

Am 12. und 13. Januar 2018 fand die traditionell honorig besetzte und gut besuchte Jahrestagung des Konventes der leitenden Krankenhauschirurgen (KLK) in Hamburg statt. Auf der jetzt 24. Tagung unter der Leitung des ersten Vorsitzenden des KLK, Dr. Carsten Joh. Krones, waren insgesamt 6 Themenblöcke á 2-3 Vorträgen an 1½ Tagen rund um den chirurgischen Alltag des leitenden Chirurgen in der Klinik im Programm.

Pünktlich starteten die Grußworte. Den Anfang machte der Sekretär des KLK, Kay Kohlhaw. Kohlhaw eröffnete die Veranstaltung im Namen der Organisatoren und verwies auf das spannende Programm mit den hoch - relevanten Schwerpunkten aus der para – medizinischen Alltags – Arbeitsrealität, die den besonderen Charakter der Jahrestagung des Konventes der leitenden Krankenhauschirurgen ausmacht. Er lud schon einmal zur kommenden Jahrestagung in 2019 ein, dieses wird dann als 25. eine wenigstens „numerisch“ eine besondere Jubiläumsveranstaltung sein.

In Vertretung des Präsidenten der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie Prof. Fuchs, der wegen einer Terminkollision nicht persönlich erscheinen konnte, sprach Prof. HJ Meyer in seinem gemeinsamen Grußwort für die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie DGCh und den Berufsverband der Deutschen Chirurgen BDC zunächst die Einladung zum 135. Jahreskongress der DGCh aus, der dieses Jahr unter dem Motto „Innovation, Tradition, Globalisierung“ steht. Der Kongress wird ab 2018 kostenpflichtig sein, die Kongressgebühr ist dabei eine steuerliche Vorgabe und leider nicht vermeidbar. HJ Meyer warb dafür nachdrücklich um Verständnis und Akzeptanz. Thematisiert werden Probleme wie Forderungen nach Personaluntergrenzen, steigende medizinische Ansprüche aus neuen rechtlichen Vorgaben, der Fachkräftemangel, der Mehraufwand durch die Sektor-übergreifende Medizin, die medizinischen Innovationen und hier besonders die Digitalisierung in der Medizin. Meyer verwies auch auf das Erreichte wie die endlich implementierte Beschäftigung des Deutschen Ärztetages mit der Weiterbildung. Leider wurde die Fusion von Allgemeine Chirurgie und Allgemeiner Viszeralchirurgie vom Deutschen Ärztetag jedoch abgelehnt. Für die Allgemeine Chirurgie sind jetzt auf der Basis von festgelegten Kompetenzleveln die Anforderungen auf die 18 Monate Allgemeine Viszeralchirurgie und Unfallchirurgie mit entsprechenden fachlichen Inhalten hinterlegt. Bei der GOÄ zeigte er die Probleme durch die sehr hohe Bewertung von physikalisch - medizinischen Verfahren in der Reha auf, die jetzt in die Fallpauschalen mitaufgenommen werden sollen. Aus diesem Grund wird sich die Novelle verzögern. Der gesundheitspolitische Rahmen wird derzeit besonders über die Diskussion um die Bürgerversicherung geprägt. Die Ärzteschaft ist sich einig dass hier sehr viele Probleme wie z.B. Wartezeiten oder die Behinderung von medizinischer Innovation von der Politik heruntergespielt werden. Meyer schloss sein Grußwort mit dem Lob für die „knackigen“ Titel des KLK - Kongressprogramms und dem polnischen Sprichwort „Lob und Kohl schmecken gut, aber sie blähen auf!“

