Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material
	.44 Offen chirurgisch als Bauchwandersatz, bei einer horizontalen Defektbreite von weniger als 10 cm
	.45 Offen chirurgisch als Bauchwandverstärkung, mit intraperitonealem Onlay-Mesh (IPOM), bei einer horizontalen Defektbreite von weniger als 10 cm
	.46 Offen chirurgisch als Bauchwandverstärkung, mit Onlay-Technik, bei einer horizontalen Defektbreite von weniger als 10 cm
	.47 Offen chirurgisch als Bauchwandverstärkung, mit Sublay-Technik, bei einer horizontalen Defektbreite von weniger als 10 cm
	.48 Offen chirurgisch, mit Komponentenseparation (nach Ramirez), mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material, bei einer horizontalen Defektbreite von weniger als 10 cm
	.49 Laparoskopisch transperitoneal, mit intraperitonealem Onlay-Mesh (IPOM), bei einer horizontalen Defektbreite von weniger als 10 cm
	.4a Laparoskopisch transperitoneal, mit Sublay-Technik, bei einer horizontalen Defektbreite von weniger als 10 cm
	.4b Endoskopisch (assistiert), total extraperitoneal mit Onlay-Technik, bei einer horizontalen Defektbreite von weniger als 10 cm
	.4c Endoskopisch (assistiert), total extraperitoneal mit Sublay-Technik, bei einer horizontalen Defektbreite von weniger als 10 cm Inkl.: EMILOS. eTEP. TES. MILOS
	.4d Offen chirurgisch als Bauchwandersatz, bei einer horizontalen Defektbreite von 10 cm oder mehr
	.4e Offen chirurgisch als Bauchwandverstärkung, mit intraperitonealem Onlay-Mesh (IPOM), bei einer horizontalen Defektbreite von 10 cm oder mehr
	.4f Offen chirurgisch als Bauchwandverstärkung, mit Onlay-Technik, bei einer horizontalen Defektbreite von 10 cm oder mehr
	.4g Offen chirurgisch als Bauchwandverstärkung, mit Sublay-Technik, bei einer horizontalen Defektbreite von 10 cm oder mehr
	.4h Offen chirurgisch, mit Komponentenseparation (nach Ramirez), mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material, bei einer horizontalen Defektbreite von 10 cm oder mehr
	.4j Laparoskopisch transperitoneal, mit intraperitonealem Onlay-Mesh (IPOM) bei einer horizontalen Defektbreite von 10 cm oder mehr
	.4k Laparoskopisch transperitoneal, mit Sublay-Technik, bei einer horizontalen Defektbreite von 10 cm oder mehr
	.4m Endoskopisch (assistiert), total extraperitoneal mit Onlay-Technik, bei einer horizontalen Defektbreite von 10 cm oder mehr
	.4n Endoskopisch (assistiert), total extraperitoneal mit Sublay-Technik, bei einer horizontalen Defektbreite von 10 cm oder mehr Inkl.: E. MILOS. eTEP. TES. MILOS
G24M	.4x Sonstige
	5-536.x Sonstige
	5-536.y N. n. bez.

Abb. 1: Gruppierungsergebnisse bei der Versorgung von Narbenhernien (Hauptdiagnose K43.2 „Narbenhernie ohne Einklemmung und ohne Gangrän“, Verweildauer 1 Belegungstag); blau markiert sind alle Prozeduren, die als Hybrid-Leistungen gelistet sind (11). Tatsächlich führen aber **alle** Prozeduren aus dem Bereich 5-536.4- zur regulären DRG G08B (geprüft mit dem zertifizierten Grouper GetDRG Vers. 24.2.1 der Fa. GEOS, Nürnberg).

Hybrid-DRG, die Vertrags- und Klinikärzte im Jahr 2025 abrechnen können [6, 12].

Positiv ist aus Sicht des Krankenhauses, dass es zukünftig einen Zuschlag zu den Hybrid-DRG für eine innerhalb von 21 Tagen durchgeführte postoperative Nachbehandlung im Krankenhaus gibt. In den Entgeltkatalogen sind zwei Preise ausgewiesen: In Spalte A findet sich die Hybrid-DRG ohne postoperative Nachbehandlung im Krankenhaus und in der Spalte B diejenige zuzüglich postoperativer Nachbehandlung im Krankenhaus. Die zusätzliche Pauschale beträgt 30 € und soll somit eine Gleichbehandlung mit den niedergelassenen Vertragsärzten herstellen, welche die Nachbehandlung nach dem EBM

abrechnen können. Problematisch ist es dabei allerdings, dass dieser höhere Erlös nur direkt mit der Abrechnung der Hybrid-DRG geltend gemacht werden kann. Somit muss zum Zeitpunkt der Rechnungsstellung bekannt sein, ob eine postoperative Nachbehandlung stattgefunden hat oder nicht. Revisionssicher kann daher erst nach Ablauf von 21 Tagen die Hybrid-Leistung abgerechnet werden. Falls eine kurzfristige postoperative Kontrolle routinemäßig durchgeführt wird, wäre grundsätzlich auch eine zeitnahe Abrechnung möglich.

Anmerkung: Diese erst am 18.12.2024 beschlossenen Regelungen sind noch nicht in die bereits ausgelieferte Grouper-Software

(Zertifizierungsdatum 04.11.2024) eingearbeitet, sodass aktuell (Stand Januar 2025) bundesweit zwar mit offiziell zertifizierter Grouper-Software abgerechnet wird, die Rechnungen vermutlich aber größtenteils storniert werden müssen (wie bereits im 1. Quartal 2024!), um jetzt die höheren Entgelte für Hybrid-DRGs mit postoperativer Nachbehandlung abrechnen zu können. Es ist völlig unverständlich, weshalb überhaupt zwei Preise der Hybrid-DRGs ausgewiesen werden, statt den Zuschlag separat abrechenbar zu machen. Letztendlich ist auch schwer nachvollziehbar, warum für die Leistungserbringung im Krankenhaus statt einer willkürlich erscheinenden 30-Euro-Pauschale nicht ebenfalls nach EBM abgerechnet werden kann.

NEUERUNGEN BEI DEN HERNIEN-HYBRID-DRGs (G09N, G24N UND G24M)

Bei der Versorgung von Leisten- und Schenkelhernien sind keine grundsätzlichen Veränderungen der Hybrid-DRG-Systematik vorgenommen worden. Die Bedingungen dieser Hybrid-DRGs sind erfüllt, wenn offen-chirurgische oder minimal-invasive Verfahren zum Bruchpfortenverschluss eingesetzt werden, wobei auch der Einsatz von alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material inkludiert ist. Die Behandlung darf eine Verweildauer von einem Belegungstag nicht überschreiten oder muss ambulant durchgeführt worden sein. Sollte eine längere Verweildauer medizinisch erforderlich sein, so ist die reguläre DRG (G09Z, G24B, G24C) zzgl. Pflegeentgelt abrechenbar. Dies gilt auch, wenn sogenannte Kontextfaktoren vorliegen (Schwerwiegende Begleiterkrankungen, aufwändige Zusatzeingriffe), was jedoch im Rahmen eines maximal eintägigen Krankenhausaufenthaltes selten der Fall sein dürfte. Grundsätzlich sind jedoch Eingriffe zur Behandlung von Rezidiv-Hernien oder in Verbindung mit Darmresektionen über den Zugang der Herniotomie nicht als Hybrid-DRG abzurechnen. Bisherige Anomalien des Gruppierungsalgorithmus sind ab 2025 korrigiert worden, so dass Kombinationen von Rezidiv-Eingriffen mit der Versorgung einer Mittellinienhernie nicht mehr zur Ermittlung einer Hybrid-DRG und damit auch nicht zu einer nicht sachgerechten Abwertung führen.

Neu ist dagegen, dass die Verfahren mit Einsatz von alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material bei der Versorgung von Nabel- und epigastrischen Hernien, sowohl bei offen-chirurgischem als auch minimal-invasivem Zugang, als Hybrid-DRGs abrechenbar sind.

Zu großer Verwirrung hat dagegen die Ankündigung geführt, dass auch die Verfahren zur Versorgung von W1- und W2-Narbenhernien [7] (horizontale Defektbreite < 10 cm, OPS-Kodes 5-534.33 bis 5-534.39) künftig zu den Hybrid-Leistungen zählen sollen. Wie sich aber erst nach Abrechnungssimulation mit der aktuellen Grouper-Software zeigt, führen diese Leistungen zur konventionellen DRG G08B „Komplexe Rekonstruktion der Bauchwand“, die gar keine Ausgangs-DRG für eine Hybrid-DRG darstellt und somit auch nicht zu einer Hybrid-DRG führen kann (siehe **Abbildung 1**).

EFFEKT DER EINFÜHRUNG DER HYBRID-DRG

In einer Herniated-Analyse lässt sich der Effekt der Einführung der Hybrid-DRG am Beispiel der Leistenhernien-Chirurgie aufzeigen. In **Tabelle 1** wird der Anteil der ambulanten Leistenhernien-Chirurgie im Vergleich zwischen 2019 als letztem Jahr vor der Corona-Pandemie mit 2024 als erstem vollen Jahr mit Abrechnung über Hybrid-DRG aufgezeigt. Die in etwa vergleichbare Anzahl an Leistenhernien-Operationen im Herniated-Register zeigt, dass der Vergleich realistisch ist: Es zeigt sich, dass durch die Einführung der Hybrid-DRG der Anteil der ambulanten

Leistenhernien-Chirurgie von 10,1 % im Jahre 2019 auf 30,2 % im Jahre 2024 angestiegen ist. So scheint die Einführung der Hybrid-DRG mit einheitlicher Abrechnung als stationäre oder ambulante Leistung zumindest für die Leistenhernie zu greifen. Aber die Erwartungen des Gesetzgebers und der beteiligten Parteien, GKV-Spitzenverband, KBV und DKG, gehen natürlich noch weit darüber hinaus, um einen Status wie in anderen Ländern zu erreichen. Mit Herniated haben wir ein ideales Instrument, um diesen Prozess weiter zu begleiten.

EINFLUSS AUF DIE METHODENWAHL

Von chirurgischer Seite wurde befürchtet, dass durch die Einführung der Hybrid-DRGs und die Verlagerung in ein ambulantes Setting die Auswahl des Operationsverfahrens nicht mehr nach wissenschaftlichen Kriterien erfolgt, sondern sich eher an Praktikabilitätskriterien orientiert [4]. Die Analyse aus dem Herniated-Register zeigt, dass sich für die Entscheidung zum ambulanten Operieren einer Leistenhernie Änderungen in der Methodenwahl ergeben können. So betrug der Anteil der Lichtenstein-Operation 2019 ambulant 33,9 % und stationär 19,2 %, während der Anteil der TAPP-Technik ambulant 11,3 % und stationär 52,3 % ausmachte. Die TEP wurde im Jahr 2019 ambulant in 24,2 % und stationär in 26,5 % vorgenommen. 2024 betrug der Anteil der Lichtenstein-Operationen ambulant 18,0 % und stationär 19,2 %, der Anteil der TAPP-Technik ambulant 47,7 % und stationär 54,2 % und der Anteil der TEP-Operationen ambulant 28,8 % und stationär 25,5 %. Das zeigt eindeutig, dass die Entscheidung zur ambulanten Leistenhernienchirurgie aktuell keinen entscheidenden Einfluss auf die Methodenauswahl mehr hat.

PERIOPERATIVES ERGEBNIS

Eines der wesentlichen Bedenken von chirurgischer Seite ist die Sicherheit der ambulanten Chirurgie für die Patienten [3, 4]. Die von der IGES entwickelten Kontext-Faktoren reichen nicht aus, um die potenziellen

Tab. 1: Zunahme des ambulant operierten Anteils in der Chirurgie der Leistenhernien von 2019 bis 2024 (Quelle: Herniated-Register); Ambulantes vs. stationäres Vorgehen bei den elektiven ein- und beidseitigen und rezidivierenden Leistenhernienoperationen 01.01.2019 – 31.12.2019 vs. 01.01.2024 – 31.12.2024

	OPs	%	Total
Ambulante Leistenhernienchirurgie 2019	9.674	10,1 %	96.076
Stationäre Leistenhernienchirurgie 2019	86.402	89,9 %	
Ambulante Leistenhernienchirurgie 2024	28.356	30,2 %	93.895
Stationäre Leistenhernienchirurgie 2024	65.539	69,8 %	

Risikofaktoren für Komplikationen der Leistenhernienchirurgie hinreichend zu berücksichtigen [4]. Die Kontext-Faktoren beschränken sich im Wesentlichen auf internistische und intensivmedizinische Parameter. Einflussfaktoren von Seiten des Befundes, des Patienten und der Operationstechnik wurden nicht berücksichtigt [4].

Umso erfreulicher ist es, dass im Hernia-med-Register für die ambulante Leistenhernienchirurgie keine auffällige Häufung von Komplikationen im Vergleich zum stationären Vorgehen festgestellt werden kann. So lag die Rate an komplikationsbedingten Reoperationen im Jahre 2019 ambulant bei 0,6 % und stationär bei 1,0 % und im Jahre 2024 ambulant bei 0,3 % und stationär bei 0,8 %. Dabei muss natürlich berücksichtigt werden, dass sich bei den stationären Fällen mehr Patienten mit Risikofaktoren befinden [4].

ZUKÜNFTIGE ENTWICKLUNG DER AMBULANTISIERUNG

Mit dem Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG, Inkrafttreten am 12.12.2024) wurden zahlreiche wichtige Änderungen der Hybrid-DRG beschlossen, die großen Einfluss auf die zukünftige Entwicklung der Ambulantisierung haben werden [8]. So werden bis zum Jahr 2026 rund eine Million und bis 2030 sogar 2 Millionen ambulante Behandlungsfälle angestrebt und notfalls über Verwaltungsakte der Bundesregierung vorgeschrieben. Gleichzeitig soll die Bewertung der Hybrid-DRGs bis 2030 auf die Sätze des EBM reduziert und damit zunehmend unattraktiver werden. Somit will die Bundesregierung offenbar die Ambulantisierung durch Dirigismus und nicht durch Anreize umsetzen,

während in anderen europäischen Ländern erfolgreich mit einer Incentivierung durch attraktive und vorübergehend sogar angehobene Fallpauschalen gearbeitet wurde. Es darf bezweifelt werden, ob dieser deutsche Weg den gewünschten Erfolg bringen wird und Anpassungen im weiteren Gesetzgebungsverlauf sind unabdingbar. Dabei ist die Erstattung von Sachkosten (Implantate, Einmalmaterial etc.) sowie die Vergütung weiterer beteiligter Leistungserbringer (Anästhesie, Radiologie, Pathologie, Labormedizin) sachgerecht zu regeln.

LITERATUR

- [1] Deutsches Ärzteblatt, Jg. 116, Heft 49, 6. Dezember 2019 Hohe Kosten, durchschnittliche Ergebnisse
- [2] Köckerling F, Lorenz R, Reinhold W, Zarras K, Conze J, Kuthe A, Lammers B, Stechemesser B, Mayer F, Fortelny R, Hoffmann H, Kukleta J, Weyhe D (2022). What is the reality in outpatient vs inpatient groin repair? An analysis from the HerniaMed Registry. *Hernia* 26:809-821. <https://doi.org/10.1007/s10029-021-02494-6>
- [3] Paasch C, Schildberg C, Lehmann M, Meyer F, Barth U (2023) Vorgaben, Zielvorstellungen, Motive, Haltungen und Denken zum ambulanten Operationsprofil der Allgemein- und Viszeralchirurgie *Chirurgie (Heidelb)*. 94(10):850–860. [Article in German] <https://doi.org/10.1007/s00104-023-01920-y>
- [4] DACH-Konsensusgruppe ambulante Leistenhernienchirurgie, Niebuhr H, Köckerling F, Fortelny R, Hoffmann H, Conze J, Holzheimer RG, Koch A, Köhler G, Krones C, Kukleta J, Kuthe A, Lammers B, Lorenz R, Mayer F, Pöllath M, Reinhold W, Schwab R, Stechemesser B, Weyhe D, Wiese M, Zarras K, Meyer HJ (2023) Leistenhernienoperationen – immer ambulant? *Chirurgie (Heidelb)* 94: 230–236. [Article in German] <https://doi.org/10.1007/s00104-023-01818-9>
- [5] Kisch, T., Müller-Rath, R., Gregor, S. et al. Hybrid-DRGs – Die Herausforderung. *Chirurgie* 95, 1007–1011 (2024). <https://doi.org/10.1007/s00104-024-02196-6>
- [6] aerzteblatt.de, Freitag, 20. Dezember 2024 Neue Hybrid-DRG und höhere Vergütung vereinbart
- [7] Köckerling F, Hoffmann H, Adolf D, Reinhold W, Kirchhoff P, Mayer F, Weyhe D, Lammers B, Emmanuel K (2021) Potential influencing factors on the outcome in incisional hernia repair: a registry-based multivariable analysis of 22,895 patients *Hernia*. 25:33–49. <https://doi.org/10.1007/s10029-020-02184-9>
- [8] KBV: Stellungnahme der KBV zu den Änderungsanträgen der Koalitionsfraktion SPD, FDP und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, BT-Drucksache 20(14)2213 vom 11. Oktober 2024 https://www.kbv.de/media/sp/2024-10-15_KHVVG__A_Stellungnahme__KBV.pdf, zuletzt zugegriffen 22.1.2025
- [9] <https://www.recht.bund.de/bgb/1/2023/380/VO>
- [10] https://www.kbv.de/html/1150_68599.php
- [11] https://www.dkgev.de/fileadmin/default/Mediapool/2_Themen/2.2_Finanzierung_und_Leistungskataloge/2.2.4._Spezielle_sektorengleiche_Verguetung__Hybrid-DRG_/Aenderungvereinbarung_zur_Hybrid-DRG-Vereinbarung_vom_11.10.2024.pdf
- [12] https://www.kbv.de/media/sp/2024-12-18_Hybrid-DRG-Verguetungsvereinbarung_mit_Anlagen



© iStock/artisteer

Rolle der Weiterbildung in der Krankenhausreform

Henrik Herrmann

HERAUSFORDERUNGEN UND LÖSUNGEN

Die ärztliche Weiterbildung stellt nach dem Studium der Humanmedizin den entscheidenden Abschnitt in der ärztlichen Bildungssystematik dar. Damit wird eine fachärztliche Kompetenz mit entsprechenden Kenntnissen, Fähigkeiten und Fertigkeiten erlangt, die den weiteren beruflichen Weg prägt. In Deutschland obliegt die ärztliche Weiterbildung der jeweiligen Landesärztekammer als Körperschaft des öffentlichen Rechts, gesetzlich verankert in den Heilberufe- und

Kammergesetzen. In diesen ist für Kammern die Aufgabe festgelegt, die Weiterbildung der Kammermitglieder in einer Weiterbildungsordnung zu regeln sowie Grundsätze der Weiterbildung und Weiterbildungsbezeichnungen im Hinblick auf die wissenschaftliche Entwicklung und einer angemessenen Versorgung der Bevölkerung zu bestimmen.

Anders als in anderen Ländern beginnt in Deutschland die ärztliche Weiterbildung nach erfolgreichem Abschluss des Studiums und Erlangung der Approbation. Damit verbunden ist die Erlaubnis,



Prof. Dr. med. Henrik Herrmann
Präsident Ärztekammer Schleswig-Holstein
Bismarckallee 8-12
23795 Bad Segeberg
Henrik.Herrmann@aeksh.de

Herrmann H: Rolle der Weiterbildung in der Krankenhausreform. Passion Chirurgie. 2025 April; 15(04): Artikel 03_04.



Mehr lesen Sie über die Krankenhausreform auf BDC|Online (www.bdc.de) in der Rubrik Politik.

ärztliche Heilkunde vollumfänglich ausüben zu dürfen. Sie ist gekennzeichnet durch ein möglichst direktes Verhältnis eines von der Landesärztekammer damit hoheitlich beauftragten Weiterbildungsbefugten mit einem Weiterzubildenden an einer zugelassenen Weiterbildungsstätte mit einer vorgeschriebenen Mindestweiterbildungszeit, die nach europäischem und deutschem Recht grundsätzlich hauptberuflich und ganzzeitig erfolgt. In dieser Zeit werden definierte Weiterbildungsinhalte erworben, nach deren Erlangung sowie Absolvierung der Mindestweiterbildungszeit eine halbstündige Prüfung vor einem Prüfungsausschuss einer Landesärztekammer abgelegt wird. Nach erfolgreicher Prüfung wird eine entsprechende Urkunde für die Facharzt-, Schwerpunkt- oder Zusatzweiterbildung überreicht, die erlangte Weiterbildungsqualifikation ist ankündigungsfähig und führbar.

Die genannten Vorgaben werden in der jeweiligen Weiterbildungsordnung der Landesärztekammer hinterlegt, die auf einer (Muster-)Weiterbildungsordnung beruht. Diese wird auf Bundesärztekammerebene zusammen mit allen Landesärztekammern unter Einbezug der entsprechenden Fachgesellschaften und Berufsverbänden erarbeitet und von einem Deutschen Ärztetag verabschiedet. Rechtlich bindend sind nur die Weiterbildungsordnungen der Landesärztekammern, diese können Unterschiede aufweisen. Die aktuelle (Muster-)Weiterbildungsordnung von 2018 hat den Gedanken der kompetenzbasierten Weiterbildung mit den kognitiven und Methodenkompetenzen auf der einen Seite und den Handlungskompetenzen auf der anderen Seite umgesetzt. Während zuvor maximale Weiterbildungszeiten im ambulanten Bereich definiert waren, sind jetzt nur Mindestweiterbildungszeiten im stationären Bereich hinterlegt. Bei den meisten Gebieten, auch in der Chirurgie, gibt es keine Differenzierungen – die Kompetenzen werden dort erworben, wo entsprechende Leistungen durchgeführt werden. Die Dokumentation des Kompetenzerwerbs erfolgt jetzt über ein elektronisches Logbuch.

