

# 25. (Jubiläums-) Jahrestagung des Konventes der leitenden Krankenhauschirurgen (KLK) in der Handelskammer Hamburg am 11. und 12. Januar 2019

Am 11. und 12. Januar 2019 fand die 25. und damit Jubiläums-Jahrestagung des Konventes der leitenden Krankenhauschirurgen (KLK) in der Handelskammer in Hamburg statt. Unter der Leitung des ersten Vorsitzenden des KLK W. Schwenk waren wieder 6 Themenblöcke für die 1½ Tage rund um den chirurgischen Alltag des leitenden Krankenhauschirurgen im Programm, ergänzt durch den besonderen Vortrag durch Prof. GD Borasio aus Lausanne zum Thema Palliativmedizin sowie die erste Verleihung des neu geschaffenen „Tacheles“ Preises des Konventes durch CJ Krones.

Pünktlich starteten die Grußworte: **K. Kohlhaw** eröffnete die 25. Jahrestagung des Konventes der leitenden Krankenhauschirurgen mit dem Hinweis auf das besondere Jubiläum und das Programm, das hoffentlich wieder für viele neue Impulse und Ideen bei den Kolleginnen und Kollegen sorgen dürfte. **M. Anthuber** bedankt sich in seinem Grußwort für den Grundstein durch seine Tätigkeit beim KLK, der seine Präsidentschaft in der DGAV unter DGCh begründet hat. Er verweist auf die Kollegialität (aus gegebenem Anlass der Vorfälle im Universitätsklinikum Essen) und speziell darauf sich nicht in der Öffentlichkeit über (Fach-) Kollegen willfährig zu äußern, sondern wenn dann nur als Gutachter die Sachlage zu klären. Ein Urteil in Streitigkeiten fällt einzig und allein der Richter! Er lud zum diesjährigen Chirurgenkongress ein, die Organspende ist dabei ein Hauptthema. Er warb für den Festvortrag, den Jörg Löhr (ehem. Handball – Nationalspieler), Motivation- und rhetorisch-Trainer, halten wird: „Was uns treibt, was uns trägt“. Für den öffentlichen Organspendelauf am 27.3. werden 1000 Teilnehmer erwartet. **HJ Meyer** verweist auf die vielschichtigen Neuerungen in der Gesundheitspolitik. Interessensverbände beeinflussen in Kommissionen die weitere Entwicklung, Krankenhausärzte und die Chirurgie ist daran kaum beteiligt. Es besteht die Gefahr der „Regulierung am Gängelband“. Für die Transplantations-Medizin sind die Probleme um die Organspende, speziell die Widerspruchslösung, noch nicht gelöst, aber wenigstens angesprochen. Für die nächsten Jahre wird in der stationären Versorgung die Frage dominieren, wie viele Krankenhäuser wir brauchen und wie wir Qualität messen wollen. Er schließt mit dem Zitat „wir leben in einer Zeit, in der die überflüssigen Ideen zunehmen und die wichtigen immer weniger werden“. **C. Kalff** für die DGAV wirbt um aktive Mitarbeit in den Gremien und Fachgesellschaften. Die Themen im Konvent der Lehrstuhlinhaber seien sehr ähnlich denen beim KLK. **W. Schwenk** bittet um Zustimmung für N. Nüssler als Kandidatin des KLK für die Kandidatur auf den DGAV Vorsitz, traditionell stellt der KLK zu dieser Wahlperiode die oder den Kandidaten.

Der **1. Block** beschäftigte sich mit dem chirurgischen Nachwuchs und der Weiterbildung. Er wurde eröffnet durch **D. Vallböhmer**: Unter dem Titel „**Nehmen wir jetzt jeden?**“ stellte er eine aktuelle Umfrage des BDC vor. Sie wies einen signifikanten Bewerbermangel in der Chirurgie nach. Vakante Stellen bleiben lange unbesetzt, insbesondere in der Allgemeinchirurgie und bei Grund- und Regel-Versorgern. Der Mangel an qualifizierten Bewerbern hat einen negativen Einfluss auf die medizinische Versorgungsqualität. Er konstatierte als Ergebnis dass die Krankenhäuser und Fachgesellschaften in der Verantwortung stünden: Die Wünsche junger Chirurgen wurden unlängst im Zentralblatt für Chirurgie 2018 publiziert. Insbesondere wünschen sie sich eine Berücksichtigung der Work-Life-Balance und eine Verbesserung der Umgangsformen in der Klinik. Das persönliche Engagement der Kollegen sollte in der Interaktion und Kommunikation den Beruf attraktiver machen. **A. Steilling** stellte eine Studie zur Arbeitgeberattraktivität im Krankenhaus des Deutschen Ärzteverbandes (DÄV) vor: **Anziehungskraft für Bewerber auf dem Arbeitsmarkt im Krankenhauswesen**, insbesondere für die Neubesetzung und das Halten wichtiger Mitarbeiter, eine Onlinebefragung von 900 Teilnehmern von Ende 2017. Geschäftsführer sehen die Arbeitgeberattraktivität deutlich positiver als ihre ärztliche Mitarbeiter. Den Geschäftsführern sind viele Inhalte und Kritiken der ärztlichen Mitarbeiter nicht bekannt. Probleme und Kritiken betreffen insbesondere das Teamklima, die gegenseitige Wertschätzung, die Weiterentwicklung von Kompetenzen (fachlich und persönlich) sowie die Fort- und Weiterbildung. Im Vordergrund steht insbesondere die Vereinbarkeit von Familie und Beruf. Die Unzufriedenheit steigt von den sogenannten „Baby-Boomern“ über die „Generation X“ und noch einmal deutlich auf die „Generation Y“. In dieser Reihenfolge nimmt insbesondere die Zustimmung zu hierarchischen Strukturen signifikant ab. Das Ergebnis hat sich gegenüber einer inhaltlich vergleichbaren Studie von 2015 auf 2017 deutlich verschlechtert. Ihre Kernbotschaften illustriert sie am Beispiel des Rotkreuzkrankenhauses Frankfurt:

- Fördern Sie aktive Maßnahmen, um die Zusammenarbeit und das Teamklima zu verbessern, insbesondere die gegenseitige Wertschätzung.
- Unterstützen Sie Ihre Mitarbeiter, um Ihre persönlichen und sozialen Kompetenzen für entsprechende Fortbildungen und Angebote zu fördern.
- Fördern Sie einen offenen Umgang mit Konflikten und Fehlern, z.B. durch eine Fehler- und Feedbackkultur.
- Setzen Sie Mitarbeitende als Multiplikatoren ein, um die positiven Aspekte der Klinik/Abteilung und des Hauses nach außen zu tragen.
- Arbeiten Sie an einer „Kultur der Zusammenarbeit“ über die Grenzen der einzelnen Fachabteilungen hinweg.

In der Diskussion wurde deutlich dass sture und übervolle Arbeitszeiten sowie ein Wandel im Verständnis der Wahrnehmung des ärztlichen Auftrags und/oder Berufsbildes hinter dieser negativ-Entwicklung stehen. Zum Abschluss referierte **T. Pohlemann** über den Facharztstandard in der spezialisierten Chirurgie. 51 unterschiedliche Facharzt-Titel sowie Schwerpunkte/Zusatz-Weiterbildungen differenzieren den chirurgischen Beruf. Der Facharztstandard begründet den medizinischen Standard für das jeweilige Fachgebiet. Die Diversifizierung ist sehr hoch, der Platz der Allgemeinchirurgie nicht klar definiert. 82 % der Kliniken haben eine getrennte Allgemein- und Unfallchirurgie. Die (Leistungszahl-) Vorgaben in den Facharzt-Katalogen für die Weiterbildung sind viel zu hoch. Daraus bildet sich das Dilemma ab dass bei Grundversorgern die Spezialeingriffe fehlen, bei den Spezialisten fehlen die „Grundeingriffe“. Hinzu kommt die Forderung der Mitarbeiter nach

Flexibilität der Arbeitszeit. Vielleicht könnten Arbeitszeitkonten in Zukunft die qualifizierte Ausbildung besser sicherstellen.

Darauf folgte die **erstmalige Verleihung des „Tacheles“-Preises** unseres Konventes. **C. Krones** ging in seiner Laudatio zunächst auf den originalen jiddischen Wortstamm ein: „Tachles reddn“ bedeutet im engeren Sinne „zweckmäßig reden“ oder noch besser „zur Sache“ oder „auf den Punkt kommen“. Zitat CJ Krones: „Tacheles“ bepreist hervorragende Vertreter und Mitglieder anderer Fakultäten und Bereiche, welche die Öffentlichkeit in der Suche nach der Wahrhaftigkeit, also dem nachhaltigen Erkenntnisgewinn unterstützen – Menschen, die uns den Blick in die Tiefe ermöglichen, die weiter bohren und den Dingen im besten Sinne auf den Grund gehen. Der Preisträger steht für Beharrlichkeit und die kritische Auseinandersetzung mit dem Thema: u.a. 2 Titelgeschichten im „Stern“ zu onkologischen Behandlungen haben auf Bernhard Albrecht, der Medizin und Publizistik studiert hat, aufmerksam gemacht.

- In „Gefährliche Heiler“ spürte Bernhard Albrecht 2014 den anmaßenden Versprechen der Alternativmedizin nach, die selbst vor der Angst vor dem Krebs nicht haltmachen.
- „Goldgrube Mund“ legte 2015 kostentreibende Modediagnosen in der Zahnmedizin offen, die Patienten oft mehr schaden als helfen.
- 2016 deckte er mit „Tödliche Keime“ die Hygienedefizite in deutschen Krankenhäusern auf, die sich als Folge der umfangreichen Sparmaßnahmen bei den Reinigungskräften entwickelten.
- Und in 2017 beschreibt „Operation Krebs“ die beharrliche und erfolgreiche Qualitätssicherung in der Chirurgie als stille, aber wahre Revolution in der Prognoseverbesserung dieser tödlichen Erkrankung.

