

PASSION

# CHIRURGIE

**BDC-PRAXISTEST**

LEITENDE CHIRURGINNEN –  
HOW I MADE IT TO THE TOP

*im Fokus*

SEKTOREN-  
ÜBERGREIFENDE  
VERSORGUNG

04 | 2022

MITGLIEDERZEITSCHRIFT:  
DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR CHIRURGIE  
BERUFSVERBAND DER DEUTSCHEN CHIRURGEN



# GUT LEBEN AUF GESUNDEN BEINEN



## Krampfadern modern therapiert – Fakten, auf die es ankommt.

Bis heute wurden über zwei Millionen Patienten in mehr als 100 Ländern erfolgreich mit ClosureFast oder VenaSeal behandelt. Unsere innovativen Lösungen zur Therapie von chronisch venöser Insuffizienz bieten für Sie Vorteile wie zum Beispiel:

- Eine gesicherte Zieltemperatur von 120 Grad – generatorgesteuert
- Reproduzierbare Ergebnisse
- Eine refluxfreie Erfolgsrate von 94,7 % – 5 Jahresdaten

Zusätzlich bieten wir für Ihre Klinik einen kompetenten Service durch unsere Therapiespezialisten.

Kontaktieren Sie direkt:  
Thorsten Bassler-Hollenbach  
E-Mail: [krampfadern@medtronic.com](mailto:krampfadern@medtronic.com)  
Telefon: 0800-0868 700

**Medtronic**



Dr. med. Jörg-A. Rüggeberg  
Vizepräsident  
Berufsverband der Deutschen  
Chirurgen e.V. (BDC)  
Luisenstraße 58/59  
10117 Berlin  
dr.rueggeberg@t-online.de

# Sektorenübergreifende Versorgung – Neuer Wein in alten Schläuchen?

Gesundheitspolitische Themen sind angesichts der COVID-Pandemie weitgehend aus dem Fokus geraten; zugegebenermaßen hat das Gesundheitsministerium aktuell dringendere Aufgaben zu erledigen. Das heißt aber natürlich nicht, dass strukturelle Reformen im Gesundheitssystem nicht erst heute, sondern schon seit Jahren zwingend erforderlich wären. Zu nennen sind die Reform der Vergütungssysteme (DRG, GOÄ, EBM), die Krankenhausplanung, das MDK-Reform-Gesetz, die Neuordnung der Notfallversorgung, das Voranbringen der sogenannten „Ambulantisierung“ und sozusagen als alles verbindende Klammer die Diskussion um eine sinnvolle Strukturierung der sektorenübergreifenden Versorgung. Immerhin hat der Begriff Eingang in den Koalitionsvertrag gefunden. Das lässt hoffen, auch wenn nichts auch nur ansatzweise über die konkrete Ausgestaltung formuliert wird. Ich persönlich würde auch eher von einer **sektorenüberwindenden Versorgung** sprechen, denn „übergreifend“ impliziert schon vom Wort her die Gefahren einer Übergriffigkeit, von welcher Seite auch immer.

Genau das geschieht. Während, wie in dieser Passion Chirurgie nachzulesen, vor Ort durchaus auf die Patienten bezogene gemeinsame Versorgungsformen praktiziert werden, bleibt die systemimmanente Konfrontationshaltung der beiden entscheidenden Player, Krankenhausgesellschaft und Kassenärztliche Bundesvereinigung, also stationärer und ambulanter Sektor, unübersehbar. Die rein interessengesteuerten Positionen scheinen unvereinbar zu sein. Es geht wie immer um Geld, sehr viel Geld, und nicht minder um Macht und Einfluss. Da gönnt der eine dem anderen nicht das Schwarze unter den Nägeln.

Insofern sind alle bisher bekannten Vorschläge oder besser Wortblasen und standardisierten Phrasen stets deckungsgleich mit Bekanntem. Neuer Wein schmeckt anders. Die Schläuche sind auch noch dieselben, mittlerweile schon ein wenig mürbe und löchrig.

Es ist bitter zu erkennen, dass diejenigen, um die es wirklich gehen sollte, nämlich unsere Patienten, nur am Rande Erwähnung finden. In meinen Augen muss eine sektorenüberwindende Versorgung aber genau darauf ausgerichtet sein, unsere Patienten in ihrer Krankheitskarriere möglichst aus einer gemeinsamen therapeutischen Hand beim Übergang zwischen ambulant und stationär und umgekehrt zu begleiten. Das setzt eine enge, vertrauensvolle Kooperation auf der persönlichen Arzzebene voraus. Institutionelle Regelungen können da nur begleitend an zweiter Stelle stehen. Angesichts der erstarrten Fronten im Gesundheitssystem, deren Hauptursache – wie nicht anders zu erwarten – in den streng separierten Finanzierungssystemen der Sektoren zu finden ist, müssen wir unsererseits, also aus dem Kreis der Behandler, Wege aufzeichnen, wie so etwas funktionieren kann. Die folgenden Beispiele im Schwerpunktthema zeigen, dass dies möglich ist. Allerdings sind die Widerstände gegen derartige innovativen Konzepte groß und es bedarf viel Kraft und Überzeugungsarbeit, aus diesen ersten Pilotprojekten etwas wirklich Systemveränderndes zu machen.

Also leider nichts mit „Neuem Wein in alten Schläuchen“, sondern bis auf wenige mutige Winzer eher „Alter (saurer) Wein in bekannten Schläuchen“.

Danke, dass Sie die Passion Chirurgie lesen. ○

Rüggeberg JA: Editorial. Sektorenübergreifende Versorgung – Neuer Wein in alten Schläuchen? Passion Chirurgie. 2022 April; 12(04): Artikel\_01.



Diesen Artikel finden Sie auf BDC|Online (www.bdc.de) unter der Rubrik Politik | Sektorenübergreifende Versorgung.

# CHIRURGIE

## HERAUSGEBER

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

## DGCH

Präsident: Prof. Dr. med. Hauke Lang  
Vizepräsident:innen: Prof. Dr. med. Dr. med. dent. Michael Ehrenfeld, Prof. Dr. med. Andreas Seekamp, Prof. Dr. med. Christiane J. Bruns,  
Generalsekretär: Prof. Dr. med. Dr. h.c. Hans-Joachim Meyer  
Schatzmeister: Prof. Dr. med. Jens Werner

## 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.)  
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 © Bill Oxford, iStock

## ERSCHEINUNGSWEISE UND BEZUG:

Passion Chirurgie erscheint monatlich als elektronische Ausgabe (eMagazin via BDC|Mobile App über Apple AppStore oder GooglePlay).  
Quartalsweise erscheint sie als gedruckte Zeitschriftenausgabe.

Der Bezug ist im Mitgliedsbeitrag des Berufsverbandes der Deutschen Chirurgen 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 Sektorenübergreifende Versorgung –  
Neuer Wein in alten Schläuchen? *J.-A. Rüggeberg*

### 6 KURZNACHRICHTEN

### 8 CHIRURGIE

8

WIE SEHEN KBV UND DKG  
DIE GEPLANTE NEUORDNUNG  
AN DER SEKTORENGRENZE  
AMBULANT/STATIONÄR? *G. Gaß, A. Gassen*

14

SEKTORENÜBERGREIFENDE ZUSAMMEN-  
ARBEIT ZUM WOHLER DER PATIENTEN  
*T. F. Schwemer*

18

INTERSEKTORALE VERSORGUNG VON  
UNFALLCHIRURGISCHEN PATIENTEN  
*R. W. Schmitz, A. Seekamp, M. Müller*

### 23 CHIRURGIE<sup>+</sup>

23 Fortbildung mit Zukunft – eine Umfrage  
zur Digitalisierung chirurgischer Fort-  
und Weiterbildung *W. Schröder, M. P. Hahn, J. Seifert,  
J. Dreusch, S. Joachimi, F. Burgdorf*



29 Fortbildungen für D-Ärztinnen und D-Ärzte  
*M. P. Hahn, P. Kalbe, S. Larsen, J. Seifert*

31 REIHE: Unerwarteter Tod des Praxisinhabers – Teil 3  
Zuerst den Patientenstamm sichern! *S. Hoch*

33 **Hygiene-Tipp:** Aktuelles zu  
Händedesinfektionsmitteln  
*W. Popp, L. Jatzwauk, W. Kohnen*

35 Honorarberichte der KBV 2020

36 **Rezension:** Atlas of Robotic Upper  
Gastrointestinal Surgery *U. Fetzner*

38 Personalia

## 39 RECHT

39 **F+A:** Haftung des Belegarztes für Fehler  
nachgeordneter Krankenhausärzte *J. Heberer*

40 **F+A:** Angabe der Diagnose auf der  
Rechnung notwendig *J. Heberer*

## 42 GESUNDHEITSPOLITIK

42 **BDC-Praxistest:** Leitende Chirurginnen –  
how I made it to the top *J. Gump, S. Bleiziffer,  
F. Koch, K. Korsake, K. Schlosser*

48 **BDC|Pressemitteilung:** Krebstherapien auch unter  
Corona dringlich

49 **BDC|Pressemitteilung:** BDC schreibt  
Journalistenpreis 2022 aus

## 50 INTERN

### 50 DGCH

50 Rekrutierende multizentrische chirurgische  
Studien in Deutschland *S. Tenckhoff*

53 Spendenaufruf und  
Bausteine Langenbeck-Virchow-Haus

57 DGCH-Präsidium ab 01. Februar 2022

59 Meine Daten haben sich geändert

## 60 INTERN BDC

### 60 BDC

60 BDC|News

62 BDC|Landesverbände

64 Termine BDC|Akademie

67 Lifestyle-Angebote im April 2022

## 68 PANORAMA

68 Netzwerk Herzchirurginnen fördert  
weiblichen Nachwuchs und initiiert  
praxisorientierte Seminare *R. Iglauer-Sander*

# UKRAINE

## ANGEWIESEN AUF MEDIZINISCHE UND HUMANITÄRE HILFE



Der BDC schließt sich der Bundesärztekammer in ihrer Solidaritätsbekundung gegenüber der ukrainischen Bevölkerung und den ärztlichen Kolleginnen und Kollegen an. Viele Menschen sind durch den russischen Angriffskrieg in Not geraten und dringend auf medizinische und humanitäre Hilfe angewiesen. Wenn Sie spenden wollen, finden sie hier eine Auswahl an Hilfsorganisationen, die auch medizinische Hilfsgüter in die Ukraine bringen.

**action medeor:** Das Medikamenten-Hilfswerk verschickt dringend benötigtes medizinisches Material. Sachspenden: <https://medeor.de/de/blog/spenden-bewegt/3629-ukraine-sachspenden.html>, Geldspenden: [www.medeor.de/de/spenden-und-helfen/spendenformular.html](http://www.medeor.de/de/spenden-und-helfen/spendenformular.html)

**Aktion Deutschland hilft:** Das Bündnis aus Hilfsorganisationen unterstützt die ukrainische Bevölkerung mit Nahrungsmitteln, Trinkwasser und medizinischer Hilfe. <https://www.aktion-deutschland-hilft.de/>

**Aktionsbündnis Katastrophenhilfe:** Zusammenschluss von Caritas international, Deutsches Rotes Kreuz, UNICEF und Diakonie Katastrophenhilfe. <https://www.aktionsbuenndnis-katastrophenhilfe.de/>

**Ärzte ohne Grenzen e.V.:** Ärzte bieten unter anderem ambulante Sprechstunden und psychologische Einzelgespräche an. <https://www.aerzte-ohne-grenzen.de>

**Zur Bundesärztekammer:** <https://www.bundesaerztekammer.de/presse/pressemitteilungen>

## IPSA-Studie: Kostenfreie Internettherapie bei belastenden Ereignissen im Arztberuf



Die Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie des Universitätsklinikums Leipzig führt in einer wissenschaftlichen Untersuchung ein kostenfreies internetbasiertes Therapieprogramm für Ärztinnen und Ärzte durch, die im Rahmen ihrer beruflichen Tätigkeit ein belastendes Ereignis erlebt haben (sogenannte IPSA-Studie, Internettherapie für posttraumatische Stress nach belastenden Ereignissen im Arztberuf).

Mehr als einen Monat dauernde Auffälligkeiten der folgenden Art können auf ein solches Ereignis hindeuten:

- Wiederkehrende belastende Erinnerungen an das Ereignis

- Alpträume
- Flashbacks
- Vermeiden von Gedanken, Situationen, Personen oder Orten, die mit dem Ereignis in Verbindung stehen
- Gedrückte Stimmung und negative Gedanken
- Gefühle von Angst, Schuld, Scham oder Wut
- Erhöhtes Erregungsniveau und übersteigerte Reaktionen
- Leiden und Beeinträchtigungen unter diesen Veränderungen

Viele Betroffene wünschen sich therapeutische Unterstützung. Jedoch ist der Zugang zu Behandlungsmöglichkeiten oft erschwert, zum Beispiel durch lange Wartezeiten oder mit dem Beruf unvereinbaren Behandlungsterminen. Das Hilfsangebot unterstützt diese Betroffenen flexibel mit wissenschaftlich evaluierten Methoden.

**Zur Studie:** <https://www.belastung-im-arztberuf.de/>

## UMFRAGE ZUR BELASTUNG

### BEI LAPAROSKOPISCHEN ODER ROBOTERASSISTIERTEN EINGRIFFEN SUCHT TEILNEHMER



Das chirurgische Team des Marien Hospitals Herne, Universitätsklinikum der Ruhr Universität Bochum, hat eine großangelegte internationale Umfrage initiiert, um subjektive Erfahrungen von Chirurginnen und Chirurgen hinsichtlich der körperlichen Belastung während eines laparoskopischen oder roboterassistierten Eingriffs zu erheben.

Dazu ist das Team auf der Suche nach weiteren Umfrageteilnehmern. Um repräsentative Ergebnisse zu gewährleisten, sollten die Teilnehmer der Befragung Erfahrung in der laparoskopischen oder robotischen Chirurgie haben. Eine abgeschlossene Facharztausbildung in ihrem Fachgebiet ist ebenfalls Voraussetzung.

Die Umfrage besteht aus zwei Teilen und wird online ausgefüllt. Sie erfolgt anonym ohne Abfrage persönlicher Daten. Sie nimmt ungefähr 12 Minuten Zeit in Anspruch. Bitte beachten Sie, dass es zwei Umfragen gibt:

Wenn Sie überwiegend laparoskopische Eingriffe durchführen und an der Umfrage teilnehmen möchten, klicken Sie bitte hier:

[Umfrage für Laparoskopie](#)

Für die Teilnahme an der Roboterchirurgie-Umfrage klicken Sie hier:

[Umfrage Roboter-Chirurgie](#)

Bei Rückfragen steht Ihnen Dr. med. Omar Thaher, Abteilung für Allgemein- und Viszeralchirurgie Marienhospital Herne, Universitätsklinikum der Ruhr Universität Bochum gerne per E-Mail zur Verfügung: [omar.thaher@elisabethgruppe.de](mailto:omar.thaher@elisabethgruppe.de) oder [omar.thaher@yahoo.com](mailto:omar.thaher@yahoo.com).

## Spendenlauf für Kinderherztransplantation erzielt über 67.000 Euro



Bei dem im Januar 2021 gestarteten und nun beendeten virtuellen Spendenlauf „Ich lauf um dein Leben“ der Deutschen Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie e.V. (DGTHG) und der Deutschen Gesellschaft für Pädiatrische Kardiologie und Angeborene

Herzfehler e.V. (DGPK) erzielten mehr als 2.300 Läuferinnen und Läufer eine Spendensumme von 67.295,18 EUR. Darauf verwiesen die DGTHG und die DGPK in einer gemeinsamen [Pressemittteilung](#) am 18.2.2022.

Mit dem Erlös aus dem Spendenlauf möchten DGTHG und DGPK schwerst herzkrankte Kinder unterstützen, die oftmals viele Monate auf ein Spenderherz warten. Aktuell sind das etwa 55 Kinder bundesweit. Den Spendenbetrag erhält das Aktionsbündnis für Angeborene Herzfehler.

[Zum Spendenlauf](#)

IM FOKUS

# Sektorenüber- greifende Versorgung



# Wie sehen KBV und DKG die geplante Neuordnung an der Sektorengrenze ambulant/stationär?

In ihrem Koalitionsvertrag von Anfang Dezember 2021 haben SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP einen Abschnitt auch der Thematik „Ambulante und stationäre Gesundheitsversorgung“ gewidmet. Darin geht es um die sogenannte sektorenübergreifende Patientenversorgung. Dort ist unter anderem von der „Ambulantisierung bislang unnötig stationär erbrachter Leistungen“ die Rede, die zügig über eine sektorengleiche Vergütung durch „Hybrid-DRGs“ gefördert werden soll. Außerdem sind integrierte Gesundheits- und Notfallzentren erwähnt. Und auch, dass man die ambulante Bedarfs- und stationäre Krankenhausplanung mit den Ländern zu einer sektorenübergreifenden Versorgungsplanung weiterentwickeln möchte.

Wir haben dazu den Vorstandsvorsitzenden der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG), Dr. Gerald Gaß, und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), Dr. Andreas Gassen, acht Fragen gestellt. So haben sie geantwortet:



**Passion Chirurgie:** Was verstehen Sie unter Hybrid-DRGs und wie stehen Sie zu ihrer geplanten Einführung zur sektorengleichen Vergütung?

**Gerald Gaß:** Hybrid-DRGs sind pauschale, fallbezogene Vergütungen für originäre Krankenhausleistungen, die einheitlich

zur Anwendung kommen, unabhängig davon, ob die Behandlung des Patienten mehr oder weniger als 24 Stunden bzw. einen Kalendertag benötigt („ambulante Leistungen“ und „stationäre Leistungen“ = sektorenübergreifend).

Die für eine Hybrid-DRG geeigneten ambulant-klinischen Leistungen sind in Abhängigkeit von der patientenindividuellen Situation grundsätzlich ambulant durchführbar. Sie benötigen aber die Ausstattung und den multiprofessionellen Hintergrund eines Krankenhauses. Das kann durch die Komplexität des Eingriffs, durch risikoerhöhende Begleitumstände und/oder erhöhten prä- oder postoperativen Versorgungs- bzw. Überwachungsbedarf bedingt sein. Die für diese Vergütungsform geeigneten Leistungen sind zudem möglichst überschneidungsfrei festzulegen. Die Vergütung orientiert sich wie bei den bisherigen DRGs an Merkmalen, die den ökonomischen Schweregrad abbilden. Wegen der Aufhebung der spezifischen Vergütung für Kurzlieger für diese Leistungen resultiert für die entsprechenden Hybrid-DRGs grundsätzlich eine Mischfinanzierung.

Zur Einführung dieses neuen Vergütungssystems ist ein stufenweises Vorgehen vorzusehen, damit den Krankenhäusern die Gelegenheit gegeben wird, sich auf die neuen Rahmenbedingungen einzustellen. In der ersten Umsetzungsphase sollten auch finanzielle Anreize gesetzt werden. Die Hybrid-DRGs sollten sich

# » ZUR PERSON



**Dr. Gerald Gaß**  
Vorstandsvorsitzender der  
Deutschen Kranken-  
haus Gesellschaft (DKG)  
Wegelystraße 3  
10623 Berlin  
g.gass@dkgev.de



**Dr. Andreas Gassen**  
Vorstandsvorsitzender der  
Kassenärztlichen Bun-  
desvereinigung (KBV)  
Herbert-Lewin-Platz 2  
10623 Berlin  
vs\_gassen@kbv.de

daher zu Beginn eng an den Vergütungen für stationäre DRGs orientieren. Außerdem müssen und können dann die Prüfungen des MD für diesen neu geregelten Leistungsbereich vollständig entfallen. Damit ließe sich der extrem hohe Bürokratie-Aufwand im DRG-System verringern.

**Andreas Gassen:** Die sogenannten Hybrid-DRGs sind bislang ein eher politischer Begriff, der nicht genau definiert ist. Es gibt verschiedene Projekte und Modelle, die versucht haben, ambulante und stationäre Vergütungssysteme miteinander zu vereinbaren. Der Vergleich mit anderen Ländern zeigt, dass es sinnvoller ist, sich zunächst auf bestimmte Leistungen zu konzentrieren und diese für die ambulante Leistungserbringung über neue Preismodelle attraktiv zu machen. Dass dieser Weg auch hierzulande funktioniert, zeigt sich im

ophthalmochirurgischen Bereich am Beispiel der Kataraktoperation. Hier haben wir eine bundeseinheitliche Vergütungssystematik; das Ambulantisierungspotenzial bei Kataraktoperationen von 80 Prozent der Fälle wird seit Jahren ausgeschöpft.

Grundvoraussetzung solcher Preismodelle ist, dass die Vergütung den Aufwand widerspiegelt und den instrumentellen und personellen Erfordernissen entspricht. Ziel kann nicht sein, Versorgung nur einfach billiger zu machen, nach dem Motto „halber Aufwand, halbe Kosten“ – beides trifft nicht zu. Den Hybrid-DRGs ist eine Kostenkalkulation auf der Basis ambulanter Strukturen entgegenzusetzen, die zu einer angemessenen Vergütung für die Ambulantisierung führt. Leistungskatalog und -bewertungen müssen gemeinsam definiert und vertraglich vereinbart werden.

DRG-Elemente wie die Schweregrad-einteilung und auch der Einbezug konservativer Leistungen werden durch die derzeitige Reform des §115b SGB V (ambulantes Operieren) adressiert, deren Umsetzung von der Entwicklung von Hybrid-DRGs differenziert zu betrachten ist. Daher sollte der Prozess der Umsetzung durch KBV, DKG und GKV-Spitzenverband abgewartet werden.

**PC:** Können Vertragsarztpraxen unter den aktuell geltenden Rahmenbedingungen an der sektorenübergreifenden Versorgung gleichermaßen wie Krankenhäuser partizipieren? Welche Schwierigkeiten sehen Sie?

**GG:** Es ist grundsätzlich nicht sinnvoll, Doppelvorhaltungen zu fördern und neue Strukturen aufzubauen. Für ambulante Operationen und Interventionen mit geringem Komplexitätsgrad und Risikoprofil eignet sich das Konzept des AOP-Katalogs. Sowohl Krankenhäuser als auch Vertragsärzte können diese Leistungen erbringen, indem sie auf bestehende Ressourcen zurückgreifen.

Gaß G, Gassen A: Wie sehen KBV und DKG die geplante Neuordnung an der Sektorengrenze ambulant/stationär? *Passion Chirurgie*. 2022 April; 12(04): Artikel 03\_01.



Diesen Artikel finden Sie auf BDC|Online ([www.bdc.de](http://www.bdc.de)) unter der Rubrik Politik.

Für diese Leistungen eignet sich auch eine grundsätzlich gleiche Vergütung, auch wenn diese einen erlösrelevanten Differenzierungsgrad aufweisen muss, wenn beide Sektoren gleichermaßen als Leistungserbringer in Frage kommen.

Bei ambulant-klinischen Leistungen hingegen ist es aus versorgungspolitischen und -ökonomischen Gründen sinnvoll, diese in den Krankenhäusern zu versorgen. Hier sind die notwendigen Ressourcen vorhanden und können für diese Leistungen genutzt werden, ohne zusätzliche Kosten im Gesundheitssystem zu verursachen. Doppelvorhaltungen werden sowohl im personellen als auch im investiven Bereich vermieden. Da die personellen Ressourcen aktuell und zukünftig noch stärker im Gesundheitsbereich äußerst limitiert sind, ist es aber sinnvoll, dass die Vertragsärzte in die Versorgung der ambulant-klinischen Leistungen auf kooperativer Basis eingebunden werden. Auf diese Weise können knappe ärztliche Ressourcen intelligent genutzt werden. Für die Vertragsärzte besteht dadurch ein grundsätzlicher Zugang zur ambulant-klinischen Versorgung.

**AG:** Tatsächlich führen die aktuell geltenden Rahmenbedingungen dazu, dass Vertragsärzte und -ärztinnen sowie Krankenhäuser unterschiedlich an der sektorenübergreifenden Versorgung partizipieren. Hierzu gehören der Erlaubnis- versus Verbotsvorbehalt, die lückenhafte bzw. unterschiedliche Kostenerstattung – etwa bei ambulanten Operationen – sowie die Budgetierung.

Im Bereich des ambulanten Operierens ist eine „Hybrid-Zone“ schon etabliert. Die meisten ambulanten Operationen werden durch Vertragsärzte erbracht. Durch die Erweiterung des Katalogs um konservative Leistungen können mehr Vertragsärzte und -ärztinnen an einer sektorenübergreifenden Versorgung teilnehmen. Hinsichtlich der Qualität der Leistungserbringung sind Vertragsärzte und -ärztinnen vollauf konkurrenzfähig und könnten noch mehr machen.

Generell werden zu viele Fälle noch kurzstationär und nicht ambulant versorgt, da die Vergütungsanreize für eine Verlagerung in die ambulante Versorgung nicht ausreichend sind. Sektorenübergreifend kann auch bedeuten, längere Nachbeobachtungszeiten zuzulassen. Hierfür braucht es keine vollstationären Einheiten, sondern es reichen auch sog. Low-care oder Observation-care-Einheiten aus – Leistungen, die auch von Vertragsärzten erbracht werden können.

**PC:** Welche Herausforderungen kommen speziell auf die Kliniken zu? Sind die Hybrid-DRGs am Ende ein Mittel zur Strukturbereinigung?

**GG:** Die Hybrid-DRGs sollen dazu beitragen, die Behandlungsformen am Krankenhaus weiterzuentwickeln. Sie sollten daher einen Anreiz setzen, die Anzahl vollstationärer Behandlungen entsprechend der medizinischen Möglichkeiten sukzessive zu reduzieren, ohne Brüche in den zur Verfügung stehenden Budgets zu verursachen und ohne eine ungezielte bzw. ungesteuerte Veränderung der Krankenhausstrukturen bzw. eine Gefährdung der Versorgungssicherheit nach sich zu ziehen. Die Krankenhäuser können bei geeigneten Rahmenbedingungen sukzessiv Prozesse und Strukturen aufbauen, sodass im ambulant-klinischen Bereich zunehmend Patientinnen und Patienten versorgt werden können. Grundsätzlich führt aber die Reduktion vollstationärer Behandlungen tendenziell auch zu einem Abbau entsprechender Kapazitäten.

**AG:** Ich würde nicht das Wort Bereinigung, sondern Anpassung verwenden. Sektorenübergreifende Versorgung ist als politisches Vorhaben ein Dauerbrenner, jetzt aber haben wir eine echte Chance, etwas zu bewegen. Grundsätzlich ist allen Beteiligten klar, dass der Prozess der Ambulantisierung nicht aufzuhalten und sowohl im Hinblick auf Ressourcenallokation als auch auf die Patientenversorgung sinnvoll ist. Ziel des Gesetzgebers sollte sein, stationäre

Behandlungen zugunsten ambulanter Leistungen zu reduzieren, zum Beispiel Kurzlieger-Eingriffe.

**PC:** Welches Leistungsspektrum sollte ein künftiger Katalog sektorengleich anzuwendender Hybrid-DRGs nach Ihrer Auffassung beinhalten und was bedeutet dies mit Blick auf mögliche Budgetplanungen?

**GG:** Die entsprechenden Leistungen müssten noch nach den dargestellten Prinzipien definiert werden. Wichtig wäre, mit einem kleinem Leistungsspektrum zu beginnen und diesen dann im weiteren Verlauf zu erweitern. Das gibt den Krankenhäusern die Möglichkeit, sich auf die neuen Bedingungen einzustellen. Da auch niedergelassene Ärzte an dem neuen Versorgungsmodell teilnehmen können, sind hier Kooperationen mit Rahmenbedingungen und Abläufen zu klären und zu vereinbaren.

**AG:** Wie gesagt: Das Potenzial ambulant zu erbringender Leistungen ist in Deutschland noch nicht annähernd ausgeschöpft. Wenn man das täte, wäre die logische Folge die Bereinigung ambulanter Leistungen aus den Krankenhausbudgets. Wir sind gerade dabei, uns mit der DKG auf einen entsprechenden Katalog zu verständigen, den wir als KBV auch eher breit definieren würden. Wenn die Klinikkollegen dann aber mit gleicher Qualifikation und Qualität ambulante Leistungen erbringen, dann müssen sie das natürlich auch abrechnen können. Dafür brauchen wir keinen dritten Sektor. Es müssen nur die gleichen Spielregeln gelten. Das erkennen die Kliniken mittlerweile an.

**PC:** Was halten Sie von dem Ansatz einer sektorenübergreifenden Versorgungsplanung?

**GG:** Das befürworten wir ausdrücklich. Das Land benötigt dazu zusätzliche Kompetenzen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgungsplanung, die über die Ansätze des Koalitionsvertrags, wie

der Bestätigung der Beschlüsse des Zulassungsausschusses, hinausgehen sollten.