Die Herausforderungen in der ärztlichen Weiterbildung sind vielfältig, exemplarisch dargestellt im Gebiet Chirurgie. Es sind viele Inhalte definiert, die auch als Handlungskompetenz erworben werden müssen, also selbstständig vom Weiterzubildenden durchgeführt werden müssen. Bei zunehmender Komplexität und Spezialisierung wird es immer schwieriger, diese Kompetenzen zu erlangen. Hinzu kommt, dass nicht mehr alle Weiterbildungsinhalte an einer Weiterbildungsstätte angeboten werden können, so werden bestimmte Eingriffe zunehmend nur noch ambulant durchgeführt. Die Weiterbildungszeiten in Deutschland sind meistens länger als die in der Berufsanererkennungsrichtlinie der Europäischen Union festgeschriebenen Minstdauern. Dieser Umstand in Verbindung mit der zunehmenden Teilzeittätigkeit von Ärztinnen und Ärzten verlängert die Weiterbildungszeiten und verzögert damit den Erwerb der Facharztkompetenz. Notwendige vorbereitende Skill-Labs sind nicht flächendeckend vorhanden, anvertraubare professionelle Tätigkeiten kaum definiert. Dagegen ist es zu einer zunehmenden Arbeitszeitverdichtung und zu vermehrten bürokratischen Tätigkeiten gekommen. Diese kosten Zeit, die für die Weiterbildung nicht zur Verfügung steht. Umfragen zeigen eine steigende Unzufriedenheit der Weiterzubildenden mit ihrer Weiterbildung, aber auch der Weiterbildungsbefugten.

Die Krankenhausreform akzentuiert mit dem Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz diese Herausforderungen noch zusätzlich mit ihren 65 Leistungsgruppen, davon allein 28 mit direktem Bezug zum Gebiet Chirurgie samt Transplantationsmedizin, da in diesen Leistungsgruppen als personelle Ausstattung eine Qualifikation aus dem Gebiet Chirurgie festgeschrieben ist. Die im Gesetz genannten Mindestvoraussetzungen inklusive weiterer Auswahlkriterien und der personellen Ausstattung mit Qualifikationen und Verfügbarkeit erschweren die ärztliche Weiterbildung. Stationär zu erlangende Inhalte können nicht mehr in allen Krankenhäusern vermittelt werden, da die

Kriterien der einzelnen chirurgischen Leistungsgruppen nicht mehr erfüllt werden können und landesplanerisch nicht mehr diesen Krankenhäusern zugeordnet werden. Das wird insbesondere den Umfang der chirurgischen Weiterbildungsbefugnisse in Krankenhäusern der Grund- und Regelversorgung betreffen, die meistens nur die Leistungsgruppe 14 „Allgemeine Chirurgie“ erhalten werden. Auch größere Krankenhäuser werden ihr chirurgisches Leistungsspektrum anpassen müssen, da bestimmte, jetzt dort noch durchgeführte Leistungen und Operationen nicht mehr abgebildet werden können. Das wird bei vielen chirurgischen Facharztkompetenzen zu einer Reduktion der Befugnisumfänge führen, was vermehrte Rotationen für Weiterzubildende bedingt. Da diese Inhalte zukünftig nur in definierten, planerisch festgelegten Krankenhäusern zu erlangen sind, muss ein Wechsel für den Erwerb genau dieser Inhalte dorthin erfolgen. Das wird zu einer Engpasssituation führen, zumal Weiterzubildende sich in das neue Krankenhaus einarbeiten und die ärztliche Leitung bzw. die Weiterbildungsbefugten sich erst eine Übersicht über die vorhandenen Kompetenzen der neuen Mitarbeitenden verschaffen müssen. Eine vom Bundesgesetzgeber angestrebte deutliche Ausweitung der Leistungsgruppen würde diese Problematik noch verschärfen. So richtig die Konzentration von spezialisierten Leistungen in entsprechende Zentren aus verschiedenen Gründen ist, wird es perspektivisch zu vermehrten Wechseln der Weiterbildungsstätten und eher zu einer Verlängerung der Weiterbildungszeit führen. Als Folge wird der Facharztstatus erst später erreicht. Damit werden diese Qualifikationen dem ambulanten Bereich im System der gesetzlichen Krankenversicherung und dem stationären Bereich zur Deckung der geforderten personellen Ausstattung in den Leistungsgruppen mit zeitlicher Verzögerung zur Verfügung stehen.

Was sind mögliche Lösungsansätze für diese Herausforderungen? Aus Sicht der ärztlichen Weiterbildungssystematik und der Ärztekammern können folgende fünf Antworten diskutiert werden:

1. Kritische Überprüfung, ob die Mindestweiterbildungszeiten reduziert werden können, zumal bei vielen Weiterbildungen, so auch im Gebiet Chirurgie, 12 Monate auch in anderen Gebieten erfolgen können und in der eigentlichen Facharztkompetenz nur 48 Monate zusätzlich zu dem jeweils halben Jahr Intensivmedizin und Notfallaufnahme abgeleistet werden müssen.
2. Kritische Überprüfung der Inhalte, insbesondere der Handlungskompetenzen. Ausgangspunkt dafür ist die Frage, was eine Fachärztin bzw. ein Facharzt nach erfolgter Facharztprüfung beherrschen muss, um sich im ambulanten Bereich niederzulassen oder im stationären Bereich Rufdienste übernehmen zu können. Nicht alle Spezialitäten können bei dem rasant wachsenden medizinischen Fortschritt und Möglichkeiten in einer Facharztweiterbildung vermittelt werden und sind erst nach Erlangung des Facharztstatus im Rahmen der fachärztlichen Tätigkeit in einer entsprechenden Abteilung zu erlernen. Dies lässt sich an folgendem Beispiel aus der viszeralchirurgischen Weiterbildung verdeutlichen: in der (Muster-)Weiterbildungsordnung werden 30 Eingriffe am Kolon, 3 Magenteilresektionen, 3 Leberwedgerektionen, 10 Enddarmoperationen sowie 80 erste Assistenzen bei Eingriffen höherer Schwierigkeitsgrade, z.B. Pankreasresektionen, Gastrektomien und Rektumresektionen gefordert. Diese Handlungskompetenzen sind allenfalls in bestimmten größeren Krankenhäusern oder spezialisierten Abteilungen vermittelbar. Hier ist zu hinterfragen, ob nicht eine kognitive und Methodenkompetenz ausreichend ist bzw. auf solche Inhalte verzichtet werden könnte. Die Zusatzweiterbildung Spezielle Visceralchirurgie, die zukünftig ein Schwerpunkt zum Facharzt für Visceralchirurgie werden soll, kann nicht mehr alle Spezialitäten der operativen Eingriffe des oberen und unteren

Gastrointestinaltraktes und des hepato-biliären Systems abdecken, sondern benötigt einen jeweiligen modularen Aufbau, auch unter Einbezug der endokrinen Chirurgie.

3. Schaffung von erleichterten Rotationsmöglichkeiten und von Weiterbildungsverbünden. Schon jetzt sind Rotationen in großen Krankenhäusern nicht einfach zu organisieren. Da diese zukünftig zunehmen werden, sind weiterbildungstechnische, organisatorische und arbeitsrechtliche Maßnahmen notwendig, um diese Wechsel zu erleichtern oder sogar als Kriterium für die Zuordnung von bestimmten Leistungsgruppen aufzunehmen. In der Weiterbildungsordnung ist dies bereits hinterlegt, da eine Befugnis mehreren Ärztinnen und Ärzten an einer oder mehreren Weiterbildungsstätten gemeinsam erteilt werden kann. Ein festgelegter Gesamtablauf der Weiterbildung als ein organisierter und von der Landesärztekammer genehmigter Zusammenschluss von mehreren Weiterbildungsbefugten, welche unterschiedliche Weiterbildungsinhalte an einer oder mehreren Weiterbildungsstätten unter Berücksichtigung regionaler Aspekte beinhalten, ist eine Lösung. Dabei ist arbeitsrechtlich noch die Arbeitnehmerüberlassung zu klären, sofern es nicht nur einen Arbeitgeber im Rahmen dieses Gesamtweiterbildungskonzeptes gibt. Jeder Arbeitgeberwechsel bei Rotationen ist mit erhöhtem bürokratischen Aufwand versehen, was zu vermeiden ist.
4. Gegenfinanzierung des Aufwandes für die Weiterbildung. Das umfasst die Aufwendungen für die Weiterbildung als solche, also für die eingesetzten personellen Ressourcen, für Anleitung, zeitliche Aspekte, den erhöhten organisatorischen Aufwand sowie Simulationstrainings und Skill-Labs in der Anschaffung und Nutzung. Außerdem muss auch im ambulanten Bereich die Bezahlung der ärztlichen Tätigkeit von Weiterzubildenden geregelt werden,

da Weiterbildung in diesem Bereich zunimmt. Es ist zu überlegen, ob ambulante Eingriffe am Krankenhaus, die von Ärztinnen und Ärzten im Rahmen ihrer Weiterbildung durchgeführt werden, außerhalb des ambulanten Budgets gesondert gegenfinanziert werden.

5. Neben der fachärztlichen personellen Ausstattung ist eine ärztliche Personalbedarfsbemessung einzuführen. Diese spiegelt den ärztlichen Gesamtbedarf einer Abteilung wider und stellt die patienten- und aufgabengerechte ärztliche Personalausstattung sicher. Dies wird wesentlich zu einer Verbesserung der Weiterbildungssituation

beitragen, da mehr Zeit für Weiterbildung vorhanden sein wird. Ein weiterer Aspekt dabei könnte eine Verringerung der Teilzeittätigkeit von Ärztinnen und Ärzten sein, falls mit einer besseren Personalausstattung geplante Arbeitszeiten verlässlich eingehalten werden. Darüber hinaus können qualifizierte, auch akademisierte Gesundheitsberufe im ärztlichen Bereich Entlastung bewirken und damit Ressourcen für die Weiterbildung schaffen.

Die Lösungen auf die skizzierten Herausforderungen können nur gemeinsam umgesetzt werden. Dazu bedarf es einer engen Zusammenarbeit zwischen Ärztekammern,

den jeweiligen Fachgesellschaften und Berufsverbänden. Diese findet zurzeit im Rahmen der Weiterentwicklung der (Muster-)Weiterbildungsordnung statt unter Einbezug der sich weiterbildenden Ärztinnen und Ärzte der jeweiligen Fachgruppe, da es diese am meisten betrifft. Nachfolgend sind auch die weiteren Akteure im deutschen Gesundheitswesen, die Politik und die Gesellschaft gefragt. Eine qualitativ hochwertige und quantitativ ausreichende ärztliche Versorgung in Deutschland auf Facharzniveau ist nur zukunftssicher, wenn eine gute ärztliche Weiterbildung erfolgt und eine wertschätzende Weiterbildungskultur gelebt wird. ○

BDC|AKADEMIE



DHG-Hernientage Herniamed Studientreffen

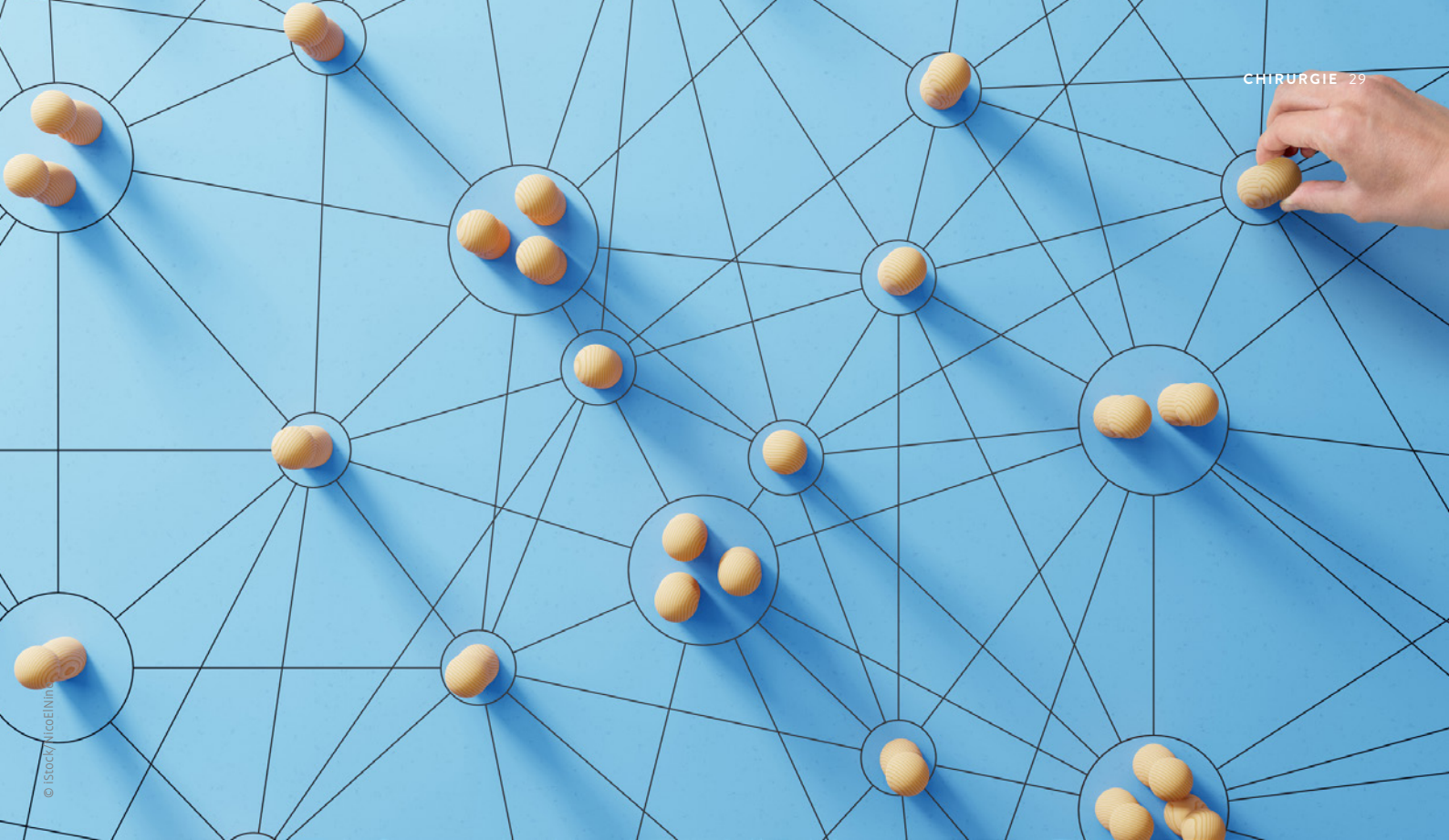


DHG-HERNIENTAGE HERNIAMED STUDIENTREFFEN

online, 15. – 16. Mai 2025

Hernienoperationen zählen zu den weltweit häufigsten allgemeinchirurgischen Eingriffen, die für viele Chirurgeninnen und Chirurgen zum Alltag gehören. BDC-Mitglieder und Mitglieder der Deutschen Herniengesellschaft (DHG) erhalten die reduzierte Teilnahmegebühr. Den Einwahl-Link zum Webinar erhalten Sie am Freitag vor dem Webinar per E-Mail.

Informationen und Anmeldung über www.bdc.de (Rubrik BDC|Akademie, Fachgebiet Hernientage)



Krankenhausplanung und -finanzierung anhand von Leistungsgruppen – wird nun alles besser?

EINE ANALYSE ZUM SYSTEMSTART IN NRW AM 01.04.2025

Peter-Johann May

Krankenhausplanung ist eine Teamleistung. Das auf Leistungsgruppen basierende Planungsverfahren in NRW wurde in einem mehrjährigen Prozess durch das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales NRW unter einer intensiven Beteiligung des Ministeriums für Kultur und Wissenschaft NRW, der Verbände der Krankenkassen, der kommunalen Spitzenverbände, der Ärztekammern in NRW, der

Pflegekammer NRW, der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen, der Katholischen Kirche, der Evangelischen Landeskirche, des Verbandes der privaten Krankenversicherung, der Landschaftsverbände in NRW und der Psychotherapeutenkammer NRW entwickelt. Neben einer hohen zweistelligen Anzahl von Gremiensitzungen durch die oben genannten Institutionen und ergänzenden schriftlichen



Peter-Johann May
Krankenhausgesellschaft Nordrhein-
Westfalen e. V.
Düsseldorf
pmay@kgnw.de

Abstimmungen, wurden in regelmäßigen Abständen umfangreiche Auswirkungsanalysen unter Zuhilfenahme des Datensatzes nach § 21 KHEntgG, detaillierter Strukturdaten zu allen Krankenhausstandorten in NRW und Statistiken der Ärztekammern in NRW zu den Fachärztinnen/Fachärzten durchgeführt sowie die medizinischen Fachgesellschaften in einem Stellungnahmeverfahren angehört. Dieses partizipative und datenbasierte Vorgehen war und ist die Grundlage für einen gemeinschaftlich getragenen und im April 2022 veröffentlichten „Krankenhausplan Nordrhein-Westfalen 2022. Die Strukturen müssen für die Menschen da sein, nicht die Menschen für die Strukturen!“.

Die insgesamt 60 somatischen und vier psychiatrisch-psychosomatischen Leistungsgruppen ermöglichen einen evolutionären und unbürokratischen Systemumstieg in NRW, weg von einer Bettenplanung hin zu einer Leistungsgruppensystematik, die den regionalen Versorgungsbedarf der Bevölkerung sowie landeseinheitliche Qualitätskriterien sorgfältig und angemessen berücksichtigt. Der hiermit einhergehende Transformationsprozess soll qualitätsgesicherte und etablierte Versorgungsstrukturen bewahren und dort, wo Verbesserungspotentiale bestehen, zu strukturierten Veränderungen führen.

Die Auswahl der Leistungsgruppen orientierte sich an der jeweiligen Behandlungsschwere, der Behandlungshäufigkeit und dem hiermit einhergehenden strukturellen und finanziellen Ressourcenbedarf. Im Ergebnis konnten sich die Prozessbeteiligten auf die dringlichsten stationären Versorgungsaufgaben in NRW verständigen und diese in Leistungsgruppen überführen. Die für jede Leistungsgruppe definierten Qualitätsmerkmale verfolgen nicht den Ansatz einer allumfassenden Abbildung von der initialen Diagnostik bis hin zur idealerweise vollständigen Genesung/Heilung der Patientinnen und Patienten, sondern fokussieren sich auf die jeweiligen stationären Kernprozesse.

Die Definition der Leistungsgruppen, das heißt die Beschreibung der leistungsgruppenspezifischen Patientenkollektive führte zu einer realitätsnahen Balance aus allgemeinen und spezifischen Leistungsgruppen. Die Leistungsgruppen der „Allgemeinen Inneren Medizin“, der „Allgemeinen Chirurgie“ und die anderen allgemeinen Leistungsgruppen ergeben sich aus den Weiterbildungsordnungen für Ärztinnen und Ärzte der Ärztekammern in NRW. Spezifische Leistungsgruppen richten sich nach den Operationen- und Prozedurenschlüsseln nach § 301 SGB V, der International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems der Weltgesundheitsorganisation und anderen geeigneten Merkmalen (zum Beispiel das Alter der Patientinnen und Patienten). In diesem Zusammenhang waren die Versorgungsqualität, der Erhalt der ärztlichen und pflegerischen Aus- und Weiterbildung, die Mobilität der Mitarbeitenden sowie die Wirtschaftlichkeit, aber auch die Erkenntnis einer mangelnden Abgrenzbarkeit zahlreicher Behandlungsfälle (unter anderem welcher Fall gehört in die Leistungsgruppe „Allgemeine Innere Medizin“ oder in die Leistungsgruppe „komplexe Gastroenterologie“, welcher Fall gehört in die Leistungsgruppe „Allgemeine Chirurgie“ oder in die Leistungsgruppe „Kinder- und Jugendchirurgie“) und die Pseudo-Genauigkeit einer strengen Fallzuteilung über OPS- und ICD-Kodes handlungsleitend.

Die Versorgungspartner in NRW waren und sind sich einig, dass zunächst die 60 somatischen und vier psychiatrisch-psychosomatischen Leistungsgruppen in regionalen Planungsverfahren in einem größtmöglichen Konsens eingeführt und deren Wirkung auf die Versorgung zeitnah evaluiert werden sollen. In diesem Zusammenhang können bedarfsnotwendige und nicht zeitlich befristete Ausnahmen zur Anwendung kommen. Ein starres, theoretisch-algorithmisches Verfahren würde eine passgenaue Ausrichtung der Versorgungsstrukturen an die regionalen Bedarfe und Möglichkeiten verhindern. Die im Rahmen der konkreten

May PJ: Krankenhausplanung und -finanzierung anhand von Leistungsgruppen – wird nun alles besser? *Passion Chirurgie*. 2025 April; 15(04): Artikel 03_05.



Mehr über die Krankenhausreform
auf BDC|Online (www.bdc.de)
unter der Rubrik Politik.

Umsetzung des Krankenhausplans gewonnenen Erkenntnisse sollen für eine kontinuierliche Weiterentwicklung der Leistungsgruppen im Sinne eines „Lernen- den Systems“ genutzt werden. Auch hierbei soll nicht das abstrakte Ziel einer möglichst kleinteiligen und hochdifferenzierten Systementwicklung, die an einer Maximierung der Anzahl der Leistungsgruppen orientiert ist, angestrebt werden, sondern versorgungsnotwendige Entwicklungen im Vordergrund stehen.

Die Planungsverfahren wurden mittlerweile mit dem Versand der Feststellungsbescheide am 16.12.2024 beendet. Der Systemstart ist auf den 01.04.2025 datiert. Für zehn Leistungsgruppen (EPU/Ablation, Interventionelle Kardiologie, Kardiale Devices, Bauchaortenaneurysma, Carotis operativ/interventionell, Endoprothetik Hüfte, Endoprothetik Knie, Wirbelsäuleneingriffe, Bariatrische Chirurgie, Stroke Unit) besteht eine Übergangsfrist bis zum 31.12.2025.

Relevante Abweichungen von diesem Vorgehen führen zu nicht kalkulierbaren Risiken für die stationären Versorgungsstrukturen in den Bundesländern, da diese weder mit den in den Bundesländern Versorgungsverantwortung tragenden Institutionen abgestimmt sind noch diesbezüglich aussagekräftige und umfassende Auswirkungsanalysen vorliegen.

Eine deutliche Veränderung der Leistungsgruppen-Systematik aus NRW ergibt sich aus den unrealistischen Anforderungen des KHVVG an die Anzahl der Fachärztinnen/Fachärzte in den jeweiligen Leistungsgruppen, geänderten Mindestmerkmalen der NRW-Leistungsgruppen, fünf ergänzenden Leistungsgruppen, deren Sinnhaftigkeit sich nicht unmittelbar erschließt, den sogenannten onkochirurgischen Fallkontellationen (Indikationsbereiche) und den Mindestvorhaltezahlen des KHVVG.

Die beiden letztgenannten Instrumente können als eine neue Form der

Mindestmengen, die üblicherweise in einem streng reglementierten und wissenschaftlich fundierten Verfahren beim Gemeinsamen Bundesausschuss entwickelt werden oder als verdeckte zusätzliche Leistungsgruppen, die sich ausschließlich an der Fallzahl orientieren, verstanden werden. Das Ziel ist eine Zwangsverlagerung dieser Behandlungsfälle durch eine finanzielle Sanktionierung (Unterschreitung der Grenzzahl der onkochirurgischen Indikationsbereiche = Verlust der Rest-DRG, Unterschreitung der LG-spezifischen Mindestvorhaltezahlen = Verlust der Vorhaltefinanzierung). Das KHVVG liefert keinerlei wissenschaftliche Begründung für dieses Vorgehen, das erheblich in die Planungshoheit der Bundesländer eingreift.