Unser Preisträger **B. Albrecht** berichtete dann über die „**Wahrnehmung der Krebschirurgie in den Medien**“ aus seiner Sicht. Die Krebschirurgie ist zu selbstverständlich geworden, mehr als die Hälfte der Patienten fürchten das Krankenhaus und haben Angst vor Behandlungsfehlern, erfolglosen Therapien und vor Schmerzen. Die Patienten glauben eher an Medikamente und Heilpraktiker. Bei Angst vor Behandlungsfehlern steht die Chirurgie immer im Fokus des Verdachtes. 40 % aller vermuteten Behandlungsfehler betreffen die Orthopädie/Unfallchirurgie und Allgemeine/Viszeral Chirurgie. In deutschen Publikationsmedien wurden in 8 Monaten (Mitte 2017) 101 Artikel analysiert, 35 beschrieben neue Krebsmedikamente, nur 2 beschäftigten sich schwerpunktmäßig mit der Krebschirurgie, in nur 11 Artikel kommen die Worte „Operation“ und „Chirurgie“ überhaupt nur vor. Er schlussfolgert dass es eine erhebliche Diskrepanz gibt zwischen der tragenden Rolle der Chirurgie für die Prognose einer Krebserkrankung und der öffentlichen Wahrnehmung. Auch Fortschritte der OP-Technik mit durchschlagenden Auswirkungen auf die Prognose werden kaum wahrgenommen. Qualitätssicherungsmaßnahmen wie z.B. Zertifizierungen sind aufwendig, aber kaum bekannt und wenig „sexy“, Immuntherapie ist „sexy“?!? Die Gründung der ACO (Assoziation chirurgische Onkologie der DGAV, gegr. auf der „Viszeralmedizin“ 2017 in Dresden) und das aktive Promoten von Fortschritten in der Krebschirurgie sollten für uns im Vordergrund stehen.

Der zweite Block beschäftigte sich mit der Pflege: Akademisierung der Pflege in Zeiten des Pflegenotstandes. **Pro Akademisierung der Pflege** sprach **I. Maier** vom Deutschen Pflegerat: Der Deutsche Pflegerat soll der Pflege eine Stimme verleihen, er wurde vor 20 Jahren gegründet. In Deutschland ist im Gegensatz zu großen Teilen Europas keine Akademisierung der Pflege vorhanden.

1,1 Millionen Menschen arbeiten in der Pflege, 760.000 haben eine 3-jährige Ausbildung. Es gibt 70.000 Ausbildungsplätze. Laut einer Untersuchung von PWC fehlen aktuell 400.000 Pflegenden in Deutschland. Die Pflege ist in punkto Ausbildung im Wettbewerb um andere Berufe mit dualen Studienmöglichkeiten. Sie berief sich auf den Wissenschaftsrat, der eine Empfehlung für 5.400 Studienplätze für die Pflege abgegeben hat. Sie zitierte dazu eine Publikation im Lancet 2014 mit einer positiven Korrelation der Qualifikation der Pflegenden mit Status „Bachelor“ zu reduzierter Mortalität. Sie wünschte sich die akademisierte Pflege als Spezialisierung in der Fach-spezifischen Unterstützung des ärztlichen Dienstes. Das **Kontra-Referat** hielt **F. Mau**, Klinik-Geschäftsführer aus Essen. Er verwies auf die besondere Struktur des Gesundheitssystems in Deutschland, das anders als in Rest Europa aufgestellt ist. Es besteht ein großer Bedarf an Basis-Pflege, ein kleinerer Anteil für Fach-Pflege. Für beides hält er die 2 bzw. 3-jährige Ausbildungszeit mit einer gegebenenfalls Spezialisierung danach für ausreichend. Die Organisation von Pflgeteams sieht er als besondere Aufgabe. Pflegende Spezialisten können die Allgemeinpflege ergänzen (Onkologie, Anästhesie, Intensivstation usw.). Er kritisiert das Fehlen an Zuwendung zum Patienten, im Gegensatz dazu wird der Alltag durch überfordernde Dokumentationszeiten geprägt. Er hinterfragt kritisch die Einsatzmöglichkeiten für die „studierte Pflege“. Bereiche wie Qualitäts-Management und Kodierung sind bereits hinreichend besetzt. Durch die Akademisierung geht nach seiner Meinung der Pflege Arbeitskraft verloren und Spezialisten werden nur redundant eingesetzt, ohne dass es dafür einen Bedarf gibt. Sein Fazit ist: Pflegende werden für Patienten und die direkte Pflege am Patienten gebraucht.

In der intensiv geführten Problemdiskussion wird die Akademisierung der Pflege insgesamt kritisch bewertet. Die akademisierte Pflege soll und muss auch am Patienten arbeiten, es soll kein (Arbeits-) Wettbewerb mit schon vorhandenen Funktionsbereichen geben. Die akademisierte Ausbildung steht im hohen Risiko eine weitere Warteschleife für Medizinstudenten zu werden. Übereinstimmung besteht in der Feststellung dass die akademische Pflege in der Pädagogik sinnvoll eingesetzt werden könnte. Eine Akademisierung der Fachpflege wird ebenfalls als Möglichkeit positiv eingeschätzt. Insgesamt muss auch über die Vergütung nachgedacht werden, um die Attraktivität des Pflegeberufes zu erhöhen. Besonders kritisch wird die Entwicklung einer möglichen Zweiklassengesellschaft von akademisch und konventionell ausgebildeten Pflegenden gesehen.