Das Grußwort für die DGAV übernahm im Anschluss der aktuelle Präsident Prof. A. Stier. Er beklagte das Transparenzdiktat von außen für unsere chirurgischen Tätigkeiten, die Chirurgie wird als eine Art „industrieller Produktionsprozess“ betrachtet. Wir Chirurgen haben mehr geleistet als nur „1“ gleich Problem und „0“ gleich gut. In der DGAV sind ca. 80.000 Datensätze in den StuDoQ-Daten vorhanden, die aus den 231 zertifizierten Qualitäts-gesicherten Zentren generiert werden. Trotz dieser soliden Basis werden die medizinischen Fachgesellschaften aus Sicht der Politik nur im Status eines „Lobbyisten“ und nicht als fachlicher Partner betrachtet. Positiv zu bewerten und der intensiven Arbeit zu verdanken ist die Tatsache, dass das WiDo (was ist das ???) mit den

chirurgischen Fachgesellschaften über die Inhalte der Qualität-Bewertung für Hernien im Vorfeld diskutiert hat („Bäumchen“-Bewertung). Stier stellte zudem die Wichtigkeit der parachirurgischen Fähigkeiten heraus, der KLK ist für die Entwicklung dieser Fähigkeiten eine wichtige Plattform.

Abschließend begrüßte auch der Vorsitzende Carsten Joh. Krones das Auditorium. Er dankte seinen Vorrednern und auch den vielen Helfern, die in der Erstellung des anspruchsvollen Programms so wertvolle Hilfe geleistet hätten. Vorsitz und Programmarbeit seien zugleich eine große Ehre und Bürde. Die Präsentation vor dem hochbesetzten Auditorium käme dann einer Feuerprobe gleich, die eine ganz eigene Spannung erzeuge. Das kurze Grußwort beendete der Vorsitzende mit der Hoffnung auf eine spannende und ereignisreiche Tagung, einem ansprechenden Programm und einer bereicherten Heimreise.

Der **erste Block** war überschrieben mit „gutes Personal wächst nicht auf Bäumen“. Frau **A. Steiling** vom Deutschen Ärzteverlag berichtete von aus Ihrer Sicht was Ärzte in Bewerbungsprozess interessieren könnte. Derzeit gibt es viele offene Stellen und damit einen Bewerbermarkt. Grundlage ihrer Betrachtung waren eine Umfrage des Ärzteverlages zur Jobsuche 2016 sowie die Arbeitgeber - Attraktivität deutscher Krankenhäuser 2017. Ärzte sind überdurchschnittlich (80 %, Ärzte in Weiterbildung) offen für einen Jobwechsel, die Wechselbereitschaft sinkt mit dem Alter und der höheren Position. Nur 13 % von ihnen betreiben aktiv einen Jobwechsel. 2/3 davon sind Ärzte in Weiterbildung, aber auch eine hohe Quote (63 %) von Chef ersten Denken immer wieder aktiv oder passiv über einen Arbeitsplatzwechsel nach. Die Arbeitgeberattraktivität wurde anhand von 25 Kriterien analysiert. Es gibt Unterschiede zwischen der Sichtweise von Geschäftsführerin, Chefärzten, Ärzten und Medizin-Studierenden. Im Vordergrund stehen die Arbeitsinhalte, gute Beziehungen zu Kollegen und Arbeitszeiten. Finanzielle Anreize und der soziale Status werden immer unwichtiger. Dabei gibt es zum Teil doch Geschlechts-spezifische Unterschiede. Vakante Positionen können reduziert werden durch die Möglichkeit der fachlichen Weiterentwicklung bzw. Karrierechancen, der Vereinbarkeit von Familie und Beruf sowie die Organisation der Abteilung. Die Inhalte einer möglichen Stellenanzeigen sollen den Standort und die Klinik beschreiben, Informationen zu den Arbeitsinhalten geben sowie die persönlichen Weiterentwicklung bis hin auch zu möglichen späteren Positionen beinhalten. Ihr Fazit war die Empfehlung ein attraktives Umfeld im eigenen Haus zu schaffen, das Schwerpunkte auf ein gutes Teamklima legt, gezielte Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen transparent strukturiert prospektiv organisiert sowie flexible Arbeitszeiten bietet. Damit kann eine festere Bindung des Nachwuchses an das Haus induziert werden. Der Vortrag wurde durchaus kontrovers diskutiert, da die Empfehlungen der Referentin von den herkömmlichen Schwerpunkten in Stellenanzeigen durchaus abwichen.