Unabhängig von den kurz skizzierten medizinisch-inhaltlichen und methodischen Kritikpunkten am KHVVG, ist dieses vollkommen ungeeignet, die finanziellen Herausforderungen der Krankenhäuser kurz- bis mittelfristig zu lösen. Eine Brückenfinanzierung zum Ausgleich der inflationsbedingten Defizite der Krankenhäuser ist unverändert von einer elementaren Bedeutung. Parallel hierzu muss das System der Betriebskostenfinanzierung der Krankenhäuser vollständig überdacht und reformiert werden. Die Vorhaltefinanzierung des KHVVG führt zu keiner Existenzsicherung insbesondere kleiner Krankenhäuser, geht bei einer Fallzahlsteigerung bei größeren Einrichtungen zunächst mit einem Erlösverlust einher, ersetzt nicht die DRGs, stellt einen erneuten Aufwuchs erheblicher bürokratischer Lasten dar und setzt zusätzliche Fehlanreize [1]. Im Ergebnis handelt es sich bei der Vorhaltefinanzierung des KHVVG um eine fallzahlabhängige Finanzierungsform, die zudem noch hochkomplex und hochbürokratisch ausgestaltet ist.

Insofern sollten stattdessen für eine Übergangszeit aktuell bereits existierende fallzahlunabhängige Finanzierungsformen über eine Anhebung bereits bestehender Zuschlagssysteme (z. B.

„Notfallstufenzuschläge“, „Sicherstellungszuschläge-Regelungen“, „Zentrumszuschläge“) erwogen und parallel hierzu durch die Selbstverwaltungspartner eine grundlegende Anpassung der Betriebskostenfinanzierung erarbeitet werden. Ziel sollte dabei eine deutlich fallzahlunabhängiger als bislang ausgestaltete Finanzierung apparativer und personeller Ausstattungen für die Patientenversorgung sein. Der regelmäßige Liquiditätsfluss an die Krankenhäuser unabhängig vom tatsächlichen Fallabrechnungs- und Fallüberprüfungsgeschehen, z. B. in Form fallunabhängiger Abschlagszahlungen auf das Krankenhausbudget, sollte ebenfalls in den Blick genommen werden. Dies würde im Übrigen auch zur Krisenresilienz der Krankenhäuser beitragen (Fallzahleintrbruch in der Corona-Pandemie). Wichtig ist bei alledem, dass eine Anpassung der Betriebskostenfinanzierung in der praktischen Umsetzung einfach zu handhaben ist und keine neuen Bürokratie- und Meldepflichten ausgelöst werden.

Neben einer dringend notwendigen Reformierung der Betriebskostenfinanzierung durch den Bund besteht weiterhin eine nicht ausreichende Investitionskostenfinanzierung durch die Bundesländer. Die Länder haben dies erkannt und streben eine Erhöhung dieser zweiten Säule der Krankenhausfinanzierung an. Beispielhaft kann in diesem Zusammenhang angeführt werden, dass die Investitionsmittel in NRW in den letzten Jahren erhöht wurden. So stellt das Land NRW konkret zur Umsetzung des neuen Krankenhausplans bis zum Jahr 2030 insgesamt 2,5 Mrd. Euro zur Verfügung.

Schlussendlich darf nicht unerwähnt bleiben, dass die immer weiter steigenden Bürokratielasten einen entscheidenden Kostenfaktor im Gesundheitssystem darstellen. Trotz zahlreicher Ankündigungen des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG), durch das KHVVG maßgeblich zu einem Bürokratieabbau beizutragen, ist bedauerlicherweise das Gegenteil der

Fall. Die 55 konkreten Vorschläge der Deutschen Krankenhausgesellschaft zu einer Entbürokratisierung der stationären Versorgung fanden leider keine Berücksichtigung durch das BMG und müssen zwingend durch eine neue Bundesregierung aufgegriffen und umgesetzt werden [2].

LITERATUR

- [1] Hansis E., Dahnke H. (2024) Datenbasierte Folgenabschätzung Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVVG), <https://www.vebeto.de/khvvvg>, letzter Aufruf am 07.01.2025
- [2] Deutsche Krankenhausgesellschaft (2024) Drei verlorene Stunden für die

Patientenversorgung – Bürokratie frisst Zeit und verschärft das Fachkräfteproblem, <https://www.dkgev.de/dkg/presse/details/drei-verlorene-stunden-fuer-die-patientenversorgung-buerokratie-frisst-zeit-und-verschaerft-das-fachkraefteproblem/>, letzter Aufruf am 07.01.2025 



Präsenz-Seminar

Wissenschaftliche Leitung:

Prof. Dr. med. Hans-Bernd Reith
PD Dr. Dr. Uwe Roblick

Klick!
Jetzt
anmelden!

Basischirurgie

Hamburg, 08. – 10. Mai 2025

Ein Plädoyer für die Ausbildung in der konventionellen minimalinvasiven Chirurgie

Wolfgang Schröder, Anna Duprée

AKADEMIE AKTUELL

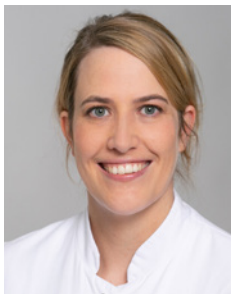
Die Chirurgie ist in der letzten Dekade durch eine technische Evolution geprägt, die in vielen chirurgischen Fachdisziplinen mit der robotisch-assistierten Chirurgie neue Operationstechniken und Möglichkeiten minimalinvasiver Operationen auf den Markt gebracht hat. Viele der robotisch-assistierten Prozeduren haben mittlerweile einen hohen Grad an Standardisierung erreicht und sind fester Bestandteil des chirurgischen Alltags. Unübersehbar ist auch, dass sich diese robotisch-assistierten Operationen grundsätzlich von der konventionellen minimalinvasiven Chirurgie unterscheiden und beide Technologien ihre eigenen Lernkurven für gleiche Prozeduren aufweisen.

Für die viszeralchirurgische Weiterbildung junger Chirurginnen und Chirurgen stellt sich somit die Frage, ob es überhaupt noch sinnvoll ist, in der klassischen und seit Jahren bewährten minimal-invasiven Technik auszubilden, oder sich in Anbetracht der schnell fortschreitenden Verbreitung der Roboter-gestützten Chirurgie bereits zu einem frühen Zeitpunkt ganz auf die neuen Technologien zu fokussieren.



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

Mitglied im erweiterten Vorstand des BDC
Leiter der BDC|Akademie
Leiter des Zentrums für Speiseröhren- und
Magenchirurgie
HELIOS Universitätsklinikum Wuppertal
Heusnerstr. 40
42283 Wuppertal
schröder@bdc.de



PD Dr. med. A. Duprée

Klinik für Allgemein-, Viszeral- und
Thoraxchirurgie
Universitätsklinikum Eppendorf
Hamburg

Schröder W, Duprée A: Ein Plädoyer für die
Ausbildung in der konventionellen minimalinvasiven
Chirurgie. *Passion Chirurgie*. 2025 April;
15(04): Artikel 04_01.



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

In diesem Zusammenhang ist zunächst festzustellen, dass trotz aller Euphorie und der damit verbundenen Dominanz auf Kongressveranstaltungen immer noch die große Masse aller viszeralchirurgischer Operationen in der breiten Versorgung konventionell minimalinvasiv durchgeführt wird. Das liegt allein daran, dass trotz aller Bemühungen der Industrie die Anzahl der in den Krankenhäusern implementierten robotischen Systemen bei weitem noch nicht ausreicht, alle Patienten mit dieser Technologie zu versorgen. Zudem bleibt die robotisch-assistierte Chirurgie bei technischer Machbarkeit gegenwärtig in weiten Teilen den Nachweis schuldig, der konventionellen minimalinvasiven Chirurgie hinsichtlich postoperativer Morbidität und Lebensqualität für den Patienten entscheidende Vorteile zu generieren. Das jedoch sollte kein Argument gegen die robotische Chirurgie sein, sondern für Universitätskliniken und Maximalversorger Ansporn und Verpflichtung sein, hier die

notwendige Evidenz zu liefern. Unbeantwortet ist auch die Frage, ob die robotische Lernkurve durch profunde Kenntnisse und praktische Erfahrungen in der konventionellen minimal-invasiven Erfahrung verkürzt wird. Alle Protagonisten der robotischen Technologie, die mit der minimal-invasiven Chirurgie groß geworden sind, würden diesen Zusammenhang eher bejahen.

Die aufgeführten Gründe lassen es sinnvoll erscheinen, auch weiterhin in den chirurgischen Curricula die konventionelle minimal-invasive Chirurgie zu führen und auch im klinischen Alltag zu verankern. Für alle komplexen chirurgischen Prozeduren ist es daher notwendig, die Lernkurve nicht erst im OP, sondern in den verschiedenen Dry- und Wet-Labs zu beginnen. Gut konzipierte Kurse, welche diese grundlegenden technischen Fertigkeiten vermitteln, bleiben damit auch weiterhin fester Bestandteil der viszeralchirurgischen Weiterbildung. ○

BDC|AKADEMIE

DEUTSCHE AKADEMIE FÜR CHIRURGISCHE FORT- UND WEITERBILDUNG



Grundlagen der Minimalinvasiven Chirurgie

Hamburg, 15. – 16. Mai 2025

Empfohlen für
Ärztinnen/Ärzte in Weiterbildung
sowie Fachärztinnen/-ärzte

In Zusammenarbeit mit



GRUNDLAGEN DER MINIMALINVASIVEN CHIRURGIE

Dieser Trainingskurs für minimalinvasive Chirurgie bietet Ihnen die Möglichkeit, modernste Techniken und Verfahren zu erlernen und zu vertiefen. Mit dem Fokus auf Präzision, Sicherheit und Effizienz werden wir Ihnen praxisorientierte Fähigkeiten vermitteln, die Ihnen helfen, Patient:innenbehandlungen zu optimieren und postoperative Erholungszeiten zu verkürzen. Der Kurs bietet Ihnen: Überblick über die Prinzipien der Laparoskopie sowie die Geräte und Instrumente, Einübung von Kenntnissen im Bereich Kameraführung und Koordination im 2D-Bild sowie Nähen, Knoten und Schneiden mit Basisübungen im Boxtrainer, am perfundierten Organmodell und mit dem Computersimulator, Erlernen und Training von Basiseingriffen, aber insbesondere auch anspruchsvolleren Eingriffen und Anastomosentechniken unter realen Bedingungen.

Grundlagen der minimalinvasiven Chirurgie

Hamburg

PD Dr. med. Anna Duprée

15.05. – 16.05.2025

Informationen und Anmeldung über www.bdc.de (Rubrik BDC|Akademie, Viszeralchirurgie)



SURGEONTALK

Der BDC | Podcast



WIR PRÄSENTIEREN SURGEON TALK

**Chirurgisches Wissen
auf den Punkt.**

www.surgeontalk.de



BDC

Berufsverband der
Deutschen Chirurgie e.V.



© iStock/Panya Mingthaisorn

Osgenic – Digitale Ausbildungslösung für die Chirurgie

Johanna Ludwig

WIE WÜRD DAS PERFEKTE OP-LERNVIDEO AUSSEHEN?

Es würde alle Schritte beinhalten, einzelne OP-Schritte gezielt betrachten lassen, die Anatomie auf dem OP-Gebiet abbilden, wichtige Aspekte auf dem intraoperativen Röntgenbild hervorheben und die häufigsten Pitfalls aufzeigen. Genau dieses Konzept verfolgt Osgenic mit seiner digitalen Lernplattform für Chirurgen.

Die chirurgische Weiterbildung ist ein anspruchsvoller und kontinuierlicher Prozess. Besonders in der Orthopädie und Traumatologie sind detaillierte anatomische Kenntnisse und operative Fertigkeiten essenziell. Osgenic, ein 2017 in Helsinki, Finnland, gegründetes Unternehmen, hat es sich zur Aufgabe gemacht, die chirurgische Ausbildung sicherer und effizienter zu gestalten. Die Online-Plattform von Osgenic bietet ein innovatives



Dr. med. Johanna Ludwig, MSc
BG Klinikum Unfallkrankenhaus Berlin
gGmbH
Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie
Fachärztin für Orthopädie und
Unfallchirurgie
MSc Surgical Science and
Practice, University Oxford
mail@johannaludwig.com

digitales Schulungssystem, das weltweit von Chirurgen und Chirurginnen genutzt wird.

LERNEN NEU GEDACHT

Osgenic verfolgt einen neuen Ansatz in der chirurgischen Weiterbildung. Statt klassischer Lehrbücher oder begrenzter OP-Mitschnitte setzt die Plattform auf eine interaktive, visuell unterstützte Lernmethode, die chirurgische Eingriffe realitätsnah vermittelt. Die Kombination aus hochqualitativen Videos, anatomischen Overlays und interaktiven Schritten erleichtert es den Nutzenden, komplexe Techniken zu erlernen und zu vertiefen. Durch eine intuitive Navigation und gezielte Lernmodule entsteht eine individuelle und praxisnahe Schulungserfahrung.

DIE OSGENIC-PLATTFORM

Osgenic stellt eine umfassende Online-Lösung zur chirurgischen Weiterbildung bereit. Das Unternehmen fokussiert sich auf die Vermittlung von Techniken in der Orthopädie und Traumatologie, bietet aber

auch Inhalte für plastische Chirurgie, Handchirurgie, Gefäßchirurgie und Urologie an. Der didaktische Ansatz basiert auf einer Kombination aus Videos, anatomischen Illustrationen und Schritt-für-Schritt-Anleitungen, um ein tiefgehendes Verständnis der Eingriffe zu ermöglichen.

FUNKTIONEN FÜR KLINIKEN UND CHIRURGEN

Osgenic bietet sowohl Krankenhäusern als auch einzelnen Anwendenden wertvolle Funktionen. Krankenhäuser profitieren von der Möglichkeit, anatomische Abbildungen für Präsentationen zu erstellen und Logbuch-Funktionen zur Dokumentation von Eingriffen zu nutzen. Einzelanwendende können Inhalte speichern und kategorisieren, Wissen mit Kolleg:innen teilen und Illustrationen zur Veranschaulichung erstellen. Diese vielseitigen Funktionen erleichtern die chirurgische Weiterbildung und fördern den Austausch zwischen Ärzten und Ärztinnen. Ein weiteres geplantes Feature ist die Einbindung von radiologischen Bildinterpretationen für die Traumadiagnostik.

Ludwig J: Osgenic – Digitale Ausbildungslösung für die Chirurgie, Passion Chirurgie. 2025 April; 15(04): Artikel 04_02.



Weitere Artikel zum Thema finden Sie auf BDC|Online (www.bdc.de) unter der Rubrik Wissen | Aus-, Weiter- & Fortbildung.

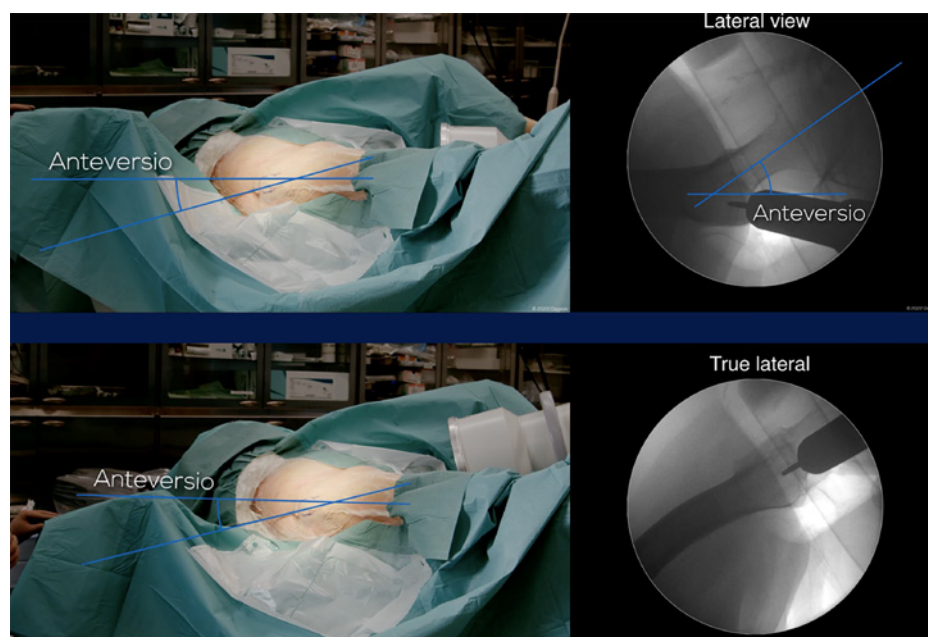


Abb. 1: Darstellung der Anteversion des Hüftkopfs zur Femurachse in der Extensionstischlagerung und Übertragung auf das Röntgenbild.

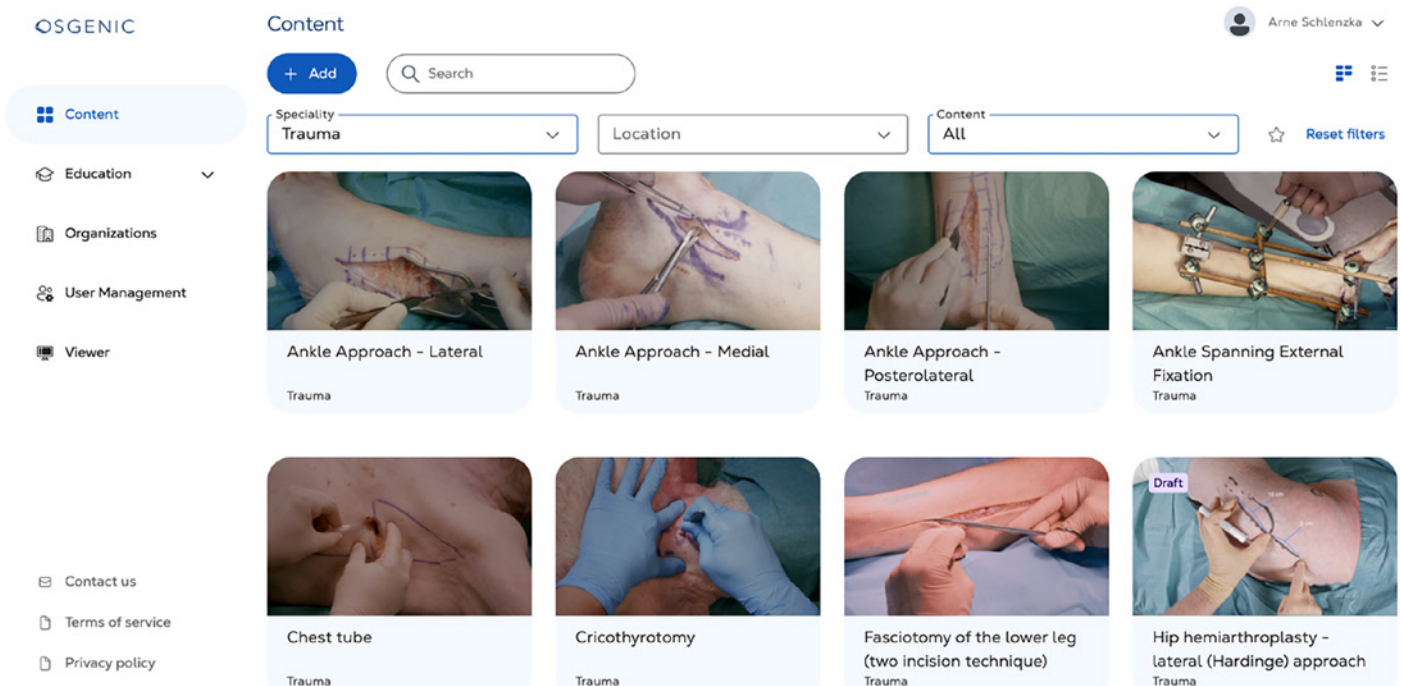


Abb. 2: Auswahl von verfügbaren Inhalten

EIN UNTERNEHMEN VON ÄRZTEN FÜR ÄRZTE

Auch das Business Model von Osgenic ist einzigartig. Das Unternehmen ist von Ärzten für Ärzte entwickelt wurde. Mehr als 500 Ärzte und Ärztinnen sind als Anteilseigner beteiligt, während das Kernteam aus erfahrenen Chirurgen und Entwicklern besteht. Diese enge Verbindung zur medizinischen Praxis ermöglicht eine kontinuierliche Optimierung der Plattform

nach den Bedürfnissen der Anwendenden. Der Fokus liegt darauf, Wissen praxisnah und evidenzbasiert zu vermitteln, um die chirurgische Weiterbildung weltweit zu verbessern.

In Finnland nutzen bereits 60 % der Krankenhäuser Osgenic zur Weiterbildung. Mit der Veröffentlichung der englischen Version im April 2024 hat sich die Plattform international etabliert und wird mittlerweile in über 100 Ländern eingesetzt.

FAZIT

Osgenic ist eine moderne, praxisnahe Plattform, die die chirurgische Weiterbildung durch strukturierte digitale Inhalte revolutioniert. Sie bietet Chirurgen und Chirurginnen eine wertvolle Unterstützung in der Vorbereitung auf operative Eingriffe und trägt so zur Patientensicherheit bei.



INFO BOX



Zur 90-tägigen kostenlosen Testversion von Osgenic...

SAFETY CLIP

BEST.
BOSS.
EVER.

Die Rolle von Führungskräften für die Patientensicherheit im Krankenhaus

Anja Pope

Führungskräfte in Krankenhäusern spielen eine entscheidende Rolle im Risikomanagement, da sie maßgeblich zur Schaffung einer Sicherheitskultur beitragen. Ihr Wirken und Handeln hat nicht nur direkte Auswirkungen auf Mitarbeitende, sondern auch auf die Etablierung und Umsetzung von konkreten Maßnahmen, die sich auf die Patientensicherheit auswirken.

Ein wesentlicher Aspekt ihrer Rolle besteht darin, eine Kultur der offenen Kommunikation zu etablieren. Fehler und Beinahe-Fehler sollen gemeldet werden, damit ein

systematisches Lernen möglich wird. Nur so können gezielte Maßnahmen abgeleitet werden, die das Wiederauftreten des Fehlers minimieren.