Der besondere Vortrag von **GD Borasio**, Lehrstuhl für Palliativmedizin der Universität Lausanne, thematisierte den **„Menschen am Lebensende-warum man viel wissen muss, um weniger zu tun!“** Er beginnt mit einem Ausschnitt aus dem Requiem von Brahms. Eingangs richtet er aber ein Statement pro Akademisierung der Pflege, aus europäischer Sicht ginge daran kein Weg vorbei. Er befürwortet ausdrücklich die akademische Palliativpflege! Die Zahl der Sterbefälle nimmt analog der Bevölkerungspyramide drastisch zu, eine große Zahl von Patienten wird mehrere Jahre multimorbid und pflegebedürftig sein. Palliativmedizin ist nicht nur Sterbebegleitung oder Schmerztherapie und nicht nur für Krebspatienten, neue Palliativmedizin stellt die Lebensqualität und Symptomkontrolle in den Vordergrund. Die positive Beeinflussung von palliativmedizinischen Maßnahmen (insbesondere auch internistische und neuropsychiatrische Probleme) erreicht für die Patienten in vielen Studien weniger Depressionen, höhere Lebensqualität, weniger aggressive Therapien, geringere Kosten und eine signifikant höhere Lebenserwartung. Die Palliativmedizin sollte bei kritischen Erkrankungen frühest möglich eingebunden sein. Er kritisiert die finanziellen Fehlanreize im Gesundheitssystem, die einer verantwortlichen Patientenversorgung manchmal kontraproduktiv gegenüberstehen. Der

Urteils-fähige Patient muss in die Entscheidungen am Lebensende eingebunden sein. Die Fürsorge unterscheidet die ärztliche Kunst von der Autoreparatur: Beschäftigung mit dem Patienten, realisieren wo er steht, auf ihn eingehen, ihn abholen... Exemplarisch beschreibt er tief berührende Facetten von Bedürfnissen von Menschen am Lebensende. Der Patient muss als Ganzes mit seiner Biografie verstanden werden. Bei der Behandlung am Lebensende muss der Patientenwillen bekannt sein. Medizinische Indikationen zu Maßnahmen müssen mit einer sinnvollen Zielsetzung und Zielerreichung verbunden sein. Das „Sterben lassen“ ist eine Therapiebegrenzung, wenn ein sinnvolles Therapieziel nicht mehr erreichbar ist. Demgegenüber steht die Übertherapie, die auf mangelnden Informationen, mangelnde Kommunikation, innerem Druck (Versagensängste), Druck von Patienten und Familien und nicht zuletzt auch Fehlanreiz im Gesundheitssystem beruht. Ärzte in der Sterbebegleitung müssen vor allem Zuhören können.

Der 3. Block war umschrieben mit „**Leitende Ärzte zwischen-Burnout, Geschäftsführung und Staatsanwalt**“ **HP Unger** referierte über seine **Erkenntnisse aus der Stressmedizin**: Auf den Chefarzten lastet ein starker Veränderungs- und Leistungsdruck. Probleme werden vor sich und anderen negiert. Für Leistungsträger in der Wirtschaft existieren viel mehr begleitende Programme als für Chefarzte. Die Balance der Emotionen ist dabei entscheidend: Gene, Familie und Kultur bestimmen diese. Positive Emotionen sind Neugierde und Freude, negative Angst, Wut, Panik und Trauer. Unter Dauerstress schalten wir unsere Reflexionen über unser Umfeld ab, verlaufen dann auf Autopilot. Der Burnout ist ein Prozess, genau gesagt eine Erschöpfungsprozess, der vom Ende her definiert wird. Er äußert sich in emotionaler Erschöpfung, dem Demoralisierung (Zynismus, Wertewandel) sowie subjektive und objektive Leistungsprobleme folgen. Die Verausgabung übersteigt die Regenerationsfähigkeit: eine Erschöpfungsspirale, Burnout ist wie ein Übertraining, diesen Punkt muss man erkennen und darf ihn nicht überschreiten. Führungskräfte laufen dabei Gefahr ihre Situation auf ihr Team zu übertragen (und eventuell auch auf die Patienten!). Er gibt den Rat, mindestens einen Termin in der Woche mit Freunden und Familie fest und unverrückbar als Rückzugsort vom Arbeitsumfeld sicherzustellen. Täglich sollten Regenerations -und Kreativ-Pausen alle 70-90 Minuten für 10-20 Minuten eingelegt werden. Das geforderte Multi-Tasking blockiert die Kreativität, die Fehlerquote steigt. Warum meinen so viele immer erreichbar sein zu müssen? Er riet zur Vorsicht beim Umgang mit Kränkungen: Der Kollateralschaden einer Reaktion auf Kränkungen ist häufig größer als die Kränkung selbst, und: insbesondere nicht selten vom Kränkenden eingeplant! Sein Rat hier: Resilienz. Die steht für flexible und Situations-angemessene Energie und setzt eine emotionale Balance voraus. Eine höhere positive emotionale Reaktivität setzt das tägliche Leben auf eine deutlich positivere Beurteilungsebene, auch in negative Ereignissen und Situationen. Negative Emotionen sind bei „resilienten“ Menschen genauso häufig, es gelingt Ihnen aber eine schnellere Distanzierung von ihnen! Er empfiehlt Selbstfürsorge „sind 30 Minuten Zeit für mich“, Paarfürsorge sind 90 Minuten für meinen Partner, Familienfürsorge sind Situations-angepasste feste Familien-orientierte Rituale wie Essen, Spielen, Vorlesen oder Sport. Damit lässt sich die psychische Belastung in der täglichen Arbeit in der Selbstwahrnehmung deutlich reduzieren. Aus juristischer Sicht berichtete **U. Steffen** über **Konflikte zwischen Chefarzt und Geschäftsführung**. Neben den klassischen Themen (zu wenig Patienten, Strukturveränderungen, medizinische Vorbehalte, personelle Querelen) entsteht ein Konflikt aus auch externen Angriffen auf den Geschäftsführer oder aber häufig auch ohne erkennbaren Grund. Der erste Angriff ist leider nicht mehr ein Brief oder ein Vieraugengespräch, sondern z.B. Gespräche in öffentlicher Runde vor nachgeordneten Personen, Gerede über Dritte und Gerüchte oder vorgeschobene Konfliktpartner. Auf jeden Fall sollte man hier