**AG:** Der Vorschlag als solcher ist nicht neu. Das Problem ist die fehlende Transparenz der vorhandenen nicht vertragsärztlichen Versorgungsstrukturen. Wir bräuchten zunächst einen bundesweiten Rahmen für die Meldung planungsrelevanter Daten. Der Gemeinsame Bundesausschuss könnte sektorenübergreifende Planungsgrundsätze etablieren. Was wir als KBV jedoch ablehnen, ist eine Verschiebung der Planungsebene auf die Länder und die damit einhergehende Schwächung der Selbstverwaltung.

**PC:** Wie interpretieren Sie die Aussage im Koalitionsvertrag, dass Versorgung an der Sektorengrenze zukünftig in integrierten Gesundheitszentren stattfinden soll?

**GG:** Wir interpretieren das so, dass Krankenhäusern in Kooperation mit vertragsärztlichen Leistungserbringern die Möglichkeit eingeräumt wird, Gesundheitszentren im Sinne angedockter „Satelliten“ aufzubauen. Diese sind eigenständig oder in Zusammenarbeit mit vertragsärztlichen Leistungserbringern in Regionen vorzusehen, in denen keine wohnortnahe Krankenhausversorgung mit ambulantem Leistungsspektrum gewährleistet ist. Sie würden dadurch bestehende Versorgungslücken auffangen oder vermeiden. Dazu bedarf es der Vorhaltung verschiedener Fachbereiche und entsprechender Nachbetreuungsmöglichkeiten. Wichtig ist, dass die Länder nach Rahmenkriterien mögliche Standorte für Gesundheitszentren ausweisen.

**AG:** Es ist grundsätzlich erfreulich, dass der Koalitionsvertrag das Konzept der Integrierten Gesundheitszentren (IGZ) der KBV aufgreift. Dieses sollte allerdings vom ambulanten System und nicht vom Krankenhaus aus gedacht werden und nicht als reiner „Rettungsanker“ für kleinere Häuser, indem diese weiter für die ambulante Versorgung geöffnet werden. Das Ansinnen, auch kurzstationäre Versorgung hier zu integrieren, ist sinnvoll.

**PC:** Was bedeutet der Aufbau integrierter Gesundheitszentren für die aktuellen Versorgungsstrukturen der Praxen und Krankenhäuser? Wird es zu einer verstärkten Umwandlung aktuell vorherrschender Strukturen kommen?

**GG:** Integrierte Gesundheitszentren könnten ein Weg sein, um eine flächendeckende Versorgung mit medizinischen Leistungen zu unterstützen. Allerdings ist noch zu klären, wie die Integrierten Gesundheitszentren konkret auszugestalten sind. Außerdem sollten diese nicht für mehr oder weniger zufällig entstehende Lücken in der stationären Versorgung vorgesehen werden, sondern die sektorenübergreifende Krankenhausplanung als zusätzliches Instrument ergänzen.

**AG:** Eine Umwandlung flächendeckend im großen Stil sehe ich bislang nicht, aber das Potenzial ist vorhanden. Ziel ist nicht, jemandem etwas wegzunehmen und z. B. Krankenhäuser „auf Teufel komm raus“ zu schließen. Vielmehr sollte es darum gehen, Synergien zu schaffen, Personal und Ausstattung sinnvoll einzusetzen und Standorte als solche zu erhalten – und damit auch die Versorgung vor Ort.

**PC:** Sehen Sie die neuen Pläne der Ampelkoalitionäre als Bedrohung? Wo liegen die Chancen?

**GG:** Als Chancen sehen wir die Absicht der Koalitionsparteien, moderne und zukunftsweisende Versorgungsformen zu entwickeln und zu implementieren. Risiken sehen wir, falls die Umsetzung keine ausreichenden Spielräume für die Krankenhäuser vorsieht, sich auf die neuen Bedingungen inhaltlich und strukturell einzustellen, oder finanzielle Anreize vermissen lässt, damit die neuen Möglichkeiten auch in der ersten Umsetzungsphase wirtschaftlich tragfähig sind. Die Innovationsbereitschaft der Krankenhäuser darf keine finanziellen Risiken nach sich ziehen, die bedarfsnotwendige Standorte wirtschaftlich gefährdet. Dies gilt insbesondere vor dem Hintergrund der weiterhin sehr belastenden Situation der Corona-Pandemie und der äußerst angespannten finanziellen Lage vieler Krankenhäuser.

**AG:** Die Ambulantisierung schreitet voran, allein schon durch den medizinisch-technischen Fortschritt. Bisher war diese Entwicklung häufig eine Einbahnstraße im Sinne einer Öffnung der Krankenhäuser. Mit der Reform des Paragraphen 115b SGB V haben wir derzeit die erste Chance auf tatsächlich „gleich lange Spieße“. Wünschenswert wäre – und die Zeichen hierfür sind positiv –, dass die Gestaltung der sektorenübergreifenden Versorgung mit- und nicht in Konkurrenz zueinander geschieht. Das gilt es bei der Entwicklung von Hybrid-DRGs aufzunehmen. Auch deshalb verwahren wir uns gegen Tendenzen im Koalitionsvertrag, die Selbstverwaltung bei der Umsetzung an die Kandare zu legen. ○



© Felix Marthies

# SKH Stadtteilklinik Hamburg: Sektorenübergreifende Zusammenarbeit zum Wohle der Patienten

**I**n Hamburg arbeiten Mediziner:innen verschiedener Disziplinen sektorenübergreifend und unkompliziert zusammen. Im Blick haben sie dabei die Gesundheit der Menschen im Hamburger Stadtteil Mümmelmannsberg.

Aus den obersten Stockwerken der Hochhaus-siedlung Mümmelmannsberg im Hamburger Osten schaut man auf Felder, Wiesen und ein Naturschutzgebiet. Hans-Jörg D. (Name geändert) wohnt seit 50 Jahren in Mümmelmannsberg und genießt jeden Morgen diesen Ausblick – in den letzten Jahren allerdings aus seinem Pflegebett. Darmkrebs und ein Schlaganfall haben ihn bettlägerig werden

lassen. Jeden Tag hat er mehr Schmerzen. Die Pflege übernimmt seine Frau. Auch sie ist fast achtzig und chronisch krank. Seitdem ihr Ehemann von einem längeren Krankenhausaufenthalt wieder nach Hause gekommen ist, fällt ihr die tägliche Pflege immer schwerer.

Im Herzen von Mümmelmannsberg liegt die SKH Stadtteilklinik Hamburg, ein interdisziplinäres Belegkrankenhaus mit 15 Planbetten, einem OP und einem zugehörigem MVZ. Die stationäre und ambulante haus- und fachärztliche Versorgung findet hier wohnortnah, interdisziplinär und transsektoral statt. Die Zusammenarbeit mit weiteren Fachdisziplinen erfolgt nachbarschaftlich und niedrigschwellig.



**Dr. med. Tjark Frederik Schwemer**  
 Ärztlicher Leiter  
 SKH Stadtteilklinik Hamburg  
 Oskar-Schlemmer-Straße 9-17  
 22115 Hamburg

## SKH STADTTEILKLINIK HAMBURG GMBH



**Abb.1:** Außenansicht der SKH Stadtteilklinik Hamburg

### Kontaktdaten:

Stadtteilklinik Hamburg GmbH  
 Oskar-Schlemmer-Straße 9-17  
 22115 Hamburg  
 Telefon: +49 40 71 59 1 322  
 info@stadtteilklinik-hamburg.de  
 www.stadtteilklinik-hamburg.de

Die SKH Stadtteilklinik Hamburg ist eine Belegklinik, die im Bettenplan der Hansestadt Hamburg etabliert ist. In der SKH Stadtteilklinik Hamburg arbeiten Ärztinnen und Ärzte der Fachrichtungen Innere Medizin, Allgemeinmedizin, Allgemein- und Unfallchirurgie, Orthopädie, Gynäkologie und Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde.



**Abb. 2:** Haupteingang zur SKH Stadtteilklinik Hamburg

So ist es hier gelebte Selbstverständlichkeit, dass Dr. Gerd Fass, der einzige Chirurg in Mümmelmannsberg, Belegarzt in der Stadtteilklinik Hamburg ist und aus seiner großen und breit aufgestellten Praxis regelmäßig Patient:innen zur Therapie und postoperativen Versorgung in die Stadtteilklinik Hamburg einweist.

Oftmals werden komplexe Fälle interdisziplinär besprochen, durch die räumliche Nähe und enge Nachbarschaft der Stadtteilklinik Hamburg zu der Chirurgischen Praxis Dr. med. Fass (**siehe Box**) kommt es täglich zu einem Austausch über Patient:innen, Krankheitsverläufe und Projekte.

Die SKH Stadtteilklinik Hamburg liegt im zweiten Stock eines mehrstöckigen Gebäudes, in dem 14 medizinische Fachgruppen, eine Psychiatrische Tagesklinik, eine Apotheke und eine Physiotherapiepraxis untergebracht sind. Von einem Patientenzimmer aus blickt Dr. Tjark Schwemer, der Ärztliche Leiter der SKH Stadtteilklinik Hamburg, während der morgendlichen Visite auf eine Hochhausfront – eine Patientin erzählte ihm, dass sie fast genau gegenüber hinter einem der Fenster wohne. Mit bei der Visite ist Peter Brasch. Peter Brasch arbeitet hausärztlich im MVZ der Klinik und ist gleichzeitig der Stellvertreter von Dr. Schwemer. Herr Brasch kennt die

## PRAXIS DR. MED. GERD FASS

Facharzt für Chirurgie, Unfallchirurgie und Orthopädie  
 Durchgangsarzt, Sportmedizin, Chirotherapie & Rettungsmedizin  
 Belegarzt  
 Oskar-Schlemmer-Str. 15  
 22115 Hamburg  
 Telefon: +49 40 71591255  
 praxis@drfass.de  
 www.drfass.de



**Abb. 3:** Dr. med. Gerd Fass

Schwemer TF: Zum Wohle der Patienten.  
 Passion Chirurgie. 2022 April; 12(04):  
 Artikel 03\_02.



Diesen Artikel finden Sie auf BDC|Online  
 (www.bdc.de) unter der Rubrik Politik |  
 Sektorenübergreifende Versorgung.

visitierte Patientin hausärztlich und erläutert in der Visite anstehenden Aufgaben im Entlassungsmanagement.

Im Anschluss daran berichtet Herr Brasch von einem Patienten, den er am Vortag zu Hause besucht und behandelt hat. Es ist Herr D., der zunehmend unter Schmerzen leidet. Ursächlich hierfür scheint ein sakraler Dekubitus IV° zu sein (**Abb. 5**). Herr Brasch und Dr. Schwemer entscheiden, Herrn D. stationär aufzunehmen und ihn Dr. Fass vorzustellen.

Schon am Nachmittag liegt Herr D. in einem Patientenzimmer der Stadtteilklinik. Das Team der Wundspezialistinnen aus dem Krankenpflegeteam der Stadtteilklinik hat den Dekubitus beurteilt und zusammen mit den Stationsärzten und dem Hausarzt einen Therapieplan aufgestellt.

Dr. Fass konnte nach seiner Operation im OP der Stadtteilklinik eine erste Visite bei Herrn D. machen und bespricht mit Dr. Schwemer das weitere Prozedere – eine Vakuum-Therapie ist die Therapie der Wahl (**siehe Fallinformationen zum Patienten Herr D.**).

Dieser Ablauf ist beispielhaft für die fach- und sektorenübergreifende Zusammenarbeit in der Stadtteilklinik Hamburg. Es wird interdisziplinär und unkompliziert und immer mit Blick auf den Patienten zusammengearbeitet.

Diese Gedanken werden auch im Ärztenetz Billstedt-Horn e.V. gelebt, in dem die Stadtteilklinik Hamburg und Dr. Fass langjährige Mitglieder sind. Das Ärztenetz Billstedt-Horn e.V. ist die Grundlage für eine breite Zusammenarbeit verschiedener Akteure im Gesundheitssystem des Stadtteils (**siehe Infobox Ärztenetz Billstedt-Horn e.V.**).

Herr D. liegt nun bereits eine Woche auf Station 1 der Stadtteilklinik Hamburg. Nach einem ausgiebigen Debridement, Anlage einer VAC-Pumpe und Wechsel des VAC-Verbands im OP der Stadtteilklinik ist eine beginnende Granulation des Wundgebiets erkennbar. Die spezialisierten Wundpflegekräfte der Station haben zusammen mit Dr.



**Abb. 4:** Dr. Tjark Schwemer und Peter Brasch und weiteres Klinikpersonal bei der großen Visite in der SKH Stadtteilklinik



**Abb 5:** Patient Herr D.: sakraler Dekubitus IV° – vor Behandlung in der SKH Stadtteilklinik Hamburg

Fass entschieden, dass in den nächsten Tagen auf einen absorbierenden Wundverband gewechselt werden soll.

Dr. Schwemer und Herr Brasch haben sich um eine multimodale Schmerztherapie, die Keimsanierung und um die Therapien der Begleiterkrankungen gekümmert. So sind Chirurg, Kliniker und Hausarzt stets auf dem gleichen Stand und können eine individuelle Therapieplanung gewährleisten.

Die Planung der Entlassung von Herrn D. nach Hause erfolgt daher in einer interdisziplinären Absprache. Die Wundexpertinnen der Klinik übergeben das Konzept der Wundbehandlung an die Wundpflegeexpertin aus

dem Team von Dr. Fass. Dieser wird zusammen mit seinem Team die weitere Therapie der Wunde ambulant bei Herrn D. zu Hause übernehmen. Herr Brasch wird die hausärztliche Betreuung weiterhin sicherstellen. Den stationären Verlauf kennt er aus eigener Mitwirkung und Anschauung (**Abb. 6**).

Chronische Wunden sind multifaktoriell bedingt und brauchen eine multikausale Therapie. Selten ist eine Versorgung abschließend stationär möglich, fast immer sind intersektorale Zusammenarbeit und interdisziplinäre Absprachen notwendig und fast immer scheitert die Versorgung daran – gerade in einem sozial schwachen Stadtteil wie Mümmelmannsberg.



Abb. 6: Patient Herr D.: Dekubitus – deutlicher Heilungsverlauf nach Behandlung in der SKH Stadtteilklinik Hamburg

### ÄRZTENETZ BILLSTEDT-HORN E.V.

Das Ärztenetz Billstedt-Horn, zu dem inzwischen 65 Mitglieder gehören, hat es sich zur Aufgabe gemacht, die medizinische Versorgung der Bevölkerung in den Hamburger Stadtteilen Billstedt und Horn zu verbessern. Dies gelingt durch eine stärkere Vernetzung der Ärzt:innen in den betreffenden Stadtteilen und eine koordinierte Zusammenarbeit von Ärzt:innen und Personen nichtärztlicher Heilberufe in medizinischen Einrichtungen der ambulanten und stationären Versorgung. Das Ärztenetz Billstedt-Horn ist teil des Gesundheitsnetzwerkes, zu dem unterschiedliche Akteure aus dem medizinischen und sozialen Sektor gehören.

Die SKH Stadtteilklinik Hamburg beteiligt sich daher an einem Projekt des Innovationsfonds, um die transsektorale, interdisziplinäre und wohnortnahe Versorgung zukunftsweisend aufzustellen und sicherzustellen. Die zukünftige Gesundheitspolitik will diese Formen der medizinischen Versorgung stärker fördern und potentielle Hürden abbauen. Die Stadtteilklinik Hamburg und Dr. Fass sind daher optimistisch, was die Weiterführung ihrer wohnortnahen Versorgung der Einwohner von Mümmelmannsberg angeht.

Herr D. blickt mittlerweile wieder aus dem Fenster seiner Wohnung auf das nahe gelegene Naturschutzgebiet. Das vollständige Abheilen des Dekubitus wird noch dauern, aber seitdem die Schmerzen gut behandelt sind und seine Frau durch einen Pflegedienst bei seiner Versorgung unterstützt wird, geht es ihm deutlich besser.

Dr. Fass, Dr. Schwemer und Herr Brasch schauen in der Stadtteilklinik Hamburg in dieselbe Richtung wie ihr Patient, ihr Blick richtet sich aber auf das Röntgenbild einer schlecht abgeheilten proximalen Femurfraktur. Auch diesem Patienten wird das Team in Mümmelmannsberg gemeinschaftlich und interdisziplinär helfen können. ○

### FALLINFORMATIONEN ZUM PATIENTEN HERR D.

- Männlich, 75 Jahre
- Kolonkarzinom mit Z.n. Hemikolektomie rechts und Anlage Anus praeter, Radiatio und Chemotherapie, Z.n. Apoplex mit residueller Hemiparese rechts
- Epilepsie, Diabetes mellitus, ischämische Kardiomyopathie, Alkoholabusus
- Dekubitus IV° am Steiß, a.e. auf dem Boden eines Dekubitus II° nach Entlassung aus Reha nach Colonkarzinom.

### BEHANDLUNGSVERLAUF IN DER SKH STADTTEILKLINIK HAMBURG

Tag 1: ausgedehntes Wunddebridement und Anlage VAC-Therapie

Tag 5: Wechsel VAC-Verband

Tag 7: Nachweis MRSA in Wunde, Beginn lokale antiinfektive Therapie

Tag 9: epileptischer Anfall

Tag 12: Wechsel von VAC-Therapie wegen Leckage zu absorbierendem Wundverband

Tag 20: Entlassung



Abb. 7: Blick in die SKH Stadtteilklinik Hamburg



# Intersektorale Versorgung von unfallchirurgischen Patienten

**D**ie sektorenübergreifende Behandlung von Patienten ist schon seit vielen Jahren in aller Munde. Sie wird lautstark von Kassen- und auch diversen politischen Parteien eingefordert – allein eine Umsetzung ist bis dato ausschließlich allenfalls sporadisch zu beobachten [2]. Der einfache Grund dafür ist, dass unser Gesundheitssystem so aufgebaut ist, dass eine Verschiebung von Patienten und Leistungen aus einem Sektor in den anderen zwangsweise zu einem Verlust von Erlösen führt. Hauptsächlich ist davon der stationäre Bereich betroffen. Verständlicherweise war so das Interesse der beteiligten Vertragspartner gering, hier große Änderungen herbeizuführen. Und damit belegt Deutschland unter den hochentwickelten OECD-Staaten bezüglich

des ambulanten Operierens weiterhin einen der letzten Plätze [8]. Dies ist umso weniger nachvollziehbar, da in diesem Bereich genug Evidenz vorliegt hinsichtlich Sicherheit, Komplikationsarmut und Patientenzufriedenheit [1, 4]. Nach jahrelangem Stillstand deuten sich nun am Horizont Veränderungen an. So wurde im MDK-Gesetz aus 2020 festgelegt, dass eine Förderung und damit Besserstellung der Vergütung, kalkuliert auf aktuellen Kosten bei der Betreibung eines ambulanten OP-Zentrums, zu erfolgen hat. Darüber hinaus hatte der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen angemahnt, dass zusätzlich zum aktuell gültigen AOP-Katalog weitere operative Leistungen aus dem stationären Sektor herausgelöst



#### Korrespondierender Autor

**Dr. med. Ralf W. Schmitz**

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



#### Prof. Dr. med. Andreas Seekamp

Direktor  
Klinik für Orthopädie und  
Unfallchirurgie  
Universitätsklinikum Schleswig-  
Holstein, Campus Kiel



#### Dr. med. Michael Müller

Leitender Oberarzt  
Klinik für Orthopädie und  
Unfallchirurgie  
Universitätsklinikum Schleswig-  
Holstein, Campus Kiel

Schmitz RW, Müller M, Seekamp A:  
Intersektorale Versorgung von unfallchirurgischen  
Patienten. *Passion Chirurgie*. 2022 April;  
12(04): Artikel 03\_03.



Diesen Artikel finden Sie auf BDC|Online  
([www.bdc.de](http://www.bdc.de)) unter der Rubrik Politik |  
Sektorenübergreifende Versorgung.

werden sollen [9]. Dem folgte das BMG mit der Vergabe eines ersten Gutachtens zur Identifizierung von initialen Leistungsbereichen [11]. Von der KBV, dem GKV-Spitzenverband und der Deutschen Krankenhausgesellschaft wurde zur Konkretisierung ein weiteres Gutachten vergeben. So soll das IGES-Institut Vorschläge erarbeiten, welche der bisher hauptsächlich stationär erbrachten Eingriffe dafür in Frage kommen und wie diese zukünftig vergütet werden sollen. Im Endeffekt sollen also gesetzliche Rahmenbedingungen geschaffen werden, die unter dem Schlagwort intersektorale Versorgung eine Verbesserung der Versorgung, ketzerisch formuliert auch eine Reduktion der Kosten, zur Folge haben sollen. Abseits von Vergütungsformen wird dabei vergessen, dass eine solche sektorenübergreifende Behandlung von chirurgischen Patienten vielerorts schon gelebt wird, ja für eine patientengerechte Versorgung unabdingbar ist.

Kürzlich hatte das Referat Niedergelassene Chirurgen (RNC) zusammen mit Vertretern des Referates Leitende Krankenhauschirurgen einen Workshop zu diesem Thema veranstaltet. Dabei zeigte sich grundsätzlich der gute Wille, eine solche Versorgungsform zu etablieren. Gleichzeitig zeigte sich aber auch, dass insbesondere die Kolleginnen und Kollegen aus den Kliniken nur rudimentär darüber informiert waren, was tatsächlich heute im ambulanten Sektor an Leistungen erbracht wird. Daher wurde die Idee geboren, am Beispiel des MVZ Chirurgie Kiel die dort gelebte Versorgung der Patienten über die Sektorengrenzen hinweg zu beschreiben.

Das MVZ Chirurgie Kiel wurde am 01.10.2006 zugelassen, damals fachübergreifend als Gesellschaft bürgerlichen Rechts (GbR) mit fünf Fachärzten für Chirurgie und einer Fachärztin für Anästhesie. Nach dem ab Januar 2007 geltenden Vertragsarztrechtsänderungsgesetz (VÄndG) durfte ein MVZ auch von Ärzten einer einzigen Facharztgruppe betrieben werden und so entwickelte sich in den folgenden Jahren ein „reinrassiges“ chirurgisches MVZ, aktuell acht KV-Sitze umfassend. Die Gesellschaftsform ist unverändert eine vertragsärztliche GbR aktuell mit sechs gleichberechtigten Partnern, weitere sieben

Kolleginnen und Kollegen sind angestellt tätig, manche in Teilzeit. Eine Beteiligung einer Klinik oder eines sonstigen Investors besteht nicht.

Angesiedelt ist das MVZ im Haus einer ehemaligen Praxisklinik auf dem Ostufer von Kiel, einem Stadtgebiet geprägt durch Hafen und Schiffbau, das traditionell medizinisch schlecht versorgt war. So befinden sich sämtliche Kliniken (Universitätsklinikum, zwei Schwerpunktversorger und diverse Belegarztkliniken) auf dem Westufer. Das Einzugsgebiet des MVZs umfasst die Regiopoleregion Kiel, also die Großstadt mit den benachbarten Kreisgebieten, mit etwa 650.000 Einwohnern. Abgedeckt wird das klassische chirurgische Spektrum mit den Facharztbezeichnungen Chirurgie, Unfallchirurgie, Orthopädie, Handchirurgie, Viszeralchirurgie und Gefäßchirurgie. Vier D-Ärzte sind vom Landesverband Nordwest der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) zugelassen, darüber hinaus besteht eine Beteiligung im Rahmen des Modellprojekts Handchirurgie.

Pro Jahr werden etwa 30.000 Patienten ambulant behandelt, davon etwa 4.000 Schul- und Arbeitsunfälle. Gemeinsam mit einer im gleichen Haus ansässigen Gemeinschaftspraxis für Anästhesie wird ein ambulantes OP-Zentrum betrieben. Hier werden etwa 3.500 Patienten pro Jahr operativ versorgt. Weitere 1.000 Operationen werden jährlich belegärztlich stationär in zwei verschiedenen Kliniken durchgeführt.

Bei der belegärztlichen Versorgung handelt es sich um eine seit Jahrzehnten bewährte Behandlungsform, die von Beginn an die beiden Sektoren stationär und ambulant in der Person des Belegarztes vereinte. Per definitionem handelt es sich also um intersektorale Versorgung. Damit bräuchte man diese auch nicht neu zu erfinden. Leider befindet sich dieses System aber auf dem absteigenden Ast, in erster Linie bedingt durch eine nicht auskömmliche Vergütung [6]. Weiter sind belegärztliche Kliniken in der Regel nicht mit einer 24/7 Notaufnahme und einer Intensivstation ausgerüstet, daher müssen Akutpatienten natürlich in einer chirurgischen Hauptabteilung behandelt werden. Dies gilt auch für

Patienten im Rahmen des stationären berufs-genossenschaftlichen Heilverfahrens. Daher besteht zwangsläufig die Notwendigkeit der Zusammenarbeit mit stationären Einrichtungen, um eine Versorgung dieser Patienten zu gewährleisten.

### WIE GESTALTET SICH NUN KONKRET DIE ZUSAMMENARBEIT ÜBER DIE SEKTORENGRENZEN HINWEG?

Bereits im Jahr 2010 wurde im MVZ Chirurgie eine Indikationssprechstunde der Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie am Universitätsklinikum Schleswig-Holstein (UKSH) in Kiel eingerichtet. Dazu wurde der leitende Oberarzt in Teilzeit angestellt. In der Sprechstunde werden diesem stationär behandlungsbedürftige Patienten und Patientinnen vorgestellt. Dabei wird nicht nur die Indikation gestellt, sondern auch der Aufnahme- bzw. OP-Termin festgelegt, ebenso wie eventuell zusätzlich notwendige Untersuchungen. Gleichzeitig bietet sich für die Klinik die Möglichkeit, ihre operierten Patienten nachzusorgen, inklusive der Anfertigung von Röntgenkontroll-Aufnahmen, was im normalen Klinikgeschäft mit Ausnahme von Privat- und BG-Patienten nicht möglich ist. Ähnliche Modelle wurden in der Zwischenzeit auch mit zwei Schwerpunktversorgern auf den Gebieten endovaskuläre Gefäßchirurgie und Wechselendoprothetik etabliert. Hier verhält es sich nur umgekehrt, das heißt, Vollzeit im MVZ tätige Chirurgen operieren in Teilzeit angestellt in den auswärtigen Kliniken.

Nicht erst seit der Verabschiedung der neuen kompetenzbasierten Weiterbildungsordnung werden immer mehr Weiterbildungsinhalte im ambulanten Sektor erbracht [7]. Dies deutete sich schon vor Jahren an und so wurde bereits 2015 ein bundesweit viel beachtetes Modellprojekt zur strukturierten chirurgischen Weiterbildung etabliert [10]. Es besteht eine gemeinsam ausgeübte Verbundweiterbildung des ärztlichen Leiters des MVZ und des Klinikleiters Unfallchirurgie am UKSH Kiel. Stationär in der Klinik angestellte Kolleginnen und Kollegen in der Weiterbildung haben dabei die Möglichkeit, ohne Nachweis einer Anstellung im MVZ Kompetenzen bei

häufig im ambulanten Bereich durchgeführten operativen Eingriffen zu erwerben, also zum Beispiel Arthroskopien, Materialentfernungen, Hand- und Fußchirurgie unter anderem. Dieses Modell wurde von der Ärztekammer Schleswig-Holstein begleitet und dient nun als Blaupause für eine hoffentlich in der Zukunft geregelte finanzielle Förderung der Weiterbildung. Aktuell besteht auf Antrag bei den zuständigen KVen die Möglichkeit auf Zuschussgewährung analog der Förderung in der Allgemeinmedizin.

Eine weitere Form der intersektoralen Zusammenarbeit besteht in der Versorgung schwer verletzter Patienten im Rahmen des berufs-genossenschaftlichen Heilverfahrens. In den letzten Jahren wurden von der Akademie für Unfallchirurgie (AUC) Kliniken im Rahmen von Trauma-Netzwerken zertifiziert [3]. Dies ist für Praxen derzeit nicht vorgesehen. Gleichwohl besteht die Möglichkeit, als „Kooperierende Praxis“ an einem TraumaNetzwerk® angedockt zu werden. Hilfreich ist dabei auch der Anschluss der Praxen über das Teleradiologienetzwerk (TKmed®). So ist die Versorgung schwerverletzter Patienten auch nach der stationären Versorgung gesichert. Gleichzeitig dient dieses Konstrukt auch der Koordination der Behandlung von Patienten im SAV oder VAV-Verfahren (Schwerstverletzungsartenverfahren oder Verletzungsartenverfahren), auch im Rahmen mit von den BGen gemeinsam abgehaltenen Reha-Plan-Sprechstunden [5].