REAKTION DER FÜHRUNGSKRAFT ENTFALTET GROSSE WIRKUNG

Besonders deutlich zeigt sich der Einfluss von Führung in der direkten Reaktion gegenüber dem Mitarbeitenden. Stellen Sie sich vor, Sie sind ein Assistenzarzt, eine Pflegekraft oder eine MTLA im

**Anja Pope**

Wirtschaftspsychologin
Beraterin für Organisationsentwicklung
und Patientensicherheit
GRB Gesellschaft für Risiko-Beratung
mbH
Ecclesiastraße 1-4
32758 Detmold
anja.pope@grb.de

Labor und berichten Ihrer Führungskraft von einem konkreten Risiko. Dies kann ein versehentlich begangener Fehler sein (Verwechslung von Medikamenten, Dokumentation in falscher Akte), ein Fehler, der Ihnen aufgefallen ist (Dosierungsfehler in Anordnung, vertauschte „Klebchen“ auf Blutröhrchen) oder ein insgesamt unsicherer Prozess (uneinheitliches Vorgehen zum Team-Time-Out, Informationsdefizit in Übergaben).

Sie sehen Handlungsbedarf und berichten Ihrer Führungskraft vertrauensvoll davon. Dies sind mögliche Reaktionen der Führungskraft mit negativen Auswirkungen auf die Sicherheitskultur:

- **Schulduzuweisung, ggf. sogar vor anderen** („Das darf dir nicht passieren“ oder „Wer war das?“)
- **Ignorieren Ihrer Sicherheitsbedenken** („Es ist doch noch nie etwas passiert“)
- **Bestrafungen** (soziale Ablehnung, Stigmatisierung, negative Leistungsbeurteilungen)

Durch diese Verhaltensweisen kommt es zu einer negativen Vorbildwirkung der Führungskraft, die unterschiedliche Folgen für die Mitarbeitenden, das Team und schließlich die Organisation mit sich bringt:

- Angst und Unsicherheit beim Mitarbeitenden bzw. im Team
- Demotivation, Verlust von Engagement, Frust
- Verlust von Vertrauen in die Führungskraft
- Sinkende Bereitschaft, Fehler zu melden
- Lernen aus Fehlern ist kaum möglich
- Risiken bleiben bestehen und gefährden Patienten

In der Praxis hat sich gezeigt, dass solche negativen Erfahrungen sehr lange im kollektiven Gedächtnis eines Teams bleiben und das Mitarbeiterverhalten auch Jahre später noch beeinflussen. Beispielsweise berichten Mitarbeitende über derartige Erfahrungen, wenn man sie nach den Hintergründen von geringen CIRS-Melderten fragt. Nicht selten erzählen sie, dass

Sanktionen nach einer Meldung erfolgt sind oder dass sie angewiesen wurden, beim nächsten Mal bitte das direkte Gespräch zu suchen, statt in CIRS zu melden. Häufig beeinflusst dies das Meldeverhalten des betroffenen Bereichs noch jahrelang. Das zeigt auch, dass eine Aufarbeitung eines derartigen Vorfalls und eine klärende Kommunikation von Bedeutung sind. Denn negative Erfahrungen wirken lange nach und die Auswirkungen verschwinden nicht automatisch.

POSITIVE BEITRÄGE ZUR PATIENTENSICHERHEIT

Führungskräfte können jedoch durch ein anderes, positives Verhalten deutlich dazu beitragen, dass die Patientensicherheit gestärkt wird. Ein Teil der Sicherheitskultur ist die sogenannte *Psychologische Sicherheit*. Diese beschreibt ein Gruppengefühl, keine Einzelmeinung. Teams, die sich psychologisch sicher fühlen, sind innovativer, erzielen bessere Ergebnisse und eine höhere Qualität. Die Offenheit, Fehler zu melden und zu analysieren, ist bei ihnen eine Selbstverständlichkeit, auch wenn sie nicht immer leichtfällt.

Indem Führungskräfte selbst den Mut haben, über eigene Fehler zu sprechen und transparent zeigen, wie sie daraus lernen und allen anderen gegenüber wertschätzend auftreten, die sich ebenso verhalten, können sie in ihrem Team die psychologische Sicherheit fördern.

Mögliche Reaktionen der Führungskraft mit positiven Auswirkungen im oben genannten Fall:

- **Anerkennung und Dankbarkeit** („Vielen Dank, dass du das gemeldet hast. Das ist genau die Einstellung, die wir brauchen.“)
- **Aufnahme des Themas** („Das ist ein wichtiger Hinweis. Ich werde mich darum kümmern ...“)
- **Einbezug des Mitarbeitenden in die Problemlösung** („Lass uns gemeinsam analysieren, was passiert ist, und herausfinden, wie wir das in Zukunft vermeiden können.“)

Pope A: Safety Clip: Die Rolle von Führungskräften für die Patientensicherheit im Krankenhaus. *Passion Chirurgie*. 2025 März; 15(03/QI): Artikel 04_03.



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

Ein Aspekt sollte dabei nicht aus den Augen gelassen werden: Wichtig ist auch, dass Führungskräfte klare Verstöße von Mitarbeitenden gegen Regeln sanktionieren. Das bewusste Auslassen von Kontrollschritten bei der Einschleusung, „weil es sowieso immer korrekt ist“ oder das Abhaken der Checkliste des Notfall equipments ohne vorherige Kontrolle sind schädliches Verhalten, auf das die Führungskraft direkt eingehen und es unterbinden sollte.

MANAGEMENT

Weitere Instrumente des Managements unterstützen zusätzlich das Ziel der Patientensicherheit. Dazu gehören z. B.:

- Der Einfluss von Quantität und Qualifikation der Mitarbeitenden
- Die Gestaltung von Prozessen wie Übergaben, Visite, Team-Time-Out usw.
- Die Etablierung von aktuellen, fundierten und praktikablen Standards
- Die Bereitstellung von geeigneten Tools und Hilfsmitteln

Insgesamt wird deutlich, dass Führung ein elementarer Bestandteil ist, um Patientensicherheit zu fördern. Zum einen über den zentralen Beitrag zur Psychologischen Sicherheit im Team, zum anderen über das Handeln des Managements.

PATIENTENSICHERHEIT ALS TEIL DER FÜHRUNGSKOMPETENZ IM KRANKENHAUS

Dies erfordert viel Reflexion und eine klare Haltung. Umso wichtiger ist es, Führungskräfte im Krankenhaus dazu zu befähigen, damit sie dieser verantwortungsvollen Aufgabe gerecht werden können. Die Einbeziehung der Patientensicherheit in die Führungskräfteentwicklung im Krankenhaus ist ein wichtiger und oft noch vernachlässigter Aspekt.

Durch **Schulungen und Seminare** sollten Führungskräfte die Möglichkeit bekommen, ihr Wissen zur Patientensicherheit zielgruppenspezifisch zu erweitern. Ihre verantwortungsvolle Rolle im Risikomanagement können sie nur dann effektiv ausfüllen, wenn sie sie vollumfänglich verstanden haben.

In **Workshops** können Führungskräfte unter moderierter Anleitung ihre Probleme bei der Risikoanalyse und der Auswahl und Umsetzung geeigneter Maßnahmen lösen. Idealerweise erfolgt dies im interdisziplinären Führungsteam.

Gleichzeitig kann ihnen ein professionelles **Business Coaching** angeboten werden, in dem sie ihr Verhalten in ihrer Rolle

geschützt reflektieren können. Dies dient einerseits der Erfolgssicherung bei der Umsetzung von Maßnahmen, insbesondere bei komplexen Ausgangslagen, und schafft andererseits die Grundlage, um die eigene Wirkung auf die Psychologische Sicherheit des Teams kontinuierlich zu hinterfragen. Coaching bietet einen geschützten Raum, in dem Führungskräfte ungehemmt und konstruktiv über ihre Herausforderungen und Gedanken sprechen können, ohne Angst vor negativen Konsequenzen haben zu müssen. Dies fördert eine offene und vertrauensvolle Atmosphäre, die sich auch positiv auf das Team auswirkt.

LITERATUR

- [1] Bresser, J. (2024). Just Culture im Krankenhaus: Mit neuen Leadership-Ansätzen im ärztlichen Bereich die Zukunft gestalten. Springer
- [2] Edmondson, A. (2024). Wertvolle Fehler – Right Kind of Wrong: Die praktische Wissenschaft klugen Scheiterns (M. Kauschke, Übers.). Vahlen.
- [3] Töpfer, R. (2014): „Systemisches Coaching als erfolgreiches Mittel im Risikomanagement für Ärzte und Kliniken“ in: Merkle (Hg.): „Risikomanagement und Fehlervermeidung im Krankenhaus“, Springer



Präsenz-Seminar

Wissenschaftliche Leitung:

Prof. Dr. med. Lars Gerhard Großterlinden
Prof. Dr. med. Frank Timo Beil

Klick!
Jetzt
anmelden!

Facharztseminar

Orthopädie/Unfallchirurgie

Hamburg, 19. – 23. Mai 2025

RECHT &
VERSICHERUNG

Versicherungs- angebote des BDC



Diese Leistungen sind in Ihrem BDC-Mitgliedsbeitrag enthalten:

- ✓ Berufs-Rechtsschutz
- ✓ Praxisvertreter-Haftpflicht

Weitere Versicherungsangebote für BDC-Mitglieder über Rahmenverträge

Exklusiv und marktführend

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

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

HABEN SIE FRAGEN ODER WÜNSCHEN SIE EIN KONKRETES ANGEBOT? BITTE SPRECHEN SIE UNS AN:

BDC-VERSICHERUNGSSERVICE

ECCLESIA MED GMBH

Klingenbergstr. 1-4, 32758 Detmold

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

E-Mail: bdc-versicherungsservice@ecclesia.de

HYGIENE TIPP

Hygiene in Wartezimmer und Wartebereichen

Martin Groth, Nils Hübner, Lutz Jatzwauk, Wolfgang Kohnen

Die Hygiene in der niedergelassenen Arztpraxis spielt eine wichtige Rolle im Rahmen der medizinischen Versorgung der Patienten. Diese werden immer früher nach einer Krankenhausbehandlung entlassen, was wiederum teilweise Tätigkeiten am Patienten, die bisher im Krankenhaus durchgeführt wurden, in die Arztpraxis verlagert.

Da die meisten Infektionskrankheiten wie Atemwegsinfektionen oder Magen-Darm-Entzündungen über Kontakt oder Tröpfchen übertragen werden, kann eine gewisse räumliche Distanz als hygienische Barriere die Vermeidung von Erregerübertragungen unterstützen. Gerade in Wartebereichen wird allerdings z. B. der nötige Abstand von etwa zwei Metern, welche eine Tröpfchenübertragung verhindern würde, oftmals unterschritten. Die Patienten berühren zudem in schneller Aufeinanderfolge die gleichen Oberflächen, sodass bei etwaiger Kontamination eine Erregerübertragung möglich ist.

Durch bestimmte hygienische Voraussetzungen und gezielte Gegenmaßnahmen können allerdings viele Infektionsgefahren für die Patienten minimiert werden.

RISIKOEINSCHÄTZUNG VON RÄUMLICHKEITEN

Die KRINKO sieht in Bezug auf häufig angefasste Oberflächen in Wartezimmern kein erhöhtes Infektionsrisiko im Vergleich zum allgemeinen Risiko in der Bevölkerung. Das heißt, dass das Infektionsrisiko nicht höher ist als in anderen Wartebereichen (z. B. bei Behörden). Auch hier hinterlassen Personen einige Mikroorganismen z. B. von ihrer Hautflora auf Oberflächen und diese werden anschließend von anderen Personen berührt.

Von entscheidender Bedeutung für die Wartebereiche in Arztpraxen und anderen med. Einrichtungen ist vielmehr, dass ein Kontakt zu kontaminierten Oberflächen oder Materialien bereits im Vorfeld organisatorisch minimiert wird. Dies betrifft u.a. die Etablierung geeigneter Desinfektionsroutinen bei sichtbaren Verschmutzungen sowie den Umgang mit Patienten mit akuten Infektionskrankheiten.

Korrespondierender Autor:

Dipl.-Wirt.Ing. Martin Groth

Vorstand der Deutschen Gesellschaft für
Krankenhaushygiene e.V. (DGKH)
HygSo GmbH & Co. KG
m.groth@hygso.de

Prof. Dr. med. habil. Nils-Olaf Hübner, M.Sc.

Vorstand der Deutschen Gesellschaft für
Krankenhaushygiene e.V. (DGKH)
Institut für Hygiene und Umweltmedizin
Universitätsmedizin Greifswald

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

Krankenhaushygiene/Umweltschutz
Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden

Dr. rer. nat. Wolfgang Kohnen

Stellvertretender Abteilungsleiter Krankenhaushygiene
Beauftragter für das Qualitätsmanagement
Abteilung für Hygiene und Infektionsprävention
Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität
Mainz

Groth M, Hübner NO, Jatzwauk L, Kohnen W:

Hygiene-Tipp: Hygiene in Wartezimmer und Wartebereichen.

Passion Chirurgie. 2025 April; 15(04): Artikel 04_04.



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

Die für Untersuchungs- und Behandlungsräume festgelegte Anforderung desinfektionsmittelbeständiger Oberflächen gilt nicht für Wartezimmer, sodass hier (formal gemäß TRBA 250) beispielsweise auch Teppichboden verlegt sein kann.

OBERFLÄCHEN REINIGEN ODER DESINFIZIEREN?

Von Seiten der KRINKO wird für Treppenhäuser, Flurbereiche und auch für Wartebereiche kein hygienischer Nutzen einer regelmäßigen und unspezifischen Flächendesinfektion gesehen. Die häufig angefassten Oberflächen wie Türklinken, Lichtschalter oder Armlehnen wären trotz regelmäßiger Flächendesinfektion ohnehin sehr schnell wieder kontaminiert – überwiegend mit „harmlosen“ Umgebungskeimen. Sinnvoll sind hingegen die regelmäßige Reinigung zur Beseitigung von Staub etc. sowie eine gezielte Desinfektion von Oberflächen, die z. B. mit Körperflüssigkeiten kontaminiert wurden. **Es ist daher sinnvoll, wenn Mobiliar in Wartezimmern einer feuchten Reinigung/Wischdesinfektion unterzogen werden kann.**

Eine tägliche Desinfektion des Bodens oder der höher gelegenen Oberflächen ist auch aufgrund der hohen Berührungsfrequenz der Oberflächen und des Fehlens körperlicher Untersuchungen oder invasiver Maßnahmen nicht sinnvoll.

PATIENTEN MIT ANSTECKENDEN INFektionsKRANKHEITEN

Um die Ansteckungsgefahren innerhalb von Wartebereichen gering zu halten, empfiehlt es sich, Patienten mit entsprechenden Erkrankungen (z. B. fieberige Atemwegsinfekte oder akutem Brechdurchfall) erst gar nicht im Wartezimmer unterzubringen. Zumindest bei telefonischem Vorkontakt könnten durch Abfrage der entsprechenden Symptomatik gezielt ansteckende Patienten herausgefiltert und ggf. zum Ende der Sprechstunde eingeladen (Stichwort „Infektionssprechstunde“) oder direkt in einen Behandlungsraum gebracht werden. Die Kontaktzeiten zu anderen Patienten würden hierdurch verringert.

WEITERE MASSNAHMEN

Zur Verringerung des Erregereintrags in die Arztpraxis und damit auch in das Wartezimmer empfiehlt sich die **Positionierung eines Händedesinfektionsmittelspenders** am Praxiseingang. Die richtige

Durchführung wird durch einen ergänzenden Aushang, welche auf die Methodik der Benetzung und die nötige Einwirkzeit von 30 Sekunden eingeht, positiv beeinflusst.

Wasserspender in Wartezimmern müssen ebenfalls im Sinne der **Mineral- und Tafelwasser-Verordnung** auf mikrobiologische Unbedenklichkeit geprüft werden.

Wenn **Spielzeug** für jüngere Patienten bereitgestellt wird, sollte dieses nach Möglichkeit desinfektionsmittelbeständig sein. Das Spielzeug sollte täglich auf sichtbare Verunreinigung geprüft und ggf. gezielt desinfiziert werden.

Hinsichtlich der **Zeitschriften** im Wartezimmer kann häufig beobachtet werden, dass die Finger beim Weiterblättern mit der Zunge befeuchtet werden. Dieses Verhalten wirkt sehr unhygienisch und ist zweifellos mit einer gewissen Übertragungsfahr von Erregern verbunden. Die Gefahr ist hier aber nicht zwingend höher, als wenn dieses Verhalten beispielsweise bei einem Friseur an den Tag gelegt wird. Eine Notwendigkeit zur Abschaffung der Zeitschriften o. ä. ergibt sich hieraus nicht.

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



Präsenz-Seminar

Wissenschaftliche Leitung:
PD Dr. med. Anna Duprée, Hamburg

Klick!
Jetzt
anmelden!

Grundlagen der Minimalinvasiven Chirurgie

Hamburg, 15. – 16. Mai 2025



Insights Handbuch UV-GOÄ – Interview mit der Herausgeberin Barbara Berner

Eva-Maria Kania



In diesem Interview spreche ich mit Frau Berner, einer erfahrenen Rechtsanwältin, die seit über 33 Jahren bei der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) tätig ist. Sie gibt uns spannende Einblicke in ihre berufliche Laufbahn, ihre Spezialisierung im Gesundheitsrecht und ihre Rolle als Herausgeberin des Handbuchs UV-GOÄ.

Das Interview mit Frau Berner war sehr aufschlussreich und inspirierend. Ihre Leidenschaft und ihr Engagement für das Gesundheitsrecht und die Arbeit am Handbuch UV-GOÄ sind beeindruckend. Wir

danken ihr für die Einblicke in ihre Arbeit und ihre wertvollen Ratschläge. Frau Berner zeigt uns, wie wichtig es ist, mit Begeisterung und Freude an die Arbeit zu gehen und sich kontinuierlich weiterzuentwickeln. Ihr Engagement und ihre Expertise sind ein großer Gewinn für den Deutschen Ärzteverlag. Es ist bewundernswert, wie sie es schafft, ihre vielfältigen Aufgaben zu meistern und dabei stets motiviert und engagiert zu bleiben. Wir wünschen Frau Berner weiterhin viel Erfolg und freuen uns auf die zukünftigen Entwicklungen des Handbuchs UV-GOÄ und die tolle Zusammenarbeit.

**Eva-Maria Kania**

Senior Produktmanagerin Medizinisches
Fachwissen
Deutscher Ärzteverlag GmbH
kania@aerzteverlag.de

» ZUR PERSON



Barbara Berner, Rechtsanwältin und Syndikusrechtsanwältin, seit 1991 in der Rechtsabteilung der KBV tätig. Sie ist Bereichsleiterin im Stabsbereich Recht und juristische Beraterin für die KBV im Gemeinsamen Bundesausschuss in verschiedenen Unterausschüssen und Arbeitsgruppen. Zusätzlich ist sie geschäftsführend tätig für die Verhandlungen mit der Gesetzlichen Unfallversicherung sowie Unparteiisches Mitglied im Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen im Land Brandenburg.

E.-M. Kania (EK) Frau Berner, Sie sind Rechtsanwältin und mittlerweile seit über 20 Jahren in die Erstellung des Handbuchs UV-GOÄ involviert. Wie sind Sie zu dieser außergewöhnlichen Spezialisierung gekommen und können Sie uns etwas über Ihre berufliche Laufbahn und Ihre derzeitige Position bei der KBV erzählen?

Barbara Berner (BB) Ja, sehr gerne. Als junge Juristin habe ich mich schon immer für das Thema Gesundheitsrecht und Medizinrecht interessiert. Ich habe an der Uni Bonn Jura studiert und dort im Institut für Sozialrecht bei Professor von Maydell das Thema Sozialrecht und Gesundheitsrecht vertiefend als Wahlfach belegt. Im Zuge dessen habe ich auch Kolleginnen und Kollegen aus dem Krankenkassenbereich kennengelernt. Dort habe ich meine Wahlstation in der Referendarzeit gemacht und bei einer

Bundestagsabgeordneten gearbeitet, die für den Gesundheitsausschuss zuständig war. Nach meinem zweiten Staatsexamen habe ich mich relativ zeitnah bei der Kassenärztlichen Bundesvereinigung beworben und bin dort seit 33 Jahren tätig. Ich habe seit 33 Jahren auch die Zulassung als Rechtsanwältin und bin seit einigen Jahren außerdem Syndikusrechtsanwältin der Kassenärztlichen Bundesvereinigung.

EK Das ist beeindruckend! Was wollten Sie denn ursprünglich machen, als Sie Ihr Studium abgeschlossen hatten?

BB Mein ursprüngliches Ziel war immer das Arbeits- und Sozialrecht. Durch Freundinnen und Freunde bin ich jedoch immer tiefer in den Bereich des Gesundheitsrechts eingestiegen. Bei der KBV habe ich eine vielseitige Tätigkeit gefunden, die nie langweilig wurde. Ich habe mich mit

Kania EM: Insights Handbuch UV-GOÄ – Interview mit der Herausgeberin Barbara Berner. *Passion Chirurgie*. 2025 April; 15(04): Artikel 04_05.



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

Zulassungsrecht, Bedarfsplanung, Früherkennung, Psychotherapie und vielen anderen Themen beschäftigt. Diese Vielfalt hat mich immer motiviert und mir gezeigt, wie wichtig und spannend das Gesundheitsrecht ist.

EK *Das klingt in der Tat nach einer sehr abwechslungsreichen und facettenreichen Tätigkeit. Wie sind Sie dann dazu gekommen, die Rolle der Herausgeberin des Handbuchs UV-GOÄ zu übernehmen?*

BB Das Handbuch UV-GOÄ wurde ursprünglich von meinem Kollegen Dr. Effer begründet, der die Verhandlungen mit der Unfallversicherung führte. Als er ausschied, fragte er mich, ob ich die Verhandlungen und den Kommentar weiterführen würde. Obwohl ich zunächst unsicher war, habe ich die Herausforderung angenommen und bin seitdem die Herausgeberin. Dr. Effer war für mich ein großes Vorbild, und ich wollte seine Arbeit in seinem Sinne fortführen. Es war eine große Ehre für mich, diese Verantwortung zu übernehmen.

EK *Wie schaffen Sie es, mit Ihrer umfangreichen Rolle bei der KBV und als Herausgeberin des Handbuchs eine Balance zwischen Arbeit und Privatleben, Action und Entspannung zu finden und nicht auszubrennen?*

BB Ich nehme gern Aufgaben und Herausforderungen an. Ich arbeite grundsätzlich nicht an einem Samstag. Allerdings oft am Sonntagnachmittag, weil ich dann die nötige Ruhe habe. Das hilft mir, eine Balance zu finden. Außerdem ist es mir wichtig, Zeit für mich selbst und die Familie zu nehmen. Ich mache gerne Spaziergänge und versuche, regelmäßig Yoga zu praktizieren. Die Unterstützung meiner Familie und die Freude an meiner Arbeit sind dabei jedoch entscheidende Eckpfeiler, um nicht auszubrennen.