Ruhe bewahren, nicht emotional reagieren, jeden Schritt planen. Die Geschäftsführung ist beim ersten Angriff bereits vorbereitet, hat die Rollen vorher verteilt, sich Unterstützer und Zuträger gesichert, kein Schritt ist unabgesprochen. Gefahr für den Chefarzt und gewollt ist die unüberlegte emotionale Reaktion des Chefarztes, die Demütigung dient dazu, den emotionalen Abschied zu erreichen. Typische Fehler sind vielfältig und menschlich, aber fatal: Öffentlichkeit herstellen, Verbände einschalten, nachgeordnete Kollegen informieren, E-Mails in einem großen Verteilerkreis, Einschalten der Presse oder Aufsichtsbehörden oder auch Juristen ohne Sachverstand zu fragen. Besser und konstruktiver ist ein ständiger Kontakt mit der Geschäftsführung, zu prüfen ob vertragliche Schwachstellen im Vertrag vorliegen, beobachten ob die Geschäftsführung dahingehend aktiv wird. Bei Konflikten sollte man sich zunächst zurückziehen, intensiv nachdenken und beraten lassen und alle Möglichkeiten geprüft haben, ohne sich im Vorfeld zu äußern. Unabdingbar ist eine frühe versierte juristische Beratung, der Berater bleibt dabei zunächst im Hintergrund. Äußerungen sollten erst erfolgen wenn ein fundiertes Konzept (analog ärztlicher Tätigkeit: Anamnese, Diagnose, Therapie) vorliegt. Der Kreis der Gesprächspartner sollte so klein wie möglich sein. Eine rechtliche Auseinandersetzung sollte vermieden werden, und wenn es nicht anders geht, sollte sie in einer Stelle geführt werden. Jeder im Saal wünschte sich möglichst Abstand zu diesem Szenario. Darüber hinaus stellte **RW. Bock** für den **Fall, dass der „Staatsanwalt klingelt“**, seinen „juristischen Notfallkoffer®“ vor. Strafrecht zieht Zivilrecht nach sich, zivilrechtliche Klagen sind über die Haftpflicht abgesichert, wenn ein Versicherungsschutz sichergestellt ist. Mögliche Fehlerquellen im Behandlungsablauf sind Behandlungsfehler, Aufklärungsmängel, Organisationsdefizite und zunehmend Dokumentationsmängel. Die Grundvoraussetzung für Haftung und Strafbarkeit ist ein Schaden, der auf der Kausalität einer Sorgfaltspflichtverletzung beruht. Auf jeden Fall muss die Behandlung adäquat weitergeführt werden. Die Vollständigkeit der Dokumentation muss sichergestellt sein, eine dokumentierte Kommunikation in aller Offenheit mit der Patientenseite sowie die Anfertigung von Gedächtnisprotokollen für Vorgänge vor der Patienten-Kommunikation sind unabdingbar. Klinik intern ist eine Stellungnahme zu verfassen, der Schaden musste Haftpflichtversicherung gemeldet werden. Einsicht in die Krankenunterlagen ist jederzeit zu gewähren, insbesondere für externe Gutachter oder auch die Schlichtungsstelle und natürlich zwingend für Polizei und Strafverfolgungsbehörden. Alle Informationen müssen breit interdisziplinär zwischen den Behandlungspartnern abgestimmt werden. Für Zeugen und Beschuldigte gilt das erste Primat zu schweigen, professionell vorzugehen, insbesondere sich einer fundierten Beratung zu versichern. Sinnvoll ist immer juristische Auseinandersetzungen zu vermeiden und eine externe Regulierung zu ermöglichen. Dies steht aber in Entscheidung der Klinikträger bzw. des Haftpflichtversicherers.