Natürlich ist nicht alles rosa in einer langjährigen Beziehung. Trotz der zuvor dargestellten intensiven Zusammenarbeit zwischen der Praxis und den stationären Hauptabteilungen bestehen wie überall anders auch Probleme. Bekanntermaßen gibt es an der Schnittstelle Vertragsarztpraxis/Hauptabteilung Reibungs- und Informationsverluste. Der Grund ist oftmals die schlechte telefonische Erreichbarkeit eines Ansprechpartners auf der Gegenseite bei Einweisung oder Entlassung und damit eintretende unnötige Verzögerungen im Heilverfahren bis hin zu Qualitätsverlusten. Wir haben daher kürzlich mit Hilfe eines medizinischen Messengers (Siilo®) das Netzwerk „Orthopädie und

Unfallchirurgie Kiel“ eingerichtet. Damit besteht nun die Möglichkeit, einen Patienten mit relevanten Befunden über eine hochgesicherte App in die Gruppe der an der Behandlung beteiligten Fachärzte zu stellen. Da heute jeder in der Regel sein Smartphone dabei hat, erreicht diese Meldung zum Beispiel auch den diensthabenden Oberarzt in der Klinik, der dann umgehend Kontakt aufnehmen oder direkt die Operation anmelden kann. Analog soll bereits vor der Entlassung das weiterbehandelnde MVZ über den Patienten informiert werden, um Informationsverluste an der Schnittstelle stationär-ambulant zu minimieren.

Konkret in Planung sind derzeit weitergehende Kooperationen in Fort- und Weiterbildung und die gemeinsame Entwicklung von Standard Operating Procedures (SOPs). Auch die Teilnahme an Klinikkonferenzen (M und M, Tumorboard) ist heute mit Zoom®, Teams® und GoTo Meeting® kein Problem mehr. Das vorläufige Endziel der Zusammenarbeit ist die Entwicklung einer gemeinsamen Fallakte – dies wird aber insbesondere wegen datenschutzrechtlicher Aspekte wohl noch eine Weile dauern.

Zusammengefasst hat sich die vorgestellte intersektorale Kooperation zwischen dem MVZ Chirurgie Kiel und dem Maximalversorger UKSH Kiel durchaus gedeihlich entwickelt, dies zum Wohl des Patienten und verbunden mit einem deutlich verbesserten Zeitmanagement der beteiligten Ärztinnen und Ärzte. Lange Wartezeiten am Telefon sind passé und Informationsverluste bei Einweisung und Entlassung konnten deutlich reduziert werden. Zudem kennen wir nun den Ansprechpartner auf der anderen Seite auch persönlich, was einer Zusammenarbeit sehr zuträglich ist. Damit besteht tatsächlich eine Win-Win-Win-Situation – das heißt, Krankenhaus, Praxis und Patient profitieren gleichermaßen. Aus unserer Sicht kann daher der Aufbau ähnlicher Strukturen nur empfohlen werden. Wie viele andere Dinge auch, zum Beispiel das Qualitätsmanagement oder die Zertifizierung, bedeutet dies zunächst viel zeitaufwendiges Engagement – aber es lohnt sich.

## LITERATUR

- [1] Chung, F., Mezei, G., Tong, D.: Adverse events in ambulatory surgery. A comparison between elderly and younger patients. Canadian Journal of Anaesthesia 1999 46 (4), S. 309. DOI: 10.1007/BF03013221
- [2] DGU: Weißbuch Schwerverletztenversorgung. 2019 <https://dgu-online.de/q-s/schwerverletzte/weissbuch-schwerverletztenversorgung.html>
- [3] Dittrich, S.: Schein und Sein der sektorverbindenden und intersektoralen Versorgung. Chirurgenmagazin 2021 19 S. 18
- [4] Friedlander, D. F., Krimphove, M. J., Cole, A. P., Marchese, M., Lipsitz, S. R., Weissman, J.S. et al.: Where Is the Value in Ambulatory Versus Inpatient Surgery? In: Annals of Surgery. 2019 Online verfügbar unter [https://journals.lww.com/annalsofsurgery/Fulltext/9000/Where\\_Is\\_the\\_Value\\_in\\_Ambulatory\\_Versus\\_Inpatient.94938.aspx](https://journals.lww.com/annalsofsurgery/Fulltext/9000/Where_Is_the_Value_in_Ambulatory_Versus_Inpatient.94938.aspx)
- [5] Kalbe, P.: Anpassungen der ambulanten D-Arzt-Versorgung. Passion Chirurgie. 2021 Oktober; 11(10): Artikel 04\_06
- [6] Korzilius, H.: Belegärzte: die Letzten ihrer Art. Deutsches Ärzteblatt 2019; 116 S. 33
- [7] Ludwig, J.: Kompetenzbasierte Weiterbildung: Ursprünge, Inhalte und Erfahrungen. Passion Chirurgie. 2020 September, 10(09): Artikel 05\_01
- [8] OECD (2020): Health care utilisation. Surgical Procedures. Paris. Online verfügbar unter [https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=HEALTH\\_PROC](https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=HEALTH_PROC).
- [9] Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen: Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung. 2018 Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft Berlin
- [10] Schmitz, R.: Chirurgische Verbundweiterbildung in Kiel. Passion Chirurgie. 2015 August, 5(08): Artikel 02\_08
- [11] Schreyögg, J., Milstein, R.: Identifizierung einer initialen Auswahl von Leistungsbereichen für eine sektorengleiche Vergütung. Gutachten im Auftrag des BMG Hamburg Center for Health Economics 26.03.2021 

# eAKADEMIE

## Einfach starten!

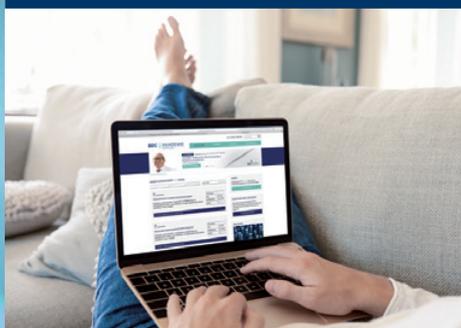
ONLINE  
KURSE

WEBINARE

PODCASTS

MEDIATHEK

## ONLINE-KURSE



Über 500 strukturierte Fortbildungsmodule und kombinierte, multimediale Lernpakete stehen online für fachlich qualifizierte Fortbildung für Chirurgeninnen und Chirurgen auf der E-Learning Plattform des BDC zum Abruf bereit.


 BDC AKADEMIE  
Einfach starten!

[www.bdc-eakademie.de](http://www.bdc-eakademie.de)

# Webinare in der BDC|eAKADEMIE

# 2022

 **Kostenlos**

 **45 Minuten  
Live-Vortrag**

 **Diskussion  
via Chat**

 **On demand nach  
Live-Vortrag**

## Webinar-Reihe „Leitlinien in der Chirurgie“

**CME-  
Punkte  
sammeln**

Beim Klassiker der BDC|eAkademie wird jeden Monat eine Leitlinie der AWMF aus allen Bereichen der Chirurgie vorgestellt.

- 28.04.22** S3-Leitlinie „Analkarzinom“
- 19.05.22** S3-Leitlinie „Adulte Weichgewebesarkome“
- 23.06.22** S3-Leitlinie „Coxarthrose“
- 01.09.22** S3-Leitlinie „Intravasale Volumentherapie beim Erwachsenen“
- 29.09.22** S3-Leitlinie „Lungenkarzinom“

## Webinar-Reihe „Chirurgie aktuell“

Mit dieser Webinarreihe werden aktuelle Themen der Chirurgie fachübergreifend und praxisnah einmal monatlich adressiert.

- 20.04.22** Minimal-invasive Stabilisierung von Wirbelsäulenfrakturen
- 11.05.22** Chirurgische Therapie des Rektumkarzinoms
- 15.06.22** Behandlungsmöglichkeiten von Pseudarthrosen
- 29.06.22** Digitale Gesundheitsanwendungen am Bewegungsapparat

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

[www.bdc-eakademie.de](http://www.bdc-eakademie.de)



Mit freundlicher Unterstützung von:

 **Springer Medizin**

[www.SpringerMedizin.de/kliniken](http://www.SpringerMedizin.de/kliniken)





# Fortbildung mit Zukunft – eine Umfrage zur Digitalisierung chirurgischer Fort- und Weiterbildung

**D**ie Frage nach der richtigen Strategie zur Bewältigung der Pandemie bestimmt nach wie vor die gegenwärtige gesellschaftliche Debatte, und noch immer scheint kein Licht am Ende des Tunnels sichtbar. Tiefgreifende Veränderungen, welche die Pandemie wohl überdauern, sind jedoch jetzt schon auf allen sozialen, gesundheitspolitischen und ökonomischen Ebenen unverkennbar zu spüren. Ein einfaches Zurück zum Status quo wie vor der Corona-Pandemie wird es nicht geben – darin sind sich alle Beteiligten, trotz der kontroversen Diskussion zur Bewältigung der Pandemie, einig.

Diese Veränderungen betreffen ohne Frage den Bereich der Schulbildung und der Hochschulausbildung, im Grunde aber jede Form allgemeiner Wissensvermittlung. Auch auf dem chirurgischen Fort- und Weiterbildungsmarkt hat die Pandemie zu einer fundamentalen Umstrukturierung geführt. Noch in den Jahren 2018 und 2019 wurden über 90 % aller Veranstaltungen der BDC|Akademie, wie auch alle großen Jahreskongresse der Fachgesellschaften und Regionalvereinigungen, traditionell in einem Präsenz-Format angeboten und durchgeführt. Im Jahr 2020, als



**Korrespondierender Autor:**  
**Prof. Dr. med. Wolfgang Schröder,**  
**FACS, FEBS**

Leiter der Deutschen Akademie für  
chirurgische Fort- und Weiterbildung des BDC  
Leitender Oberarzt  
Klinik für Allgemein-, Viszeral-, Tumor- und  
Transplantationschirurgie  
Universitätsklinik Köln  
schroeder@bdc.de



**Prof. Dr. med. Michael Paul Hahn**  
Klinikum Bremen-Mitte gGmbH  
Unfallchirurgie und Orthopädie  
Michael.P.Hahn@t-online.de



**Prof. Dr. med. Julia Seifert**  
Präsidiumsmitglied im BDC  
Unfallkrankenhaus Berlin  
Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie  
Julia.Seifert@ukb.de

Schröder W, Hahn MP, Seifert J, Dreusch J,  
Joachimi S, Burgdorf F: Fortbildung mit Zukunft –  
eine Umfrage zur Digitalisierung chirurgischer  
Fort- und Weiterbildung. *Passion Chirurgie*. 2022  
April; 12(04): Artikel 04\_02.



Diesen Artikel finden Sie auf BDC|Online  
([www.bdc.de](http://www.bdc.de)) unter der Rubrik Wissen | Aus-,  
Weiter- und Fortbildung | Akademie Aktuell.

die Pandemie das wirtschaftliche und soziale Leben dominierte, musste der größte Teil der angekündigten Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen aus Infektionsschutzgründen abgesagt werden, Präsenzveranstaltungen fanden so gut wie gar nicht statt. Dieses Jahr wurde jedoch genutzt, um mit erstaunlicher Geschwindigkeit Onlineprodukte für die Fort- und Weiterbildung vorzubereiten, die dann den Markt ab 2021 förmlich geflutet haben.

Über 80 % der BDC-Veranstaltungen wurden 2021 in einem Online- oder zumindest Hybrid-Format durchgeführt, ebenso wie die meisten Jahreskongresse der Fachgesellschaften. Die Geschwindigkeit der Umsetzung lässt vermuten, dass die Pandemie in diesem Punkt auf ein vorbestelltes Feld traf und letztendlich nur als Brandbeschleuniger seine Wirkung entfaltete. Damit sind aber noch nicht alle Fragen beantwortet, denn es ist nicht geklärt, wie zukünftig in einem Post-Pandemie-Status dieser Markt bedient werden soll und kann. Lässt sich chirurgisches Training und Wissen ausschließlich in einem Online-Format transferieren oder lebt die Wissensvermittlung doch mehr von der schwer zu erfassenden informellen Kommunikation, wie sie am Rand der Präsenzveranstaltungen stattfindet? Ist diese Frage möglicherweise ein altersabhängiges Problem, mit einer technik-affinen und -begeisterten jungen Generation, die schon lange nicht mehr auf die klassischen Methoden der Wissensakquise der älteren Chirurg:innen-Generation zurückgreift?

Grund genug, ein Meinungsbild bei den in Deutschland tätigen Chirurg:innen zu all diesen Fragen einzuholen. Von September bis November letzten Jahres wurde daher eine Umfrage bei allen BDC- und DGCH-Mitgliedern durchgeführt. Unter dem Stichwort „Fortbildung mit Zukunft“ wurden die Mitglieder dieser beiden Vereinigungen aufgefordert, ihre Vorstellungen zu Inhalten und Formaten von Fort- und Weiterbildung zu formulieren. Ziel dieser Umfrage war es, das zukünftige Fort- und Weiterbildungsprogramm der Akademie entsprechend den Bedürfnissen ihrer Mitglieder zu planen und auf eine solide Grundlage zu stellen.

## METHODIK DER UMFRAGE

In der September-Ausgabe 2021 der *Passion Chirurgie* wurde die geplante Umfrage in der Rubrik „Akademie Aktuell“ angekündigt. Am 27.9.2021 wurde die Umfrage erstmals via E-Mail mit einem entsprechenden Link an die Mitglieder verschickt. Weitere Mailings erfolgten am 7.10. und 29.10.2021. Auch der DGCH-BDC-Newsletter 03/2021, der im Oktober 2021 versendet wurde, und ein Hinweis auf der BDC-Website im Oktober und November 2021 warben für die Umfrage.

Die Umfrage selbst bestand aus insgesamt 30 Fragen, die sich inhaltlich in vier separate Blöcke gliederten:

- Epidemiologische Fragen
- Allgemeine Fragen zur Fort- und Weiterbildung
- Fragen zu Inhalten von Fort- und Weiterbildung
- Fragen zu Formaten von Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen

Für D-Ärzte wurde ein zusätzlicher Fragenkatalog mit 10 weiteren Fragen angehängt; die Ergebnisse der D-Arzt Umfrage werden in diesem Artikel nicht vorgestellt.

Der komplette Fragenkatalog kann über die Redaktion der *Passion Chirurgie* (via [passion\\_chirurgie@bdc.de](mailto:passion_chirurgie@bdc.de)) angefragt werden.

## ERGEBNISSE DER UMFRAGE

Insgesamt wurde die Umfrage von 891 Mitgliedern des BDC (880) und der DGCH (279) bei möglicher Mehrfachnennung beantwortet. Entsprechend den aktuellen Mitgliederzahlen des BDC von 2021 entspricht dies einer Rücklaufquote von näherungsweise 5 %. 41 % des Rücklaufs erfolgte nach Versand der ersten und vor Versand der zweiten Mail.

## CHARAKTERISTIKA DER TEILNEHMENDEN CHIRURG:INNEN

70 % der Befragten waren männlich, 30 % weiblich. Hinsichtlich der Altersstruktur waren über 30 % der Befragten 50-59 Jahre und über 20 % 40-49 Jahre alt, während nur knapp 15 % 39 Jahre und jünger waren. Ein

gleich großer Anteil der Befragten gab an, 60-65 Jahre alt zu sein. Wichtig erscheint, dass die Altersverteilung geschlechtsabhängig war und mit zunehmendem Alter das männliche Geschlecht dominierte.

Entsprechend der Altersstruktur verteilten sich auch die Dienstgruppen. Die größte Gruppe war mit 39 % die der Oberärzt:innen. Annähernd gleich große Gruppen bildeten die Assistenzärzt:innen (mit/ohne Fachärzt:innen), Chefärzt:innen und niedergelassenen Chirurg:innen mit jeweils 18 %, 20 % und 23 %. 90 % der Befragten hatten eine abgeschlossene Facharztweiterbildung, 56 % aller Teilnehmer:innen arbeiteten an einem Krankenhaus der Grund- und Regelversorgung bzw. einem Schwerpunktkrankenhaus, gefolgt von 26 % der Befragten, die als Selbstständige oder Angestellte in einer Praxis oder einem MVZ tätig waren. Nur 18 % waren in einem Krankenhaus der Maximalversorgung bzw. Universitätsklinik tätig. 25 % der Befragten gaben zusätzlich an, als D-Arzt zu arbeiten. Die drei häufigsten Fachbereiche waren mit 41 % aller Teilnehmer:innen die Allgemein- und Viszeralchirurgie, gefolgt von der Orthopädie/Unfallchirurgie mit 33 % und der Allgemeinen Chirurgie mit 14 %.

#### ALLGEMEINE FRAGEN ZUR FORT- UND WEITERBILDUNG

Knapp 40 % der Befragten hielten es insgesamt für schwierig, auf dem aktuellen

Wissensstand in ihrem Fachbereich zu bleiben (ja 8 %, eher ja 32 %), während 60 % diese Frage mit nein (19 %)/eher nein (40 %) beantworteten (**Abb. 1**).

Auffällig ist, dass die jüngeren Teilnehmer:innen diese Frage häufiger mit ja/eher ja beantworteten: In den Altersgruppen 20 bis 29 und 30 bis 39 Jahre waren es jeweils 55 %, in der Altersgruppe 40 bis 49 waren es noch 45 %, in der Altersgruppe 50 bis 59 nur noch 35 %.

Auch bei der Frage, ob der Erwerb von CME-Punkten (Continuous Medical Education) zur Aktualisierung des Fachwissens zielführend ist, war die Meinung geteilt (56 % ja/eher ja; 42 % nein/eher nein). 44 % der Befragten gaben an, dass 1-2 Stunden pro Woche notwendig sind, um auf dem aktuellen Wissensstand ihres Fachgebietes zu bleiben. 25 % meinten, dass mehr als 2 Wochenstunden erforderlich sind, während ein weiteres Viertel der Befragten glaubt, dass die notwendigen Fortbildungsstunden schwierig in Wochenstunden zu berechnen sind. Von 37 % der Befragten werden regelmäßige Fortbildungseinheiten von 1-2 Wochenstunden gegenüber anderen Zeiteinteilungen (1 Tag/Monat und 1 Fortbildungswoche/Jahr) bevorzugt, allerdings wollte sich ein Viertel nicht auf eine bestimmte Zeiteinteilung festlegen. Eindeutig und altersunabhängig war, dass eine große Mehrheit auch Fortbildungsangebote an Wochenenden nutzt (50 % ja, 28 % eher ja, 22 % nein/eher nein). Bei der Frage,



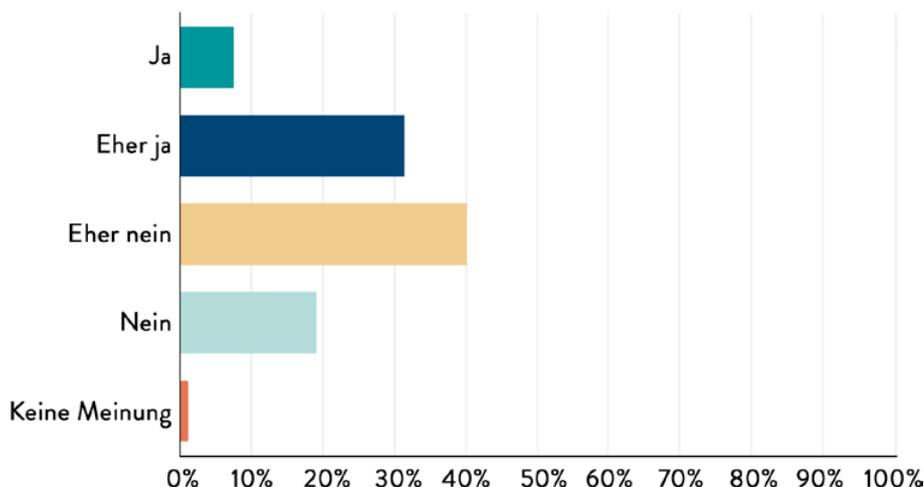
**Jennifer Dreusch**  
Management BDC|Akademie  
dreusch@bdc.de



**Sylvia Joachimi**  
Chief Management, Nachwuchs & Karriere  
BDC|Akademie  
joachimi@bdc.de



**Dr. med. Friederike Burgdorf, M. Sc.**  
Geschäftsführerin  
Berufsverband der Deutschen Chirurgen e.V. (BDC)  
burgdorf@bdc.de



**Abb. 1:** Ist es schwierig, in Ihrem Fachbereich auf dem aktuellen Stand des Wissens zu bleiben?

nach welchen Kriterien die Fortbildungsveranstaltungen ausgesucht werden, wurde mit 73 % am häufigsten „Informationen der Anbieter (Flyer, Newsletter)“ als Antwort angekreuzt. 63 % der Befragten gaben an, dass die Corona-Pandemie einen nachhaltigen Einfluss auf die zukünftige Wahl von Fort- und Weiterbildungsangeboten hat und haben wird, bei 37 % spielte die Pandemie keine entscheidende Rolle.

#### FRAGEN ZU INHALTEN VON FORT- UND WEITERBILDUNG

Auf die Frage, welche Inhalte von Fort- und Weiterbildung relevant sind, wurde bei möglicher Mehrfachnennung ein breites Spektrum genannt. Folgende Inhalte wurden von 50 % und mehr der Befragten angekreuzt: praktisches Wissen für den chirurgischen Alltag (78 %), regelmäßiges Update zu einzelnen Themen (77 %), Präsentation chirurgischer Techniken (63 %), Zusammenfassung von Leitlinien (59 %), exemplarische Fallpräsentationen mit Diskussion (50 %). In einer weiteren Frage zu Themen außerhalb des fachspezifischen Wissens waren berufspolitische Entwicklungen (57 %) und gesundheitspolitische Gesetzgebung (53 %) von vorrangigem Interesse, bei der jüngeren Generation überwog eindeutig das Thema „Karriereplanung“.

#### FRAGEN ZU FORMATEN VON FORT- UND WEITERBILDUNGSVERANSTALTUNGEN

Zum Zeitpunkt der Umfrage im November gaben die Teilnehmer:innen an, am häufigsten digitale Formate der Fortbildung zu nutzen (45 %). Ein Viertel der Befragten machte von einer Kombination aus Präsenz-, Hybrid- und rein digitalen (online) Veranstaltungen Gebrauch (**Abb. 2**)

Bei der Frage, welche Veranstaltungsform bei entsprechendem Angebot zukünftig genutzt wird, wurden am häufigsten „Präsenzveranstaltungen“ mit 39 %, gefolgt von den Hybridveranstaltungen (Kombination aus Präsenz und digitaler Form) mit 30 % angekreuzt (**Abb. 3**).

Dieser Trend zu Präsenzveranstaltungen zeigte sich auch bei den jüngeren Generationen bis 39 Jahre. Fast 80 % der Befragten gab an, dass es Veranstaltungen gibt, die Sie ausschließlich

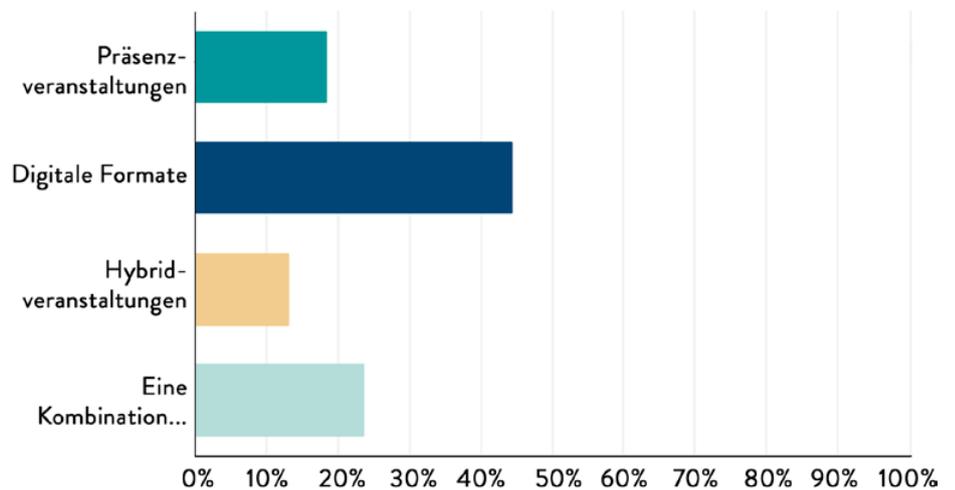


Abb. 2: Welche Formate von Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen nutzen Sie gegenwärtig am häufigsten?

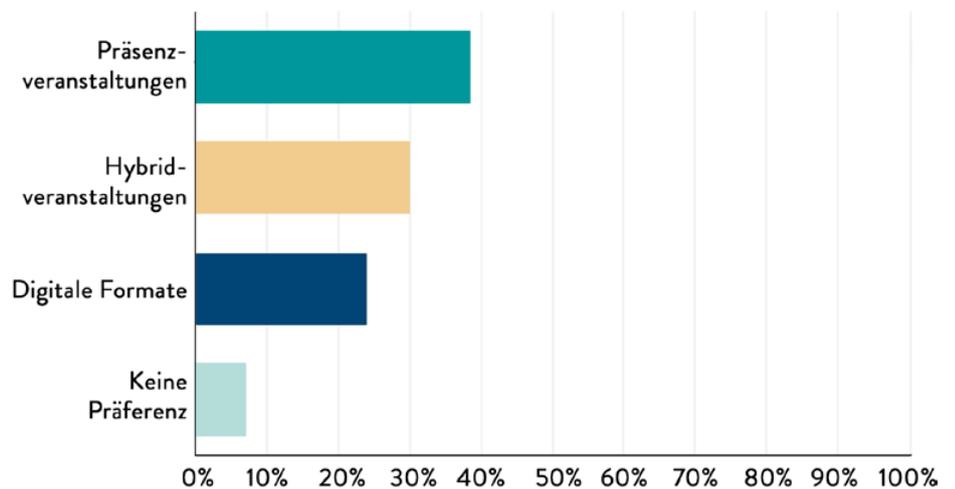


Abb. 3: Welche Formate von Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen werden Sie künftig bei entsprechendem Angebot überwiegend nutzen?

als Präsenzformat besuchen würden, während diese Frage in Bezug auf die digitalen Formate von 60 % positiv beantwortet wurde. Für die Hybrid-Veranstaltungen war diesbezüglich kein einheitliches Meinungsbild zu erkennen. Die überwiegende Mehrheit stufte den Stellenwert der klassischen Printmedien (Journals, Bücher) als eher hoch oder hoch ein (**Abb. 4**). Diese Meinung wurde überraschenderweise von allen Altersgruppen vertreten (**Abb. 5**).

Von den Befragten wurde zum Zeitpunkt der Umfrage bereits ein großes Spektrum verschiedener digitaler Formate genutzt (**Abb. 6**).

Die Vor- und Nachteile der digitalen Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen konnten von allen Beteiligten der Umfrage klar

benannt werden (**Abb. 7** und **Abb. 8**). Hier war für die jüngeren Generationen (Alter bis 39 Jahre) insbesondere die Flexibilität der Planung ein entscheidender Vorteil der digitalen Angebote. Während in dieser Altersgruppe nur ungefähr ein Drittel der Befragten die fehlende fachliche Diskussion bei digitalen Formaten bemängelte, wurde mit zunehmendem Alter der reduzierte fachliche Austausch als wesentliches Defizit der Online-Formate benannt. Die Befragten sind gegenwärtig mit ihrer technischen Ausstattung (Hard- und Software) zur Teilnahme an digitalen Veranstaltungen zufrieden (sehr gut 44 %, eher gut 48 %) und schätzen ihre Kenntnisse im Umgang mit der vorhandenen Hard- und Software als gut ein (sehr gut 31 %, eher gut 53 %). 50 % der Befragten geben zudem an,

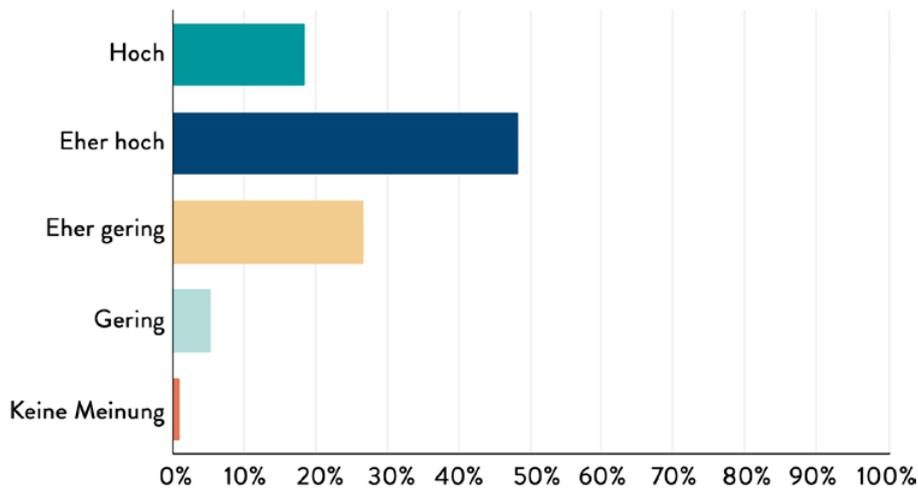


Abb. 4: Wie beurteilen Sie den aktuellen Stellenwert der klassischen Printmedien (Bücher und Journale) für Ihre persönliche Fortbildung?