EK *Das Handbuch UV-GOÄ ist mittlerweile als rein digitale Version publiziert. Der Wechsel zu dieser digitalen Version war*

sicherlich eine große Umstellung. Welche Vorteile sehen Sie im neuen Produktformat?

BB Die Flexibilität, die man durch das Online-Arbeiten hat, ist ein großer Vorteil. Man kann überall arbeiten und hat das Werk immer dabei. Ein Buch mitzunehmen in Sitzungen ist immer viel Schleppelei. Für mich persönlich ist es ein Vorteil, aber ich weiß noch nicht, wie es sich auf unsere Leser und Leserinnen auswirkt. Die digitale Version ermöglicht es uns, schneller auf Änderungen zu reagieren und das Handbuch UV-GOÄ stets aktuell zu halten. Besonders in Zeiten von Homeoffice und mobiler Arbeit ist dies ein großer Vorteil. Zudem bietet die digitale Version die Möglichkeit, interaktive Elemente und zusätzliche Ressourcen einzubinden, die in einer gedruckten Version nicht möglich wären.

EK *Für uns auf Verlagsseite ist es in der Tat eine große Herausforderung, das richtige Timing für die Digitalisierung von ehemaligen Printbüchern zu finden. In Ihrer Rolle als Herausgeberin mussten Sie in den letzten Jahren auch zahlreiche Schwierigkeiten überwinden und kreative Lösungswege finden. Welche besonderen Herausforderungen sind Ihnen bei der Erstellung und Betreuung des Handbuchs UV-GOÄ auf Ihrem Weg begegnet?*

BB Eine große Herausforderung war die Umstellung auf dynamische Gebührensteigerungen über mehrere Jahre hinweg. Dabei haben sich gerne Fehler eingeschlichen, die mühselig korrigiert werden mussten. Eine besonders schwere Zeit war, als ich mir kurz vor Weihnachten 2018 die Schulter brach und trotzdem an der Umstellung arbeiten musste. Es war eine schwierige Erfahrung, aber ich habe sie überstanden. Die Zusammenarbeit mit den Unfallchirurginnen und Unfallchirurgen und die Unterstützung durch mein Autorenteam haben mir sehr geholfen. Eine weitere Herausforderung ist es, das Handbuch stets auf dem neuesten Stand zu halten und die vielen

Änderungen im Gesundheitswesen zeitnah zu integrieren.

EK *Das kann ich mir gut vorstellen. Auch das Gesundheitswesen unterliegt ja einem stetigen Wandel. Das bringt mich direkt zu meiner nächsten Frage. Wie stellen Sie sicher, dass das Handbuch UV-GOÄ immer auf dem neuesten Stand der Gesetzgebung und medizinischen Praxis ist?*

BB Durch meine Tätigkeit bei der KBV bin ich immer aktuell an allen Themen dran. Ich nehme an Veranstaltungen der Unfallchirurginnen und Unfallchirurgen teil und bin in verschiedenen Gremien und Kommissionen aktiv. Dadurch bekomme ich alle aktuellen Themen mit. Zudem pflege ich ein gutes Netzwerk zu anderen Fachleuten im Gesundheitswesen, was mir hilft, stets auf dem neuesten Stand zu bleiben. Der Austausch mit Kolleginnen und Kollegen ist dabei von großer Bedeutung. Außerdem arbeite ich eng mit den Autorinnen und Autoren des Handbuchs zusammen, die ihre Expertise und Erfahrungen einbringen, um das Werk aktuell und relevant zu halten.

EK *Sie haben nun schon mehrfach Ihr Team und die Ärztinnen und Ärzte erwähnt, mit denen Sie zusammenarbeiten. Wer gehört zum Autorenteam des Handbuchs UV-GOÄ und wie haben Sie diese Autorinnen und Autoren ausgewählt?*

BB In der Gebührenkommission sitzen Unfallchirurginnen und Unfallchirurgen, die mich fachlich beraten. Vor etwa zehn Jahren haben sich aus diesem Team die Autorinnen und Autoren selbst gefunden. Sie hatten eine eigene Motivation, am Werk mitzuarbeiten, und wollten den seinerzeit sehr umstrittenen Arbeitshinweisen der Unfallversicherungsträger etwas entgegensetzen. Diese Zusammenarbeit ist sehr wertvoll, da sie auf einem tiefen Verständnis der Praxis und der Bedürfnisse der Ärztinnen und Ärzte basiert. Die Autorinnen und Autoren

bringen ihre Expertise und Erfahrungen als Durchgangsärzte und Durchgangsärztinnen ein, was das Handbuch sehr praxisnah und relevant macht. Es ist wichtig, dass die Autorinnen und Autoren nicht nur fachlich kompetent sind, sondern auch die Fähigkeit haben, komplexe Sachverhalte verständlich darzustellen.

EK Welche Ziele haben Sie für das Handbuch UV-GOÄ?

BB Mein Ziel ist es, das Handbuch UV-GOÄ noch bekannter zu machen und es als wichtiges Werk in diesem Bereich zu etablieren. Ich möchte, dass es bei mehr Ärztegruppen bekannt wird und als Standardwerk angesehen wird. Es ist mir wichtig, dass das Handbuch

von Ärztinnen und Ärzten für Ärztinnen und Ärzte gemacht wird und ihnen in ihrer täglichen Praxis eine wertvolle Unterstützung bietet. Zudem möchte ich das Handbuch kontinuierlich weiterentwickeln und an die aktuellen Entwicklungen im Gesundheitswesen anpassen. Ein weiteres Ziel ist es, das Handbuch UV-GOÄ bekannter zu machen und den Austausch mit juristischen Fachleuten aus anderen Bereichen zu fördern.

EK Wir vom Deutschen Ärzteverlag freuen uns sehr über Ihre Ambition und Ihr großes Engagement und unterstützen Sie gerne bei der Erreichung dieser Ziele. Zu guter Letzt: Gibt es Ratschläge oder Weisheiten, die Sie jungen Juristinnen

oder Juristen oder auch Medizinerinnen oder Medizinerinnen gerne auf den Weg geben möchten?

BB Tu das, was du tust, mit Begeisterung. Dann kommt der Rest von alleine. Leidenschaft und Engagement sind der Schlüssel zum Erfolg. Es ist wichtig, sich für seine Arbeit zu begeistern und stets neugierig zu bleiben. Der Austausch mit anderen Fachleuten und das kontinuierliche Lernen sind ebenfalls entscheidend, um in einem sich ständig wandelnden Feld wie dem Gesundheitswesen erfolgreich zu sein. Zudem ist es wichtig, sich nicht von Rückschlägen entmutigen zu lassen und stets offen für neue Herausforderungen zu sein. ○

ZUM HANDBUCH



Das Handbuch UV-GOÄ liefert für die Chirurgie sowie für Durchgangsärztinnen und Durchgangsärzte verständliche Erläuterungen der vertraglichen Regelungen und wichtige Hintergrundinformationen über das System der gesetzlichen Unfallversicherung. Kombiniert mit praxisnahen Kommentaren aktiver Fachärztinnen und Fachärzte zur Gebührenordnung sowie Ergebnissen und Erfahrungen aus der Clearingstelle auf Bundesebene führt das Werk zur sicheren Abrechnung mit Berufsgenossenschaften und Unfallkassen.

Vorteile:

- Profitieren Sie als Mitglied des Berufsverbandes der Deutschen Chirurgie e. V. von exklusiven Rabatten.
- Folgen Sie Querverweisen mit einem Klick und sehen Sie dank sekundärer Dokumentenansicht verwandte Textstellen in einem Fenster.
- Nutzen Sie die optimierte Suchfunktion.
- Markieren Sie wichtige Textstellen in verschiedenen Farbkategorien.
- Erstellen Sie Notizen und teilen Sie diese mit Ihren Kolleginnen und Kollegen (gilt nur für Mehrplatzlizenzen).

Nähere Informationen finden Sie im Onlineshop des Deutschen Ärzteverlages unter <https://www.praxisbedarf-aerzteverlag.de/fachbuecher/printwerke-kodierung-und-abrechnung/abrechnung/>.

Bestellung als Mitglied des BDC...

Personalia



Der Berufsverband der Deutschen Chirurgie und die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie gratulieren allen Mitgliedern zu den neuen Funktionen, Ernennungen und Auszeichnungen.

Bitte geben Sie uns Bescheid, wenn sich für Sie beruflich etwas ändert. Senden Sie uns einfach eine kurze Nachricht mit Ihrer neuen Funktion und wir veröffentlichen die Neuigkeiten an dieser Stelle. Bitte schreiben Sie an passion_chirurgie@bdc.de.

APRIL 2025

Prof. Dr. sc. med. Ulrich Fetzner wechselte im Februar 2025 als neuer Chefarzt der Allgemein-, Viszeral- und minimalinvasiven onkologischen Chirurgie ans Klinikum Altmühlfranken in Weißenburg. Zuvor war er geschäftsführender Oberarzt in der Klinik für Allgemeinchirurgie, Viszeral-, Thorax-, Kinder- und Endokrine Chirurgie am Universitätsklinikum Minden.

PD Dr. med. Elias Karakas ist seit Februar 2025 neuer Chefarzt der Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Tumorchirurgie am Harzklinikum Wernigerode und Quedlinburg.

Dr. med. Gudrun Schlewitz ist seit März 2025 neue Chefin der Abteilung Handchirurgie, Plastische & Rekonstruktive Chirurgie am Klinikum Mittelbaden Bühl. Zuletzt war sie kommissarische Sektionsleiterin für Plastische- und Handchirurgie im Zentrum für Orthopädie und Unfallchirurgie am Klinikum Ingolstadt.

Bernd Schmitz ist seit Januar 2025 neuer Chefarzt der Klinik für Orthopädische Chirurgie und Endoprothetik des Muskuloskelettalen Zentrums sowie Leiter des EndoProthetikZentrums am Bonifatius Hospital Lingen. Er wechselte vom Elisabeth-Krankenhaus in Thuine.

PD Dr. med. Moritz von Frankenberg war fast 20 Jahre stellvertretender Chefarzt am Krankenhaus Salem in Heidelberg und wechselte Anfang 2025 als Chefarzt an die Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie am Johanniter-Krankenhaus in Gronau.

Jochen Wiegand ist seit Januar 2025 neuer Chefarzt der Abteilung für Allgemein- und Viszeralchirurgie am Krankenhaus Eichhof in Lauterbach.

Dr. med. Nicole Zumsande, zuvor schon 14 Jahre leitende Oberärztin, ist seit Januar 2025 neue Chefin der Gefäßchirurgie und endovaskulären Chirurgie am St. Katharinen-Hospital in Frechen. 



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



Vorsicht bei (vorübergehendem) Ausfall des ärztlichen Leiters eines MVZ

DAS SOZIALGERICHT MÜNCHEN BESTÄTIGT HONORARKÜRZUNGEN DURCH DIE KV

Oliver Butzmann

DIE RECHTSLAGE

Gem. § 95 Abs. 1 SGB V Sätze 2 und 3 sind medizinische Versorgungszentren ärztlich geleitete Einrichtungen. Der ärztliche Leiter muss in dem medizinischen Versorgungszentrum selbst als angestellter Arzt oder

als Vertragsarzt tätig sein. Er ist zudem in medizinischen Fragen weisungsfrei.

Der Nachweis einer besetzten Position des ärztlichen Leiters ist dementsprechend per definitionem wesentlicher und konstituierender Bestandteil einer erfolgreichen



Oliver Butzmann
Rechtsanwalt
Rechtsanwaltskanzlei
Dr. Heberer & Kollegen
oliver.butzmann@arztrechtskanzlei.de

MVZ-Gründung. Dies ist gemeinhin bekannt und wird bereits im Zulassungsverfahren durch die Einhaltung der Anforderungen der zuständigen KV und deren Zulassungsausschüsse durch die MVZ-Gründer berücksichtigt.

Schon weniger bekannt ist die Vorgabe des § 95 Abs. 6 Satz 3 SGB V, wonach einem medizinischen Versorgungszentrum die Zulassung zu entziehen ist, wenn die Gründungsvoraussetzungen des Absatzes 1a Satz 1 bis 3 länger als sechs Monate nicht mehr vorliegen. Hierzu gehört somit auch das Fehlen der ärztlichen Leitung.

Noch weniger bekannt ist aber die Tatsache, dass bereits kurzfristige Abwesenheiten des ärztlichen Leiters z. B. bei Krankheit, Schwangerschaft etc., bei denen nicht umgehend eine entsprechende Vertretung eingesetzt wird, zu Prüfmaßnahmen und vollständigen Honorarkürzungen im Rahmen von sachlich-rechnerischen Richtigstellungen durch die Kassenärztlichen Vereinigungen führen kann.

DIE ENTSCHEIDUNG

In einer aktuellen und zwischenzeitlich rechtskräftigen Entscheidung hat das SG München in diesem Zusammenhang dargelegt, welch hohen Stellenwert der Gesetzgeber dem ärztlichen Leiter eingeräumt habe (SG München, Urteil vom 29.02.2024, Az. S 49 KA 5037/23). Denn dieser diene laut der Gesetzgebung dazu, die sich aus dem ärztlichen Berufsrecht ergebende Therapie- und Weisungsfreiheit zu gewährleisten, „denn nur ein ärztlicher Leiter, der in die Organisations- und Versorgungsstrukturen des medizinischen Versorgungszentrums eingebunden ist, hat tatsächlich Einwirkungsmöglichkeiten auf die dortigen Abläufe und kann sicherstellen, dass ärztliche Entscheidungen unabhängig von sachfremden Erwägungen getroffen werden“ (BTDrs. 17/6906, S. 70).

Das SG München kam auf dieser Basis zu folgendem Leitsatz der Entscheidung:

„Notwendige Voraussetzung für eine ordnungsgemäße Leistungserbringung eines MVZ ist, dass dieses tatsächlich über einen (zahn-)ärztlichen Leiter verfügt. Leistungen, die von einem MVZ erbracht werden, das keinen (zahn-)ärztlichen Leiter hat, der die Betriebsabläufe tatsächlich steuert und sicherstellt, dass (zahn-)ärztliche Entscheidungen unabhängig von sachfremden Erwägungen getroffen werden, sind sachlich rechnerisch zu berichtigen, unabhängig davon, dass das MVZ weiter über eine Zulassung verfügt.“

In dem streitigen Fall hatte ein MVZ vorübergehend keine (zahn-)ärztliche Leitung. Am 29.07.2021 hatte der dortige Geschäftsführer des MVZ gegenüber der die Leitung innehabenden Zahnärztin ein vollständiges Beschäftigungsverbot gemäß dem Mutterschutzgesetz mit Wirkung zum 29.07.2021 ausgesprochen. Mit einem Formblatt „Abmeldung“ teilte das MVZ dem Zulassungsausschuss sodann am 25.10.2021 diese Beendigung der zahnärztlichen Tätigkeit sowie der zahnärztlichen Leitung zum 29.07.2021 mit. Es wurde außerdem ein Antrag auf Änderung der zahnärztlichen Leitung gestellt. Ab 25.11.2021 werde diese von einer Nachfolgerin übernommen.

In der Folge beantragte sodann ein Krankenkassenverband bei der zuständigen Kassenzahnärztlichen Vereinigung eine sachlich-rechnerische Berichtigung aller vom MVZ im Zeitraum vom 29.07.2021 bis 25.11.2021 erbrachten zahnärztlichen Leistungen. Zur Begründung wurde darauf hingewiesen, dass das MVZ der Klägerin im o. g. Zeitraum keine zahnärztliche Leitung gehabt habe.

Das SG München folgte in vorgenannter Entscheidung diesem Antrag. Ganz maßgeblich war hierbei, dass es aus Sicht des SG München keine einer vorübergehenden urlaubs- oder krankheitsbedingten Abwesenheit mit Vertretung vergleichbare Situation gegeben habe. Das SG München hierzu: „Soweit mitgeteilt wurde, H. sei weiter formal Ansprechpartnerin in Bezug auf organisatorische Fragestellungen geblieben, wird nach dem oben Ausgeführten deutlich, dass

Butzmann O: Vorsicht bei (vorübergehendem) Ausfall des ärztlichen Leiters eines MVZ. *Passion Chirurgie*. 2025 April; 15(04): Artikel 04_07.



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

dies keine zahnärztliche Leitung darstellt. Abgesehen davon, dass es an einer zahnärztlichen Tätigkeit komplett fehlt, ist auch nicht erkennbar, wie durch ein Zurverfügungstehen als Ansprechpartner eine Verantwortung für die Steuerung der Betriebsabläufe sowie eine Gesamtverantwortung gegenüber der Beklagten wahrgenommen werden oder wie ohne tatsächliche Einwirkungsmöglichkeiten, die schon gar nicht behauptet werden, sichergestellt werden kann, dass ärztliche Entscheidungen unabhängig von sachfremden Erwägungen getroffen werden. Die vorliegende Konstellation ist damit von Vorneherein nicht vergleichbar mit Fallgestaltungen, in denen ein zahnärztlicher Leiter sich im Urlaub befindet, krank oder nur halbtags tätig ist und gegebenenfalls ordnungsgemäß vertreten wird.“

Weiter stellt das SG München klar, dass weder der vollständige Honorarverlust noch Verhältnismäßigkeitserwägungen zu einer anderen Entscheidung führen

würden: „Soweit schließlich von Seiten der Beklagten geltend gemacht wird, ein vollständiger Honorarverlust eines zugelassenen Leistungserbringers erscheine nicht interessengerecht ist darauf zu verweisen, dass nach den og. Grundsätzen sachlich-rechnerische Berichtigungen im Großteil der Fälle Leistungserbringer treffen, die über einen vertragsärztlichen Status verfügen und diese auch z. B. in Fällen einer nicht genehmigten Vertretung oder bei fehlender Abrechnungsgenehmigung zum vollständigen Verlust des Honorars der beanstandeten Leistungen führen, auch wenn diese unzweifelhaft erbracht wurden. Ein Verschulden des Leistungserbringers ist insoweit keine Voraussetzung.

Auch eine Unverhältnismäßigkeit des vollständigen Honorarverlusts ist vorliegend nicht erkennbar, auch nicht bei einer Gesamtabwägung zwischen der Schwere des Eingriffs und dem Gewicht der ihn rechtfertigenden Gründe. Das Vorhandensein eines zahnärztlichen Leiters ist wie dargelegt konstitutiv für

ein MVZ und dient insbesondere dem Schutz der Versicherten. Die Beigeladene hätte auch jederzeit einen Vertreter für die zahnärztliche Leitung bestellen können und auch müssen, so dass kein unverhältnismäßiger Eingriff in das Recht des MVZ auf Honorierung vorliegt.“

FAZIT

Wiederum zeigt sich der häufig sehr unterschätzte Stellenwert des/der ärztlichen Leiters/Leiterin im MVZ. Deren erheblicher Pflichtenumfang war bereits Gegenstand diverser Entscheidungen (so z. B. der bereits von uns kommentierte Gerichtsbescheid des SG München vom 21.01.2021, Az.: S 38 KA 165/19). Jeder MVZ-Träger ist deshalb gut beraten darin, diese Pflichten ernst zu nehmen und möglichst dezidiert zu regeln. Zudem hat er bei jedem länger- oder kurzfristigen Ausfall der ärztlichen Leitung für eine valide und nachweisbare Vertretung zu sorgen und dies der zuständigen KV unverzüglich anzuzeigen. ○



Präsenz-Seminar

Wissenschaftliche Leitung:
Dr. med. Jörg Sauer, Essen

Klick!
Jetzt
anmelden!

Praktisches Seminar
Allgemein-, Viszeral- und Gefäßchirurgie

Naht-, Knoten- und laparoskopische Techniken

Berlin, 15. – 17. Mai 2025

Frage & Antwort



Verjährungsbeginn Schadenersatzanspruch aus Arzthaftung



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

Heberer J: F+A: Verjährungsbeginn
Schadenersatzanspruch aus Arzthaftung.
2025 März; 15(04): Artikel 04_08.



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

FRAGE:

Ein Chefarzt fragt an, ob ein von einem Patienten geltend gemachter Schadenersatzanspruch aus Arzthaftung verjährt ist, wenn die Behandlung im Jahr 2019 erfolgt ist, der Anspruch aber erst 2024 gerichtlich durch Klage geltend gemacht wurde.

ANTWORT:

Grundsätzlich gilt für Schadenersatzansprüche nach den §§ 630a ff. 823 ff. BGB aus Arzthaftung die regelmäßige Verjährungsfrist von drei Jahren. Die Verjährungsfrist beginnt dabei mit dem Schluss des Jahres, in dem der Anspruch entstanden ist und der Gläubiger – hier also der Patient – von den, den Anspruch begründenden Umständen und der Person des Schuldners Kenntnis erlangt oder ohne grobe Fahrlässigkeit erlangen müsste (§ 199 Abs. 1 BGB).

Das OLG Dresden hat zuletzt mit Beschluss vom 04.05.2022 – 4 W 251/22 wie folgt in einem Verfahren entschieden, in dem der Patient wegen der Folgen einer Leistenhernienoperation aus dem Jahr 2017 Schadenersatzansprüche aufgrund eines behaupteten Behandlungsfehlers erst im

Jahr 2021 einklagte (vgl. zu Nachstehendem: OLG Dresden, Beschluss vom 04. Mai 2022 – 4 W 251/22 –, juris, Rn. 5):

Hinsichtlich ärztlicher Behandlungsfehler kann die nach § 199 Abs. 1 Nr. 2 BGB erforderliche Kenntnis oder grob fahrlässige Unkenntnis von den, den Anspruch begründenden Umständen und der Person des Schuldners allerdings nicht schon dann bejaht werden, wenn dem Patienten lediglich der negative Ausgang der ärztlichen Behandlung bekannt ist. Er muss vielmehr auch auf einen ärztlichen Behandlungsfehler als Ursache dieses Misserfolges schließen können. Dazu muss er nicht nur die wesentlichen Umstände des Behandlungsverlaufs kennen, sondern auch Kenntnis von solchen Tatsachen erlangen, aus denen sich für ihn als medizinischer Laie ergibt, dass der behandelnde Arzt von dem üblichen medizinischen Vorgehen abgewichen ist oder Maßnahmen nicht getroffen hat, die nach dem ärztlichen Standard zur Vermeidung oder Beherrschung von Komplikationen erforderlich waren. Diese Kenntnis ist erst vorhanden, wenn die dem Patienten bekannten Tatsachen ausreichen, um den

Schluss auf ein schuldhaftes Fehlverhalten des Arztes und auf die Ursache dieses Verhaltens für den Schaden als naheliegend erscheinen zu lassen (vgl. BGH, Urteil vom 08.11.2016 - VI ZR 594/15, juris Rdn. 13 m. w. Nachw.; OLG Köln, Urteil vom 05. März 2018 - I-5 U 98/16 -, Rn. 65, juris).