Im zweiten Vortrag setzte sich Prof. **Th. Möllhoff** aus der Sicht eines Chefarztes in der Anästhesie mit einer möglichen Männerquote auseinander. Eingangs wurde die gute alte Zeit „beschworen“: Arbeiten rund um die Uhr, immer da und präsent sein, immer zur Verfügung stehen. Die Realität sieht heute anders aus: strenge Regelung der Arbeitszeit, Mitarbeiter (m/w) in Elternzeit, ein Frauenanteil von 65 %, viele Mitarbeiter fühlen sich der Generation „Y“ anhängig, bei der Work - Life -Bilanz steht das Wort Life ganz oben, ganz im Gegensatz zur „guten alten Zeit“. Flache Hierarchien werden eingefordert, die Wechselwilligkeit für den Arbeitsplatz ist extrem hoch. Hinzu kommt der demographische Wandel, wo eigentlich 2 Ärzte gebraucht werden wird nur eine(r) ausgebildet. In der Ärztekammer Westfalen-Lippe sind ca. 40.000 Ärzte registriert, 12.000 davon haben einen Migrationshintergrund mit allen daraus resultierenden Problemen, ganz ausdrückt ohne die Kolleginnen und Kollegen abschätzig zu bewerten. Trotz der 9000 Studienplätze aktuell (auf die ca.

45.000 Bewerbungen kommen) werden zu wenig Mediziner ausgebildet. Davon sind 65% Frauen, mit den Herausforderungen Schwangerschaft, Mutterschutz, Elternzeit, Vereinbarkeit von Familie und Beruf sowie individualisierte Teilzeitstellen. Zitiert wird die These eines mittlerweile emeritierten radiologischen Kollegen aus Hannover/Bremen, der die Forderung einer Männerquote provokativ aufgestellt hat, die natürlich entsprechend nachdrücklich von Frauen-Verbänden abgelehnt wurde. Geschlechter-unspezifisch ist in der jüngeren Generation der Ärzte ein hoher Anteil von Kolleginnen und Kollegen mit einem Wunsch nach Teilzeit-Arbeit, daraus resultieren erhebliche Probleme: Nicht nur dass die Zeit zur Weiter- bzw. Ausbildung immer länger wird, durch die mangelnde Praxis gibt es auch einen Verlust von Fähigkeiten, besonders bedeutsam sind Informationsverluste durch häufigere Übergaben in der täglichen Routine. Gestellt wurde auch die Frage, ob wir die richtigen neuen Mitarbeiter ausbilden. Die bisher bestehende Zugangsregelung Medizinstudium mit dem „Numerus Clausus“ ist jüngst als BGH juristisch gekippt worden, per 31.12.2019 müssen neue Zugänge zum Medizinstudium definiert werden. Es gibt große Unterschiede in den Abiturnoten, so hat sich die Zahl der abtinenten mit einer Abiturnote 1,0 in Berlin in den letzten 10 Jahren um den Faktor 14 erhöht. Auch die komplexen Tests für die Evaluierung von Abiturienten auf Ihre mögliche Eignung zum Medizinstudium wurden kritisch betrachtet, insbesondere auch der Zeitaufwand: 80 Professoren auf 160 Studenten, die Methoden alle nur schwach evaluiert. Die Schlussfolgerung war natürlich nicht die Einführung einer Männerquote, aber durchaus auch die Reflexion das Ziel eines ausgewogenen Geschlechteranteils in der Medizin nicht aus dem Auge zu verlieren. Wichtig ist es die richtigen Kandidaten für das Medizinstudium zu identifizieren, der Numerus Clausus ist dafür ungeeignet, die Zahl der Studienplätze ist derzeit aktuell in Anbetracht der Anforderungen an den ärztlichen Beruf zu gering. In der lebhaften Diskussion wurde herausgestellt, dass die Talente für die Chirurgie („Bastler und Schrauber“, die sich primär für die Schule nicht so sehr interessieren) unter den derzeitigen realen Bindungen kaum für einen Studienplatz zum Zuge kommen. Verwiesen wird auf die Idee ein nicht eingeschränktes einjähriges Vor-Studium für alle analog zum Vorgehen in Frankreich einzuführen sowie vielleicht noch ein vor Studienbeginn zu absolvierendes Pflegepraktikum zur Bewertung für eine Studieneignung für das Fach Medizin mit hinzuzuziehen. Verwiesen wurde auch auf die Ärztestatistik aus Bayern: 90 % der Medizinstudierenden waren nach 12 Monaten und 81% noch nach 5 Jahren in der Patienten-Behandlung tätig. Der launige Vortrag wurde in der regen Diskussion inhaltlich überwiegend begrüßt.