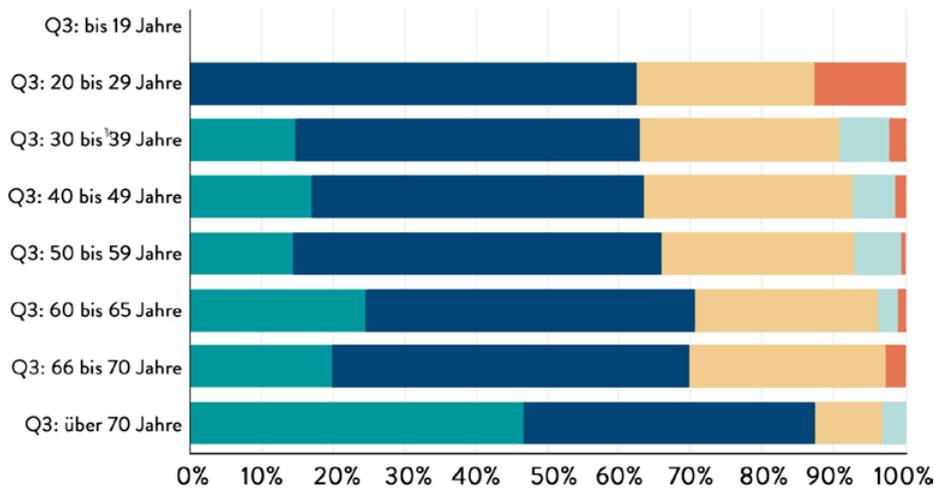


Abb. 5: Wie beurteilen Sie den aktuellen Stellenwert der klassischen Printmedien (Bücher und Journale) für Ihre persönliche Fortbildung?

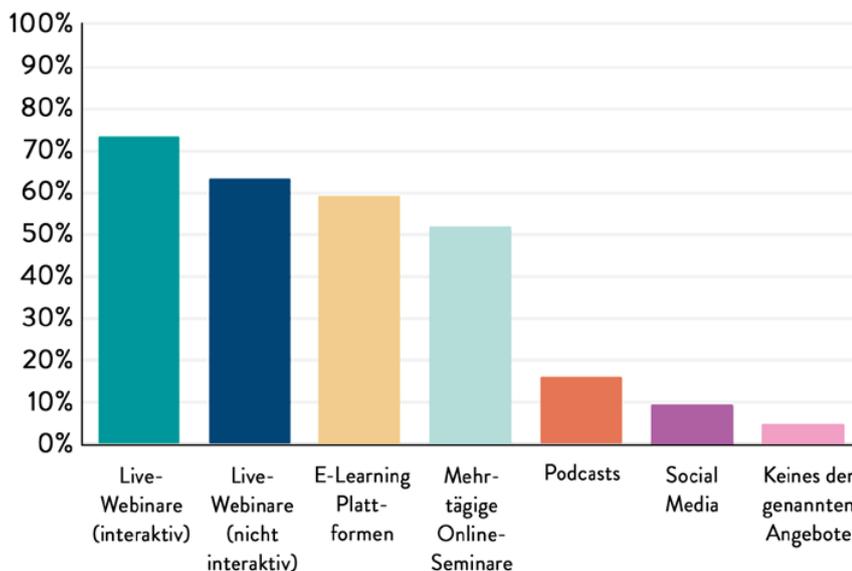


Abb. 6: Welche der folgenden digitalen Fort- und Weiterbildungsangebote haben Sie schon genutzt? (Mehrfachnennung möglich)

dass Sie bei technischen Schwierigkeiten ausreichend Unterstützung erhalten, 15 % benötigen keine Hilfe.

**DISKUSSION**

Die vorgestellte Umfrage zeichnet ein gut erkennbares Meinungsbild von der aktuellen Einstellung der BDC-/DGCH-Mitglieder zur Fort- und Weiterbildung mit ihren verschiedenen Lernformaten, aber auch von Erwartungen an die zukünftige Entwicklung auf diesem Gebiet.

Die wesentliche Kernaussage dieser Umfrage ist, dass ein breites Spektrum digitaler Formate als fester Bestandteil der Fort- und Weiterbildungsangebote gegenwärtig genutzt wird und diese Entwicklung in allen Altersgruppen auch nach der Corona-Pandemie Bestand haben wird. Alle User sind mit der erforderlichen Technik gut vertraut und erkennen die eindeutigen Vorteile der digitalen Medien. Dennoch ist unstrittig, dass trotz aller akzeptierten Vorteile die chirurgische Gemeinschaft nicht bereit ist, auf Präsenzveranstaltungen als Teil von Fort- und Weiterbildung zukünftig zu verzichten, da für alle Beteiligten die persönliche Kommunikation notwendiger Bestandteil der Fort- und Weiterbildung ist.

Welche Schlussfolgerungen lassen sich also aus dieser Umfrage ziehen, um zukünftig ein den Bedürfnissen aller Generationen angepasstes Akademie-Programm zu entwickeln? Sind alle Fragen beantwortet, um ein maßgeschneidertes Programm in den nächsten Jahren passgenau auf den Markt zu bringen? Wahrscheinlich nicht – und das war wohl auch mit dieser Umfrage nicht zu erwarten, denn gerade die Organisation von Präsenzveranstaltungen unterliegt in Pandemiezeiten ständig wechselnden Regularien, die dann auch Einfluss auf die zur Verfügung stehenden Kapazitäten der Veranstaltung haben.

Trotz weiterhin bestehender Fragezeichen lohnt es sich, kurz auf einige Aspekte näher einzugehen. Nach dieser Umfrage meint eine Mehrheit der in Deutschland tätigen Chirurgen:innen, dass sie auf dem aktuellen Wissenstand ihres Fachgebiets ist und für diesen Wissenserwerb 1-2 Wochenstunden

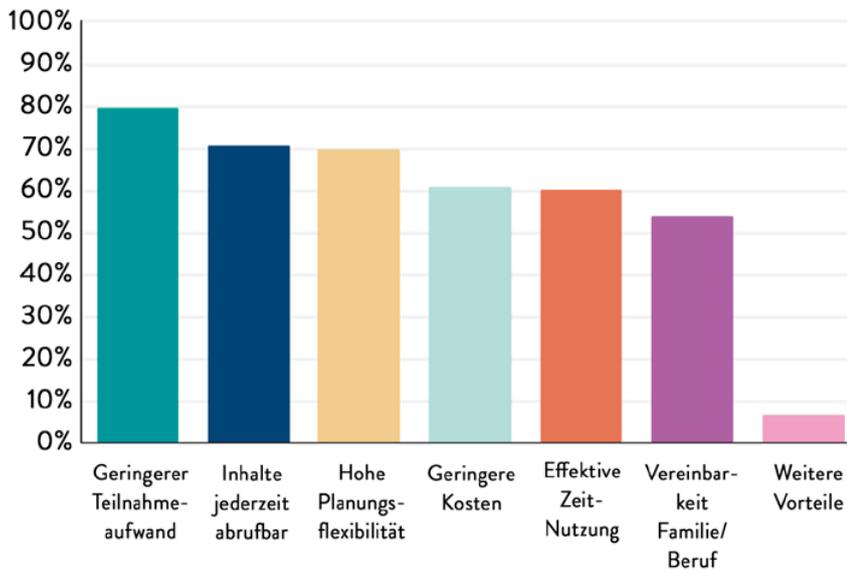


Abb. 7: Welche Vorteile sehen Sie in den digitalen Angeboten einschließlich der e-Learning-Plattformen? (Mehrfachnennung möglich)

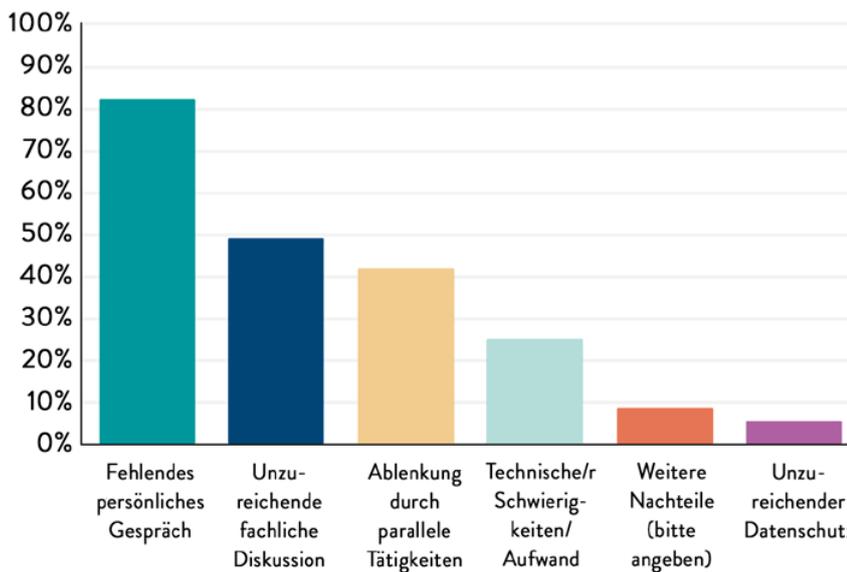


Abb. 8: Welche Nachteile sehen Sie in den digitalen Angeboten einschließlich der e-Learning-Plattformen? (Mehrfachnennung möglich)

benötigt. Auch hier bestätigt sich der Trend zu zeitlich kürzeren Fortbildungseinheiten, der insbesondere von der jungen Generation propagiert wird und sich mit digitalen Medien wie Webinaren und Podcasts gut abbilden lässt. Nicht wirklich überraschend ist, dass die praktisch-orientierte Fortbildung weiter inhaltlich im Fokus steht. Auf diesem Sektor der Workshops im Sinne von Wet-Labs oder auch Hospitationen kommt das digitale Format sicherlich an seine Grenzen, obwohl auch diese durch den Einsatz von „virtual und augmented reality“-Modellen verschoben

werden. Bei steigender Komplexität der operativen Prozeduren durch minimal-invasive und auch roboter-assistierte Techniken ist es zwingend erforderlich, den Einstieg in die immer länger werdenden Lernkurven aus dem OP in die verschiedenen Trainingszentren zu verlagern. Hierfür sind digitale Techniken unabdingbare Voraussetzung.

Eine Überraschung dieser Umfrage ist, dass die schon oft totgesagten klassischen Printmedien wie Journals und Bücher in der Fortbildung der älteren, aber auch der jüngeren

Generation immer noch einen hohen Stellenwert haben. Auch hier ist der Sprung in das digitale Zeitalter noch nicht vollständig vollzogen und Anbieter der Printmedien müssen sich nicht für das Format entschuldigen, das aufgrund der langjährigen Erfahrung eine hohe Qualität aufweist. Allerdings können hier die Umfrageergebnisse durch die ungleich verteilte Altersstruktur der Befragten, die nicht der Mitgliederstruktur des BDC/DGCH entspricht, verzerrt sein. Nur 15 % der Teilnehmer:innen waren jünger als 39 Jahre. Gerade aber die Gestaltung eines Weiterbildungsprogramms, das dem Lernverhalten dieser Generation entgegenkommt, ist eine zentrale Aufgabe der BDC|Akademie. Die inhaltliche Gestaltung für diese Altersgruppe muss insbesondere das Thema „Karriereplanung“ mitberücksichtigen.

Ein weiterer Aspekt erscheint mit der zunehmenden Digitalisierung wichtig. Digitale Fortbildungen insbesondere in spezialisierten Segmenten können und werden zunehmend global angeboten, sodass sich hier der Wettbewerb zumindest auf den europäischen Markt, wenn nicht weltweit, ausdehnt. Für deutschsprachige Veranstaltungen sind dies in erster Linie Österreich und die Schweiz. Mit dieser Entwicklung müssen traditionelle Finanzierungsmodelle einzelner Anbieter möglicherweise neu gedacht werden, da insbesondere aus Sicht der oftmals industriellen Sponsoren eine zunehmende Globalisierung und Zentrierung von Angeboten wünschenswert ist.

Da es gegenwärtig wenige valide Daten zur Planung von Weiterbildungsprogrammen gibt, ist zusammenfassend festzustellen, dass die vorliegende Umfrage, die nicht strengen wissenschaftlichen Kriterien folgt, der BDC|Akademie hilfreiche Hinweise für die inhaltliche und organisatorische Planung von Fort- und Weiterbildung liefert. In diesem Sinne bedankt sich die BDC|Akademie bei allen Mitgliedern des BDC/DGCH, die sich an dieser Umfrage beteiligt haben. ○



# Fortbildungen für D-Ärztinnen und D-Ärzte



**Prof. Dr. med. Michael Paul Hahn**  
Klinikum Bremen-Mitte gGmbH  
Unfallchirurgie und Orthopädie  
Michael.P.Hahn@t-online.de

**F**ür alle D-Ärztinnen und -Ärzte schreibt die DGUV verpflichtende Fortbildungen vor. Neben der Teilnahme an zwei unfallmedizinischen Tagungen sind in jedem Fünfjahreszeitraum auch je ein Seminar „Begutachtung“, „Kindertraumatologie“ und „Reha-Medizin / Reha-Management“ zu absolvieren. Der BDC hat daher eine Veranstaltungsreihe konzipiert, die alle diese Pflichtseminare an einem Wochenende anbietet. **Wir laden Sie somit für den 6. und 7. Mai 2022 herzlich nach Berlin zu einer von der DGUV zertifizierten Kurstrilogie ein.**

Die Erstellung von Gutachten gehört zu den Kernkompetenzen der Chirurgie. Die

berufsgenossenschaftliche Begutachtung schließt in der Regel eine Arbeitsunfähigkeit ab. Dabei soll der Gutachter Unfallhergang und Unfallfolgen zusammenfassend, analytisch und kausal darstellen, verbleibende Funktionsbeeinträchtigungen herausarbeiten und eine dem aktuellen Arbeitsmarkt angepasste Entschädigungshöhe (Minderung der Erwerbsfähigkeit) einschätzen.

Das Handwerkzeug dazu (nicht Skalpell und Pinzette) wollen wir Ihnen am **Freitag, den 6. Mai 2022** an die Hand geben bzw. rekapitulieren. Dazu gehören u. a. Kenntnisse über den Rechtsrahmen, Art und Form der Gutachten,



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



**Dr. med. Sybille Larsen**  
 BG-Ambulanz Bremen  
 Ambulanz und Rehakentrum  
 Stellvertretende Leitung  
 dr.larsen@bga-bremen.de



**Prof. Dr. med. Julia Seifert**  
 Präsidiumsmitglied im BDC  
 Unfallkrankenhaus Berlin  
 Klinik für Unfallchirurgie und  
 Orthopädie  
 Julia.Seifert@ukb.de

Hahn MP, Kalbe P, Larsen S, Seifert J:  
 Fortbildungen für D-Ärztinnen und D-Ärzte.  
 Passion Chirurgie. 2022 April; 12(04):  
 Artikel 04\_03.



Diesen Artikel finden Sie auf BDC|Online  
 (www.bdc.de) unter der Rubrik Wissen | Aus-,  
 Weiter- und Fortbildung | Akademie Aktuell.

kritische und eigenständige Bewertung von MRT-Bildern und -Befunden, Spitzfindigkeiten bei der Kausalitätsbewertung und die MdE-Einschätzung. Ihre Erfahrungen und die gesammelten Erkenntnisse benötigen wir dann abschließend in der gemeinsamen Diskussion kniffliger Fallbeispiele.

Besonders im Fokus der DGUV steht die Diagnostik und Therapie von Verletzungen bei Kindern und Jugendlichen, sodass hierzu ein eigenes Seminar angeboten wird. Die Behandlung verletzter Kinder aller Altersstufen stellt für den D-Arzt eine besondere Herausforderung dar. Wo sind die Grenzen der konservativen und die der operativen Therapie? Wir wollen Ihnen am **Samstag, den 7. Mai 2022** einen Überblick über die aktuellen Behandlungskonzepte und über die Fallstricke der häufigsten Verletzungen geben. Dazu konnten wir namhafte Referentinnen und Referenten gewinnen, die mit Ihnen auch Fragen aus Praxis und Klinik diskutieren werden.

Am **Samstagnachmittag** liegt der Schwerpunkt auf dem wichtigen Thema der Rückführung des Versicherten in seinen Alltag und Beruf. Durch eine gezielte zeitnahe Nachbehandlung kann jedes operative Ergebnis nachhaltig verbessert werden. Im Reha-Seminar möchten wir Ihnen die Standards der stationären und ambulanten Reha kurz aufzeigen und Ihnen einen Überblick über die Behandlungsmöglichkeiten aufzeigen. Gerade die Rehamedizin entwickelt sich ständig weiter, neue Therapiekonzepte und Vorgaben der Unfallversicherungsträger erfordern dies. Wir wollen Sie mit Hilfe von hochkarätigen Referenten auf den neuesten Stand bringen und freuen uns auf einen regen Austausch mit Ihnen.

*Vielleicht können Sie diese BDC-Seminare auch mit einem Wochenendbesuch in der frühlommerlichen Hauptstadt Berlin verbinden. Sie dürften sich – wie auch wir – wieder auf einen persönlichen kollegialen Austausch und begleitend mehr Bewegungsfreiheit und Kultur freuen.* ○

## BDC|AKADEMIE

### TERMINE FÜR FORTBILDUNGEN FÜR D-ÄRZTINNEN UND -ÄRZTE

Unfallbegutachtung in der gesetzlichen Unfallversicherung*	Prof. Dr. Julia Seifert	Berlin, 06.05.22
Kindertraumatologie für D-Ärzte/-Ärztinnen*	Prof. Dr. Michael Paul Hahn Prof. Dr. Guido Fitze	Berlin, 07.05.22 Dresden, 25. – 26.11.22
Rehabilitationsmedizin/-management*	Dr. Sybille Larsen, Dr. Peter Kalbe	Berlin 07.05.22
Begutachtung im Behandlungsfehler-Prozess	Prof. Dr. Heiner Wenk	online, 28.05.22
6. Mitteldeutsches Gutachtenseminar – Fallstricke der Begutachtung	Dr. Annette Ahrberg-Spiegl, Dr. Holger Siekmann	Leipzig Termin folgt
Die mit * gekennzeichneten Seminare sind als Fortbildung im Sinne der Ziffer 5.12 der Anforderungen der gesetzlichen Unfallversicherungsträger nach § 34 SGB VII zur Beteiligung am Durchgangsarztverfahren anerkannt.		

Anmeldung und Information...



## REIHE: Unerwarteter Tod des Praxisinhabers – Teil 3

# Zuerst den Patientenstamm sichern!

### VORWORT ZUR REIHE „PRAXISABSICHERUNG IM TODESFALL“

Schon einige Male haben wir das tabuisierte Thema „Plötzlicher Tod des Praxisinhabers“ aufgegriffen. Mit einem Übersichtsbeitrag der Frielingsdorf Consult starteten wir im November 2021 mit dem ersten Teil „Konkrete Tipps für den traurigen Fall der Fälle – Praxisabsicherung im Todesfall“. Im Dezember 2021 veröffentlichten wir ein Fallbeispiel „Wenn ein Praxisinhaber plötzlich stirbt“. Der vorliegende Beitrag erörtert dabei die Frage, wie man die Patienten über den Tod des Praxisinhabers richtig informiert und dadurch eine Abwanderung der Patienten zu anderen Praxen verhindern kann.

Neben Beratungsleistungen von Frielingsdorf Consult zur Praxisabsicherung im Todesfall und zum quartalsweisen KV-Abrechnungs-Controlling (einmalig oder regelmäßig) können BDC-Mitglieder über Frielingsdorf und Partner auch Praxiswertgutachten zum Beispiel zum Praxiskauf und -verkauf oder für Erbauseinandersetzungen zu Sonderkonditionen erhalten. Für BDC-Mitglieder gibt es Rabatte von 10 bis 16 Prozent auf diese Leistungen.



**Stefan Hoch**

Geschäftsführender Gesellschafter  
Frielingsdorf Consult GmbH  
Hohenstaufenring 48-54  
50674 Köln  
hoch@frielingsdorf.de

Wenn ein Praxisinhaber plötzlich stirbt, ist dies für die Hinterbliebenen und die Menschen, die mit dem Praxisinhaber oft jahrelang zusammengearbeitet haben, ein immenser Verlust und großer Schock. Trotz aller Trauer sollte die Frage, wie es nun mit der Praxis weitergeht, aber schnell geklärt werden, und zudem ist schnelles Handeln leider zwingend erforderlich. Denn von einer weiterhin funktionierenden Praxis sind viele Beteiligte abhängig: Angestellte mit ihren Arbeitsplätzen, Erben mit ihrem Vermögen und natürlich eine Vielzahl versorgungsbedürftiger Patienten. Ein nicht zu unterschätzendes Risiko für den Fortbetrieb der Praxis ist dabei, dass die Patienten nach dem plötzlichen Tod des Praxisinhabers zu anderen Praxen abwandern können. Damit kann der Praxis die Substanz entzogen werden. Der richtige Informationsaustausch mit den Patienten ist daher von immenser Bedeutung.

Insbesondere bei Einzelpraxen ist klar, dass in den ersten Tagen nach dem Tod des Inhabers ggf. noch nicht direkt ein Vertreter in der Praxis zur Verfügung steht bzw. stehen kann. Deshalb müssen zunächst diejenigen Patienten informiert werden, die in den ersten Tagen nach Eintritt des plötzlichen Todesfalls einen Termin vereinbart haben oder ohne Voranmeldung in der Praxis auflaufen. Eine Information an die Terminpatienten sollte telefonisch erfolgen und die Termine sollten nach Möglichkeit ein oder zwei Wochen nach hinten verschoben werden. Patienten, die selbst anrufen, werden natürlich ebenfalls direkt telefonisch informiert, und Patienten, die spontan ohne Termin in die Praxis kommen, müssen in der Praxis persönlich informiert werden.

Die Information aller Patienten sollte sensibel erfolgen, denn die Patienten werden sicherlich ebenfalls betroffen sein, sich aber gleichzeitig auch Sorgen um die eigene Versorgung machen. Patienten, die akut eine ärztliche Behandlung benötigen, sollten in Abstimmung mit einem anderen Arzt bzw. einer anderen Praxis übergangsweise dorthin vermittelt werden. Für diese und alle anderen Patienten gilt, dass sie sich nach dem Finden eines Vertreters/eines Übernehmers auch weiterhin in der Praxis behandeln lassen sollen. Daher muss allen Patienten vermittelt werden, dass die Praxis weiterhin für sie da ist und der Praxisbetrieb – in

Andenken an den verstorbenen Inhaber – selbstverständlich fortgeführt wird.

Nicht zu vergessen ist, dass Stammpatienten, die keinen in nächster Zeit anstehenden Termin haben, in gleicher Weise informiert werden sollten. Die Information dieser Patienten muss nicht sofort erfolgen, sollte aber auch nicht auf die lange Bank geschoben werden. Denn wenn diese Patienten durch einen Dritten vom Tod des Praxisinhabers erfahren, besteht auch hier ein Abwanderungsrisiko. Sofern zeitlich und je nach Patientenmenge möglich, ist hierbei ebenfalls der persönliche Anruf ideal. Sollte dies aber nicht möglich sein, können die Patienten auch angeschrieben werden. Eine schriftliche Information über den Todesfall per E-Mail ist unserer Erfahrung nach eher ungeeignet. Besser ist bspw. eine spezielle Praxis-Postkarte, über die informiert werden kann. Auf dieser Postkarte sollten auch die Telefonnummer der Praxis und der Hinweis aufgeführt sein, dass sich die Patienten bei Fragen in jedem Fall an die Praxis wenden können.

Neben der beschriebenen telefonischen, persönlichen und schriftlichen Direkt-Information sollten ein Aushang in den Praxisräumen und eine Todesanzeige im Namen des Praxisteams in einer regionalen Zeitung die Patienteninformation ergänzen.

Weiterhin sollte zur kurzfristigen Sicherung des Praxisbetriebs ein Vertreter eingebunden werden. Wie dieser Schritt anzugehen ist, werden wir Ihnen im nächsten Teil unserer Reihe „Unerwarteter Tod des Praxisinhabers“ im nächsten Monat vorstellen. ○

## KONTAKT & INFORMATIONEN

Sie sind selbst betroffen und möchten sich mit anderen Betroffenen austauschen? Dann wenden Sie sich an den BDC, wir vermitteln Ihnen den richtigen Kontakt.

Wenden Sie sich an:

BDC-Sekretariat  
Maren Löprick  
Tel.: 030/28004-150  
mail@bdc.de

Hoch S: Teil 3 - Unerwarteter Tod des Praxisinhabers: Zuerst den Patientenstamm sichern! *Passion Chirurgie*. 2022 April; 12(04): Artikel 04\_03.



Diesen Artikel finden Sie unter [BDC|Online](#) unter der Rubrik [Wissen | Recht & Versicherung](#) | [Versicherungsschutz](#)

## HYGIENE TIPP

# Aktuelles zu Händedesinfektionsmitteln

In Deutschland mussten bisher Haut- und Händedesinfektionsmittel Arzneimittel sein. Mit der Einführung des europäischen Biozidrechts werden nunmehr Händedesinfektionsmittel als Biozide reguliert und im Anhang V der Biozidverordnung der Produktart 1 („menschliche Hygiene“) innerhalb der Hauptgruppe 1 („Desinfektionsmittel“) zugeordnet. Das Verwaltungsgericht Köln hat inzwischen im Sinne der EU-Verordnung entschieden, sodass in Zukunft wahrscheinlich auch Propanol- und Ethanol-haltige Präparate (bei bestimmten Händedesinfektionsmitteln auf der Basis von Isopropanol ist das schon jetzt der Fall) generell als Biozide einzustufen sind und die Arzneimittelzulassung, die hohe Anforderungen stellte, künftig nicht mehr verlangt werden kann.

Für Biozide reicht es derzeit aus, dass sie bei der BAuA registriert sind. Die Wirksamkeit muss nach Europäischen Normen nachgewiesen werden (DIN EN 12791). Die Verantwortung liegt beim Hersteller bzw. beim Anwender. Von der Anwendung Chlor-haltiger Händedesinfektionsmittel im Routinebetrieb ist abzuraten wegen der potenziellen Instabilität und möglichen Hautirritation.

Die Hygiene sollte unbedingt weiterhin auf Listung in der VAH-Liste bestehen.

In den letzten Jahren ist ferner eine Entwicklung zu beobachten, dass die Einwirkzeiten von Desinfektionsmitteln, auch Händedesinfektionsmitteln, immer kürzer (gegutachtet) werden. Der VAH hat 2021 darauf hingewiesen, dass bei den Händedesinfektionsmittel-Produkten zunehmend von 3-ml-Volumenangaben abgewichen wird und z. B. 4- bis 6-ml-Portionen vorgegeben werden. Es ist also künftig zu empfehlen, nicht nur die Einwirkzeiten bei Händedesinfektionsmitteln zu beurteilen, sondern auch, mit welchem Desinfektionsmittelvolumen diese erreichbar sind.

Da Händedesinfektionsmittel nun nicht mehr unbedingt Arzneimittel sind, entfällt auch das bisher geltende Verbot des Umfüllens von Händedesinfektionsmitteln aus 5-Liter-Kanistern in die Wandspender. Chirurgische Händedesinfektionsmittel sollten aber außerhalb von Apotheken (Reinraumbedingungen) trotzdem nicht umgefüllt werden, denn Händedesinfektionsmittel (Alkohole) wirken nie gegen Bakteriosporen. Und eine Kontamination eines chirurgischen Händedesinfektionsmittels beispielweise mit Clostridium perfringens kann gravierende Komplikationen nach sich ziehen.