Für ärztliche Behandlungsfehler ist des Weiteren die Kenntnis des Abweichens vom medizinischen Standard oder des Unterlassens medizinisch gebotener Handlungen notwendig. In Anbetracht der Komplexität moderner medizinischer Behandlungsweisen richtet sich die Kenntnis des Gläubigers hierbei nicht nach wissenschaftlichen Kriterien. Es muss für den Patienten in seiner Parallelwertung in der Laiensphäre nur erkennbar sein, dass die Behandlung nicht *lege artis* durchgeführt wurde. Dazu müssen dem Patienten diejenigen Behandlungstatsachen positiv bekannt geworden sein, die – im Blick auf den Behandlungsfehler – ein ärztliches Fehlverhalten und – im Blick auf die Schadenskausalität – eine ursächliche Verknüpfung der Schadensfolge mit dem Behandlungsfehler bei objektiver Betrachtung nahelegen. Der

ärztliche Standard ist dem Laien, mit Ausnahme grundlegender Behandlungsmethoden, meist unbekannt. Kenntnis von einem Abweichen von diesem Standard erwirbt der Patient daher häufig erst durch eine ärztliche Begutachtung des Schadens. Eine solche Begutachtung lag in dem konkret entschiedenen Fall vorprozessual allerdings erst mit dem von der Krankenversicherung des Patienten eingeholten viszeralchirurgischen MDK-Gutachten vom 18.08.2020 vor, von dem der Patient erst durch das Schreiben seiner Krankenkasse vom 24.08.2020 Kenntnis erhielt.

Ob – wie in Teilen der Rechtsprechung angenommen wird – die für den Verjährungsbeginn in einer Arzthaftungssache erforderliche Kenntnis des Patienten zwingend eine solche fachgutachterliche Stellungnahme voraussetzt (dafür wohl OLG Köln, Urteil vom 5.3.2018, 5 U 98/16 - juris), bedurfte aus Sicht des OLG Dresden hier keiner Entscheidung. Denn für den Senat war jedenfalls nicht ersichtlich, aufgrund welcher Umstände der Patient vor Zugang dieser gutachterlichen Stellungnahmen die nach den o.a. Maßstäben gebotene

Kenntnis hätte haben sollen. Keinesfalls kann es hierfür ausreichen, dass dem Patienten bekannt war, dass der Arzt auf die von ihm angegebenen Schmerzen erst zu den vorgetragenen Zeitpunkten reagiert hat. Die vorgetragenen Umstände mögen für den Patienten den Schluss rechtfertigen, dass es postoperativ zu Komplikationen gekommen ist; ob und ggf. welches ärztliche Fehlverhalten hierfür ursächlich geworden sein kann, kann er hieraus jedoch weder positiv ableiten noch hätte sich ihm ein solcher Schluss infolge dieser Komplikationen aufdrängen müssen.

Maßgeblich für die Beantwortung der gestellten Frage ist also insbesondere, wann der Patient im jeweils konkreten Einzelfall Kenntnis von den anspruchsbegründenden Umständen erlangt hat oder ohne grobe Fahrlässigkeit erlangen hätte müssen, sodass ohne Kenntnis dieser Hintergründe eine abschließend gesicherte juristische Beurteilung nicht möglich ist. Eine pauschale Beantwortung verbietet sich ohnehin. ○



BDC, DGCH und Fachgesellschaften treten für ihre Grundsätze ein

„Medizin braucht freien und internationalen Austausch – sowohl in der Forschung als auch in der Versorgung in Klinik und Praxis. Ärztinnen und Ärzte sehen alle Menschen ohne Wertung als Patientinnen und Patienten, die es zu behandeln, betreuen und zu heilen gilt. Die Demokratie als Grundvoraussetzung für diese Freiheiten müssen wir verteidigen und fremdenfeindlichen, autoritären Programmatiken entschieden entgegentreten“, erklärt BDC-Geschäftsführerin Dr. Friederike Burgdorf.

Auszug aus dem Memorandum der DGCH, ihrer Fachgesellschaften und des BDC: „Als Chirurginnen und Chirurgen sind wir politisch unabhängig und neutral. Unser Handeln im Dienst an unseren Patienten sowie die seit Hippokrates und aktueller dem Genfer Gelöbnis geltenden Werte bestimmen auch unsere Haltung zu politischen

und gesellschaftlichen Themen. Wir lehnen jedwede Gewalt ab und distanzieren uns insbesondere von Aktionen gegen die unantastbare Menschenwürde. Eine politische Gesinnung, die sich unmittelbar oder mittelbar gegen die Würde des Menschen richtet, ist mit unseren Grundüberzeugungen nicht vereinbar.“

„Bitte scheuen Sie sich nicht, für diese Grundüberzeugungen in ihrem beruflichen und privaten Umfeld einzutreten und sie auch allen ins Bewusstsein zu rufen, die mit Ihnen arbeiten. Denn Fachkräfte aus dem Ausland sind von uns hoch geschätzt und unverzichtbar für die ärztliche Versorgung in Forschung, Klinik, Praxis und Pflege“, betont BDC-Präsident Professor Dr. Dr. h.c. Hans-Joachim Meyer.

Zum [Memorandum der DGCH, ihrer Fachgesellschaften und des BDC...](#) 

BDC, DGCH und Fachgesellschaften treten für ihre Grundsätze ein. *Passion Chirurgie*. 2025 April; 15(04): Artikel 05_01.



Aktuelles vom BDC finden Sie auf BDC|Online unter der Rubrik BDC|News.



Vereinbarung

zur Honoraraufteilung im Rahmen von Hybrid-DRGs (H-DRG)

zwischen dem

Berufsverband Deutscher Pathologinnen und Pathologen e.V.

(nachfolgend Pathologie genannt)

und dem

Berufsverband der Deutschen Chirurgie e.V. (BDC)

und dem

Berufsverband Deutscher Anästhesistinnen und Anästhesisten e.V. (BDA)

(nachfolgend Operateure genannt)

BDC trifft H-DRG-Vereinbarung mit Pathologie

Hans-Joachim Meyer, Peter Kalbe, Jörg-Andreas Rüggeberg, Friederike Burgdorf



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

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

der BDC hat unter Einbeziehung der Anästhesie eine Vereinbarung mit der Pathologie getroffen, mit deren Hilfe mögliche Auseinandersetzungen um Honoraranteile aus H-DRGs vermieden werden sollen. Bekanntlich sind pathologische Leistungen Bestandteil der Hybrid-DRG mit der Folge, dass diejenige Einrichtung, die ein solches H-DRG abrechnet, die Pathologie aus diesem Honorar bezahlen muss, weil eine kas-senärztliche Überweisung grundsätzlich

nicht erlaubt ist. Angesichts der möglicherweise entstehenden immensen Kosten durch Spezialuntersuchungen haben wir vereinbart, dass zunächst nur eine einfache Histologie zu einem über alle DRG gleichen Festpreis erstattet wird und zwar als Vorwegabzug. Erst danach erfolgt eine ggf. erforderliche Aufteilung zwischen Chirurgie und Anästhesie.

Sollte aus medizinischer Indikation eine weitere (teure) Spezialuntersuchung erforderlich sein, so muss die Pathologie dies unmittelbar mitteilen. Da sich dann meist



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

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



Dr. med. Peter Kalbe

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



Dr. med. Friederike Burgdorf, M.Sc.

Geschäftsführerin
Berufsverband der Deutschen Chirurgie e.V. (BDC)
burgdorf@bdc.de

auch die Diagnose ändert, muss im Groupersystem geprüft werden, ob dann nicht mehr auf ein H-DRG zugegriffen werden muss, sondern eine EBM-Abrechnung erfolgt. Diese lästige Umwidmung schützt alle Beteiligten vor unangenehmen Überraschungen. Es zeigt sich einmal mehr, dass die Rechtsverordnung zu H-DRG fehlerhaft und unausgegoren ist. Das werden wir weiter versuchen zu ändern, bis dahin bedarf es im Einzelfall leider etwas kreativer Phantasie.

Mit freundlichen Grüßen

Prof. Dr. med. Dr. h.c. Hans-Joachim Meyer
Dr. med. Peter Kalbe
Dr. med. Jörg-Andreas Rüggeberg
Dr. med. Friederike Burgdorf

AUSZUG AUS DER VEREINBARUNG

1. Soweit im Rahmen eines H-DRG pathologische Leistungen anfallen, beauftragt die abrechnende Einheit eine Pathologie und teilt mit, dass es sich um eine Untersuchung im Rahmen eines H-DRG handelt.
2. Die Pathologie führt die erste Untersuchung zur histopathologischen und zytologischen Beurteilung von einem intraoperativ entnommenen Material durch und übermittelt das Ergebnis an die einsendende Stelle.
3. Die Pathologie stellt der einsendenden Stelle eine Rechnung basierend auf den in verschiedenen Vergütungssystematiken resultierenden Honoraren. Der Rechnungsbetrag für eine Untersuchung ist über alle H-DRGs einheitlich und beträgt 45,94 Euro je Hybrid-DRG.
4. Diese Kosten werden als Vorwegabzug aus dem Gesamthonorar der H-DRG beglichen.
5. Der Festpreis umfasst dann
 - (erste) histologische oder zytologische Untersuchung und Begutachtung eines Materials sowie
 - Auslagenersatz.
6. Weiterführende Untersuchungen der Tumordiagnostik, u. a. zur Therapieentscheidung unter Beteiligung weiterer nichtoperativer Fachgruppen sind nicht Bestandteil des Erstauftrages. Sollten diese aus medizinischer Indikation erforderlich werden, muss die Pathologie die Operateure umgehend in Kenntnis setzen und die entsprechende Verdachtsdiagnose übermitteln.
7. Die Operateure entscheiden, ob bei geänderter Diagnose (Malignomverdacht/Malignomnachweis/Malignomausschluss) auch die Voraussetzungen zur Abrechnung einer H-DRG entfallen und teilen diese Entscheidung der Pathologie unverzüglich mit.
8. In diesem Fall verpflichten sich die Operateure, die Diagnose dahingehend zu ändern, dass im DRG-Groupersystem keine H-DRG ausgelöst wird und die Abrechnung für alle Beteiligten nach den Regeln des EBM erfolgt. Die für die Abrechnung eines H-DRG zuständige Einheit teilt den ggf. weiteren Beteiligten diese Entscheidung unverzüglich mit.
9. Die Beteiligten stellen fest, dass die jeweiligen Leistungen grundsätzlich selbständig erbracht werden.
10. Sofern die Vergütungshöhen der Hybrid-DRGs zukünftig von den Werten des Jahres 2025 abweichen, soll die Vereinbarung gemäß Punkt 3. entsprechend angepasst werden.

Zur **Vereinbarung zwischen BDP, BDC und BDA...** ○

Meyer HJ, Kalbe P, Rüggeberg JA, Burgdorf F:
BDC trifft H-DRG-Vereinbarung mit Pathologie.
Passion Chirurgie. 2025 April; 15(04):
Artikel 05_02.



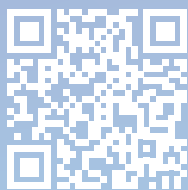
Aktuelles vom BDC finden Sie
auf BDC|Online unter der
Rubrik BDC|News.

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



Thieme



Position
beziehen!

BERUFSPOLITIK AKTUELL

Strukturelle Reformen als gesellschaftspolitisches Anliegen

Friederike Burgdorf

Im elfseitigen Sondierungspapier widmen CDU/CSU und SPD der Gesundheitsversorgung lediglich drei Zeilen: „Die Gesundheitsversorgung muss für alle gesichert bleiben. Wir wollen eine große Pflegereform auf den Weg bringen. Wir stehen für eine bedarfsgerechte Krankenhausversorgung in der Stadt und auf dem Land.“ Wie Union und SPD diese Ziele erreichen wollen, erläutern sie nicht.

Mit Gesundheitsthemen lässt sich im Berliner Politikbetrieb bekanntermaßen

kaum punkten. Dennoch genießt die Gesundheitsversorgung in Deutschland als ein wesentliches Element staatlicher Daseinsvorsorge ein hohes Vertrauen in der Bevölkerung. Die Versorgung auf dem in Deutschland gewohnten hohen Niveau aufrecht zu erhalten, ist ein zentrales, nicht nur gesundheits-, sondern auch gesellschaftspolitisches Anliegen. Dies dürfte, spätestens nach dem Ausgang der Wahlen mit hohen Wahlergebnissen für die Parteien am rechten und linken Rand des Spektrums, noch einmal klargeworden sein.



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

Aktuell steht das Gesundheitssystem vor besonderen Herausforderungen. Einem stetig wachsenden Versorgungsbedarf einer älter werdenden Bevölkerung steht ein wachsender Fachkräftemangel in Deutschland gegenüber. Zudem investiert Deutschland verstärkt in seine Wehrhaftigkeit, und dies wirft eine neue Frage auf, nämlich diejenige nach der Gesundheitsversorgung im Verteidigungsfall. Ziel muss es daher sein, das Gesundheitssystem in seiner Bedeutung für den gesellschaftlichen Zusammenhalt, die Daseinsvorsorge und nicht zuletzt auch als Wirtschaftsfaktor zu erkennen und nachhaltig zu fördern. Auch eine neue Bundesgesundheitsministerin oder ein Bundesgesundheitsminister muss sich also mit umfassenden Strukturreformen befassen und die begonnenen Reformen aus der letzten Legislaturperiode nahtlos fortführen.

Der BDC hat seine Kernanliegen daher schon vor der Wahl in dem Papier „**Position beziehen – chirurgische Versorgung sicherstellen!**“ formuliert und fordert die Politik auf, die folgenden Reformschwerpunkte prioritär anzugehen:

1. Eine sachgerechte **Weiterbildung** ist die Basis für eine qualitativ hochwertige chirurgische Versorgung. Der BDC bringt das Thema öffentlichkeitswirksam mit der Mobilisierungskampagne „Kein Weiter ohne Bildung“ weiter voran und verlangt eine transparente und auskömmliche Finanzierung der fachärztlichen Weiterbildung im stationären und ambulanten Versorgungsbereich durch leistungsbezogene Zuschläge. Schließlich arbeitet er an einem Servicepaket für die Förderung der Verbundweiterbildung.
2. **Bürokratieabbau** ist längst überfällig und muss durch ein entsprechendes Gesetz realisiert werden. Der BDC hat dazu Sie, die Mitglieder, befragt und damit offensichtlich den Nerv getroffen. Über 1.300 BDC-Mitglieder beteiligten sich an der Umfrage und machten transparent, dass Chirurginnen und Chirurgen ein besonders hohes Arbeitspensum bewältigen. So gaben 82 % der Vollzeitbeschäftigten an, pro Woche durchschnittlich 49 bis 79 Stunden tätig zu sein. Der Anteil bürokratischer

Aufgaben erwies sich als hoch mit rund drei bis vier Stunden täglich bei 67 % der Vollzeitbeschäftigten. Während 94 % der Vollzeitbeschäftigten angaben, dass rund eine bis drei Stunden an bürokratischer Arbeit täglich delegiert werden sollten, sind nur 40 % der Befragten (42 % der Vollzeitbeschäftigten) auch dazu befugt, bürokratische Aufgaben zu delegieren. Die Potentiale der IT scheinen dabei nicht genutzt zu werden, denn mit 88 % beurteilte die große Mehrheit der Befragten den Nutzen der Informationstechnik zur Reduktion des Dokumentationsaufwands als eher gering oder gering.

3. Die **Steuerung von Patienten** muss verbessert werden. Dafür muss die dringend überfällige Notfallreform in der 21. Legislaturperiode prioritär umgesetzt werden. In einer **Stellungnahme** haben BDC und DGCH bereits im August 2024 konkrete Lösungsvorschläge zur Umsetzung gemacht.
4. Die **Krankenhausreform** muss zügig weiterentwickelt werden. Die mit dem Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) eingeführte Vorhaltefinanzierung auf Basis von fallzahlbasierten Kalkulationen führt zu Fehlanreizen. Stattdessen fordert der BDC eine grundlegende Überarbeitung der Betriebskostenfinanzierung durch die Partner der Selbstverwaltung.
5. Der BDC fordert für die **sektorenübergreifenden Hybrid-DRGs** eine angemessene Kalkulation auf Grundlage geeigneter empirischer Kostendaten des ambulanten und stationären Bereichs, eine Staffelung der Vergütung nach der Eingriffsdauer und die Rücknahme der automatischen Honorardegression auf EBM-Niveau bis 2030.

Diese Themen – siehe auch unser aktuelles **Positionspapier** – wird der BDC bei all seinen Kontakten auch in der neuen Legislaturperiode gegenüber Gesundheitspolitikerinnen und Gesundheitspolitikern prioritär adressieren. Was uns zugutekommt: Anders als vor vier Jahren herrscht im BMG ein hohes Maß an personeller Kontinuität. ○

Burgdorf F: Strukturelle Reformen als gesellschaftspolitisches Anliegen. *Passion Chirurgie*. 2025 April; 15(04): Artikel 05_03.



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



SEHR PERSÖNLICH NACHGEFRAGT BEI CLAUDIA RUDROFF

Was ist das Schönste an Ihrem Beruf?

Sinnhaftigkeit und der Flow beim Operieren

Welche Forschungsrichtung inspiriert Sie?

KI und Gender-Medizin

Welchen klinischen Schwerpunkt haben Sie?

Funktionelle Darm- und Beckenbodenerkrankungen

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

Verbesserung des Outcomes durch gemischte Teams; KI in der Medizin

Welches Buch liegt auf Ihrem Nachttisch?

Der ewige Brunnen – Deutsche Gedichtsammlung

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

Viva Colonia

Was war für Ihr berufliches Fortkommen besonders hilfreich?

Disziplin, Durchhaltevermögen, Visionen und meine Familie

Was war Ihre größte Inspiration?

Die Herausforderung und Präzision in der Chirurgie; das direkte Ergebnis des chirurgischen Handelns; patientenzentrierte Medizin und interdisziplinäre Zusammenarbeit

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

Immunologische/funktionelle Ursachen der Darmentleerungsstörung; Thrombin und Thrombinrezeptoren in der Karzinogenese

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

Interdisziplinäre Operationen; Pausen während der Operationen

Welche persönlichen Visionen möchten Sie gerne umsetzen?

Interdisziplinarität und Kultur der Exzellenz und Menschlichkeit in der Chirurgie

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

KI und Infrastruktur

Wann platzt Ihnen der Kragen?

Bei mangelnder Fehlerkultur

AUS DER
DGCH

Welche Hoffnung haben Sie aufgegeben?

Ein Ende der Eitelkeiten und dass wir Menschen aus unseren Fehlern lernen.

Wie gehen Sie mit Frustrationen um?

Perspektivwechsel, mindestens einen guten Aspekt aus jeder Situation mitnehmen

Ihr wichtigstes Hobby?

Lesen, Spazieren gehen am Nordsee-Strand

Wo werden Sie schwach?

Bei einem guten Steak

Was bringt Sie zum Lachen?

Satire

Was gehört für Sie zu einem gelungenen Tag?

Sonne, ein gutes Gespräch und Humor

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

Immer wieder mit dem Team-Gedanken konfrontieren

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

Regelmäßige Gespräche; Fokus auf die Stärken; Disziplin, Ehrlichkeit und Transparenz vorleben

Muss eine Chirurgin/ein Chirurg Optimismus ausstrahlen?