Den zweiten Tag eröffnete im **4. Block T. Frieling** als Vertreter der **Arbeitsgemeinschaft Leitender Gastroenterologischer Krankenhausärzte (ALGK)**. 380 Mitglieder vertreten ca. ca.300 gastroenterologische Kliniken. Die AGLK wird von einer professionellen Geschäftsführung vertreten. Ziel ist die Entwicklung von Qualitätsparametern in der Gastroenterologie. Die AGLK richtet regelmäßige Workshops, die auch für Oberärzte offen sind, neben der Jahrestagung in der Thematik Medizin und Ökonomie aus. Dazu wird ein Seminar „Führungskompetenz für leitende Gastroenterologen in Krankenhäusern“ angeboten. Die AGLK führt auch Studien durch, z.B. das Sedierungsregister. Die AGLK wünscht sich einen engen Kontakt und gemeinsame Arbeit mit dem KLK, was im Plenum mit großer Zustimmung aufgenommen wurde. Das Notfallstufen Konzept für Schleswig-Holstein wurde von **S. Seemann** aus dem Ministerium für Soziales vorgestellt. Das

Notfallstufenkonzept wird über das Entgeltrecht geregelt. Es soll mehr Zuschläge als Abschläge Standort-bezogen je nach eigener Notfallstruktur für die Anbieter geben. Geregelt wird die spezielle Notfallversorgung. Voraussetzungen sind eine eigene ZNA, für die jeweiligen Fachabteilungen Verfügbarkeit eines Facharztes innerhalb von 30 Minuten vor Ort, die Anbindung an die Intensivstation. Eigentlich wünscht sich das Ministerium einen Facharzt für alle Abteilungen im Hause. Einzelne Häuser können als Spezialversorger zugelassen werden wenn sie diese Bedingungen nicht erfüllen, soweit die Notfallversorgung anderweitig nicht gesichert werden kann. Zwingend ist aber eine 24 Stunden 7 Tage Versorgung in der ZNA mit eigenständiger Leitung. Das Konzept sieht 3 Stufen vor (Stufe 1: Basis Notfallversorgung, Stufe 2: Erweiterte Notfallversorgung, Stufe 3: Umfassende Notfallversorgung) eine spezielle Notfallversorgung ist über Module für schwerverletzte, Kinder, Schlaganfälle oder Durchblutungsstörung am Herzen geregelt. Hier sind jeweils Zuschläge möglich wenn die eigentliche Versorgungsstufe 1 besteht. Die allgemeinen Voraussetzungen sind über die Bundesländer gleich und betreffen das Spektrum der Fachabteilungen, die eigenständige Leitung der ZNA, die Größe der Intensivstation, einen möglichen Hubschrauberlandeplatz und spezifische Anforderungen an die vorgehaltene Medizintechnik. In einer Abschätzung erfüllen von 1748 Krankenhausstandorten nur 1005 Standorte Mindestens die Kriterien der Basisversorgung, 743 Standorte erfüllen diese Kriterien nicht. Letztere behandeln allerdings nur 14 % der stationären Patienten. Für Schleswig-Holstein sind diese Zahlen ähnlich, 30 von 63 Standorte erfüllen mindestens die Kriterien der Basisversorgung, 29 Standorte erfüllen diese nicht, diese behandeln nur 10 % der Patienten, mit Ausnahmegenehmigung werden 4 Spezialversorger mit 5 % der Patienten geplant. Abschließend berichtet der Präsident der Bundesärztekammer **FU. Montgomery** über die Integration ärztlicher Fachkräfte aus dem Ausland. Derzeit arbeiten fast 12 % Ärzte mit Migrationshintergrund in Deutschland. In Rumänien (eine der stärksten Herkunftsländer) hat sich die Zahl der Ärzte in den letzten Jahren gedeutet. Forderung ist keine Patentreue für das Deutsche Problem des Ärztemangels. Selbst wenn 1000 Studienplätze mehr geschaffen werden, dauert es 7 Jahre bis die abzuwenden in der Klinik angekommen und insgesamt 12 Jahre bis zum Facharztstatus. Weiterhin besteht ein erhebliches ethisches Problem, die Arme Volkswirtschaft finanzierte Ausbildung, aber die ausgebildeten Ärzte werden dieser Volkswirtschaft entzogen. Er fordert, dass wir so viele Ärzte selber ausbilden müssen wie wir selber brauchen. Die größte Gruppe ausländischer Ärzte kommt aus Syrien, danach Rumänien. Es gibt große Schwierigkeiten die Dokumente zu überprüfen, die Bundesärztekammer fordert eine Prüfung äquivalent zum 3. Staatsexamen (z.B. analog USA) sowie eine Fremdsprachenprüfung (aktuelle Durchfallquote größer 50 %). Die Bundesärztekammer hinterfragt über Kontakte in Ägypten die Validität vorgelegter Unterlagen (analog Studiennachweise und Diplome) aus dem arabischen Raum, mit einer hoch signifikanten Quote der Aufdeckung von Fälschungen dieser Unterlagen. In der Diskussion wird herausgearbeitet das eine Äquivalenzprüfung analog dem 3. Staatsexamen, gegebenenfalls mit deutschen Studenten gemeinsam, eine sinnvolle Lösung für die Anerkennung externer Medizinstudiums-Abschlüsse darstellen könnte. Dies findet fast volle Zustimmung im Plenum.