Der Hygiene-Tipp im Auftrag der DGKH gibt die Meinung der Autoren wieder. ○



#### Korrespondierender Autor:

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

Ärztlicher Leiter

HyKoMed GmbH

Vizepräsident der Deutschen Gesellschaft für

Krankenhaushygiene e.V. (DGKH)

popp@hykomed.de

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

Krankenhaushygiene/Umweltschutz

Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden

**Dr. rer. nat. Wolfgang Kohnen**

Stellvertretender Abteilungsleiter Krankenhaushygiene

Beauftragter für das Qualitätsmanagement

Abteilung für Hygiene und Infektionsprävention

Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität

Mainz

Vorstand der Deutschen Gesellschaft für

Krankenhaushygiene e.V. (DGKH)

Popp W, Jatzwauk L, Kohnen W: Hygiene-Tipp: Aktuelles zu Händedesinfektionsmitteln. *Passion Chirurgie*. 2022 April; 12(04): Artikel 04\_05.



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

# Get Your Disinfection

Erfolgreiche bundesweite  
Kampagne des BDC  
in Kooperation  
mit DGKH und BDH



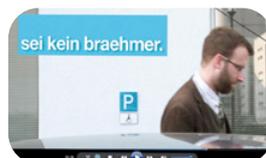
Gute Chirurgie kann durch eine Infektion gefährdet werden. Es gibt vermeidbare und unvermeidbare Infektionen. Letztere sind schicksalhaft und kaum zu beeinflussen. Der Berufsverband der Deutschen Chirurgen und die deutschen Hygieniker betreiben seit 2008 eine bundesweite Informationskampagne, die dazu beitragen soll, vermeidbare Infektionen in Klinik und Praxis zu reduzieren. Wir wissen, dass Sie als Chirurgin/Chirurg alles zur Infektprophylaxe und Hygiene wissen. Wir wissen aber auch, dass Hygiene häufig nicht im erforderlichen Umfang stattfindet oder sich durch die tägliche Routine nicht kontinuierlich im Fokus

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

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

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

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



PATIENTENSCHUTZ DURCH HYGIENE IST EINE  
BUNDESWEITE KONZERTIERTE AKTION VON:

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

# Honorarberichte der KBV 2020



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

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) hat die Berichte aller vier Quartale 2020 zur Honorarentwicklung im Vergleich zu den entsprechenden Vorjahreszeiträumen veröffentlicht.

Die einzelnen Berichte zum Download gibt es hier:

- [Erstes Quartal 2020](#)
- [Zweites Quartal 2020](#)
- [Drittes Quartal 2020](#)
- [Viertes Quartal 2020](#)

Alle Honorarberichte der KBV – auch für die Vorjahre –, Kennzahlen der Abrechnungsgruppen, Fragen und Antworten zum

Honorarbericht sowie grafische Darstellungen dazu finden Sie [hier](#).

(Quelle: <http://www.kbv.de/html/honorarbericht.php>).

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



Weitere Artikel zum Thema finden Sie auf BDC|Online ([www.bdc.de](http://www.bdc.de)) in der Rubrik Wissen | Vergütung.

# Rezension: Atlas of Robotic Upper Gastrointestinal Surgery

## Rezensent:

**Dr. scient. med. U.K. Fetzner**

Geschäftsführender Oberarzt  
Klinik für Allgemeinchirurgie, Viszeral-,  
Thorax-, Kinder und Endokrine  
Chirurgie  
Johannes Wesling Klinikum Minden  
Universitätsklinikum der Ruhr  
Universität Bochum  
Ulrich.Klaus.Fetzner@  
muehlenkreiskliniken.de

## CHIRURGISCH-ROBOTISCHER BILDATLAS VON WELTKLASSECHIRURGEN

**Professor Peter Philipp Grimminger (Mainz) und Professor Omar Yusef Kudsi (Boston) legen unter Springer-Nature einen Bildatlas zur robotischen Chirurgie des oberen Gastrointestinaltrakts vor.**

Auf Nachfrage, in welchen Bereichen sich die Medizin in den letzten zehn Jahren am meisten entwickelt hat, könnte man mit sehr guten Argumenten antworten: Die *Vakzination*, die *Antikörper* und die *robotisch-assistierte Chirurgie*. Was selbst vor fünf Jahren noch als aufwändige und teure „Spielerei“ abgetan wurde, hält auch in Deutschland mehr und mehr Einzug in die Routine der Allgemein-, Viszeral- und Thoraxchirurgie. Und dies zunehmend auch an mittelgroßen und kleineren Kliniken. Eingriffe, die man robotisch nie für möglich gehalten hätte, gelingen heute in *unbeschreiblicher* – am besten aber in *Bild* und *Film* ausdrückbarer – Eleganz. Mit steigender Routine relativiert sich der Aufwand, die Kosten für die Anschaffung des Robotersystems und der Einmalmaterialien sinken und werden durch die Minimierung von Komplikationen möglicherweise sogar aufgehoben. Zwischen den Kliniken und den Leistungsträgern laufen Verhandlungen bzgl. der Mehrkosten. Kliniken können auch über diverse Förderungsmaßnahmen der Krankenhausdigitalisierung und -modernisierung Anschaffungskosten senken.

*Intuitive Surgical* (Kalifornien, USA) – als Pionier der robotischen Systeme – hat mittlerweile in fast 70 Ländern *Da-Vinci-Systeme* – mittlerweile

in der vierten Generation – installiert. Über 10 Millionen Eingriffe wurden weltweit damit durchgeführt. Seit Firmengründung im Jahr 1995 ist das Unternehmen auf über 8.000 Mitarbeiter weltweit und einen Jahresumsatz von fast sechs Milliarden US-Dollar angewachsen. Mittlerweile bestehen neben dem *Da-Vinci-System* weitere Mitbewerber auf dem Markt. Nur um einige Beispiele zu nennen: *Avatera* (avateramedical), *Versius* (CMR Surgical), *Ottava* (Johnson & Johnson), *Hugo RAS* (Medtronic), *Dexter* (Distalmotion), *hinotori* (Medcaroid) und viele weitere.

Und was aber am entscheidendsten ist: Die medizinisch-wissenschaftliche Evidenz nimmt zu, dass robotisch-assistierte Eingriffe im Vergleich mit dem laparoskopischen oder thorakoskopischen Goldstandard (je nach Prozedur) ebenbürtig oder ihm gar überlegen sind.

Mit dem Herausgeberduo *Omar Kudsi* und *Peter Grimminger* konnte *Springer Nature* sowohl exzellente klinische Praktiker am Roboter – Exzellenzoperateure – als auch exzellente international renommierte Wissenschaftler gewinnen. Sie legen ein bildlastiges Werk zur robotischen Chirurgie des oberen Gastrointestinaltrakts vor. Beide Persönlichkeiten sind Nestoren der robotischen Chirurgie von internationalem Ruf und internationaler Vernetzung. Beide bilden in der robotischen Chirurgie aus, sowohl an ihrer Heimatuniversitätsklinik als auch als *Proctoren* an nationalen und internationalen Gastkliniken. Professor Grimminger ist – gemeinsam mit Professor Richard van Hilleberg, einem Pionier der robotisch-assistierten

Fetzner U: Rezension: Atlas of Robotic Upper Gastrointestinal Surgery. *Passion Chirurgie*. 2022 April; 12(04): Artikel 04\_07.



Weitere Rezensionen finden Sie auf  
BDC|Online ([www.bdc.de](http://www.bdc.de)), Rubrik Wissen |  
Aus-, Weiter- & Fortbildung | Rezensionen.

Chirurgie in Europa – Gründungsmitglied der *Upper GI international Robotic Association (UGIRA)*. Um sie herum gruppieren sich im vorliegenden Werk 50 Beitragsautoren von ebenso exzellentem Ruf. Es seien hier stellvertretend nur Professor Mönig (Genf), Professor Pratschke (Berlin), Professor Stein (Nürnberg) und Professor Yang (Seoul) genannt.

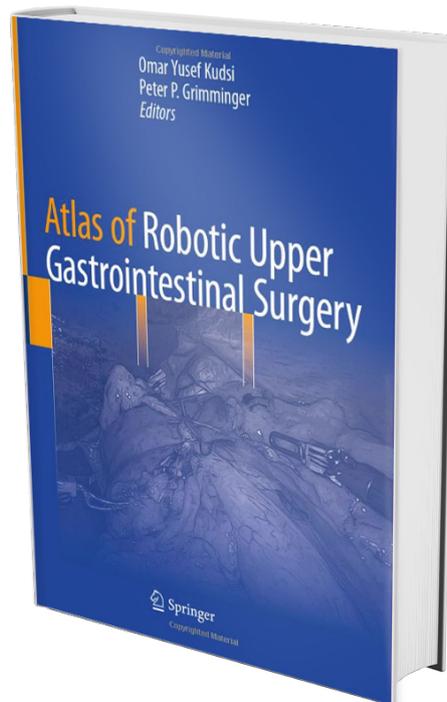
Das Werk ist ein solide ausgestattetes, fadengebundenes Hardcover-Buch, durchweg vierfarbig bebildert auf hochwertigem und entspiegeltem Papier. Die 24 Kapitel – von oral nach aboral – geben die häufigsten Prozeduren des OGIT wieder, einschließlich der bariatrischen Chirurgie. Sie beginnen mit einem knappen einführenden Text und

zeigen dann die jeweilige Operation gemäß der Schule der Autoren vom Setting (Lagerung, Trokarposition) bis zum Ende der Operation. Die Anzahl der Abbildungen ist dabei wohl dosiert und didaktisch ausgefeilt. Die Abbildungen geben jeweils die Schlüsselpunkte oder auch „Milestones“ der Operation wieder. So kann der mit dem laparoskopischen, thorakoskopischen oder auch noch konventionell offenen Verfahren bereits erfahrene Operateur die einzelnen Schritte hervorragend nachvollziehen.

Das Buch ist sowohl dazu geeignet, direkt vor einem robotischen Eingriff die Schritte noch einmal zu rekapitulieren, als auch für Interessierte, die sich einfach über den Stand der

robotischen Technik im oberen Gastrointestinaltrakt informieren möchten. Die Kapitel schließen mit wenigen relevanten Zitaten zur aktuellen Studienlage. Der Index fällt mit gerade 5 Seiten etwas knapp aus und hätte verlagsseitig umfangreicher ausgestaltet werden können. Eine Anregung an den Verlag Springer könnte ebenso darstellen, die jeweiligen Milestones mit einem QR-Code zu versehen, mit dem der Leser dann mittels Smartphone eine kurze repräsentative Sequenz des Videos ansehen kann.

Der Preis ist mit ca. 160 Euro für das Hardcover-Buch angemessen für die Zielgruppe Fach-, Ober- und Chefärzte. Der Preis für das E-Book beträgt ca. 120 Euro. ○



### **Atlas of Robotic Upper Gastrointestinal Surgery**

Kudsi, Grimminger (Editors)

Springer Nature Switzerland 2022

ISBN: 978-3-030-86577-1

eBook: 117,69 €

Hardcover: 160,49€

[Beim Verlag bestellen...](#)

# Personalia



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

Bitte geben Sie uns Bescheid, wenn sich für Sie beruflich etwas ändert. Senden Sie uns einfach eine kurze Nachricht mit Ihrer neuen Funktion und wir veröffentlichen die Neuigkeiten an dieser Stelle. Bitte schreiben Sie an [passion\\_chirurgie@bdc.de](mailto:passion_chirurgie@bdc.de).

## APRIL 2022

**PD Dr. med. Marc Bludau** ist neuer Chefarzt der Chirurgie am Marien-Hospital in Wesel. Der Facharzt für Chirurgie und Viszeralchirurgie mit Weiterbildung Spezielle Viszeralchirurgie und Proktologie war zuvor Oberarzt am Klinikum der Universität zu Köln.

**Dr. med. Hans-Peter Buthut** ist neuer Chefarzt der Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Thoraxchirurgie im St. Johannes-Hospital in Varel. Buthut bleibt zudem weiterhin Chefarzt der Allgemein-, Viszeral- u. Thoraxchirurgie am Nordwest-Krankenhaus Sanderbusch in Sande.

**Dr. med. Robert Hofmann** wechselte bereits zum Dezember 2021 von Heiden in der Schweiz an das Städtische Klinikum Görlitz gGmbH. Er ist dort neuer Chefarzt der Unfallchirurgie.

**Dr. med. Hartmut Roth**, Facharzt für Allgemein- und Viszeralchirurgie sowie minimal-invasive Chirurgie und seit 2017 Chefarzt am KMG Klinikum Sömmerda, leitet nun auch die allgemein- und viszeralchirurgische Abteilung am KMG Manniske Klinik Bad Frankenhausen.

**Dr. med. Gudrun Schlewitz**, Fachärztin für Orthopädie und Unfallchirurgie, Plastische und Ästhetische Chirurgie, Handchirurgie und Notfallmedizin ist bereits seit Dezember

2021 neue Chefarztin der Abteilung für Handchirurgie, Plastische- und Mikrochirurgie in den Dr. Erler Kliniken in Nürnberg.

**PD Dr. med. Silke Schüle** ist seit dem 1. Februar 2022 neue Chefarztin der Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie im Erlanger Waldkrankenhaus. Die Fachärztin für Allgemeine Chirurgie und Viszeralchirurgie mit Zusatzbezeichnung Spezielle Viszeralchirurgie war zuvor Oberärztin am Universitätsklinikum Jena.

**Daniel Spachtholz**, Facharzt für Chirurgie und Viszeralchirurgie und zuvor Oberarzt am Sana Klinikum Hof, ist seit Januar 2022 Chefarzt der Chirurgischen Klinik Sternbach-Schleiz.

**Dr. med. Max Thiemann**, Facharzt für Chirurgie und Gefäßchirurgie und zuvor seit 2015 als Oberarzt in der Gefäßchirurgie am Helios Klinikum in Berlin-Buch tätig, ist seit Anfang des Jahres 2022 chefarztlicher Leiter der Gefäßchirurgie im neuen Sana Klinikum Landkreis Biberach. ○



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

# Frage & Antwort



## Haftung des Belegarztes für Fehler nachgeordneter Krankenhausärzte



### Antwort von Dr. jur. Jörg Heberer:

Justitiar BDC  
Rechtsanwalt und Fachanwalt für  
Medizinrecht  
justitiar@bdc.de

Heberer J: F+A: Haftung des Belegarztes für Fehler nachgeordneter Krankenhausärzte.

2022 April; 12(04): Artikel 04\_09.

Heberer J: F+A: Angabe der Diagnose auf der Rechnung notwendig. 2022 April; 12(04): Artikel 04\_10.



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

### FRAGE:

Ein belegärztlich tätiger Chirurg fragt an, ob er dafür haftet, wenn den Stationsärzten des Krankenhauses bei der postoperativen Betreuung seiner Patienten ein Behandlungsfehler unterläuft.

### ANTWORT:

Es ist ständige Rechtsprechung, dass ein Belegarzt, der sich zur Erfüllung seiner Verbindlichkeiten aus dem Behandlungsvertrag mit seinem Patienten – also vereinfacht gesagt bei der Behandlung seiner Patienten – des angestellten ärztlichen Personals der Belegklinik bedient, für das Fehlverhalten dieser Ärzte im fachlich von ihm zu verantwortenden Bereich haftet. Das Fehlverhalten der angestellten Ärzte wird dem Belegarzt dabei vertraglich aus § 278 BGB, da diese hiernach Erfüllungsgehilfen des Belegarztes sind, sowie deliktisch aus § 831 BGB zugerechnet.

Damit haftet nach den von der Rechtsprechung aufgestellten Grundsätzen in der Regel der Belegarzt für Fehler, die den Pflichtenkreis der Heilbehandlung betreffen und die Belegklinik für Fehler aus dem pflegerischen Bereich.

Das OLG Naumburg hat dies zuletzt in seinem Urteil vom 08.10.2019 – 1 U 123/18 bestätigt (vgl. im Folgenden: [OLG Naumburg, openJur 2020, 45986](#)):

Das Gericht sah es zunächst als Pflicht des Belegarztes an, nach dem medizinischen Standard im vertraglichen Behandlungsverhältnis am ersten Tag nach einer Wirbelsäulenoperation (hier: Laminektomie) den Patienten neurologisch zu untersuchen (vgl. Leitsatz). Diese postoperative Untersuchung wurde weder vom Belegarzt noch von den Stationsärzten der Belegklinik durchgeführt, sodass letztendlich ein einfacher Befunderhebungsfehler durch das Gericht festgestellt wurde.

Die Untersuchung, ob die Neurologie intakt ist, hatte der Sachverständige als eine originäre ärztliche Aufgabe angesehen (vgl. Rn. 60). Auch der verklagte Belegarzt hatte in Übereinstimmung mit dem Sachverständigen ausgeführt, dass eine neurologische Untersuchung am ersten postoperativen Tag stattzufinden hat. Allerdings erklärte der Belegarzt, dass er sich darauf verlassen habe, dass die diensthabenden Stationsärzte sich darum kümmern. Zwar bestätigte der Sachverständige eine solche Aufgabenteilung als „durchaus

gängige Praxis“ (vgl. Rn. 61, 62). Das Gericht lehnte jedoch eine haftungsrechtliche Entlastung des Belegarztes durch diese „gängige Praxis“ ab. Denn ob sich der Belegarzt gemäß klinischer Praxis intern in seinem Verhältnis zur Belegklinik darauf verlassen konnte, dass die Untersuchung durch den am ersten postoperativen Tag diensthabenden Stationsarzt durchgeführt wurde, konnte im Ergebnis aus Sicht des Gerichts für den vorliegenden Fall dahinstehen.

Die Haftung des Belegarztes folge nämlich ausschließlich direkt aus dem zwischen dem Patienten und ihm bestehenden Rechtsverhältnis. Unterstellt, dass die unterlassene neurologische Untersuchung im Innenverhältnis zwischen dem Belegarzt und der

Belegklinik rein tatsächlich einem Arzt der Klinik zuzuordnen sei, treffe den Klinikträger weder eine vertragliche noch eine deliktische Einstandspflicht gegenüber dem Patienten, wenn

- der Belegarzt für eine eigene Fehlleistung innerhalb seines Fachbereichs haftet oder
- der Fehler durch einen nachgeordneten Arzt der Klinik desselben Fachgebiets gemacht wurde, dessen sich der Belegarzt bei der Durchführung der ihm obliegenden Behandlung bediente (vgl. Rn. 70-72).

Die Haftung des Belegarztes folge damit für Fehler des nachgeordneten Arztes vertraglich aus § 278 BGB bzw. deliktisch aus § 831 BGB.

Die Voraussetzungen für die Haftung des Beklagten sah das Gericht somit als gegeben an, weil die neurologische Untersuchung am ersten postoperativen Tag zu seinen eigenen unmittelbaren ärztlichen Pflichten gehörte, die er nur mit den haftungsrechtlichen Folgen aus den §§ 278, 831 BGB an die Stationsärzte der Klinik delegieren konnte (vgl. Rn. 73).

Somit hat ein Belegarzt einen Behandlungsfehler in Form eines Befunderhebungsfehlers auch dann zu vertreten, wenn er sich darauf verlässt, dass die Stationsärzte der Belegklinik die Untersuchung im Zusammenhang mit der postoperativen Betreuung des Patienten durchführen und diese Untersuchung dann aber unterbleibt bzw. verspätet vorgenommen wird (vgl. Leitsatz). ○



## Angabe der Diagnose auf der Rechnung notwendig

### FRAGE:

Ein Chefarzt fragt an, ob auf einer ordnungsgemäßen Rechnung über seine ärztlichen Wahlleistungen die Diagnose angegeben werden muss.

### ANTWORT:

§ 12 Abs. 2-4 der GOÄ enthalten die inhaltlichen Mindestanforderungen an eine ärztliche Liquidation. Dieser Mindestkatalog enthält jedoch keine Verpflichtung des Arztes zur Nennung der Diagnose, sodass deren Angabe kein zwingender Bestandteil einer korrekt erstellten Rechnung ist. Üblicherweise wird jedoch die Diagnose auf der Rechnung angegeben, da sie sowohl von den Beihilfetragern als auch den privaten Krankenversicherungen als wesentliche Grundlage für die Prüfbarkeit der Rechnung gefordert wird. Die

Rechtsprechung sieht hierin eine berechtigte Forderung.

Entscheidend für die Aufnahme oder Löschung der Diagnose auf der Liquidation muss aus Sicht des Verfassers aber stets der mutmaßliche oder ausdrückliche Wille des Patienten sein. Soweit der Arzt Kenntnis erlangt oder annehmen muss, dass der Patient mit der Weitergabe der Diagnose nicht einverstanden ist, darf eine Weitergabe gegen den Patientenwillen nicht erfolgen. Umgekehrt heißt dies aber auch, dass jedenfalls mit Zustimmung des Patienten und auf sein Verlangen der Arzt eine Diagnose in der Rechnung angeben muss, die eine Überprüfung der abgerechneten Leistungen, z. B. durch die vorgenannten Stellen, zulässt. Bestehen aufgrund der Art der Diagnose oder des Auseinanderfallens zwischen Patient und Zahlungspflichtigem Anhaltspunkte dafür, dass die Angabe einer Diagnose auf der Rechnung schutzwürdige Belange des Patienten beeinträchtigen könnte, so muss die Diagnoseangabe zunächst unterbleiben. Die Diagnose kann in der Folge aber jedenfalls jederzeit nachgereicht bzw. auch vom Arzt korrigiert werden. ○



**Vienna, Austria**  
15-18 August 2022



49th World Congress of the International Society of Surgery ISS/SIC

# International Surgical Week

The World's Congress of **Surgery**

[isw2022.org](http://isw2022.org)



**Congress President:**  
John G. Hunter, USA

**National Congress President:**  
Albert Tuchmann, Austria

**International Society of Surgery ISS / SIC**  
and its Integrated Societies

IAES - International Association of Endocrine Surgeons

IATSIC - International Association for Trauma Surgery and Intensive Care

IASMEN - International Association for Surgical Metabolism and Nutrition

BSI - Breast Surgery International

ISDS - International Society for Digestive Surgery

ASAP - Alliance for Surgery and Anesthesia Presence

**#ISW2022 Vienna**

[surgery@iss-sic.com](mailto:surgery@iss-sic.com)

[isw2022.org](http://isw2022.org)



# Leitende Chirurginnen – how I made it to the top

## VORWORT

### KRAWALL UND REMMIDEMMI

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

„Die Besten für die Chirurgie“ lautet eine seit Jahren viel geschundene Devise, wenn Chirurgen wieder mal Maßnahmen oder Programme zur Akquise von ärztlichem Nachwuchs- und Führungspersonal anpreisen. Die Diktion ist variabel, und schreckt auch vor Neologismen, Küchenlatein oder tief gebeugtem Denglisch (kann man kreative Vortrags- oder Sitzungstitel vor der Publikation vielleicht mal googeln?) nicht zurück. Doch dahinter steckt immer die gleiche selbstgefällige Attitude: Die besten Ärzte folgen der Chirurgie wie die Motten dem Licht.

Doch dem ist leider nicht so. In den Führungsebenen operierender Kliniken in Deutschland finden sich unverändert erschreckend wenig Frauen. Und mittlerweile dürfte auch dem letzten reaktionären Traditionalisten klar sein, dass das nicht durch mangelnde Qualität begründet

ist. Natürlich sind die wahren Gründe – wie immer - mannigfaltig, aber trotzdem scheint „die Besten für die Chirurgie“ ein kleines, fieses generisches Maskulinum zu verstecken, das den Aufstieg der besten Chirurginnen oft nachhaltig behindert. Dass der Frauenanteil in der Assistenzenschaft steigt, kann diese These nicht entkräften – sie sind halt einfach in der Überzahl. Doch nach oben geht es trotzdem nicht so leicht: Dafür braucht man „Netzwerk“.

Schluss damit – es nervt! Chirurgie braucht vielleicht nicht nur die Allerbesten, aber wirklich die Guten. Und in beiden Gruppen sind Frauen ganz vorne mit dabei. Also Bahn frei – zur Not auch mit Krawall und Remmidemmi. Unsere Autorinnen wissen wie es geht.

Eine so gar nicht genderneutrale Lektüre bieten

Prof. Dr. med.  
C. J. Krones

und

Prof. Dr. med.  
D. Vallböhrer



Ein 2017 veröffentlichter Bericht der AllBright Stiftung [1], die sich für Frauen in Führungspositionen in der Wirtschaft einsetzt, zeigte, dass der Männeranteil in den Chefetagen großer deutscher Unternehmen bei über 90 Prozent liegt. Eine von vielen Erkenntnissen des Berichts: In den Vorständen gibt es mehr Männer *allein* mit den Namen Thomas und Michael als Frauen *insgesamt*. Und in der Medizin?

63 Prozent der Medizinstudierenden in Deutschland sind weiblich (Daten des statistischen Bundesamts). Dem gegenüber stehen laut Ärztestatistik der Bundesärztekammer weniger als 8 Prozent Frauen mit leitender Funktion in der Chirurgie. Warum ist das so? Wollen Frauen nicht führen? Trauen sie sich nicht? Werden sie nicht gefördert? Die Gründe für den Frauenmangel an der Spitze von Kliniken sind vielfältig, aber nicht anders als in anderen Branchen: Allem voran steht häufig eine konservative Grundhaltung vieler Chefs. Weibliche Stereotype wie Emotionalität, Fürsorge, Sensibilität werden eher als Schwäche gesehen und männlichen Attributen wie Dominanz und Selbstbewusstsein gegenübergestellt. Die „typisch männlichen“ Eigenschaften werden als bessere Voraussetzung für das Führen von Mitarbeiter:innen erachtet. Hinzu kommt gerade in der Chirurgie

auch das jahrelang gepredigte Dogma der Nicht-Vereinbarkeit von Beruf und Familie [2] und die damit verbundene Sorge, dass sich jüngere Frauen eher der Familienplanung widmen als der Karriere – wozu also erst fördern?!

Ein weiterer Grund, warum Ärztinnen in Weiterbildung den Weg nach oben nicht wagen, ist die fehlende Sichtbarkeit von Frauen in Spitzenpositionen. „Frauen haben in der Medizin – speziell in der Chirurgie – einfach nicht genug Vorbilder, an denen sie sich orientieren können, wenn sie nach oben wollen“ so Prof. Katja Schlosser, Präsidentin des Vereins „Die Chirurginnen e.V.“. „Darüber hinaus fehlten bislang Netzwerke, die bei Karriere-sprüngen hilfreich sind“, so Schlosser weiter.

Uns steht in der Chirurgie ein eklatanter Nachwuchsmangel bevor. Wir können es uns nicht leisten, hoch qualifizierte Fach- und Führungskräfte in der Medizin auf dem Weg „to the top“ zu verlieren. Aber „Erfolg ist ein Marathon, kein Sprint“ – wir müssen also heute anfangen, Frauen in der Chirurgie zu halten und zu Führungspositionen zu ermutigen.

Wir haben drei Frauen zu ihrem Weg „to the top“ und ihrer Tätigkeit befragt: Was hilft? Was waren die größten Schwierigkeiten?



**Korrespondierende Autorin:**

**Dr. med. Julia Gump**

Oberärztin Klinikum Neumarkt  
Vizepräsidentin „Die Chirurginnen e.V.“

[julia.gump@chirurginnen.com](mailto:julia.gump@chirurginnen.com)

**Prof. Dr. med. Sabine Bleiziffer**

Leitende Oberärztin  
Deutsches Herzzentrum München und  
Bad Oeynhausen

**Dr. med. Franziska Koch**

Geschäftsführende Oberärztin  
Zentrum für operative Medizin und  
Bauchmedizin  
Helios Kliniken Schwerin

**Dr. med. Kristina Korsake, HCMB**

Leitende Ärztin  
MVZ Netzwerkes „PI“ am Bodensee

**Prof. Dr. med. Katja Schlosser**

Chefärztin  
Allgemein-, Viszeral- und  
Gefäßchirurgie  
Agaplesion Ev. Krankenhaus  
Mittelhessen gGmbH  
[Katja.Schlosser@ekm-gi.de](mailto:Katja.Schlosser@ekm-gi.de)

Gump J, Bleiziffer S, Koch F, Korsake K, Schlosser K: BDC-Praxistest: Leitende Chirurginnen – how I made it to the top. *Passion Chirurgie*. 2022 April; 12(04): Artikel 05\_01.



Diesen Artikel finden Sie auf BDC|Online ([www.bdc.de](http://www.bdc.de)) unter der Rubrik Wissen | Karriere | Chirurginnen.