Unbedingt

PD Dr. med. Claudia Rudroff

Chirurgie, Viszeralchirurgie, spezielle Viszeralchirurgie und Proktologie

Beiratsmitglied des Konvents der leitenden Krankenhauschirurginnen und -chirurgen

Kommissionsmitglied der Gutachterkommission der Ärztekammer Nordrhein

Verheiratet, zwei Kinder, Kunstliebhaberin, Chirurgin, Lehrende und Wissenschaftlerin mit Leib und Seele

Chefärztin des Departments für Viszeralchirurgie und funktionelle Chirurgie des unteren Gastrointestinaltraktes der Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie am Evangelischen Klinikum Köln Weyertal, forscht über funktionelle Darmmotilitätsstörungen

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

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	Dr. Sandra Korn 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 4098 F: 0351 458 7273 E: sandra.korn@ukdd.de
Prof. Dr. med. Nuh Rahbari	Kontrollgruppe nicht-anatomische Resektion der Lebermetastase(n).	68 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 E: 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 Exper. Gruppe: kontinuierliches intraoperatives Neuromonitoring Kontrollgruppe: intermittierendes intraoperatives Neuromonitoring	28.02.2024 668 von 2426 Patienten	Keine Finanzierung Fallgeld: 0 €/Patient	PD Dr. med. Elisabeth Maurer Klinik für Viszeral-, Thorax- und Gefäßchirurgie Philipps-Universität Marburg Baldingerstraße 35043 Marburg T: 06421/58-65869 F: 06421/58-68995 E: maurere@med.uni-marburg.de
Studientitel: COMPASS₄ Registrierungsnummer: DRKS00031827				
Prof. Dr. med. Christoph Kahlert Trial Coordinator: Dr. med. Mathieu Pecqueux	Patienten mit einem linksseitigen Dickdarmtumor und Symptomen einer Obstruktion Experimentelle Gruppe: Anlage eines dekomprimierenden Stomas, gefolgt von einer zweizeitigen onkologischen Elektivresektion nach der Rekonvaleszenz Kontrollgruppe: Notfallresektion des linksseitigen obstruktiven Kolontumors	16.04.2024 30 von 468 Patienten	BMBF 1000 €/Patient	Anika Stützer 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 T: 0351 458 11710 F: 0351 458 7273 E: anika.stuetzer@ukdd.de
Studientitel: DISPACT-2₅* Registrierungsnummer: DRKS00014011				
PD Dr. med. Rosa Klotz	Patienten mit benignen und malignen Veränderungen des Pankreaskörpers und des -schwanzes mit Indikation zur elektiven distalen Pankreatektomie Exper. Gruppe Minimalinvasive distale Pankreatektomie Kontrollgruppe Offene distale Pankreatektomie	13.08.2020 254 von 294 Patienten	DFG 1.250 € / Patient	PD Dr. med. Rosa Klotz Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Transplantation- schirurgie Universitätsklinikum Heidelberg Im Neuenheimer Feld 420 T: 06221 56 6980 F: 06221 56 33 850 E: rosa.klotz@med.uni-heidelberg.de
Studientitel: ESORE₅₆ Registriernummer: DRKS00030567				
Prof. Dr. med. Jens Höppner	Patienten mit Ösophaguskarzinom Experimentelle Gruppe: Die Behandlung in Studienarm A besteht aus der Beur- teilung des klinischen Ansprechens (CRE) durch ÖGD, endoskopische Biopsien des Tumorbereichs, EUS plus FNA verdächtiger Lymphknoten und einem F18-FDG- PET CT. Bei klinisch-histologisch gesichertem positivem lokalem Tumorstatus und ohne Fernmetastasierung nach CRE („non-CR“) erfolgt die Therapie durch Operation. Patienten ohne histologischen Nachweis einer lokalen Resterkrankung und ohne Fernmetastasen werden als klinische CR betrachtet und aktiv beobachtet. Im Falle eines lokalen Tumorrezidivs wird die Behandlung des Patienten mit einer Operation fortgeführt. Die aktive engmaschige Beobachtung erfolgt durch Visiten nach 3 m/6 m/9 m/12 m/18 m/24 m/36 m umfasst ÖGD, endoskopische tiefe Biopsien des Tumorbereichs, EUS plus FNA und CT-Thorax/Abdomen. Bei histologisch nachgewiesenem Tumorrezidiv im Rahmen der aktiven Beobachtung („non-CR“) erfolgt eine Operation und anschließende Standardnachsorge.	30.01.2024 18 von 670 Patienten	BMBF 1520 €/Patient	Prof. Dr. Jens Höppner Universitätsklinikum OWL der Universität Bielefeld, Campus Lippe Klinikum Lippe GmbH T: 05231 721151 F: 05231 721045 E: jens.hoepfner@uni-bielefeld.de

MULTIZENTRISCH RANDOMISIERT KONTROLLIERTE STUDIEN				
STUDIENLEITER	PATIENTEN/OP.-VERFAHREN	FIRST PATIENT IN/ STATUS DER STUDIE	FINANZIERUNG DER STUDIE/FALLGELD	ANSPRECHPARTNER/ KONTAKT
	Kontrollgruppe: Die Behandlung im Studienarm B besteht aus einer obligaten postneoadjuvanten Operation, die 4–12 Wochen nach Ende der neoadjuvanten Therapie durchgeführt wird. In beiden Armen erfolgt die Operation durch transthorakale oder transabdominale Ösophagektomie einschließlich Lokoregionärer Lymphadenektomie.			
Studientitel: HULC₇* Registrierungsnummer: DRKS00017517				
Prof. Dr. med. André L. Mihaljevic	Experimentelle Gruppe: Verschluss der medianen Laparotomie mit einem langsam resorbierbaren monofilen Faden in Small-Stitches-Technik und zusätzlicher Onlay-Mesh-Augmentation mit einem Polypropylen-Netz Kontrollgruppe: Verschluss der medianen Laparotomie mit einem langsam resorbierbaren monofilen Faden in Small-Stitches-Technik	08.08.2019 559 von 812 Patienten	DFG 500 € / Patient	Dr. Solveig Tenckhoff Studienzentrum der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (SDGC) Marsilius-Arkaden Turm-West Im Neuenheimer Feld 130.3 69120 Heidelberg T: 06221-56-36839 F: 06221-56-33850 E: solveig.tenckhoff@med.uni-heidelberg.de
Studientitel: MICKey₈* Registriernummer: DRKS00027927				
Prof. Dr. med. André L. Mihaljevic	Experimentelle Gruppe: Totale minimal-invasive Ösophagektomie (MIN-E; entweder über „klassische“ minimal-invasive Laparoskopie + Thorakoskopie; oder über Roboter-assistierte minimal-invasive Ösophagektomie [RAMIE] oder eine Kombination aus beidem) Kontrollgruppe: Hybrid-Ösophagektomie (HYBRID-E; laparoskopische/robotische Bauchchirurgie und offene Thoraxchirurgie)	14.06.2023 78 von 152 Patienten	BMBF 850 €/Patient	Prof. Dr. A. L. Mihaljevic Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Transplantationschirurgie Universitätsklinikum Tübingen T: 07071 29 86 619 E: andre.mihaljevic@med.uni-tuebingen.de
Studientitel: P.E.L.I.O.N₉* 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. Kontrollgruppe: Bauchwandverschluss beim Loop-Ileostoma-Verschluss mit fortlaufendem langsam resorbierbaren Nahtmaterial in small-stitch-Technik ohne Netzverstärkung.	20.01.2023 61 von 304 Patienten	BMBF 650 €/Patient	Prof. Dr. A. L. Mihaljevic Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Transplantationschirurgie Universitätsklinikum Tübingen T: 07071 29 86 619 E: andre.mihaljevic@med.uni-tuebingen.de
Studientitel: RECOPS₁₀* Registrierungsnummer: DRKS00024364				
Prof. Dr. med. Daniel Reim	Experimentelle Gruppe: Patienten mit pyloruserhaltender Pankreaskopfresektion, Child-Rekonstruktion und zusätzlicher Braun'scher Fußpunktanastomose zwischen der zu- und abführender Schlinge der Duodenojejunostomie Kontrollgruppe: Patienten mit pyloruserhaltender Pankreaskopfresektion und Child-Rekonstruktion	05.05.2022 448 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

MULTIZENTRISCH RANDOMISIERT KONTROLLIERTE STUDIEN

STUDIENLEITER	PATIENTEN/OP.-VERFAHREN	FIRST PATIENT IN/ STATUS DER STUDIE	FINANZIERUNG DER STUDIE/FALLGELD	ANSPRECHPARTNER/ KONTAKT
Studientitel: SELREC₁₁* 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 21 von 1.074 Patienten	BMBF 1.762,39€/Patient	Dr. S. Tenckhoff Studienzentrum der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (SDGC) T: 06221 56 36 839 F: 06221 56 33 850 E: solveig.tenckhoff@med.uni-heidelberg.de
Studientitel: TRIANGLE₁₂* Registrierungsnummer: DRKS00030576 UTN U1111-1243-441				
Prof. Dr. med. André L. Mihaljevic	Patienten mit resektablem, Borderline oder lokal fortgeschrittenem Pankreaskopfkarzinom Experimentelle Gruppe: TRIANGLE-Operation: Radikale Weichteildissektion entlang der Arteria mesenterica superior (Level 3 nach Inoue) um mindestens 180 Grad rechtseitig UND voll- ständige Dissektion des Weichgewebes im „Dreieck“ zwischen Arteria mesenterica superior, Pfortader und Truncus coeliacus wie von Hackert et al. beschrieben Kontrollgruppe: Standard-Dissektion der AMS nach Inoue Level 1 oder 2 und Standard-Lymphadenektomie entsprechend der deutschen S3-Leitlinie	22.11.2024 4 von 270 Patienten	BMBF 1190 €/Patient	Prof. Dr. A. L. Mihaljevic Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Transplantation- schirurgie Universitätsklinikum Tübingen T: 07071 29 86 619 E: andre.mihaljevic@med.uni-tuebingen.de

- [1] Anatomical Resection of liver Metastases in patients with RAS-mutated colorectal cancer
- [2] Sleeve gastrectomy versus Roux-en-Y gastric bypass in obese patients with BMI 35–60 kg/m² – a multicenter randomized trial
- [3] Continuous vs. intermittent intraoperative neuromonitoring for reduction of transient recurrent laryngeal nerve palsy in thyroid surgery – a prospective randomized controlled multicenter trial
- [4] Dekomprimierendes Stoma und zweistufige elektive Resektion vs. Notfall-Resektion bei Patienten mit linksseitigem obstruktivem Dickdarmkrebs
- [5] Distal Pancreatectomy – A randomised controlled trial to compare minimal-invasive distal pancreatectomy to open resection (DISPACT-2 Trial)
- [6] Chirurgie „as needed“ versus Chirurgie „on principle“ bei vollständiger Tumorremission nach neoadjuvanter Therapie von Speiseröhrenkrebs/ESORES
- [7] Hernia reduction following laparotomy using small stitch abdominal wall closure with and without mesh augmentation – HULC
- [8] Eine multizentrisch randomisierte Studie zum Vergleich der postoperativen Morbidität nach total minimal invasiver Chirurgie mit der Hybrid Chirurgie bei der Ösophagektomie – MICKey Studie
- [9] 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)
- [10] The effect of an additional Braun anastomosis in patients after pancreas head resections
- [11] Selective Neoadjuvant Therapy of Rectal Cancer Patients: SELREC a randomized controlled, open, multicentre non-inferiority trial
- [12] Conventional partial pancreatoduodenectomy versus an extended pancreatoduodenectomy (triangle operation) for pancreatic head cancers – the randomized controlled TRIANGLE trial

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

Stand: März 2025

SPENDENAUFTRUF

Langenbeck-Virchow-Haus



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

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

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

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

Prof. Dr. med. U. Rolle
Präsident

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

Prof. Dr. med. Johann Pratschke
Schatzmeister



FORDERUNGEN AN DIE POLITIK

SCHNELLE KONSTITUIERUNG UND WEITERARBEIT AN DEN REFORMEN IM GESUNDHEITSSYSTEM ERWARTET



Im Nachgang zur Bundestagswahl fordert der Berufsverband der Deutschen Chirurgie e.V. (BDC), dass die in der vergangenen Legislaturperiode angestoßenen Reformen zügig weiterentwickelt und umgesetzt werden.

„Die Reform des Gesundheitssystems muss mit Priorität vorangetrieben werden. Ohne geht es nicht weiter, wenn wir den Versorgungsbedarf einer immer älter werdenden Bevölkerung auch in Zukunft abdecken wollen. Wir erwarten daher von der Politik, dass sich die Regierung schnell bildet und ihre Arbeit in der Gesundheitspolitik konstruktiv fortsetzt“, betont BDC-Präsident Professor Dr. Dr. h.c. Hans-Joachim Meyer.

So sieht der Chirurgieverband im Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) gute Ansätze, fordert aber, dass es gemeinsam mit den Ländern weiterentwickelt wird, um die zentralen Probleme anzugehen. „Unter anderem fordern wir, dass die Politik konkrete Lösungen für die Finanzierung der fachärztlichen Weiterbildung entwickelt. Chirurgischen Nachwuchs zu gewinnen, ist heute schon herausfordernd. Ohne eine geregelte, qualitativ hochwertige Weiterbildung werden uns zukünftig noch mehr angehende Fachärztinnen und Fachärzte abspringen“, erklärt BDC-Geschäftsführerin Dr. Friederike Burgdorf.

Die fachärztliche Weiterbildung und die Nachwuchssicherung gehören zu den Schwerpunktthemen der Sitzungen des Verbands beim diesjährigen Deutschen Chirurgenkongress, der vom 26. bis 28. März in München stattfindet. Für das Thema Krankenhausreform hat der BDC Professor Christian Karagiannidis, Mitglied des Expert:innenrats „Gesundheit und Resilienz“ der Bundesregierung, sowie den CSU-Fraktionsvorsitzenden im Bayerischen Landtag, Klaus Holetschek, als Sprecher eingeladen.

Im Rahmen der Krankenhausreform wird auch die Notfallreform zur Sprache kommen. „Es ist uns wichtig, der Politik zu signalisieren, dass das Notfallgesetz dringend verabschiedet werden muss. Für eine Patientensteuerung, die effizient ist und eine sinnvolle und gute Versorgung der Bevölkerung darstellt, ist es unabdingbar und sollte mit der Krankenhausreform selbstverständlich verzahnt sein“, betont Burgdorf.

Der Chirurgieverband fordert von der Politik, in die Ausarbeitung der Reformgesetze einbezogen zu werden. BDC-Präsident Meyer: „Unsere Chirurginnen und Chirurgen in Deutschland sichern die Grundversorgung auf dem Land und sind in der universitären Spitzenmedizin vertreten. Wir vertreten diese für die gesundheitliche Versorgungslandschaft wichtigen Fachkräfte und haben die nötige Expertise, um sich in beratender Funktion aktiv miteinzubringen.“

[Zur Pressemitteilung...](#)



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

PODCAST ZUR FACHÄRZTLICHEN WEITERBILDUNG



INTERVIEW MIT DR. FRIEDERIKE BURGDORF

Das Podcastformat „Medizin aufs Ohr“ der Aesculap-Akademie richtet dieses Mal den Blick auf die Weiterbildung in der Chirurgie und interviewt dazu die BDC-Geschäftsführerin Friederike Burgdorf.

Im Rahmen der Umsetzung des Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetzes, bei der Ambulantisierung, der Digitalisierung im Gesundheitswesen, aber auch aufgrund des wachsenden Fachkräftemangels und der demografischen Entwicklung muss sich die fachärztliche Weiterbildung immer stärker in den Fokus genommen werden. Die Aesculap-Akademie hat BDC-Geschäftsführerin Frau Dr. Friederike Burgdorf dazu befragt. „Es muss allen klar sein, dass

die medizinische Weiterbildung die Basis für eine qualitativ hochwertige ärztliche Versorgung ist,“ so Burgdorf.

[Zum Podcast...](#)

[Zum Beitrag auf bdc.de...](#)

BDC UND DGAV TREFFEN SICH IN BONN ZUM THEMA NACHHALTIGKEIT

UMFRAGE ZUR NACHHALTIGKEIT



Unter dem Motto „Green Hospital“ trafen sich Ende Februar Vertreterinnen und Vertreter von BDC und DGAV im Universitätsklinikum Bonn, um Lösungen für mehr Nachhaltigkeit in der Chirurgie zu finden. In der vierstündigen Sitzung sammelten sie Best Practices von ausgewählten Kliniken und diskutierten, welche Maßnahmen für Nachhaltigkeit auf der „operativen“ Ebene eingeführt werden könnten. Die Teilnehmenden waren sich einig, dass gerade jetzt, da das Thema auf der politischen Agenda an Priorität zu verlieren droht, immer wieder darauf aufmerksam gemacht werden sollte. Dies wollen sie unter anderem mit konkreten Handlungs-

empfehlungen und praktischen Tipps für nachhaltigeren Umgang mit Ressourcen im OP-Umfeld erreichen.

An der Sitzung teilgenommen haben BDC- und DGAV-Mitglieder aus verschiedenen Kliniken: Dr. Jonas Dohmen, Facharzt für Viszeralchirurgie am Universitätsklinikum Bonn, PD Dr. Johannes Klose, Leitender Oberarzt für Chirurgie am Universitätsklinikum Halle, Prof. Dr. Carsten Krones, Chefarzt für Chirurgie am Krankenhaus Düren, Dr. Ina Prinz-Bravin, Oberärztin für Chirurgie am Klinikum Lüdenscheid sowie Olivia Päßler, Pressesprecherin des BDC.

Eine aktuelle Maßnahme unter der Initiative von Jonas Dohmen und Johannes Klose, beides Vertreter der CA PeriVis der DGAV, ist eine Umfrage unter Chirurginnen und Chirurgen zur Wahrnehmung und Einstellung gegenüber dem Thema Nachhaltigkeit in der Chirurgie.

Machen Sie mit und unterstützen Sie damit das Team bei seiner Arbeit!

[Zur Umfrage \(Dauer: 5 min\)...](#)

BDC|Schnittstelle – im Fokus: Prof. Dr. Andreas Kirschniak

Olivia Päßler



Olivia Päßler

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

Päßler O: BDC|Schnittstelle – im Fokus:
Prof. Dr. Andreas Kirschniak. *Passion Chirurgie*.
2025 März; 15(03/QI): Artikel 07_02.



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



Unser Format BDC|Schnittstelle präsentiert in regelmäßigen Abständen Persönlichkeiten mit wichtigen Funktionen im BDC. Heute im Fokus: Professor Andreas Kirschniak, Chefarzt für Allgemein- und Viszeralchirurgie und Leiter des Themenreferats Nachwuchs.

Passion Chirurgie (PC) Herr Professor Kirschniak, Welchen Auftrag haben Sie sich für Ihre Themenreferate persönlich auf die Fahne geschrieben? Was sind Ihre Pläne?

Andreas Kirschniak (AK) Als Leiter des Themenreferates „Nachwuchs“ ist es mir ein Anliegen die bestehenden BDC-Nachwuchsprogramme stetig weiterzuentwickeln und neue Konzepte für die Weiter- und Fortbildung zu erarbeiten.

Ein kürzlich umgesetztes Projekt ist das Videoangebot zur M3-Prüfungsvorbereitung „Watch&Learn“, bei dem wir elf Prüfungssimulationen zum M3-Examen aufgezeichnet haben. Es steht seit November 2023 über die BDC|eAkademie Medizinstudierenden zur Verfügung. Alle Nachwuchsangebote haben das Ziel, Begeisterung für das chirurgische Fach zu wecken oder bereits vorhandenes Interesse zu verstärken.

» ZUR PERSON



Prof. Dr. med. Andreas Kirschniak, MBA

Stellvertretender Leiter der BDC|Akademie
Leiter Themen-Referat „Nachwuchs und Karrierestaltung“ im BDC

Mitglied BDC-Themen-Referat „Digitalisierung und technische Innovation“

Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie

Kliniken Maria Hilf Allgemein- und

Viszeralchirurgie

Viersener Str. 450

41063 Mönchengladbach

andreas.kirschniak@mariahilf.de

PC Welches Thema liegt Ihnen in den nächsten Jahren besonders am Herzen?

AK Durch die zunehmende Technologisierung in der Chirurgie wird eine strukturierte Weiterbildung immer schwieriger. Viele Eingriffe werden heutzutage minimalinvasiv oder roboterassistiert durchgeführt. Diese Eingriffe stellten früher eine gute Möglichkeit dar, jüngeren Kolleg:innen Eingriffe zu assistieren. Heutzutage übernehmen Assistent:innen dagegen häufig die Kameraführung oder die Table Assistance und rücken dabei in den Hintergrund. Daher müssen wir an neuen Weiterbildungskonzepten arbeiten; zusammen mit anderen Ressorts des BDC, wie zum Beispiel mit den Themenreferaten „Digitalisierung und technische Innovation“ oder „Familie und Beruf“. Auch die Krankenhausreform und die Ambulantisierung werden uns in Hinblick auf die chirurgische Weiterbildung vor neue Herausforderungen stellen, für die wir zeitnah gute Lösungen finden müssen.

PC Wie möchten Sie die Themen mit dem BDC anpacken? Wen und was benötigen Sie dafür?

AK Zunächst ist es wichtig, unsere Arbeit sichtbar zu machen und aufzuzeigen, dass es sich lohnt, sich in Gremien zu engagieren. Um die Weiterbildung in den Fokus zu rücken, benötigen wir noch mehr engagierte Köpfe, die sich mit Kreativität und Pragmatismus dem Problem stellen und sich für kontinuierliche Verbesserungen einsetzen.

PC Was wünschen Sie sich für den BDC und Ihre Arbeit in den nächsten Jahren nach innen und nach außen?

AK Ich würde gerne das Videoprojekt „Watch&Learn“ weiterentwickeln und ausbauen. Ich halte das Format für eine gute und neuartige Unterstützung in der Vorbereitung auf mündliche und praktische Prüfungen. Es ist zugleich jedoch extrem herausfordernd möglichst viele Prüfungssituationen und -inhalte damit darstellen zu können. Das durchweg gute Feedback zu dem Format bestätigt uns aber darin, hier weiter zu machen.

Zudem sollte der BDC in den sozialen Medien noch deutlicher sichtbar werden, um den Nachwuchs früher zu erreichen. Die Nachwuchskampagne „**Kein Weiter ohne Bildung**“ ist hierfür ein gelungenes Beispiel.

PC Warum lohnt es sich als Mitglied ein Engagement beim BDC, und wer kann/sollte für ein Mandat kandidieren?

AK Bei gemeinsamen Treffen der Themenreferate erhält man ständig Einblicke in Bereiche, die man vielleicht selbst nicht so im Fokus hat und erweitert dadurch seinen Horizont. Davon profitiere ich persönlich immer sehr. Aktuelle Beispiele sind die Veränderungen bei den niedergelassenen Kolleg:innen oder in anderen chirurgischen Fachdisziplinen wie der Neurochirurgie oder Kinderchirurgie. Aber auch die eAkademie des BDC bietet digitale Angebot mit vielen Gestaltungsoptionen. ○



Am Ende
braucht jede:r
einen
Verband.