Der **5. Block** stand im Zeichen der Digitalisierung. Die elektronische Patientenakte wurde von **R. Lohmann** vorgestellt. Am Beispiel der Charité Berlin wurde eine bereits in Anwendung befindliche Version demonstriert. Am deutlichsten wird der Wandel der letzten 30 Jahre am Beispiel der Medien, dem Handel und dem Verkehr. In der Medizin wird immer noch mit Bleistift und Kugelschreiber geschrieben. Cloud-Services ermöglichen heute neue Kommunikations- und Speicherwege. Die Möglichkeiten z.B. Informationen über Patienten und Krankheiten, Erinnerungsfunktionen,

medizinische Innovationen, Auswertungen komplexer Datenbanken zur Erkennung von Mustern und Risiken berechtigten Nutzern zur Verfügung zu stellen sind fast unbegrenzt. Demgegenüber steht der kritische Datenschutz und die Sicherstellung dass der berechtigte Nutzer auch wirklich der ist der berichtigt und befugt ist diese Informationen zu empfangen. Künstlicher Intelligenz wird zunehmend unseren Arbeitsalltag verändern und Befundungen z.B. in Radiologie und Pathologie in zunehmendem Maße automatisieren. Nicht zuletzt robotische Chirurgie und moderne Sensorik (Wearables, Kontaktlinsen zur Blutzuckermessung) werden in eine breitere Anwendung kommen und mehr EDV-Technologie, Vernetzung und Daten-Transfer benötigen. Die digitale Patientenakte ist in vielen Varianten bereits in Erarbeitung, ihre Anwendung sind aber zunehmend rechtliche Grenzen gesetzt. Die Digitalisierung als Marktfaktor stellt **M. Immenroth** vor. Der Technische Stand ist weiter als wir momentan bereit sind zu akzeptieren. Der Weg ist nicht mehr aufzuhalten, die Frage ist wie weit er führt. Große Medizinprodukte-Anbieter kaufen kleine Firmen und Start-ups aus dem Bereich der Digitalisierung. Beispiel OP: Ein System unterstützt nach Standard des Anwenders die korrekte Durchführung der vorher festgelegten (medizinischen und logistischen (!)) Schritte, dargestellt z.B. an einer Hüft-TEP-Operation. Damit wird sichergestellt, dass die Operation und die Prozesse drum herum korrekt ablaufen. Unter dem Begriff „Chirurgie 4.0“ wird die Vernetzung der Chirurgie zusammengefasst. Ein Beispiel: 1000 Roboter operieren eine OP am Tag, vernetzt auf der ganzen Welt. Dies sind 5000 Operationen pro Woche, 20.000 Operationen im Monat. Jeder neue Roboter greift auf die Erfahrungen der 1000 Roboter vorher zurück. Die individuelle Lernkurve eines Chirurgen wird dabei hinfällig. Die Vorteile der synergistischen Plattform-Effekte beruhen auf der Kombination der Roboter-Technik, der verbesserten Bildung, fortschrittlichere Instrumente, die Datenanalytik über künstliche Intelligenz sowie der Vernetzung der Roboter untereinander. Fast alle gängigen Operationsverfahren könnten Digital hinterlegt werden. Die Daten würden in der Cloud verwaltet und in einem neuronalen Netzwerk aufgearbeitet. Diese wie auch andere Daten und auch eine elektronische Patientenakte könnten dann gemäß vorher vereinbarten Benutzerrechten strukturierte Daten über die Cloud und/oder das Netz an Patienten, Industrie oder andere Verbraucher aufgearbeitet zur Verfügung stellen. Ein solches Joint Venture sind Google und Ethicon eingegangen (Beispiel: Verb Surgical [www.verbsurgical.com](http://www.verbsurgical.com)). Als letzten Beitrag stellt **A. Jonitz** sein Projekt „**washabeich.de**“ vor. Er hat eine Plattform geschaffen in die chirurgische Fachsprache in die Umgangssprache übersetzt wird. Es gibt keinen eigenen medizinischen Input, sondern sein Projekt will erklären (transkribieren) was der Arzt aufgeschrieben hat (und kein Normalbürger versteht). Die Arbeit wird von einem Team von Studenten und ehrenamtlichen Mitarbeitern sichergestellt, die Rückmeldungen sind durchweg positiv, beruhen auf derzeit 38.000 Übersetzungen. Ausdrücklich soll keine Störung des Arzt-Patienten Beziehung resultieren, sondern eine Verbesserung der Kommunikation bzw. ein Auffüllen der Lücken, die durch Kommunikationsdefizite zwischen Arzt und Patient entstanden sind. Die ehrenamtlichen Dienstleister erhalten dafür eine Kommunikationsausbildung. Grundlage seiner Arbeit ist das sich knapp 3/4 der Patientin gerne aktiv in die medizinischen Entscheidungen einbringen möchten, 80 % der komplizierten Inhalte vom Patienten anschließend schnell wieder vergessen werden. Nur ca. 40 % der deutschen Bevölkerung verfügt über eine aktive Gesundheitskompetenz. Ein hoher Milliardenanteil Kosten entsteht durch kommunikativ bedingte fehlende Therapietreue. Allerdings haben nach einer Studie wohl auch 40 % der deutschen Bevölkerung Probleme, Texte auf Grundschul-Level 4. Klasse zu verstehen. Ein automatisierter Prozess dazu ist in Entwicklung, hier müssen bisher noch Kompromisse bei der Individualität gemacht werden, auch der Datenschutz ist nur in vereinfachte Form sichergestellt.