# ZUR PERSON



**Professor Dr. med. Sabine Bleiziffer**

ist Herzchirurgin und gehört somit zu den 28 Prozent Frauen in ihrem Fach. Sie hat in Leipzig und München Medizin studiert und nach Facharztweiterbildung, Promotion und Habilitation wurde sie 2017 zur außer-

planmäßigen Professorin bestellt. Seit 2015 ist sie als Leitende Oberärztin zunächst im Deutschen Herzzentrum München und seit 2019 in Bad Oeynhausen tätig. Professor Bleiziffer ist verheiratet und hat zwei Kinder.

Work-Life-Balance von jungen Männern wie Frauen gefordert wird, und eine gemeinschaftliche Kinderbetreuung an Wert gewinnt.

**PC:** Was hätten Sie vor 20 Jahren in puncto Karriereplanung anders machen sollen?

**SB:** Ich hätte mich auf Preise bewerben sollen (ich dachte damals, meine wissenschaftliche Leistung sei geringer als die der Konkurrenz). Ich hätte nicht versuchen sollen, unauffällig zu bleiben und mich anzupassen, sondern aufzufallen. Ich hätte von Anfang an gezielt Kolleginnen unterstützen sollen, anstatt immer auf Gleichheit zu achten.

**PC:** Brauchen wir eine Regulierung des Frauenanteils in der Führungsebene? Stichwort „Quote“?

**SB:** Dafür spricht, dass die Quote ein Türöffner in der gläsernen Decke sein könnte. Dagegen, dass jede hoch qualifizierte Frau aufgrund ihrer Leistung weiterkommen möchte. Tatsache ist, dass wir heute keine einzige Abteilungsleiterin in der Herzchirurgie haben.

**PC:** Gibt es auch auf der anderen Seite Hemmnisse? Anders gefragt: Stellen auch Frauen selber „ein Problem“ dar?

**SB:** Leider ja. Ich habe genügend Frauen gehört, die mit zahlreichen Ausreden ihre Karriere nicht verfolgen („Bei meinem Mann läuft es gerade so gut, da stehe ich jetzt zurück“, „Für den Kongress am Wochenende habe ich keine Kinderbetreuung“, usw.). Letztlich fehlt hier Mut, unbequeme Wege zu gehen. Ich bin aber überzeugt, dass gute Rollenvorbilder helfen können, Wege aufzuzeigen, denn die Herzchirurgie ist ein faszinierendes Fach. Für mich wäre es nicht in Frage gekommen, aus Bequemlichkeit darauf zu verzichten.

**Passion Chirurgie: Alles Planung oder auch Zufall?**

**Sabine Bleiziffer:** Eine erfolgreiche Karriere war von Anfang an mein Plan. Aber ehrlich gesagt, war mir zu Beginn nicht mal klar, ob ich überhaupt Herzchirurgin werden kann. In den 90er-Jahren gab es keine Vorbilder weit und breit. Mein großes Glück war ein Mentor, der mir das herzchirurgische Handwerk beigebracht hat. Danke, Walter! Mit verstohlenem Blick habe ich links und rechts neben mir die männlichen Kollegen beobachtet und festgestellt: Ich kann das mindestens so gut. Als größte Hürde habe ich immer empfunden, auffällig wie ein bunter Hund als erste Fachärztin, Oberärztin, Privatdozentin an meiner Klinik unter ständiger Beobachtung zu stehen.

**PC:** Welche Skills sind auf dem Weg nach oben erforderlich?

**SB:** Ich glaube und hoffe, dass das heute andere als vor 20 Jahren sind. Zu

versuchen, die Männer zu imitieren ist nicht mehr zeitgemäß. Ich glaube aber nach wie vor, dass man mit Fleiß und Professionalität viel erreichen kann. Anders gesagt, man muss bereit sein, etwas zu investieren und immer beste Qualität abliefern. Ich halte es auch für sinnvoll, sich ein fachliches Profil zu erarbeiten, für etwas zu stehen, um einen Wiedererkennungswert zu haben.

**PC:** Kinderwunsch, Schwangerschaft, Familie: Warum wird das bei Frauen, aber nicht bei Männern in Führungspositionen thematisiert?

**SB:** Das wüsste ich auch gerne. Hier kann die Chirurgie nicht leisten, was eine gesellschaftliche Aufgabe ist. Bei Männern ist die Anzahl der Kinder nahezu ein Gütesiegel, während bei Frauen schon die Schwangerschaft das Aus in der Chirurgie bedeuten kann. Stellen Sie sich mal eine schwangere Chefärztin vor!!! Vielleicht helfen uns die nachfolgenden Generationen Y und Z, die stereotypen Rollenbilder aufzulösen, da eine gute

**PC:** War das Ziel Karriere zu machen von Anfang an klar? Was ist eine erfolgreiche Karriere?

**Franziska Koch:** Tatsächlich wollte ich schon als Studentin Chefärztin werden. Was damals eher eine naive Idee war, hat sich im Laufe der letzten Jahre als Karriereziel verfestigt. Ich würde eine erfolgreiche Karriere allerdings nicht an Positionen festmachen wollen. Sie definiert sich für mich über persönliche Zufriedenheit. Man lebt schließlich nicht nur, um zu arbeiten.

**PC:** Gab es Vorbilder?

**FK:** Ich orientiere mich schon stark an meinem Chef Prof. Ritz. Er ist ein hervorragender Chirurg und ein absolutes Vorbild im Hinblick auf perioperative Patientenbetreuung. Er hat einen hohen Leistungsanspruch an sich und seine Mitarbeiter:innen, im Gegenzug ist er aber ein großer Förderer der nächsten Generation und hat stets ein offenes Ohr für sein Team.

**PC:** Welcher Führungsstil macht gute Führung aus?

**FK:** Ich schätze den partizipativen Führungsstil, finde es jedoch wichtig, als Führungskraft rote Linien aufzuzeigen, um gerade den jüngeren Kolleg:innen Orientierung zu geben. Letztlich ist es meine Verantwortung, dass Patientenversorgung auf höchstem Niveau durchgeführt wird. Die Grundvoraussetzung für jede Führungskraft ist aus meiner Sicht fachliche Kompetenz. Darüber hinaus sind Authentizität



**Dr. med. Franziska Koch, MBA,** hat in Greifswald Medizin studiert und promoviert. Ihre Facharztweiterbildung zur Viszeralchirurgin hat sie in Schwerin absolviert und berufsbegleitend den MBA-Studiengang „Management in der

Medizin“ in Münster abgeschlossen. Im Alter von 35 Jahren wurde sie 2019 Oberärztin, seit Januar 2022 ist sie als geschäftsführende Oberärztin im Zentrum für operative Medizin und Bauchmedizin an den Helios Kliniken Schwerin tätig. Dr. Koch ist liiert.

«  
ZUR  
PERSON

und Verlässlichkeit, Teamgeist und gegenseitiges Vertrauen essenzielle Fähigkeiten.

**PC:** Was sind spezielle Herausforderungen als (weibliche) Führungskraft?

**FK:** Für mich persönlich ist es die größte Herausforderung, an mich, mein Potenzial und den eingeschlagenen Weg zu glauben. Die chirurgische Tätigkeit ist immer wieder mit Rückschlägen verbunden. Als Führungskraft ist es daher ganz wichtig, einen Weg zu finden, Kritik und auch Komplikationen zu reflektieren, daraus zu lernen, aber dann auch damit abzuschließen und nicht ins Zweifeln zu verfallen. Ich habe erst vor Kurzem einen sehr hilfreichen Spruch gelesen: „Nimm Kritik nur von

den Menschen an, die du auch um Rat fragen würdest!“

**PC:** Macht „Führen“ Spaß?

**FK:** Nicht immer, aber immer öfter. Ein Team zu formen und mit diesem erfolgreich zu arbeiten, sei es in der Patientenversorgung oder wie bei uns gerade auf dem Weg zur Uniklinik, ist unfassbar bereichernd.

**PC:** Wie bleibt man auf dem Karriereweg selbst gesund?

**FK:** Das Zauberwort heißt aus meiner Sicht Privatleben. Partnerschaft, Freunde und Hobbys sind in ihrer Bedeutung kaum hoch genug einzuschätzen. Als Hobby kann ich Golfen empfehlen. Dabei kann ich wunderbar abschalten.

# ZUR PERSON



**Dr. med. Kristina Korsake, HC MBA** hat in ihrer Heimat Litauen Medizin studiert und dann ihre Weiterbildung zur Gefäßchirurgin in Deutschland abgeleistet. Sie hat an der Universität Freiburg promoviert und in Jena

ihr Masterstudium zum Health Care MBA absolviert. Nach kurzer Zeit als Oberärztin in Dessau wurde sie Leitende Ärztin des MVZ Netzwerkes „PI“ am Bodensee mit zwei ambulanten OP-Zentren. Zusammen mit ihrem Mann führt sie seit 2019 fünf Standorte mit über 50 Angestellten, davon 11 ärztlichen Kolleg:innen. Dr. Korsake ist verheiratet und hat drei eigene Kinder und ein Pflegekind.

**PC:** Warum gibt es so wenige Frauen in Top-Führungspositionen in der Chirurgie?

**Kristina Korsake:** Vorurteile spielen eine große Rolle, Frauen trauen sich oft nicht, eine Führungsposition als Ziel ihrer beruflichen Karriere zu setzen.

Bessere strukturelle Voraussetzungen für die Vereinbarkeit von Beruf und Familie alleine reichen aber nicht. Ebenso wichtig ist die Entwicklung einer neuen Denkweise, in der es selbstverständlich ist, dass auch Frauen in der Chirurgie führen. Netzwerke wie „Die Chirurginnen“ bieten konkrete Maßnahmen, wie z. B. ein Mentoringprogramm, um Frauen für Führungsposition zu gewinnen.

**PC:** Was war der beste/schlechteste Rat, den Sie je beruflich bekommen haben?

**KK:** Einer der besten Ratschläge war: Priorisiere klar und halte dich an deine Priorisierung. Das hilft enorm Zeit zu sparen und sich nicht im Multitasking zu verlieren.

Den schlechtesten Rat habe ich noch in der Schule gehört: Mädchen müssen brav und bescheiden sein. Man sollte den Mädchen lieber raten: Trainiere dein Pokerface!

**PC:** Welche Bedeutung haben Netzwerke? Netzwerken Frauen anders als Männer?

**KK:** Eine IBM-Studie aus den 1990er-Jahren hat gezeigt, dass sich Erfolg im Beruf auf drei Säulen stützt: 30 Prozent Selbstvermarktung, 60 Prozent Beziehungen und nur 10 Prozent Qualifikation. Das zeigt: Leistung alleine reicht nicht. Selbst wenn du fachlich die Beste bist, hilft das wenig, wenn das niemand weiß.

Die Notwendigkeit, sich beruflich zu vernetzen, ist bei Männern besser verinnerlicht. Frauen unterschätzen dies oft und nutzen ihre kommunikativen Fähigkeiten häufig nur privat. „Die Chirurginnen“ ist ein Frauennetzwerk, in dem es darum geht, gemeinsam besser voranzukommen.

**PC:** Bedeutet Karriere, Opfer zu bringen?

**KK:** Es bedeutet, sich mehr zuzutrauen, aber auch bereit zu sein, den gleichen Preis wie Männer in Führungspositionen zu zahlen – nämlich in vorderster Front auch mal Ungerechtigkeiten auszuhalten, allein zu stehen, angegriffen zu werden. Das fällt uns Frauen in der Regel schwer.

**PC:** Ist es ein Problem, sich gegenüber männlichen Kollegen durchzusetzen?

**KK:** Um sich als Frau durchzusetzen, sollte man sich nicht verstellen. Wichtiger ist es, sich auf die eigenen Fähigkeiten zu fokussieren. Durchsetzungsstärke hat nichts mit Konkurrenzkampf, Machtspielchen oder übertriebenen Nettigkeiten zu tun. Sei dir bewusst, wer du bist und was du lieferst!

## FAZIT

Unser gemeinsames Fazit: Die „gläserne Decke“ kann durchbrochen werden, allerdings gelingt dies auch weiterhin nur einzelnen. Eine größere Sichtbarkeit von Frauen in der Chirurgie ist jedoch erforderlich, um spürbar mehr weibliche Führungskräfte zu etablieren. Nachfolgende Generationen von Chirurginnen brauchen unterschiedliche weibliche Rollenmodelle, um zu ihrem eigenen Stil zu finden und andere für ihre Führungsstrategien zu begeistern. Netzwerke, wie z. B. „Die Chirurginnen e.V.“, können einen wichtigen Beitrag zu einem Kulturwandel in den Chefetagen leisten, der die Chirurgie langfristig zukunftsfähig macht.

## LITERATUR

- [1] Ein ewiger Thomas-Kreislauf? Wie deutsche Börsenunternehmen ihre Vorstände rekrutieren. Allbright-Bericht März 2017. <https://www.allbright-stiftung.de>
- [2] Bühnen A: Chefärztinnen in der Chirurgie – Rollenvorbilder für Medizinstudentinnen und junge Chirurginnen. Passion Chirurgie Juli/August 2020 ○

# LERNEN WIE NIE ZUVOR.



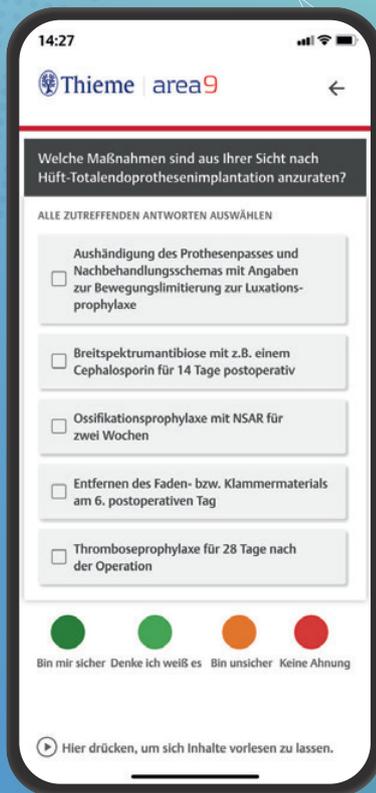
## Adaptives Weiterbildungscurriculum Orthopädie und Unfallchirurgie

### High Speed Learning.

Weiterbildungsrelevantes Wissen tanken – maximal effektiv auf einem für Sie optimierten Lernpfad.

### Mind the gap.

Wissenslücken erkennen und gezielt schließen. Sicher wissen, was Sie wissen. Facharztprüfung? Safe.



### Ready for take-off.

Gelerntes verinnerlicht. Wichtiges vertieft. Facharztprüfung bestanden. Bereit, um als Orthopäd\*in voll durchzustarten.



Jetzt kostenlos testen!  
[www.thieme.de/lernen-wie-nie-zuvor](http://www.thieme.de/lernen-wie-nie-zuvor)



# BDC|Pressemitteilung

## Krebstherapien auch unter Corona dringlich

**B**erlin, den 02.02.2022 – „Auch unter Pandemiebedingungen ist die Behandlung von Krebserkrankungen als dringlich einzustufen und kann in aller Regel nicht aufgeschoben werden“, sagt Prof. Dr. Carolin Tonus, Präsidiumsmitglied im Berufsverband der Deutschen Chirurgen e. V. (BDC) sowie Ärztliche Direktorin und Chefärztin der Abteilung für Allgemein- und Viszeralchirurgie der Asklepios Klinik St. Georg in Hamburg. 80 Prozent aller an Krebs erkrankten Menschen werden im Laufe ihrer Behandlung operiert, so die Deutsche Krebsgesellschaft. Das belegt den hohen Stellenwert der Chirurgie in einer oft multimodalen Therapie, bei der unterschiedliche Verfahren, wie Operation, Bestrahlung und Chemotherapie, kombiniert und zeitlich aufeinander abgestimmt werden. Am 4. Februar findet zum 22. Mal der Weltkrebstag statt.

Das zu Beginn der Pandemie vor etwa zwei Jahren ausgesprochene Verbot elektiver Operationen hatte erhebliche Auswirkungen auf die Therapie anderer Erkrankungen. Kliniken haben Kapazitäten für Covid-19-Erkrankte schaffen müssen. Auch Betroffene sagten aus Angst vor einer möglichen Coronainfektion Klinikaufenthalte von sich ab. „Die konkreten Auswirkungen der Pandemie auf die Entwicklung von Krebsleiden in der

Bevölkerung können aber aufgrund fehlender Langzeitergebnisse noch nicht verlässlich beziffert werden. Es ist jedoch davon auszugehen, dass Verschiebungen von Therapien zu einer Verschlechterung der Prognose führen“, sagt Tonus. Darauf hat auch die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie vor kurzem hingewiesen.

Anstatt starre staatliche Regelungen vorzugeben, ist es besser, Kliniken die Möglichkeit individueller Therapieentscheidungen einzuräumen. Diese sind abhängig von der Dringlichkeit des Eingriffs, des individuellen Zustandes des Patienten und auch von der lokalen Pandemiesituation.

Laut Deutscher Krebshilfe erkranken in Deutschland pro Jahr mehr als eine halbe Million Menschen neu an Krebs. Für Patienten besonders wichtig: Die Behandlung erfolgt zunehmend in zertifizierten Therapiezentren unter Absprache der konkreten Behandlungsschritte in Tumorboards mit allen beteiligten ärztlichen Fachrichtungen. Zusammen mit der Beachtung von Mindestmengen für die Durchführung komplexer Operationen und evidenzbasierten Leitlinien der höchsten Entwicklungsstufe garantieren diese Maßnahmen eine qualitativ hochwertige medizinische Versorgung. ○

Presse-Kontakt BDC: Holger Wannewetsch,  
Telefon 030/28004-201, presse@bdc.de



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

# BDC|Pressemitteilung

## BDC schreibt Journalistenpreis 2022 aus

**B**erlin, den 28.02.2022 – Der Berufsverband der Deutschen Chirurgen e.V. (BDC) schreibt nun zum neunten Mal seit 2014 seinen Journalistenpreis aus. Dieser Preis möchte die Faszination der Chirurgie in der Publikumsberichterstattung fördern. Er wird jährlich während der Präsidiumssitzung des BDC im Spätherbst verliehen. Das Preisgeld beträgt 1.500 Euro.

Die Auszeichnung ist für Beiträge in Print, Funk und Fernsehen sowie für Podcasts, Videos und Blogs auf hohem journalistischem Niveau vorgesehen. Die Beiträge sollen – fachlich fundiert und dennoch allgemeinverständlich – die Leistungen des Fachs Chirurgie, Entwicklungen auf diesem Gebiet oder die Chirurgie betreffende gesundheitspolitische Auswirkungen thematisieren. Natürlich müssen alle Beiträge den professionellen Standards der journalistischen Sorgfaltspflicht

genügen. Jede:r Autor:in kann nur einen Beitrag einreichen, Autoren-Teams für jeweils einen Beitrag sind möglich.

Die Beiträge müssen in einem deutschsprachigen Publikumsmedium im Zeitraum vom 1. Juli 2021 bis 30. Juni 2022 erschienen sein oder noch erscheinen. Senden Sie Ihre aussagekräftige Bewerbung bitte bis spätestens 31. August 2022 bevorzugt per E-Mail an [presse@bdc.de](mailto:presse@bdc.de).

Über die Vergabe des Preises entscheidet der BDC-Vorstand. Der Gewinner oder die Gewinnerin wird schriftlich informiert. Der Rechtsweg ist ausgeschlossen. Weitere Informationen zum Verfahren, insbesondere zu den Formaten der Beiträge, und die bisherigen Preisträger finden Sie auf unserer [Themenseite](#) zum Journalistenpreis. Wir freuen uns auf Ihren Beitrag 

Presse-Kontakt BDC: Holger Wannenwetsch,  
Telefon 030/28004-201, [presse@bdc.de](mailto:presse@bdc.de)



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

# Rekrutierende multizentrische chirurgische Studien in Deutschland

AUS DER  
DGCH

Ab sofort 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 von interessierten Chirurgen 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
<b>Studientitel: BariSurg<sub>5</sub>*</b>				
<b>Registriernummer: DRKS00004766</b>				
Prof. Dr. B.P. Müller	Patienten mit einem BMI von 35–40 kg/m <sup>2</sup> und mit mindestens einer assoziierten Begleiterkrankung sowie Patienten mit einem BMI von 40–60 kg/m <sup>2</sup>  Experimentelle Gruppe: Magenschlauch-OP  Kontrollgruppe: Magenbypass-OP	FPI: 27.11.2013  164 von 248 Patienten	–  Kein Fallgeld	Prof. Dr. B.P. Müller Universitätsklinikum Heidelberg Chirurgische Klinik Sektion Minimalinvasive Chirurgie T: 06221/56-8641 F: 06221/56-8645 E: beat.mueller@med.uni-heidelberg.de
<b>Studientitel: DISPACT-2<sub>2</sub>*</b>				
<b>Registrierungsnummer: DRKS00014011</b>				
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  44 von 294 Patienten	DFG  1.250 € / Patient	Dr. med. Rosa Klotz Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Transplantation- schirurgie Universitätsklinikum Heidelberg Im Neuenheimer Feld 420 T: 06221/56-6980 F: 06221/56-33850 E: rosa.klotz@med.uni-heidelberg.de

MULTIZENTRISCH RANDOMISIERT KONTROLLIERTE STUDIEN				
STUDIENLEITER	PATIENTEN/OP.-VERFAHREN	FIRST PATIENT IN/ STATUS DER STUDIE	FINANZIERUNG DER STUDIE/FALLGELD	ANSPRECHPARTNER/ KONTAKT
<b>Studientitel: HULC<sub>3</sub>*</b>				
<b>Registrierungsnummer: DRKS00017517</b>				
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  348 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 06221-56-36839 06221-56-33850 solveig.tenckhoff@med.uni-heidelberg.de
<b>Studientitel: IOWISI<sub>4</sub>*</b>				
<b>Registrierungsnummer: DRKS00012251</b>				
<b>EudraCT 2017-000152-26</b>				
Prof. Dr. med. Daniel Reim	offene abdominalchirurgische Eingriffe  Experimentelle Gruppe: Spülung des subkutanen Gewebes nach Faszienschluss mit Intervention 1: 0,04%iger Polyhexanidlösung  Intervention 2: 0,9%iger NaCl-Lösung  Kontrollgruppe keine Wundspülung	20.09.2017  689 von 680 Patienten  Rekrutierung beendet	DFG  400 € / Patient	Prof. Dr. med D. Reim Klinik und Poliklinik für Chirurgie Klinikum rechts der Isar der Technischen Universität München (TUM) Ismaninger Str. 22 81675 München T: 089/4140-5019 E: daniel.reim@tum.de
<b>Studientitel: PERCOG<sub>5</sub>*</b>				
<b>Registrierungsnummer: DRKS00009451; EudraCT: 2015-005219-34</b>				
Prof. Dr. med. Daniel Reim	Experimentelle Gruppe: Die Patienten der Gruppe 1 erhalten ab Beginn der neoadjuvanten Chemotherapie präoperativ täglich jeweils supportiv (d.h. zusätzlich zur normalen oralen Ernährung) 600kcal parenterale Ernährung verabreicht. Sollte der Patient seinen täglichen Kalorienbedarf nicht durch orale Nahrungsaufnahme gedeckt haben, wird dem Patienten der fehlende Kalorienbedarf zusätzlich zu diesen 600kcal parenteral zugeführt.  Kontrollgruppe: Alleinige neoadjuvante Chemotherapie vor chirurgischer Resektion ohne parenterale Ernährung. Sollte der Patient seinen täglichen Kalorienbedarf nicht durch orale Nahrungsaufnahme decken können nach Abschluss der ersten Hälfte der präoperativen Chemotherapie, wird dem Patienten der fehlende Kalorienbedarf zusätzlich parenteral zugeführt.	24.05.2019  15 von 150 Patienten  Rekrutierung beendet	-  400 € / Patient	Prof. Dr.med. Daniel Reim Ismaninger Straße 22 81675 München  089/4140-5019 089/4140-2184 daniel.reim@tum.de
<b>Studientitel: PONIY<sub>6</sub>*</b>				
<b>Registrierungsnummer: DRKS00006199</b>				
Dr. med. Rebekka Schirren	Elektiver offener kolorektaler Eingriff  Experimentelle Gruppe: Abdeckung der Operationswunde mittels postoperativem Wundinzisions-Unterdrucktherapie System (PIUT) für 5-7 Tage postoperativ.  Kontrollgruppe: Abdeckung der Operationswunde mittels sterilem Verbandsmaterial für 5-7 Tage postoperativ.	23.10.2017  267 von 340 Patienten	KCI USA, Inc.  50 € / Patient	Dr. med. R. Schirren Chirurgische Klinik und Poliklinik Klinikum rechts der Isar der Technischen Universität München T: 089/4140-5138 E: rebekka.schirren@tum.de

MULTIZENTRISCH RANDOMISIERT KONTROLLIERTE STUDIEN				
STUDIENLEITER	PATIENTEN/OP.-VERFAHREN	FIRST PATIENT IN/ STATUS DER STUDIE	FINANZIERUNG DER STUDIE/FALLGELD	ANSPRECHPARTNER/ KONTAKT
<b>Studientitel: WOPP<sub>7</sub>*</b>				
<b>Registrierungsnummer: NCT01855464</b>				
Prof. Dr. T. Walles, FETCS Prof. Dr. J. Neudecker (Stellvertretender Studienleiter)	Patienten (15–40 Jahre) mit Rezidiv eines primären Spontanpneumothorax (PTX) oder therapierefraktärem PTX Erstereignis  Experimentelle Gruppe: Lungenkeilresektion mit parietaler Pleurektomie  Kontrollgruppe: Alleinige parietale Pleurektomie	FPI: 19.11.2013  353 von 360 Patienten	DFG  525 €/Patient	Prof. Dr. T. Walles, FETCS Abteilung Thoraxchirurgie Klinik für Herz- und Thoraxchirurgie Universitätsklinikum Magdeburg A. ö. R T: 0391/67-21905 E: Thorsten.Walles@med.ovgu.de Studienbüro: Esther Meyer T: 0391/67-24903 E: Esther.meyer@med.ovgu.de  Stellvertretender Studienleiter: Prof. Dr. J. Neudecker Charité – Universitätsmedizin Berlin Campus Charité Mitte   Campus Virchow-Klinikum Chirurgische Klinik Chirurgisches Regionalzentrum Berlin des CHIR-Net T: 030/450-622125 E: Jens.Neudecker@charite.de
<b>Studientitel ARMANI<sub>8</sub>*</b>				
<b>Registrierungsnummer: NCT04678583, DRKS00023792</b>				
Prof. Dr. med. Jürgen Weitz, MSc.  Prof. Dr. med. Nuh Rahbari	Exper. Gruppe anatomische Resektion der Lebermetastase(n).  Kontrollgruppe nicht-anatomische Resektion der Lebermetastase(n).	FPI: 12.03.2021  9 von 240 Patienten	DKTK Joint Funding  1530 € / Patient	Ulrike Neckmann, PhD Studienkordinatorin 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: +49 (0)351 458 18130 F: +49 (0)351 458 7273 E: ulrike.neckmann@uniklinikum-dresden.de

- [1] Sleeve gastrectomy versus Roux-en-Y gastric bypass in obese patients with BMI 35–60 kg/m<sup>2</sup> – a multicenter randomized trial
- [2] Distal Pancreatectomy – A randomised controlled trial to compare minimal-invasive distal pancreatectomy to open resection (DISPACT-2 Trial)
- [3] Hernia reduction following laparotomy using small stitch abdominal wall closure with and without mesh augmentation – HULC
- [4] Intraoperative wound irrigation to prevent surgical site infection after laparotomy
- [5] Parenterale Ernährung unter neoadjuvanter Chemotherapie beim lokal fortgeschrittenen Magenkarzinom/Karzinom des ösophago-gastralen Übergangs zur Reduktion der postoperativen Morbidität
- [6] Postoperative negative pressure incision therapy following open colorectal surgery: a randomized-controlled trial
- [7] Pulmonary wedge resection plus parietal pleurectomy (WRPP) versus parietal pleurectomy (PP) for the treatment of recurrent primary pneumothorax
- [8] Anatomical Resection of liver MetAstases in patients with RAS-mutated colorectal cancer

\* Diese Studie wird im Verbund des chirurgischen Studiennetzwerkes Deutschland CHIR-Net durchgeführt.

Stand: März 2022

# 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 Eingangsfloor 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 Ärztekbank Berlin, IBAN DE54 3006 0601 0005 2983 93, BIC DAAEDEDXXX unter dem Kennwort „Baustein LVH“. Eine Spendenbescheinigung wird Ihnen umgehend zugesandt.