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

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

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-Anhalt

Vorsitzender
Dr. med. Matthias Krüger

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

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

Regionalvertreter NL
Dr. med. Dirk Arbter

BDC | Sachsen

Vorsitzender
Dr. med. Ludwig Schütz

Stellv. Vorsitzender
Dr. med. Jörg Hammer

Regionalvertreter NL
Dr. med. Jörg Hammer

BDC | Thüringen

Vorsitzender
Dr. med. Arndt Voigtsberger

Stellv. Vorsitzender
Steffen Minner

Regionalvertreter NL
Dr. med. Arndt Voigtsberger

Stellv. Regionalvertreter NL
Dipl. Med. Ingo Menzel

BDC | Niedersachsen

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
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 €
18.08.2025	20.08.2025	Gent	2025-28075	ORSI Summer School	PD Dr. med. Rabi Raj Datta; Prof. Dr. med. Hans Fuchs; Dr. med. Stefano Puliatti	249,00 €	249,00 €
29.- 30.09.2025	10.- 11.10.2025	online und Berlin	2025-21665	Basischirurgie	Dr. med. Jörg Sauer	400,00 €	600,00 €
13.11.2025	14.11.2025	Ingolstadt	2025-21526	Workshop Basischirurgie	Prof. Dr. med. Hans-Georg Palm	440,00 €	580,00 €
24.11.2025	28.11.2025	Berlin	2025-21664	Basischirurgie	Dr. med. Christian Müller; Prof. Dr. med. Stephan Gretschel	400,00 €	600,00 €

FACHARTZTVORBEREITUNG							
VON	BIS	ORT	KURS-NR.	SEMINARTITEL	WISSENSCHAFTLICHE:R LEITER:IN	PREIS MITGLIED	PREIS NICHT-MGL
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 €
11.- 12.09.2025	15.- 16.09.2025	online und Berlin	2025-23823	Facharztseminar Orthopädie/ Unfallchirurgie	Prof. Dr. med. Julia Seifert; Prof. Dr. med. Stefan Schulz-Drost	400,00 €	500,00 €
22.09.2025	25.09.2025	Leipzig	2025-22550	Facharztseminar Allgemeinchirurgie	Dr. med. Ludwig Schütz; Prof. Dr. med. Peter Lamesch	400,00 €	550,00 €
03.11.2025	07.11.2025	Dortmund	2025-22530	Facharztseminar Allgemeinchirurgie	Dr. med. Jens-Peter Stahl; Prof. Dr. med. Maximilian Schmeding	450,00 €	600,00 €

FACHBEZOGENE SEMINARE, WORKSHOPS UND HOSPITATIONEN							
VON	BIS	ORT	KURS-NR.	SEMINARTITEL	WISSENSCHAFTLICHE:R LEITER:IN	PREIS MITGLIED	PREIS NICHT-MGL
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	Grundlagen der Minimalinvasiven 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 €
21.05.2025	03.12.2025	online	2025-23866	Fraktur im Fokus	Prof. Dr. med. Benedikt Braun	100,00 €	200,00 €
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 Kindertrauma- tologie	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 Viszeralchirur- gisches Update	Prof. Dr. med. habil. Frank Marusch; Prof. Dr. med. Stephan Gretschel	60,00 €	95,00 €
28.08.2025	29.08.2025	Straßburg	2025-24632	Robotik-/Laparoskopie im IRCAD Modul 2	Prof. Dr. med. Hans Fuchs; Prof. Dr. Dr. med. Barbara Seeliger	1.250,00 €	1.500,00 €

FACHBEZOGENE SEMINARE, WORKSHOPS UND HOSPITATIONEN

VON	BIS	ORT	KURS-NR.	SEMINARTITEL	WISSENSCHAFTLICHE:R LEITER:IN	PREIS MITGLIED	PREIS NICHT-MGL
11.09.2025	12.09.2025	Berlin	2025-22404	CAMIC 3: Laparoskopische Chirurgie des Gastrointestinaltraktes	Dr. med. Panagiotis Fikatas	500,00 €	700,00 €
18.09.2025	19.09.2025	online	2025-23680	Spezielle Unfallchirurgie Teil II	Prof. Dr. med. Frank Hildebrand	300,00 €	500,00 €
26.09.2025		Mainz	2025-25811	Unfallbegutachtung in der gesetzlichen Unfallversicherung	PD Dr. med. habil. Sven-Oliver Dietz; Univ.-Prof. Dr. med. Erol Gercek	270,00 €	330,00 €
27.09.2025		Mainz	2025-23633	Kindertraumatologie für D-Ärzte/-Ärztinnen	Prof. Dr. med. Michael Paul Hahn; PD Dr. med. habil. Sven-Oliver Dietz; Univ.-Prof. Dr. med. Erol Gercek	180,00 €	220,00 €
27.09.2025		Mainz	2025-25851	Rehabilitationsmedizin/-management	Dr. med. Peter Kalbe; Univ.-Prof. Dr. med. Erol Gercek; Dr. med. Sybille Larsen	135,00 €	165,00 €
01.10.2025	02.10.2025	Köln	2025-24634	Robotische Chirurgie: Modul 3 - Hospitation Kolorektale Chirurgie	Prof. Dr. med. Christiane J. Bruns; PD Dr. med. Georg Dieplinger; Prof. Dr. med. Hans Fuchs	400,00 €	600,00 €
10.10.2025		online	2025-23613	Osteosyntheseverfahren an der unteren Extremität	Prof. Dr. med. Lars Gerhard Großterlinden	150,00 €	200,00 €
31.10.2025		Frankfurt am Main	2025-23674	Viszeralchirurgie Kompakt: Adipositas- und metabolische Chirurgie	Dr. med. Sylvia Weiner; Prof. Dr. med. Mirko Otto; PD Dr. med. Susanne Blank	250,00 €	300,00 €
06.11.2025	07.11.2025	Köln	2025-23684	Viszeralchirurgie Kompakt: Pankreaschirurgie	Prof. Dr. med. Christiane J. Bruns; Prof. Dr. med. Hans Fuchs; Prof. Dr. Dr. med. Thomas Schmidt	350,00 €	500,00 €

FACHÜBERGREIFENDE SEMINARE

VON	BIS	ORT	KURS-NR.	SEMINARTITEL	WISSENSCHAFTLICHE:R LEITER:IN	PREIS MITGLIED	PREIS NICHT-MGL
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		
25.06.2025		online	2025-24631	Robotische Chirurgie: Modul 1 - Theorie	Prof. Dr. med. Hans Fuchs; Prof. Dr. Dr. med. Barbara Seeliger	80,00 €	100,00 €
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
17.05.2025		Berlin	2025-25590	Begutachtung im Behandlungsfehlerprozess	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 €
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		

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 April 2025

%

20 %



GARTENFREUNDE: 20 %
RABATT FÜR BDC-MITGLIEDER

9 %



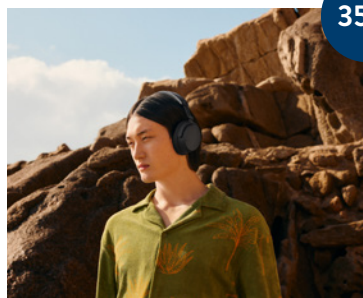
REISENAKTUELL.COM: 9 %
RABATT FÜR BDC-MITGLIEDER

12 %



TCHIBO: BIS ZU 12 %
RABATT FÜR BDC-MITGLIEDER

35 %



SENNHEISER: BIS ZU 35 %
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

Fachkräftemangel in der Schweiz



Korrespondierender Autor:
Prof. Dr. Hans-Peter Simmen
 Professor emeritus für Chirurgie
 Universität Zürich
 Ehemaliger Direktor der Klinik für
 Unfallchirurgie
 Universitätsspital Zürich
 Via Veglia 38
 CH-7503 Samedan
 hans-peter.simmen@uzh.ch



Paul Biegger
 Ehemaliger Chefarzt
 Reparto di Chirurgia
 Ospedale La Carità
 CH-6900 Locarno



Michel Conti
 Chefarzt
 Klinik für Chirurgie
 Spital Oberengadin
 CH-7503 Samedan

Simmen HP, Conti M, Biegger P:
 Fachkräftemangel – ein nationenübergreifendes
 Problem. Gedanken aus der Schweiz.
 Passion Chirurgie. 2025 April; 15(04):
 Artikel 09.



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

Fachkräftemangel – ein nationenübergreifendes Problem

GEDANKEN AUS DER SCHWEIZ

Hans-Peter Simmen, Michel Conti, Paul Biegger

In der Schweiz leben um die (rund) 9 Millionen Einwohner, also die Hälfte des bevölkerungsreichsten Bundeslandes Deutschlands, Nordrhein-Westfalen. Deutschland ist in jeder Hinsicht mit Abstand der wichtigste Partner der Schweiz. 70 % der Schweizerinnen und Schweizer sprechen deutsch und haben somit die gleiche Sprache und Kultur. Gegen 340.000 deutsche Staatsbürgerinnen und Staatsbürger leben dauerhaft in der Schweiz. Sowohl in Deutschland als auch in der Schweiz ist das Gesundheitswesen föderalistisch strukturiert (Bundesländer, beziehungsweise Kantone). Gemäß Umfragen besteht vermehrt der Wunsch nach Teilzeitarbeit, der Leistungsdruck in den Spitälern steigt, viele Kliniken haben offene Stellen [1]. Zahlreiche Ärztinnen und Ärzte der Baby-Boomer-Generation erreichen das Rentenalter und ziehen sich aus dem aktiven Berufsleben zurück. In den vergangenen Jahren sind Gesetze in Kraft getreten, die eine Reduktion der Arbeitszeit verlangen, was den Fachkräftemangel akzentuiert. Durch die Reduktion der Arbeitszeit wird die Ausbildung in chirurgischen Fächern nicht gerade erleichtert. Wie sollen die Facharztkandidatinnen und -kandidaten in der üblichen Weiterbildungszeit noch genügend operative Routine erlangen? Die Ausbildungsdauer nimmt tendenziell zu.

STATUS QUO

Die zu lösenden Probleme sind nebst unbremstem Kostenanstieg hauptsächlich

zunehmender Fachkräftemangel, also in beiden Ländern fast identisch. Dennoch gibt es einige gewichtige Unterschiede.

In der Schweiz sind ungefähr 40.000 Ärztinnen und Ärzte tätig, wovon 40 % ihr Medizinstudium im Ausland absolviert haben, die Hälfte davon in Deutschland. Ohne „Support“ unserer Nachbarländer müsste in der medizinischen Versorgung in der Schweiz der Notstand ausgerufen werden. Im Jahr 2040 sollen nach Schätzungen 5.000 Ärztinnen und Ärzte fehlen. Endlich reagiert die Schweizer Politik und will die Medizinstudienplätze markant erhöhen. Unlängst hat das eidgenössische Parlament in Bern die Abschaffung der umstrittenen Eignungsprüfung (eine Art Numerus clausus) beschlossen, an welcher mehr als die Hälfte der Kandidatinnen und Kandidaten für das Medizinstudium scheiterten. Wie viele dennoch geeignete Studentinnen und Studenten in den vergangenen Jahren an diesem Examen hängen geblieben sind, bleibt für immer ein Geheimnis.

Vom Beginn des Studiums dauert es mindestens 12 Jahre bis die Facharztausbildung abgeschlossen ist und die neuen Kolleginnen und Kollegen einigermaßen eigenverantwortlich handeln können. Kurzfristig sind die Anstrengungen, mehr Studentinnen und Studenten zum Medizinstudium zu animieren keine Option.

Als kurzfristig wirksame Maßnahme bleibt lediglich der Versuch, ausgebildete

Ärztinnen und Ärzte vom Ausstieg aus der Medizin abzuhalten. Präzise Zahlen existieren nicht. Es wird vermutet, dass bis zu 30 % im Verlaufe der Jahre vorzeitig der Medizin den Rücken kehren. Die Gründe mögen vielfältig sein: Frauen, die aus familiären Gründen ausscheiden, weil vielerorts keine geeigneten Teilzeitmodelle angeboten werden, sowie jüngere Kolleginnen und Kollegen, die sich infolge allseits anerkanntem Bürokratiewahnsinn enttäuscht abwenden, weil sie mehr Zeit vor dem Computer verbringen als im Kontakt mit Patientinnen und Patienten. Allgemein akzeptiertes Anliegen unter Spitalärztinnen und Spitalärzten ist der dringende Wunsch, die ausgeuferte Bürokratie zu straffen.

MENTORINGPROJEKT

Die Ausbildung auf Assistenzarztniveau in der Schweiz gilt offiziell als gut. Gemäß den jährlichen Umfragen von der FMH (Foederatio Medicorum Helveticorum, entspricht der Deutschen Bundesärztekammer) und dem Schweizerischen Institut für Weiter- und Fortbildung (SIWF) schließt die Globalbeurteilung von 648 ausgewerteten Fragebögen für das Fach Chirurgie im Jahr 2023 mit der Note 4.5 ab (6 wäre die beste Note). Verbesserungspotential ist also sicherlich vorhanden. Das SIWF ist ein Tochterunternehmen der FMH. Es ist verantwortlich und zuständig für die Facharzt-ausbildung und erteilt die entsprechenden Diplome [2].

Ziel einer guten Ausbildung ist die Vermittlung von Kompetenzen. Gute Ausbildung hängt wesentlich von Mentorinnen und Mentoren ab. Eine Möglichkeit, die bis heute noch wenig praktiziert wird, ist der Teilzeiteinsatz von emeritierten Chefärztinnen und Chefärzten in der Notfallstation.

Schweizweit sind gemäß offizieller Statistik 1.226 Assistenzärztinnenstellen und Assistenzarztstellen für chirurgische Disziplinen verfügbar. Diese sind mit 648 Facharztanwärterinnen und -anwärtinnen besetzt, 434 übrigen mit Diplom aus

einem EU-Staat [2]. Schweizer Randregionen bekunden oft Mühe, die verfügbaren Stellen zu belegen. Mit Mentoring-Projekten kann das Interesse und die Freude junger Leute am Beruf nachweislich gefördert werden. Im Spital Samedan, einem Regionalspital der erweiterten Grundversorgung im peripher gelegenen Engadin, einer bekannten und sowohl im Winter als auch im Sommer gut frequentierten alpinen Tourismusregion, sind zwei der Autoren (HPS, PB), beides pensionierte Chefärzte, je einmal monatlich für ein verlängertes Wochenende im chirurgischen Notfall tätig und decken somit etwaige Tage ab. Es ist unser Ehrgeiz, jede Patientin/jeden Patienten, die/der in die chirurgische Notfallstation eingeliefert wird oder sich als „walk-in-patient“ vorstellt, mit der zuständigen Assistentin/dem zuständigen Assistenten interaktiv zu beurteilen, die Diagnostik abzuschließen und Therapievorschläge zu erarbeiten. Kleinere Eingriffe, teilweise auch solche in Narkose, wie Wundversorgungen, Repositionen von luxierten Gelenken sowie Einlage von Thoraxdrainagen, werden zusammen oder unter Aufsicht vorgenommen. Durch diese enge Betreuung nach dem Prinzip des „Clinical Reasoning“ wird nicht nur die klinische Ausbildung deutlich verbessert, sondern auch Qualität und Effizienz im Betrieb [3–7]. Zudem wird das Pflegefachpersonal und das ärztliche Kader entlastet, was in einem Tourismusort wie Samedan mit teilweise extremen Spitzenbelastungen sehr erwünscht ist. Wir bemühen uns zudem, der Empfehlung von Hauke Lang, dem ehemaligen Präsidenten der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie zu folgen: „Die beste Investition in die nächste chirurgische Generation ist die Lehre, die für das Fach begeistert. Es muss gelingen, junge Menschen für die Chirurgie zu faszinieren, nicht nur verbal, sondern durch Begleitung im Alltag.“ Die pensionierten Chefärzte sind ausschließlich für die Notfallstation zuständig. Sie haben keine anderen Aufgaben, sind also nicht dauernd auf Visite, in der Sprechstunde oder im OP und schwer erreichbar. Im Weiteren erteilen sie interaktive Fortbildungen und beantworten gerne die zahlreichen Fragen,

welche die meist jungen, noch unerfahrenen Kolleginnen gen haben.

Aus Sicht des amtierenden Chefarztes ist es eine Herausforderung, eine chirurgische Klinik in einer attraktiven Tourismusregion zu führen. Die Personaleinsatzplanung wird durch erhebliche saison- und wetterbedingte Schwankungen erschwert. In einem Tal mit 20.000 permanenten Einwohnerinnen und Einwohnern tummeln sich plötzlich 120.000 Personen, die oft sportlichen Aktivitäten frönen.

Unser Mentoringprojekt wird allseits geschätzt. Es wurde 2024 vom Schweizerischen Institut für Weiter- und Fortbildung (SIWF) mit einem Award für besonders gute Weiterbildung ausgezeichnet. Solche Projekte eignen sich vor allem für Regionalspitäler, die etwa für die Hälfte der medizinischen Versorgung in der Schweiz verantwortlich sind. Die großen Kliniken brauchen solche Projekte eher nicht, weil sie genügend Manpower haben. Die optimierte Weiterbildung durch dieses Mentoringprojekt hat sich herumgesprochen, da auch in den Medien darüber berichtet wurde. Das hat dazu geführt, dass die Anzahl Bewerbungen um Assistentinnen- und Assistentenstellen, insbesondere durch ehemalige Unterassistentinnen und -assistenten (entspricht dem praktischen Jahr PJ) an der Klinik für Chirurgie in Samedan deutlich angestiegen ist.

ES GÄBE WOHL GENÜGEND MENTORINNEN UND MENTOREN

Zahlreiche Ärztinnen und Ärzte sind nach dem in der Schweiz mit 65 Jahren üblichen Eintritt ins Rentenalter nicht ausgebrannt und wären wohl gewillt und bereit, sich in Mentoringprojekten zu engagieren.

Besonders wichtig ist unseres Erachtens die Begleitung von Universitätsabgängerinnen und -abgängern, um ihnen den Übergang vom Studium zu selbstverantwortlichem Arbeiten zu erleichtern [8]. Unser Feedback deutet klar darauf hin, dass die jungen Kolleginnen und Kollegen

ihren Notfalldienst bei unserer Präsenz und steten Verfügbarkeit vollkommen stressfrei bewältigen können. Unsere persönliche langjährige Erfahrung deckt sich mit den Resultaten einer nicht repräsentativen Umfrage unter den neun Assistentinnen und Assistenten der Chirurgischen Klinik am Spital Samedan. Die junge Generation ist hochmotiviert und bereit, bei Patientinnen und Patienten vollen Einsatz zu leisten. Teilzeitarbeit ist derzeit noch keine Option, käme allenfalls zu einem späteren Zeitpunkt für Frauen mit familiären Verpflichtungen in Frage oder könnte sehr erwünscht sein.

In grauen Vorzeiten hielt sich hartnäckig das Gerücht, dass Frauen für die chirurgischen Fächer eher nicht geeignet sind. Dies haben glücklicherweise begabte Chirurginnen längst widerlegt. Wir sind geneigt, zu diesem Gerücht den früheren deutschen Staatsmann Helmut Schmidt zu zitieren, der einmal (allerdings in anderem Zusammenhang) gesagt haben soll: „Das ist so falsch, dass nicht einmal das Gegenteil davon richtig ist“.

Sollten alle geplanten und gestarteten Maßnahmen zur Bekämpfung des Fachkräftemangels scheitern, kann die Schweiz das tun, was sich bei Eishockey- und Fussballteams bewährt hat, wenn die eigene Nachwuchsabteilung nicht genügend Kaderspieler oder -spielerinnen hergibt: Auf dem Transfermarkt mit hohen Löhnen Spieler von anderen Clubs

abwerben. Die Schweizer Spitallandschaft müsste attraktivere Arbeitsbedingungen, insbesondere für Frauen, schaffen und hohe Löhne zahlen. Dadurch ließen sich weiterhin Ärztinnen und Ärzte aus unseren Nachbarländern dazu animieren, in die Schweiz zu ziehen. Das ist nicht gerade ein freundnachbarliches Verhalten, aber möglicherweise zielführend. Mit diesen Methoden könnte das berühmte Merkel Zitat „wir schaffen das“ Gültigkeit erlangen.

FAZIT

Der drohende Fachkräftemangel in chirurgischen Fächern nimmt sehr konkrete Formen an und wird sich in naher Zukunft noch drastisch verschärfen, weil die Baby-boomer-Generation sich nach und nach aus dem aktiven Berufsleben zurückzieht. Die Nachwuchsförderung hat nicht rechtzeitig eingesetzt und nimmt bei nun erkanntem Problem mindestens 12 bis 15 Jahre in Anspruch, sodass die Schweiz über einen längeren Zeitraum dringend auf „freundnachbarliche Hilfe“ angewiesen bleibt. Als kurzfristige Option bleibt einzig der Versuch, aktive Ärztinnen und Ärzte vom Ausstieg aus der Medizin abzuhalten. Eine in kleinem Rahmen erprobte Möglichkeit ist der Teilzeiteinsatz von emeritierten Chefärztinnen und Chefärzten, beispielsweise in Notfallstationen, um junge Kolleginnen und Kollegen für die schönen und sehr befriedigenden chirurgischen Fächer zu begeistern.

LITERATUR

- [1] Rudert M, Ruchholtz S, Blätzing M, Schädel-Höpfner M, Böcker W, Pennig D. Wie steht es um unseren Nachwuchs? Stellsituation in O und U für das Jahr 2023. Orthopädie und Unfallchirurgie 2023; 13: 22-23
- [2] <https://www.siwf.ch/weiterbildungsstaetten/umfrage-assistenzarzte.cfm>
- [3] Biegger P, Conti M, Jäggi Chr, Schmitt H, Simmen H.P. Regionalspital geht neue Wege. SCHWEIZERISCHE ÄRZTEZEITUNG 2023;104(3):38-40
- [4] Guerra A, Biegger P. La formazione medica necessita miglioramenti? Se sì, come? Esperienza all'Ospedale Regionale di Bellinzona e Valli. Tribuna medica ticinese 86 Novembre-Dicembre 2021
- [5] Biegger P. Überlegungen und Praxis in der Ausbildung der Humanmedizin SCHWEIZERISCHE ÄRZTEZEITUNG 2018;99(51-52):1843-1846
- [6] Biegger P. Braucht die medizinische Ausbildung einen Paradigmenwechsel? SCHWEIZERISCHE ÄRZTEZEITUNG 2016;97(21):764-766
- [7] Bowen JL. Educational strategies to promote clinical diagnostic reasoning. NEJM 355; 21:2217-2229
- [8] Luchsinger L, Berthold A, Bauerc W, Brodmann Maeder M, Siegrist M. Vom Studium in den Alltag als Arzt und Ärztin in Weiterbildung. SCHWEIZERISCHE ÄRZTEZEITUNG 2021;102(29-30):944-947



TachoSil[®]

SEALANT
MATRIX



EVERYDAY HERO

Das Zeug zur
echten Heldin.

Weitere Infos >>

 corzamedical

TachoSil[®]
Blutstillung und
Versiegelung
in einem.



TachoSil[®] Versiegelungsmatrix

Quantitative und qualitative Zusammensetzung: TachoSil[®] enthält pro cm² Fibrinogen vom Menschen 5,5 mg, Thrombin vom Menschen 2,0 I.E., **Sonstige Bestandteile:** Kollagen vom Pferd, Albumin vom Menschen, Riboflavin (E 101), Natriumchlorid, Natriumcitrat (E 331), L-Arginin-Hydrochlorid. **Pharmakotherapeutische Gruppe:** Lokales Hämostatikum, ATC-Code: B02BC30. **Anwendungsgebiete:** Bei Erwachsenen und Kindern ab einem Alter von 1 Monat zur unterstützenden Behandlung in der Chirurgie zur Verbesserung der Hämostase, zur Unterstützung der Geweberversiegelung und zur Nahtsicherung in der Gefäßchirurgie, wenn Standardtechniken insuffizient sind, sowie bei Erwachsenen zur unterstützenden Versiegelung der Dura mater, um postoperative Liquorleckagen nach neurochirurgischen Eingriffen zu vermeiden. **Gegenanzeigen:** Intravaskuläre Anwendung, Überempfindlichkeit gegen die Wirkstoffe oder einen der sonstigen Bestandteile. **Nebenwirkungen (Häufigkeit nicht bekannt):** Anaphylaktischer Schock, Überempfindlichkeit, Thrombose, Darmverschluss (in der Bauchchirurgie), Adhäsionen, Bildung eines Fremdkörpergranuloms. **Weitere Warnhinweise:** Nach Öffnen der äußeren Folie sofort verwenden. Nicht resterilisieren. Chargendokumentationspflichtig. **Inhaber der Zulassung:** Corza Medical GmbH, Speditionstraße 21, 40221 Düsseldorf, Deutschland. **Stand der Information:** 03/2023. **DE:** Verschreibungspflichtig. **AT:** Rezept- und apothekenpflichtig, wiederholte Abgabe verboten. Weitere Informationen entnehmen Sie bitte der Fachinformation von TachoSil[®] Versiegelungsmatrix.

corza.com