Im letzten Block wurde hinterfragt was die Zukunft bringen könnte. Es begann **S. Beyerlein** mit der Idee von „**lean healthcare**“. Der Begriff „lean“ entstammt dem Autobau (Toyota) und beschreibt die Steigerung der Produktivität als schlanken Industrieprozess. Das Managementsystem hat seine Kernaussrichtung auf den Patienten und die Mitarbeiter, es durchzieht als Kultur alle Elemente und Mitarbeiter der Klinik. Alle Leistungen, die dem Wohle des Patienten dienen, werden als Wert schöpfen der Zeit bezeichnet. Diese sollte einen möglichst hohen Anteil an der täglichen Arbeitszeit haben. Probleme und Fragen werden vor Ort gelöst, die verschwinde und die Komplexität soll reduziert werden, Schnittstellen werden reduziert und geschafft. Material wird in festgelegten Mengen dort gelagert, wie und wo es benötigt wird. Arbeitsweise und Arbeitsschritte werden standardisiert, Standards stellen Qualität sicher und regeln die Abläufe. Standards sind Ausgangspunkt strukturierte Verbesserungen, die in regelmäßigen Treffen aller Mitarbeiter erarbeitet werden. Am Beispiel der Umstrukturierung der kinderchirurgischen Ambulanz wurde dieses Prinzip nachvollziehbar und überzeugend dargestellt. Der Aufwand erschien jedoch extrem hoch. Der Folgevortrag von **T. Lempert** stellte ein Modell eines Kongresses ohne Sponsoring vor (**Neurologie first!**). Der Interessenskonflikt zwischen Fachgesellschaft, Industrie, medizinisch-wissenschaftlicher Fortbildung und Industriesymposium ist vielfältig diskutiert. 2012 entstand die Initiative „NeurologyFirst“ mit derzeit 435 Unterzeichnern. Ziele sind die Sicherstellung pharmaunabhängiger Kongresse, die Erstellung von Leitlinien nur von unabhängigen Autoren und das Angebot eines Diskussionsforum für ärztliche Unabhängigkeit. Die Praxis von Zulassungsstudien als Marketinginstrument wurde kritisch diskutiert, die Hersteller-initiierten Studien weisen zum Teil erhebliche Mängel auf. Die Randomisierung ist teilweise unzureichend, es wird gegen Placebo statt einer optimalen Standardtherapie getestet, Surrogatparameter statt Patienten-relevanter Endpunkte, kurze Laufzeiten und andere mehr sind Kritiken die die o.g. Initiative diese Studien als kritisch bewerten lässt. Ziel ist eine Atmosphäre von Compliance zu induzieren, ohne Interessenskonflikte oder gegebenenfalls sogar Korruption. Die **telemedizinische Behandlung** ist seit 2017 in Baden-Württemberg erlaubt, im Mai 2018 wurde sie in die Musterberufsordnung aufgenommen. Damit setzte sich **R. Meier** auseinander. Eine Idee ist ein Telemedizin-Netzwerk zur Sicherung der Versorgung speziellen ländlichen Gebieten zu Implementierung. Daraus entstand die sogenannte TeleClinic. Der Patient nutzt eine APP, eine medizinische Assistenz sucht den richtigen Facharzt aus den Anbietern heraus, der dann mit dem Patienten kommuniziert. Die Qualifikation des Facharztes ist eine mindestens 5-jährige Berufserfahrung als Facharzt. Möglich sind Video, Telefon oder Chat-Kommunikation. Ärzte können ein elektronisches Rezept ausstellen, dieses wird von einer vorhandenen Apotheke eingelöst. Patientin bekommen dann von dort die Medikamente abholen. Dokumente oder Bilder sind Vorschlag bar. Gleichzeitig können Daten von Sensoren eingelesen werden. Derzeit sind 200 Fachärzte eingebunden, viele Kassen beteiligen sich daran. Die Abrechnung erfolgt als Leistung durch die GKV über die GOÄ, privat über den EBM. Es wurden auch Daten zu den Gesprächen vorgestellt, die Dauer eines Chefarztgesprächs betrug ca. 12 Minuten, 1/3 der Vorstellung waren zweit Meinungen, knapp die Hälfte der Patienten liegen nicht mehr zu einem anderen Arzt. Bisher sollen 50.000 Patienten als Nutzer diesen Service genutzt haben. Dieser Inhalt wurde insgesamt im verbliebenen Plenum sehr kritisch diskutiert.

Damit ging die 25. und somit Jubiläums-Jahrestagung des Konventes der leitenden Krankenhauschirurgen zu Ende. Es war wieder ein spannendes und interessantes Programm, welches auch dicht an den aktuellen Problemen der Kolleginnen und Kollegen in den Kliniken sein sollte. Die nächste, dann 26. Jahrestagung des Konventes der leitenden Krankenhauschirurgen findet wieder

in Hamburg statt und wir möchten Sie schon jetzt für den 10. und 11. Januar 2020 zur dieser Tagung einladen. Bis dahin werden wir auch wieder ein spannendes und interessantes Programm für Sie zusammenstellen.

Für den Vorstand und Beirat des KLK

PD Dr. Kay Kohlhaw

Sekretär