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



Prof. Dr. med. H. Lang

*Präsident*

Prof. Dr. med. Dr. h.c. H.-J. Meyer

*Generalsekretär*

Prof. Dr. med. J. Werner

*Schatzmeister*

# Bausteine Langenbeck-Virchow-Haus

**Die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie dankt Spendern,  
die mit ihren Bausteinen zur Ausgestaltung und zum Unterhalt  
des Langenbeck-Virchow-Hauses beigetragen haben.**

## BAUSTEIN IN GOLD

Vereinigung Mittelrheinischer Chirurgen  
Herr Prof. Dr. med. Hans-Jürgen Peiper, Göttingen  
in memoriam Prof. Dr. med. Herbert Peiper, Berlin und Mainz  
Herr Prof. Dr. med. Dr. h.c. Karl-Walter Jauch, München  
in memoriam Prof. Dr. med. Georg Heberer, München  
Herr Prof. Dr. med. Reiner Gradinger, München  
Berufsverband der Deutschen Chirurgen e.V.  
in memoriam Prof. Dr. med. Jens Witte  
AO Deutschland, Arbeitsgemeinschaft für Osteosynthesefragen,  
Berlin  
Herr Prof. Dr. med. Dr. h.c. Axel Haverich, Hannover  
Herr Prof. Dr. med. Dr. h.c. Markus Büchler, Heidelberg  
DGTHG – 1971 mit Dank an die Gründungsmitglieder  
Herr Prof. Dr. med. Joachim Jähne, Hannover  
in memoriam Manfred und Helmi Jähne, Essen  
Herr Prof. Dr. med. Uwe Klinge, Aachen  
Herr Prof. Dr. med. Erhard Kiffner, Karlsruhe  
in memoriam Prof. Dr. med. W. Brendel, Prof. Dr. med. R. Zenker,  
Dr. med. R. Kiffner  
AIOD Deutschland e. V., Düsseldorf  
Familie und Freunde Dr. Schreiter, Hamburg  
in memoriam Dr. med. Friedemann Schreiter  
Herr Prof. Dr. med. Hans Ulrich Steinau, Bochum

Deutsche Gesellschaft der Plastischen, Rekonstruktiven und  
Ästhetischen Chirurgen e.V.  
Herr Dr. med. Ernst Derra und Frau Dr. med. Hildegard  
Derra-Henneke, Düsseldorf und München  
in memoriam Prof. Dr. med. Dr. h.c. mult. Ernst Derra, Düsseldorf  
Herr Prof. Dr. med. Dr. h.c. mult. Roland Hetzer, Berlin  
Herr Prof. Dr. med. Roderich Schwarz, Bristol, Indiana, USA  
in memoriam Prof. Dr. med. Wilhelm Müller, Rostock und  
Prof. Dr. med. Egbert Schwarz, Erfurt  
Herr Prof. Dr. med. Jürgen Ennker und  
Frau PD Dr. med. Ina Carolin Ennker, Berlin  
Herr Prof. Dr. med. Henning Putzki, Hannover  
in memoriam  
Prof. Dr. Peter-Christian Alnor, Braunschweig  
Prof. Dr. Horst Heymann, Hannover  
Vereinigung Niederrheinisch- Westfälischer Chirurgen  
Herr Dr. med. Wolfgang Schneider  
In Erinnerung an  
Univ.-Prof. Dr. med. Hermann Bünte  
gestiftet von 52 Schülern und Weggefährten aus der Zeit von 1973  
bis 1996 an der Chirurgischen Universitätsklinik Münster  
in dankbarer Wertschätzung und Bewunderung für ihren Ideen-  
geber und Mentor

## BAUSTEIN IN SILBER

- Herr Prof. Dr. med. Leonhard Schweiberer, München  
 Herr Prof. Dr. med. Klaus Junghanns, Ludwigsburg  
 Herr Prof. Dr. med. Hartwig Bauer, Neuötting  
 Herr Prof. Dr. med. Hendrik Dienemann, Thoraxklinik Heidelberg  
 Herr Prof. Dr. med. habil. Dr.-Ing. Dr. med. h.c. Michael Ungethüm,  
 Tuttlingen  
 Herr Prof. Dr. med. Hartmut Siebert, Schwäbisch-Hall  
 Herr Prof. Dr. med. Karl Herbert Welsch, München  
 Herr Prof. Dr. med. Stefan Wysocki, Heidelberg  
 Herr Dr. med. Jürgen Meier zu Eissen, Hannover  
 Herr Prof. Dr. med. Stefan Post, Mannheim  
 Herr Prof. Dr. med. Wolf Mutschler, München  
 Frau Prof. Dr. med. Ursula Schmidt-Tintemann, Vaterstetten  
 Herr Prof. Dr. med. Matthias Rothmund, Marburg  
 Herr Prof. Dr. med. Christian H. Siebert, Hannover  
 Herr Prof. Dr. med. Volker Bühren, Murnau  
 Herr Dr. med. Abdullah Mury, Heide  
 Herr Dr. med. Andreas Ungeheuer, München  
 Herr Prof. Dr. med. Wolf Schellerer, Bamberg  
 Herr Prof. Dr. med. Tilman Mischkowsky, Berlin  
 Herr Prof. Dr. med. Hans-Joachim Wiendl, Bamberg  
 Herr Prof. Dr. med. Klaus Roosen, Würzburg  
 Herr Prof. Dr. med. Dr. h.c. Gert Carstensen, Mülheim  
 Herr Prof. Dr. med. Peter M. Vogt, Hannover  
 Herr Prof. Dr. med. Fritz L. Ruëff, München  
 Herr Prof. Dr. med. Karl-Joseph Paquet, Bad Kissingen  
 Herr Prof. Dr. med. Dr. h.c. Volker Schumpelick, Aachen  
 Herr Prof. Dr. med. Yoshiki Hiki, Tokio/Japan  
 Herr Prof. Dr. med. Hans-Bernd Reith, Konstanz  
 Herr Dr. med. Goswin von Mallinckrodt, München  
 Herr Prof. Dr. med. Lothar Kinzl, Ulm  
 Frau Ingrid und Herr Dr. med. Robert Raus, Riedlingen  
 Frau Dr. med. Ursula Engel, Hamburg  
 Enddarm-Zentrum Bietigheim,  
 Herr Dr. med. Wolfgang Pfeiffer,  
 Herr Dr. med. Markus Piro-Noack,  
 Herr Dr. med. Edgar Kraft  
 Herr Prof. Dr. med. Thomas Rüedi, Maienfeld/Schweiz  
 in memoriam Prof. Dr. med. Martin Allgöwer, Chur/Schweiz  
 Herr Prof. Dr. med. Gert Specht, Berlin  
 Herr Prof. Dr. med. Henning Weidemann, Berlin  
 Herr Prof. Dr. med. Otto Scheibe, Stuttgart  
 in memoriam Prof. Dr. med. Helmut Remé, Lübeck  
 Herr Prof. Dr. med. Stephan Langer, Mönchengladbach  
 Herr Dr. med. José Luis Narro, Köln  
 Herr Prof. Dr. med. Wolfgang Ulf Wayand, Linz  
 Herr Prof. Dr. med. Werner Grill, Starnberg  
 Herr Prof. Dr. med. Fritz Kümmerle, Mainz  
 Herr Prof. Dr. med. Dr. h.c. mult. Friedrich Stelzner, Bonn  
 Herr Prof. Dr. med. Günther Vetter, Bad Vilbel  
 in memoriam Prof. Dr. med. Hans-Bernhard Sprung, Dresden  
 Frau Dr. med. Eva Böhlau, Bad Soden  
 1991–2011 DGT in memoriam  
 Prof. Dr. med. Ingolf Vogt-Moykopf zum 80. Geburtstag  
 Herr Prof. Dr. med. Gerhard Krönung, Wiesbaden  
 in memoriam Prof. Dr. med. Johannes Christian Dobroschke,  
 Regensburg  
 Herr Prof. Dr. med. Alois Fürst  
 Herr Dr. med. Arthur Heiligensetzer  
 Herr Dr. med. Peter Sauer  
 Herr Dr. med. Bernfried Pikal  
 Herr Dr. med. Johannes Winfried Pruy  
 in memoriam Prof. Dr. med. Johannes Christian Dobroschke,  
 Regensburg  
 Herr Prof. Dr. med. Christian Müller, Hamburg  
 Herr Dr. med. Friedrich Klee, Heidelberg  
 Herr Prof. Dr. med. Karl Dinstl, Wien  
 in memoriam Prof. Dr. med. K. Keminger  
 Herr Prof. Dr. med. Axel Richter, Hildesheim  
 Herr Prof. Dr. med. Ernst Teubner, Göppingen  
 Herr Prof. Dr. med. Martin Büsing, Recklinghausen  
 Herr Dr. med. Helge Hölzer, Stuttgart  
 in memoriam Prof. Dr. med. Gerhard Köveker, Sindelfingen und  
 Böblingen  
 Herr Dr. med. Friedemann Schreiter, Hamburg  
 Herr Prof. Dr. med. Dr. h.c. Hans-Joachim Meyer, Hannover  
 Herr Prof. Dr. med. Konrad Schwemmler, Linden  
 Herr Dr. med. Frank U. Zittel, Frankenthal  
 in memoriam Prof. Dr. med. Richard Xaver Zittel  
 Herr Prof. Dr. med. Wulf Brands, Karlsruhe  
 in memoriam Dr. med. Hartmut Wirth, Mannheim  
 Herr Prof. Dr. med. habil. Dieter Bokelmann, Essen  
 in memoriam Dr. med. Ottmar Kohler, Idar-Oberstein  
 Herr Prof. Dr. med. Hermann Bünthe, Münster  
 Frau Dr. Eva Appel, Frankfurt/Main  
 in memoriam Prof. Dr. med. Alexander Appel  
 Herr Prof. Dr. med. Gerhard Schönbach, Freiburg  
 Frau Prof. Dr. med. Dorothea Liebermann-Meffert, Freiburg  
 in memoriam Prof. Dr. med. Martin Allgöwer, Basel  
 Herr Dr. med. Andreas Dörmer, Frankfurt/Main  
 Herr PD Dr. med. habil. Klaus H. Fey, Berlin  
 in memoriam Prof. Dr. med. Fritz Linder, Heidelberg,  
 Prof. William P. Longmire Jr., Los Angeles  
 Herr Prof. Dr. med. Dr. h.c. Wolfgang Köle, Graz  
 in memoriam Prof. Dr. med. Adolf Winkelbauer und  
 Prof. Dr. med. Franz Spath  
 Herr Prof. Dr. med. Dr. h.c. Helmut Wolff, Berlin  
 Deutsche Gesellschaft für Kinderchirurgie e.V.  
 in memoriam Prof. Dr. med. Fritz Rehbein  
 Herr Prof. Dr. med. E. Ulrich Voss, Karlsruhe  
 in memoriam Herr Prof. Dr. med. Jörg F. Vollmar  
 Herr Dr. med. Christoph Bubb, Landshut

Herr Dr. med. Bernhard Arlt, Herne  
 Herr Prof. Dr. Axel Laczkovics, Bochum  
 in memoriam Prof. Waldemar Kozuschek, Bochum  
 Herr Prof. Dr. med. Hans Ulrich Steinau, Bochum  
 in memoriam Prof. Dr. med. Hans Hellmuth Hirsch  
 Herr Prof. Dr. med. Otto-Andreas Festge, Greifswald, Herr Dr. med.  
 Reinhold Festge, Oelde, Frau Dr. med. Brigitte Festge, Greifswald  
 in memoriam Dr. med. Otto Festge  
 Herr Prof. Dr. med. Martin Büsing, Recklinghausen  
 Herr Prof. Dr. med. Horst Hamelmann, Kiel  
 Herr Prof. Dr. med. Paul Hahnloser, Zürich  
 in memoriam Prof. Dr. med. Åke Senning  
 Herr Dr. med. Christoph Schüürmann, Bad Homburg  
 Dres. med. Hermann und Beate Sons, Kassel  
 in memoriam Dr. med. Paula Rotter-Pool, Berlin  
 Herr PD Dr. med. Stefan Welter, Hemer  
 Herr Prof. Dr. med. Rolf Schlumpf, Zürich  
 Herr Prof. Dr. med. Reinhart T. Grundmann, Burghausen  
 in memoriam Margarethe Grundmann, Burghausen

## BAUSTEIN IN BRONZE

Herr Dr. med. Holger Barenthin, Celle  
 Herr Prof. Dr. med. Gernot Feifel, Homburg  
 Herr Prof. Dr. med. Alfred Lamesch, Gotzingen/Luxemburg  
 Herr Prof. Dr. med. Dr. h.c. Jakob R. Izbicki, Hamburg  
 Herr Prof. Dr. med. Hans Zwipp, Dresden  
 Herr Dr. med. Dusan Dragojevic, Isernhagen  
 Herr Prof. Dr. med. G. Heinz Engelhardt, Wuppertal  
 Proktologische Praxis Kiel,  
 Herr Dr. med. Johannes Jongen,  
 Herr Dr. med. Hans-Günter Peleikis,  
 Herr Dr. med. Volker Kahlke  
 Herr Dr. med. Wolfgang Hermes, Bremen  
 Herr Dr. med. Wolf-Dieter Hirsch, Grimma  
 Herr Dr. med. Holger Herzing, Höchstadt/Aisch  
 Herr Dr. med. Michael-Alexander Reinke, Plettenberg  
 Herr Dr. med. Winfried Hölter, Monheim  
 Herr Dr. med. Matthias Becker, Possendorf  
 Frau Dr. med. Martina Mittag-Bonsch, Crailsheim  
 Zur Erinnerung an den Virchow-Schüler Paul Langerhans,  
 Berlin und Madeira. Seine Familie  
 Herr Prof. Dr. med. Stefan Riedl, Göppingen  
 Herr Dr. med. Gerwin Alexander Bernhardt, Voitsberg/Österreich  
 Herr Dr. med. Georgios Adamidis, Pirmasens  
 Herr Dr. med. Orhan Özdemir, Herborn  
 Herr Dr. med. Marcus Giebelhausen, Paderborn  
 Herr Prof. Dr. med. Matthias Richter-Turtur, Münsing  
 Herr Dr. med. Michael Eckert, Speyer  
 in memoriam Prof. Dr. med. Kurt Spohn  
 Herr Prof. Dr. med. Rudolf Bedacht, München  
 Herr Dr. med. Hans-Joachim Wigro, Bielefeld  
 Herr Dr. med. Ingolf Hoellen, Backnang  
 Herr Dr. med. Konrad Prenner, Salzburg  
 Herr Dr. med. Radovan Stojanovic, Kassel  
 Herr Dr. med. Jörg Kluge, Erfurt  
 in memoriam Dr. med. habil Werner Kluge, Dresden

Herr Prof. Dr. med. Helmut Witzigmann  
 von seinen Mitarbeitern der Chirurgischen Klinik  
 Dresden-Friedrichstadt  
 Herr Dr. med. Claus Müller, Dresden  
 Herr Prof. Dr. med. Wolfgang Hartig, Leipzig  
 Herr Dr. med. Klaus Schellerer, Bamberg  
 in memoriam Dr. med. Heinrich Schellerer und  
 Prof. Dr. med. Gerd Hegemann  
 Prof. Dr. med. Dieter Rühland, Singen  
 Herr Dr. med. Jürgen Hofmann, Innsbruck  
 in memoriam Dr. med. Werner Pfafferott und  
 Dr. med. Hermann Wiesinger  
 Herr Prof. Dr. med. Wolf Otto Bechstein, Frankfurt/Main  
 Herr Dr. med. Nikolaos Mastragelopoulos, Heinsberg  
 „Primum non nocere.“  
 Herr Prof. Dr. med. Ralf-Bodo Tröbs, Mülheim a. d. Ruhr  
 Herr Dr. med. Alexander Florek Radebeul  
 zu Ehren von Dr. med. Hans-Joachim Florek, Dresden

Herr Dr. med. Roland Kluge, Dresden  
 in memoriam Dr. med. habil. Werner Kluge, Dresden  
 Frau Dr. med. Ricarda E. Sieben, Braunschweig  
 Herr Dr. med. Peter Gilsdorf, Mainz  
 Herr PD Dr. med. Friedrich Thielemann, Villingen-Schwenningen  
 Herr Dipl.-Ing. H. - F. Bär, Werl  
 Herr Dr. med. Albert Schreiber, Neumarkt  
 in memoriam Dr. med. Claus Wiedmann  
 Frau Dr. med. Waltraud von Kothen, Tegernsee  
 Herr Dr. med. Jürgen Friedrich, Essen  
 Herr Dr. med. Arnd Siegel, Stade  
 in memoriam Prof. Dr. med. Rudolf Nissen  
 Herr Dr. med. Michael-Alexander Reinke, Plettenberg  
 in memoriam Prof. Dr. med. E.H. Farthmann  
 Saarländische Chirurgenvereinigung e.V., Saarbrücken  
 Herr Dr. med. Johannes Zeller, Laufenburg  
 in memoriam Prof. Dr. med. Manfred Schmolke, Düsseldorf  
 Herr Prof. Tomislav Stojanovic  
 Dr. med. Radovan Stojanovic, Wolfsburg  
 in memoriam Prof. Dr. med. Heinz Becker, Göttingen  
 Herr Dr. med. Jürgen Benz  
 in memoriam Prof. Dr. med. Hans-Joachim Streicher  
 Frau Dr. med. Frauke Eleonore Meyer-Wigro, Bielefeld  
 Herr Prof. Dr. med. Alfred Berger, Deutschlandsberg  
 Herr Prof. Dr. med. Roland Eisele, Göppingen  
 Herr Dr. Joachim Casper, Überlingen  
 Herr Dr. med. Thomas Friess  
 in memoriam Prof. Dr. med. Klaus Reichel  
 Herr Dr. med. Arne Bautz, Kiel  
 Herr Dr. med. Jochen Peter, Mainz  
 Herr Dr. med. Martin Pöllath, Sulzbach-Rosenberg  
 Herr Prof. Dr. med. Karsten Ridwelski, Magdeburg  
 Herr Dr. med. Kurt Zimmermann, Lauterbach  
 Herr Dr. med. André Stoberneck, Kleve  
 in memoriam PD Dr. med. Claus Engelmann  
 Herr Prof. Dr. med. Thomas Riemenschneider, Bonefeld

# DGCH-PRÄSIDIUM

*ab 01. Februar 2022*



## KORRESPONDENZADRESSE

Deutsche Gesellschaft für Chirurgie e.V.  
Luisenstraße 58/59  
10117 Berlin  
Tel.: 030/28876290  
info@dgch.de  
www.dgch.de

## REDAKTION MITTEILUNGEN DER DGCH

Prof.Dr.med.Dr.h.c.H.-J.Meyer (V.i.S.d.P.),  
info@dgch.de  
Dipl.-Kffr. Canan Kilci,  
referentin@dgch.de

**VORSTAND**

Präsident	H. Lang, Mainz
1. Vizepräsident	M. Ehrenfeld, München
2. Vizepräsident	A. Seekamp, Kiel
3. Vizepräsidentin	C. Bruns, Köln
Schatzmeister	J. Werner, München
Generalsekretär	H.-J. Meyer, Berlin

**FRÜHERE PRÄSIDENTEN**

J. Fuchs, Tübingen	2018
M. Anthuber, Augsburg	2019
T. Schmitz-Rixen, Frankfurt/M.	2020

**VERTRETER DER FACHGESELLSCHAFTEN**

Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie	N. C. Nüssler, München
Deutsche Gesellschaft für Chirurgie/Vertreter Allgemeine Chirurgie	K. Ridwelski, Magdeburg
Deutsche Gesellschaft für Gefäßchirurgie und Gefäßmedizin	M. Steinbauer, Regensburg
Deutsche Gesellschaft für Kinderchirurgie	U. Rolle, Frankfurt
Deutsche Gesellschaft für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie	J. Hoffmann, Heidelberg
Deutsche Gesellschaft für Neurochirurgie	R. Goldbrunner, Köln
Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie	B. Kladny, Herzogenaurach
Deutsche Gesellschaft der Plastischen, Rekonstruktiven und Ästhetischen Chirurgen	H. Menke, Offenbach
Deutsche Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie	A. Böning, Gießen
Deutsche Gesellschaft für Thoraxchirurgie	K. Welcker, Mönchengladbach
Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie	D. Pennig, Köln
Berufsverband der Deutschen Chirurgen e.V.	J.-A. Rüggeberg, Bremen
Perspektivforum Junge Chirurgie	J. Kröplin, Schwerin B. Blank, Kulmbach

**WEITERE MITGLIEDER**

Leitender Universitätschirurg	S. Fichtner-Feigl, Freiburg
Leitender Krankenhauschirurg	C. Krones, Aachen
Oberärztin in nichtselbstständiger Stellung einer Chirurgischen Universitätsklinik	D. Gray, Frankfurt/Main
Oberarzt in nichtselbstständiger Stellung einer Chirurgischen Krankenhausabteilung	M. Mille, Erfurt
Niedergelassener Arzt für Chirurgie	R. Lorenz, Berlin
Chirurg aus dem deutschsprachigen Ausland	R. Rosso, Comano/Schweiz
Vertreter der Sektion Chirurgische Forschung	C. Bruns, Köln

**SPRECHER DER SENATOREN**

J. Jähne, Hannover
T. Pohlemann, Homburg

**SENATOREN**

H.-J. Peiper, Göttingen
W. Hartel, Ulm
G. Hierholzer, Duisburg
H. Bauer, Altötting
D. Rühlend, Singen
A. Encke, Frankfurt
K. Schönleben, Ludwigshafen
J. R. Siewert, München
N. P. Haas, Berlin
B. Ulrich, Düsseldorf
M. Rothmund, Marburg
H. D. Saeger, Dresden
H. U. Steinau, Bochum
K. Junghanns, Ludwigsburg
R. Arbogast, Pforzheim
R. Gradinger, München
A. Haverich, Hannover
M. Büchler, Heidelberg
K.-W. Jauch, München
J. Jähne, Hannover
P. Vogt, Hannover
G. Schackert, Dresden
T. Pohlemann, Homburg

# MEINE DATEN HABEN SICH GEÄNDERT



Mitgliedsnummer DGCH

Mitgliedsnummer BDC

Titel

Name und Vorname

Klinik/Krankenhaus/Praxis

Abteilung

Klinik-Anschrift

Telefon dienstlich

Privat-Anschrift

Telefon privat

Mobiltelefon

E-Mail-Adresse

Postsendungen bitte an die

Praxis-/Klinikadresse

Privatadresse

Ich lebe im Ruhestand seit \_\_\_\_\_

Meine Bankverbindung hat sich geändert. Bitte senden Sie mir ein SEPA-Formular zu.

DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR CHIRURGIE e.V., Luisenstr. 58/59, D – 10117 Berlin

Tel.: 030 28 87 62 90 | Fax: 030 28 87 62 99 | E-Mail: [info@dgch.de](mailto:info@dgch.de)

## PERSONELLE KONTINUITÄT

### BEIM BDC|NIEDERSACHSEN UND BDC|BREMEN



Das gemeinsame Jahrestreffen der beiden BDC-Landesverbände Niedersachsen und Bremen am 26.2.2022 in Hannover war geprägt von kontinuierlichen und einvernehmlichen Personalentscheidungen.

So wurden bei den Neuwahlen in Niedersachsen der Vorsitzende Prof. Dr. Guido Schumacher und sein Stellvertreter Prof. Dr. Ulf Culemann in ihren Ämtern bestätigt. Dr. Frank Siebert gibt sein Amt als Stellvertreter auf, bleibt aber Regionalvertreter Niederlassung.

Neue Mandatsträger in Niedersachsen sind Dr. Annina Donner und Dr. Florian Barth als stellvertretende Regionalvertreter Niederlassung. Damit verfügt der Landesverband Niedersachsen nun über vier Stellvertreter in diesem Bereich.

In Bremen bleibt Prof. Dr. Michael Paul Hahn Vorsitzender. Neu wählten die Mitglieder Dr. Knut Müller-Stahl zum stellvertretenden Vorsitzenden, er übernimmt das Amt von Prof. Dr. med. Heiner Wenk.

Wir wünschen allen neuen Mandatsträgern einen guten Einstieg in ihr Amt und allen übrigen weiterhin viel Erfolg in der Verbandsarbeit.

## ACHTUNG NEUMITGLIEDER

### BDC|MOBILE-APP JETZT RUNTERLADEN!



Im Jahr 2021 konnte der BDC fast 500 Neumitglieder begrüßen, in den ersten beiden Monaten 2022 immerhin schon über 200. Wer von Ihnen kennt schon die App, die der BDC vor kurzem überarbeitet und noch ansprechender gestaltet hat?

Wer die Mitgliederzeitschrift Passion Chirurgie schnell und einfach lesen oder bequem an Webinaren per Smartphone teilnehmen möchte oder einfach Interesse an verbands- oder allgemein gesundheitspolitischen Informationen hat, für den ist die App die richtige Lösung.

Man kann sie kostenlos über den App-Store sowohl für IOS als auch für Android herunterladen. Falls Sie die App vor dem Update schon einmal heruntergeladen haben, starten Sie einfach die App, das Update wird dann automatisch geladen. Zur Nutzung loggen Sie sich bitte einmalig auf der BDC-Website über Ihren Mitglieder-Zugang ein - ein Login für alle Plattformen.

Bei Fragen zur BDC|Mobile App können Sie sich gern an die BDC-Geschäftsstelle wenden per Telefon unter 030 / 28004-100 oder per E-Mail unter [mail@bdc.de](mailto:mail@bdc.de).



Am Ende  
**braucht jeder**  
einen  
**Verband.**

ALLE  
VORTEILE  
der Mitgliedschaft  
unter  
→ **bdc.de**

**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  
Prof. Dr. med. Waldemar Uhl, MHSA

Stellv. Vorsitzender  
Dr. med. Björn Schmitz

Regionalvertreter NL  
Jerzy Wielowiejski

Stellv. Regionalvertreter NL  
Prof. Dr. med. Michael Aufmkolk

## BDC | Bremen

Vorsitzender  
Prof. Dr. med. Michael Paul Hahn

Stellv. Vorsitzender  
Dr. med. Knut Müller-Stahl

Regionalvertreter NL  
Dr. med. Björn Ackermann

## 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  
Dr. med. Ralf Wilhelm Schmitz

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 Landesvertreter**  
Dr. Ralf Wilhelm Schmitz, Kiel  
Stellv.: Prof. Dr. Michael Schäffer, Stuttgart  
Stellv.: Dr. med. Ralph Lorenz, Berlin

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

## BDC | Nordrhein

Vorsitzender  
Dr. med. Jüßen Klein

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

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

Regionalvertreter NL  
Dr. med. Werner Boxberg

stellv. Regionalvertreter NL  
Dr. med. Sven Gregor

Stellv. Regionalvertreter NL  
Dr. med. Jürgen Klein

## BDC | Hessen

Vorsitzender  
Frank Forst

1. Stellv. Vorsitzender  
Dr. med. Christoph Schüürmann

2. Stellv. Vorsitzender  
Dr. med. Alexander Buia

Regionalvertreter NL  
Dr. med. Detlev Grapentin

## BDC | Rheinland Pfalz

Vorsitzender/Regionalvertreter Pfalz  
Dr. med. Jörg Fischböck

Stellv. Vorsitzender  
Dr. med. Stefan Studier-Fischer

Regionalvertreter Rheinland  
Dr. med. Andreas Herzog

Regionalvertreter Rheinland  
Dr. med. Lutz Riedel

## BDC | Saarland

Vorsitzender  
Dr. med. Peter Bongers

Stellv. Vorsitzender  
Prof. Dr. med. Tim Pohlemann

Regionalvertreter NL  
Dr. med. Daniel Bastian

## BDC | Baden-Württemberg

Vorsitzender  
Prof. Dr. med. Michael Schäffer

Stellv. Vorsitzender  
Dr. med. Christoph W. Jaschke

Regionalvertreter NL  
Dr. med. Matthias Szabo

Regionalvertreter NL  
Christoph W. Jaschke

**BDC | Mecklenburg**

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**

1. Vorsitzender  
Dr. med. Ralph Lorenz

2. Vorsitzende  
Ira Klink

3. Vorsitzender  
Dr. med. Thomas Stoffels

Regionalvertreter NL  
Dr. med. Frank-Joachim Peter

Stellv. Regionalvertreter NL  
Dr. Max Freiherr von Seebach

Stellv. Regionalvertreter NL  
Dr. med. Gunnar Peters

**BDC | Brandenburg**

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

Stellv. Vorsitzender  
Prof. Dr. med. Martin Kruschewski

Regionalvertreter NL  
Dr. med. Christian Federlein

**BDC | Sachsen**

Vorsitzender  
Dr. med. Ludwig Schütz

Stellv. Vorsitzender  
Dr. med. Stephan Dittrich

Stellv. Vorsitzender  
Dr. med. Jörg Hammer

Regionalvertreter NL  
Dr. med. Jörg Hammer

Stellv. Regionalvertreter NL  
Dr. med. Stephan Dittrich

**BDC | Sachsen-Anhalt**

Vorsitzender  
Prof. Dr. med. Karsten Ridwelski

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

2. Vorsitzender  
Dr. med. Matthias Krüger

Regionalvertreter NL  
Dr. med. Dirk Arbter

**BDC | Thüringen**

Vorsitzender  
Dr. med. Arndt Voigtsberger

Stellv. Vorsitzender  
Dr. med. Lutz Künanz

Regionalvertreter NL  
Dr. med. Arndt Voigtsberger

Stellv. Regionalvertreter NL  
Dr. med. Ingo Menzel

**BDC | Niedersachsen**

Vorsitzender  
Prof. Dr. med. Guido Schumacher

Stellv. Vorsitzender  
Prof. Dr. med. Ulf Culemann

Regionalvertreter NL  
Dr. med. Frank Siebert

Regionalvertreter NL  
Dr. med. Raymond Young

Regionalvertreter in NL  
Dr. med. Annina Donner

Regionalvertreter NL  
Dr. med. Florian Barth

**BDC | Bayern**

Vorsitzender  
Prof. Dr. med. Matthias Anthuber

Stellv. Vorsitzender  
Dr. med. Hubert Mayer

Regionalvertreter NL  
Dr. med. Axel Neumann

Stellv. Regionalvertreter NL  
Dirk Farghal

Stellv. Regionalvertreter NL  
Dr. med. Rainer Woischke



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



Presse-Kontakt BDC:  
Holger Wannenwetsch  
Telefon 030/28004-201  
presse@bdc.de

# Termine BDC | Akademie\*

CURRICULUM BASISCHIRURGIE							
DATUM		ORT	KURS-NR.	SEMINARTITEL	WISSENSCHAFTLICHE/R LEITER:IN	PREIS MITGLIED	PREIS NICHT-MGL
05.05.2022	07.05.2022	Hamburg	2022-21666	Common Trunk	PD Dr. med. Dr. Uwe Johannes Roblick; Prof. Dr. med. Hans-Bernd Reith	350,00 €	550,00 €
09.05.2022	12.05.2022	Tuttlingen	2022-21663	Common Trunk	Prof. Dr. med. Michael Schäffer	400,00 €	600,00 €
13.05.2022	14.05.2022	Potsdam	2022-21512	Workshop: Intensivmedizin & Reanimation	Prof. Dr. med. Frank Marusch; Dr. med. Susanne Kanter; PD Dr. med. Dirk Pappert	300,00 €	500,00 €
23.06.2022	24.06.2022	Berlin	2022-21509	Praktisches Seminar: Orthopädie und Unfallchirurgie	Dr. med. MSc Johanna Ludwig; PD Dr. med. Theresa Diermeier	300,00 €	500,00 €
22.09.2022	24.09.2022	Berlin	2022-21504	Praktisches Seminar: Allgemein-, Viszeral- und Gefäßchirurgie	Dr. med. Jörg Sauer	400,00 €	600,00 €
23.09.2022		Berlin	2022-21525	Workshop: Simulationstraining Notfallmanagement	Dr. med. Jan Baus	450,00 €	600,00 €

FACHARZTVORBEREITUNG							
DATUM		ORT	KURS-NR.	SEMINARTITEL	WISSENSCHAFTLICHE/R LEITER:IN	PREIS MITGLIED	PREIS NICHT-MGL
09.05.2022	13.05.2022	Erfurt	2022-23670	Facharztseminar Viszeralchirurgie	Prof. Dr. med. Albrecht Stier	350,00 €	550,00 €
16.05.2022	20.05.2022	Hamburg	2022-23820	Facharztseminar Orthopädie/ Unfallchirurgie	Prof. Dr. med. Lars Gerhard Großterlinden	350,00 €	550,00 €
20.06.2022	22.06.2022	online	2022-22580	Facharztseminar Allgemein- und Viszeralchirurgie	Prof. Dr. med. Matthias Anthuber	250,00 €	450,00 €
22.06.2022	24.06.2022	Erlangen	2022-23711	Facharztseminar Thoraxchirurgie	Prof. Dr. Dr. h.c. Horia Sirbu	350,00 €	550,00 €
05.09.2022	09.09.2022	Leipzig	2022-22550	Facharztseminar Allgemein-chirurgie	Dr. med. Ludwig Schütz	350,00 €	550,00 €
13.09.2022	16.09.2022	Berlin	2022-23823	Facharztseminar Orthopädie/ Unfallchirurgie	Prof. Dr. med. Julia Seifert; Michael Kähler	350,00 €	550,00 €

FACHBEZOGENE SEMINARE, WORKSHOPS UND HOSPITATIONEN							
DATUM		ORT	KURS-NR.	SEMINARTITEL	WISSENSCHAFTLICHE/R LEITER:IN	PREIS MITGLIED	PREIS NICHT-MGL
27.04.2022		online		Hernie kontakt	Dr. med. Ralph Lorenz; Prof. Dr. med. Henning Niebuhr; Dr. med. Wolfgang Reinhold; Dr. med. Bernd Stechemesser	0,00 €	0,00 €
Mai/Juni 2022		Hamburg	2022-23780	Facharzt-Seminar Hand zur Prüfungsvorbereitung Orthopädie/Unfallchirurgie	Dr. med. Jan Cruse; Dr. med. Paul Preisser; Dr. med. Okka Eva Pfisterer	130,00 €	160,00 €
03.05.2022	05.05.2022	Berlin	2022-23681	Viszeralchirurgie Kompakt: Endokrine Chirurgie	Prof. Dr. med. Thomas Steinmüller; Dr. med. Mechthild Hermanns	300,00 €	500,00 €
06.05.2022		Berlin	2022-25810	Unfallbegutachtung in der gesetzlichen Unfallversicherung	Prof. Dr. med. Julia Seifert	270,00 €	330,00 €
06.05.2022	07.05.2022	Mannheim	2022-23675	Viszeralchirurgie Kompakt: Proktologie	Prof. Dr. med. Dieter Bussen; Dr. med. Andreas K. Joos	300,00 €	500,00 €
07.05.2022		Berlin	2022-23632	Kindertraumatologie für D-Ärzte/-Ärztinnen	Prof. Dr. med. Michael Paul Hahn	180,00 €	220,00 €
07.05.2022		Berlin	2022-25840	Rehabilitationsmedizin / -Management	Dr. med. Peter Kalbe; Dr. med. Sybille Larsen	135,00 €	165,00 €
10.05.2022	12.05.2022	Berlin	2022-23671	Viszeralchirurgie Kompakt: Hepatobiliäre Chirurgie	Prof. Dr. med. Johann Pratschke; Prof. Dr. med. Moritz Schmelzle; Prof. Dr. med. Robert Öllinger; Prof. Dr. med. Wenzel Schöning	300,00 €	500,00 €

FACHBEZOGENE SEMINARE, WORKSHOPS UND HOSPITATIONEN							
DATUM		ORT	KURS-NR.	SEMINARTITEL	WISSENSCHAFTLICHE/R LEITER:IN	PREIS MITGLIED	PREIS NICHT-MGL
12.05.2022	13.05.2022	Köln	2022-23688	Viszeralchirurgie Kompakt: Funktionelle Chirurgie des oberen Gastrointestinaltraktes	Prof. Dr. med. Jessica Leers	300,00 €	500,00 €
15.06.2022	16.06.2022	Berlin	2022-23678	Viszeralchirurgie Kompakt: Kolorektale Chirurgie	Dr. med. Oliver Haase; Prof. Dr. med. Johann Pratschke	300,00 €	500,00 €
17.06.2022	18.06.2022	Templin OT Groß Dölln	2022-23682	13. Brandenburger Viszeral- chirurgisches Update	PD Dr. med. Rainer Kube; Prof. Dr. med. habil. Frank Marusch	30,00 €	50,00 €
23.06.2022	24.06.2022	online	2022-23865	Fußchirurgie III		400,00 €	550,00 €
23.06.2022	24.06.2022	Berlin	2022-22401	CAMIC 1: Grundlagen der minimalinvasiven Chirurgie	Dr. med. Panagiotis Fikatas	400,00 €	600,00 €
31.08.2022	02.09.2022	Strasbourg Cedex	2022-24632	Robotik-/Laparoskopie im IRCAD Module 1-3	PD Dr. med. Hans Fuchs; Dr. Dr. med. Barbara Seeliger	500,00 €	620,00 €
01.09.2022	02.09.2022		2022-23680	Spezielle Unfallchirurgie Teil I	Prof. Dr. med. Frank Hildebrand	300,00 €	500,00 €
09.09.2022		Berlin	2022-23687	Management von Anastomosen- insuffizienzen am oberen Gas- trointestinaltrakt	Prof. Dr. med. Clemens Schafmayer	250,00 €	300,00 €
16.09.2022	17.09.2022	Dresden	2022-23824	Workshop Ellenbogenchirurgie: Erkrankungen des Ellenbogen und Unterarmes	Prof. Dr. med. Guido Fitze; Dr. med. Jörg Nowotny	500,00 €	650,00 €
19.09.2022	20.09.2022	Norder- stedt	2022-23618	Orthotrauma: Versorgungskon- zepte und Zugangswege obere Extremität	Prof. Dr. med. Burkhard Wippermann; Dr. med. Michael Stalp	800,00 €	1.000,00 €
23.09.2022	24.09.2022	Aachen	2022-23860	Fußchirurgie I	Dr. med. Thorsten Randt	500,00 €	600,00 €

FACHÜBERGREIFENDE SEMINARE							
DATUM		ORT	KURS-NR.	SEMINARTITEL	WISSENSCHAFTLICHE/R LEITER:IN	PREIS MITGLIED	PREIS NICHT-MGL
13.05.2022	14.05.2022	Berlin und online	2022-24707	Abschlusscolloquium für hygiene- beauftragte Ärzte (HBA)	Prof. Dr. med. Julia Seifert; Prof. Dr. med. Axel Kramer		
25.08.2022	27.08.2022	Berlin und online	2022-24620	Update perioperative Medizin	Prof. Dr. med. Johann Pratschke; Prof. Dr. med. Claudia Spies; Dr. med. Ralf Roland Lorenz; Prof. Dr. med. Roland C. E. Francis	350,00 €	450,00 €

SOFTSKILL- & MANAGEMENTSEMINARE							
DATUM		ORT	KURS-NR.	SEMINARTITEL	WISSENSCHAFTLICHE/R LEITER:IN	PREIS MITGLIED	PREIS NICHT-MGL
13.05.2022	14.05.2022	Berlin	2022-27832	Praxis-Optimierung	Dr. med. Peter Kalbe; Dr. med. Jörg- Andreas Rüggeberg; Dirk Farghal	350,00 €	500,00 €
14.05.2022		Berlin	2022-27704	Tipps zur Abrechnung über den EBM	Jörg-Andreas Rüggeberg	50,00 €	80,00 €
14.05.2022		Berlin	2022-27702	Tipps zur Privat- und BG- Abrechnung	Dr. med. Peter Kalbe	50,00 €	80,00 €
27.05.2022	28.05.2022	Berlin	2022-26533	Führungsseminare: Modul 3 – Erfolgsstrategien in eigener Sache	Dr. med. Gunda Leschber; Prof. Dr. med. Katja Schlosser; Sabine Schicke	450,00 €	650,00 €
28.05.2022		online	2022-25590	Begutachtung im Behandlungsfehlerprozess	Prof. Dr. med. Heiner Wenk	270,00 €	330,00 €
08.06.2022		online	2022-24715	Der ökonomische Notfallkoffer für Chirurg:innen	Prof. Dr. med. Thomas Auhuber	150,00 €	220,00 €

## BDC|Akademie

Information und Anmeldung:

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

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

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

# SPONSOREN DER BDC | AKADEMIE

Der Berufsverband der Deutschen Chirurgen 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 Chirurgeninnen 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

**ETHICON**  
PART OF THE Johnson & Johnson FAMILY OF COMPANIES

**Medtronic**  
Engineering the extraordinary

**STORZ**  
KARL STORZ – ENDOSKOPE

 **corzamedical**

# LIFESTYLE- ANGEBOTE

*im April 2022*

%

23 %



**DEINSCHRANK.DE: BIS ZU 23 %  
RABATT FÜR BDC-MITGLIEDER**

30 %



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

20 %



**LENOVO: BIS ZU 20 %  
RABATT FÜR BDC-MITGLIEDER**

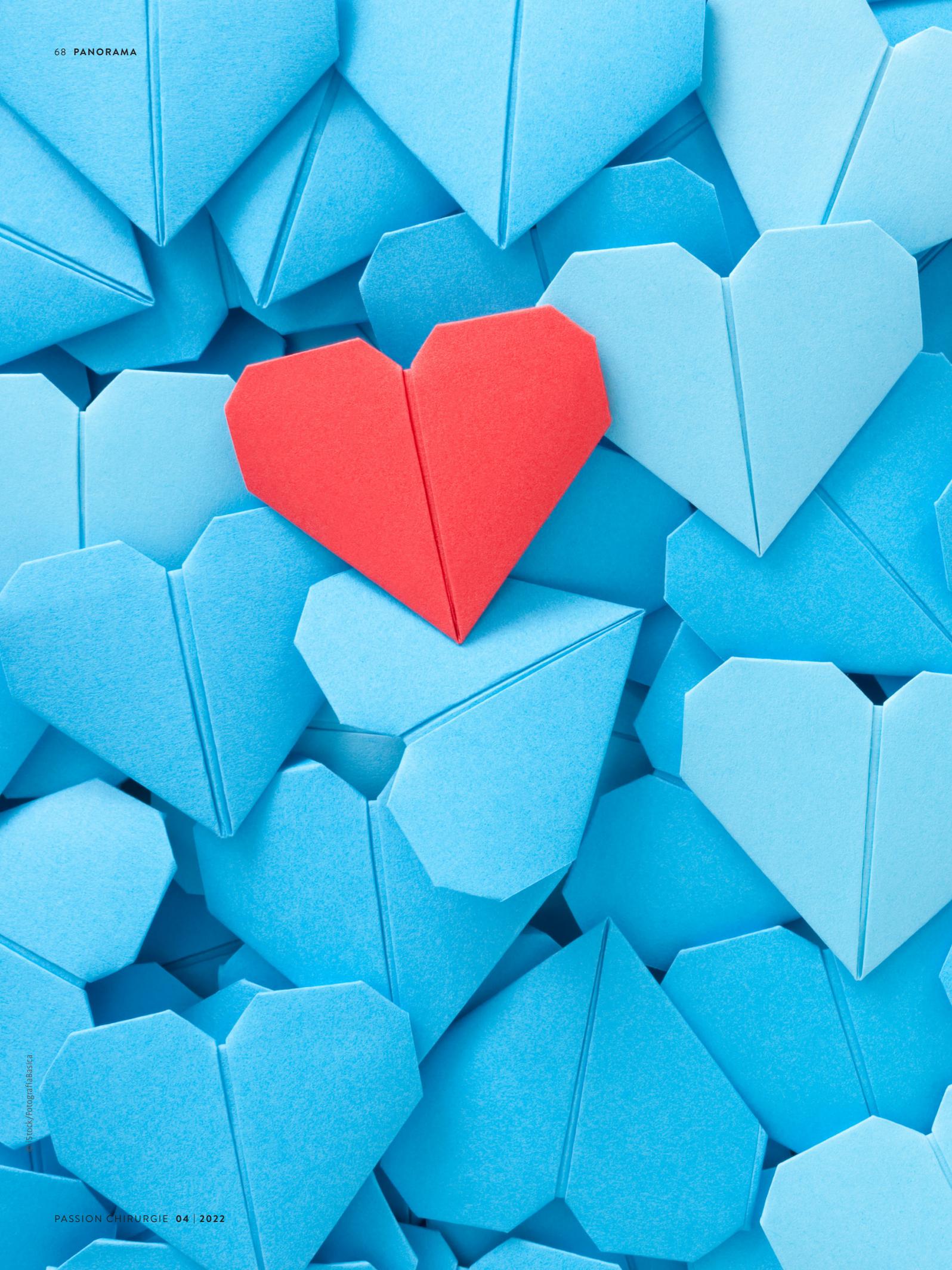
25 %



**SEIDENSTICKER: BIS ZU 25 %  
RABATT FÜR BDC-MITGLIEDER**

## WIE KANN ICH DIE ANGEBOTE IN ANSPRUCH NEHMEN?

Alle Service-Angebote für BDC-Mitglieder finden Sie auf BDC|Online unter der Rubrik Leistungen | Lifestyle-Angebote. Bitte halten Sie Ihre Zugangsdaten bereit. Sollten Sie sie nicht zur Hand haben, stehen wir Ihnen gern unter [mail@bdc.de](mailto:mail@bdc.de) oder telefonisch unter 030/28004-100 für Fragen zur Verfügung.



PANORAMA

# Chirurginnen vernetzt

## Netzwerk Herzchirurginnen fördert weiblichen Nachwuchs und initiiert praxisorientierte Seminare

Rund 64 Prozent der Medizinstudierenden sind heute weiblich. Um den jungen Nachwuchs für das Fachgebiet der Herzchirurgie zu begeistern und junge Kolleginnen in Fort- und Weiterbildung effektiv zu unterstützen, wurde bereits 2020 das Netzwerk der Herzchirurginnen in der Deutschen Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie e.V. gegründet. Es bietet Herzchirurginnen eine fundierte Plattform für den themenübergreifenden Austausch, praxisorientierte Workshops und die berufliche Interessenvertretung. Geleitet wird das Netzwerk von den drei Herzchirurginnen und Initiatorinnen Prof. Dr. Sabine Bleiziffer, Privatdozentin Dr. Gloria Färber und Prof. Dr. Claudia Schmidtke.



**Regina Iglauer-Sander**  
 Pressereferentin  
 Deutsche Gesellschaft für Thorax-,  
 Herz- und Gefäßchirurgie e.V.  
 (DGTHG)  
 presse@dgthg.de

Iglauer-Sander R: Netzwerk Herzchirurginnen fördert weiblichen Nachwuchs und initiiert praxisorientierte Seminare. *Passion Chirurgie*. 2022 April; 12(04): Artikel 09\_01.



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

## CHIRURGINNEN

### DAS THEMA NACHWUCHS IN DER HERZCHIRURGIE

Nahezu jedes medizinische Fachgebiet muss sich akut mit dem Thema Nachwuchs auseinandersetzen. „Wer das Fachgebiet der Herzchirurgie wählt, braucht einen langen Atem“, weiß Prof. Dr. Sabine Bleiziffer, eine der Gründerinnen des Netzwerks Herzchirurginnen. Die leitende Oberärztin sieht in dem Netzwerk die Möglichkeit der gegenseitigen Hilfe und Unterstützung. Die Netzwerkgründerinnen Bleiziffer, Färber und Schmidtke werden regelmäßig Workshops für angehende und Herzchirurginnen anbieten und ein Mentorinnen-Programm etablieren. Die Fragen des Nachwuchses sind allerdings genderübergreifend: Weiterbildungschancen und Karriere, Work-Life-Balance und familiengerechtes Arbeiten beschäftigen Frauen wie Männer in der Herzchirurgie. „Wollen wir jedoch gerade Medizinstudentinnen und junge Ärztinnen für das Fachgebiet gewinnen und Kolleginnen fördern, brauchen wir dieses stabile und tragende Netzwerk“, betont die Führungs-Trias. „Das bekommen wir auch gespiegelt und die Resonanz zeigt, dass wir hier auf dem richtigen Weg sind.“ Schmidtke fügt hinzu: „Bedenken wir, dass derzeit das Medizinstudium in nahezu 65 Prozent von Frauen begonnen wird, so muss die Herzchirurgie zukünftig für Ärztinnen attraktiver werden.“

### FRAUENANTEIL IN DER HERZCHIRURGIE ERHÖHEN – WEIBLICHEN NACHWUCHS FÖRDERN

Einer im Netzwerk initiierten Umfrage zufolge sind im Bundesgebiet im Fachgebiet der Herzchirurgie 34 Prozent der Fachkräfte Assistenzärztinnen, 28 Prozent Fachärztinnen und 12 Prozent Oberärztinnen. Nur ca. 10 Prozent der Leitungspositionen innerhalb der Herzchirurgie sind mit Frauen besetzt. In den 78 etablierten bundesweiten herzchirurgischen

Einheiten gibt es keine einzige Chefärztin. „Die Herzchirurgie ist ein absolut spannendes und faszinierendes Fachgebiet“, betont Herzchirurgin Bleiziffer. „Immerhin hat sich in den letzten zehn Jahren der Frauenanteil verdoppelt. Es geht zwar schon in die richtige Richtung, aber es bleibt noch viel zu tun. Das gilt übrigens auch für weitere chirurgische Fachgebiete. Frauen machen gleich gute Arbeit auf dem Fachgebiet der Herzchirurgie. Das ist unumstritten. Jetzt müssen wir weiter daran arbeiten, dass Frauen im herzchirurgischen Fachgebiet ankommen und vor allem bleiben.“

### AUFTAKTVERANSTALTUNG DER PRAXISSEMINARE: FRAUEN TRAINIEREN FRAUEN IN DER HERZCHIRURGIE

Erstmalig veranstaltete das Netzwerk der Herzchirurginnen das speziell auf den weiblichen Nachwuchs in der Herzchirurgie ausgerichtete Seminar *Herzchirurgie-Praxis: Frauen trainieren Frauen*. Im Langenbeck-Virchow-Haus konnten zwölf Assistenzärztinnen in fortgeschrittener Weiterbildung und junge Fachärztinnen die persönliche Weiterentwicklung der individuellen herzchirurgischen Operationstechniken in Form von Hands-on-Übungen am Schweineherz trainieren. Privatdozentin Dr. Gloria Färber verantwortet dieses praktische Seminar: „Hier wurden sowohl verschiedene Anastomosen-Techniken aus dem Bereich der koronaren Bypass-Chirurgie als auch unterschiedliche Optionen zur Aorten- und AV-Klappen-Chirurgie individuell zugeschnitten in Kleingruppen trainiert. Die praktischen Einheiten wurden auf erfrischende Weise durch kurze Theorie-Parts und durch interaktives Coaching rund um das Thema Soft Skills, Karriere und Self-Marketing ergänzt.“ Als weitere erfahrene und etablierte Herzchirurginnen begleiteten Prof. Dr. med. Sabine Bleiziffer, Prof. Dr. med. Claudia Schmidtke, Privatdozentin Dr. med.

Julie Cleuziou und Dr. med. Jasmin Hanke das Seminar als Referentinnen und Tutorinnen. Dr. med. Shirin Mansouri und Sabine Schicke unterstützten mit Einblicken aus dem Bereich Coaching, Karriere und Marketing. „Bereits beim ersten Seminar hätten wir die dreifache Teilnehmerinnenzahl schulen können. Wir haben uns jedoch bewusst für kleine Ausbildungseinheiten entschieden, die wir gezielt trainieren können“, erklärt das Team des Netzwerk Herzchirurginnen. „Weitere Workshops sind geplant, um den Anfragen gerecht zu werden.“

### FÜR FRAUEN – DAS NETZWERK IN DER HERZCHIRURGIE

Chancengleichheit und Gleichbehandlung sollten im 21. Jahrhundert in allen beruflichen Bereichen gegeben sein. Die Entscheidung sollte nach Qualifikation und Qualität fallen. Im klinischen Umfeld zeigt sich oftmals noch Verbesserungsbedarf, diesem will das Netzwerk der Herzchirurginnen z.B. mit Workshops und Mentoring-Programmen begegnen. „Wir wollen gezielt Ärztinnen fördern. Der Trainingseffekt in rein weiblichen Seminaren ist deutlich höher. Das Selbstbewusstsein wird gestärkt; die Kommunikationsfähigkeit geschult“, sagt PD Dr. Gloria Färber, Beisitzerin im Vorstand der DGTHG. Künftig soll das Mentorinnen-Programm Kolleginnen noch individueller in der Herzchirurgie begleiten. Ziel: Mehr Frauen an den OP-Tisch zu bringen. Das Netzwerk will aber nicht nur die chirurgischen Fähigkeiten fördern, sondern macht es sich darüber hinaus zur Aufgabe, bei der Karriereplanung zu unterstützen, Forschungsmöglichkeiten zu fördern und den Diskurs zum Thema Familie und Beruf auf die berufspolitische Plattform der DGTHG zu heben. Dabei gehen die gestandenen Herzchirurginnen den jungen Kolleginnen und Studierenden mit positivem Beispiel voran. „Die Vereinbarung von Familie und Beruf ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Das Thema ist zwar in der Politik angekommen, dennoch braucht es Best-Practice-Vorbilder und Ideen, wie beispielsweise Forschung und Familie neben der klinischen Tätigkeit Bestand haben können. Der Austausch von Erfahrungen und kreativen Lösungsansätzen im Netzwerk



**Abb. 1:** Frauen trainieren Frauen – erstes Praxisseminar mit zwölf Teilnehmerinnen, initiiert vom Netzwerk Herzchirurginnen: PD Dr. Gloria Färber (links), Dr. Laura Gutierrez Roman; (Mitte mit Lupenbrille) und Dr. Che von Wardenburg (rechts)



**Abb. 2:** Anleitung Bypass-Chirurgie am Schweineherzen durch PD Dr. med. Julie Cleuziou. Frau Dr. Agunda Chekhoeva (links), PD Dr. Julie Cleuziou, Fabienne Pläßmeier (rechts)

soll jede einzelne unterstützen“, so Prof. Dr. Schmidtke. „Jede Kollegin ist uns herzlich willkommen, um ihre Erfahrungen einzubringen, aber eben auch um Unterstützung zu erhalten“, so die Herzchirurgin.

### HETEROGENITÄT IST EIN ERFOLGSFAKTOR IN DER ARBEITSWELT

Eine gesündere und arbeitsklimaverbessernde Gruppendynamik und eine verbesserte Entscheidungsqualität gehen mit gemischten Teams einher. Dies bestätigte das Institut für Weltwirtschaft in Kiel (IfW)/2017) und die Unternehmensberatung McKinsey mit ihrer Studie „Diversity wins“ in Kooperation mit der AllBright-Stiftung, die für 1039 Unternehmen in 15 Ländern durchgeführt wurde. Demnach ist Heterogenität ein Erfolgsfaktor in der Arbeitswelt. Es lohnt sich also, geschlechtergerecht zu sein. Arbeitsklima, Umgangston und Kommunikation sind laut dieser Studie positiver.

### DGTHG UNTERSTÜTZT DAS NETZWERK

„Als Netzwerk sind wir fest in der DGTHG etabliert“, sagen die Fachärztinnen Bleiziffer, Färber und Schmidtke. „Hier erfahren wir die Unterstützung, die notwendig ist, um unser Anliegen weiter voranzubringen: den weiblichen Nachwuchs im Fachgebiet Herzchirurgie qualitativ und quantitativ zu stärken.“ Die Chirurgie im Allgemeinen ist bekannt als Fachgebiet, das Mut und Forschungsdrang erfordert. Dies kann und wird sie jetzt auch bei der Frauenförderung in der Herzchirurgie beweisen können – und müssen.

Dabei betonen die etablierten Herzchirurginnen mit einem Augenzwinkern: „Im Klinikalltag bilden wir natürlich auch Männer aus ...!“ ○



Abb. 3: Netzwerk Herzchirurginnen im Virchow-Langenbeck-Haus, Charité Campus Mitte, Berlin; Prof. Dr. Sabine Bleiziffer (vorderste Reihe, Dritte v.l.) neben Privatdozentin Dr. Gloria Färber (vorderste Reihe, Vierte v.l.)

### WEITERFÜHRENDE INFORMATIONEN

#### Netzwerk Herzchirurginnen

[https://www.dgthg.de/de/netzwerk\\_herzchirurginnen](https://www.dgthg.de/de/netzwerk_herzchirurginnen)

Mail: [herzchirurginnen@dgthg.de](mailto:herzchirurginnen@dgthg.de)

#### Studie Diversity wins

<https://www.mckinsey.com/featured-insights/diversity-and-inclusion/diversity-wins-how-inclusion-matters>

#### Mediale Rückfragen senden Sie bitte an:

Deutsche Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie e.V. (DGTHG)

Regina Iglauer-Sander, Pressereferentin

[presse@dgthg.de](mailto:presse@dgthg.de)

Tel.: 030/788904-64



# TachoSil

SEALANT  
MATRIX

## Eine echte Leuchte

### TachoSil® zur Hämostase & Versiegelung

Pflichttext TachoSil®



TachoSil® in der NCH

 corzamedical