Das Problem der Personaluntergrenzen beleuchtete **L. Ullrich**, leitender Lehrer für Pflegeberufe des Universitätsklinikums Münster. Er stellte die Bedeutung der Pflege für die ganzheitliche Medizin in den Vordergrund. Ein Mangel an Pflege ist in vielen Studien nachgewiesen, besonders in Krankenhäusern. Der Aufwand an Administration und Dokumentation ist auch in der Pflege in den letzten Jahren erheblich gestiegen. So ist z.B. die Stellenbesetzung auf der Intensivstation von 2009 auf 2016 verdoppelt. Verglichen wird die Forderung nach dem Pflegeschlüssel auf der Intensivstation in Deutschland (1:2 oder 1:1 40%) mit der Schweiz und Österreich (hier 80-90 %). Auf einer normalen Intensivstation in Deutschland betreut eine Pflegekraft immer noch 3 Patienten. Von 1991 auf 2015 hat sich die Fallzahl auf der Intensivstation um 40 % erhöht, die Pflege ist jedoch in Deutschland weitgehend konstant geblieben. Die hohe Arbeitsbelastung ist (nicht nur) für ihn ein Risiko für vermeidbare Zwischenfälle. Für einen angestrebten Schlüssel von einer Pflegekraft für 2 Patienten auf der Intensivstation zeigte eine Prognose 2012 für das Jahr 2020 den zusätzlichen Bedarf von 26.500 neuen Pflegekräften allein für die Intensivstation auf, pro Jahr müssten 3000 Pflegenden für die Intensivstationen gewonnen und qualifiziert werden. Der Gesetzgeber hat per 30.6.2018 Personaluntergrenze mit den Verbänden zusammen erarbeitet. Diese sollen am 01.01.2019

Inkrafttreten und gelten zunächst für so definierte Pflege-sensitive Bereiche. Diese sind Geriatrie, Neurologie, Herzchirurgie, Intensivstation, Kardiologie und Unfallchirurgie. Er bewertet dies als Pilotprojekt und sieht am Ende Personaluntergrenzen für alle Pflegebereiche. Strittig ist noch, wie dies gemessen werden soll. Die Kostenträger wünschen sich die Abbildung der Vorschrift für jeden Tag jede Schicht, die Deutsche Krankenhausgesellschaft im Jahresdurchschnitt, auch hier ist wieder der Dokumentationsaufwand zu beachten. Im Vordergrund muss aber stehen, wie der Versorgungsauftrag sichergestellt werden kann. Auch hier wird gefordert, die Ausbildung zu steigern. Unisono kamen alle 3 Redner dieses Blocks zu dem Schluss, dass es nicht nur wichtig ist qualifiziertes Personal zu finden, sondern es auch adäquat an das eigene (Kranken-) Haus zu binden.

Im zweiten Block ging es um rechtlichen Fragen: „Immer mit einem Bein im Knast“. **C. Hess**, Fachanwalt für Medizinrecht aus Köln beschäftigte sich mit der möglichen Korruption auf Chefarzt-Niveau. Die Grundlage dazu ist das sogenannte Anti-Korruptionsgesetz. In der Gesellschaft gibt es eine zunehmend kritischere Bewertung von vermeintlichen Vorteilsnahmen, derzeit gibt es aber keine Indizien für flächendeckende Maßnahmen gegen „Chef-“ Ärzte. Es sind derzeit auch keine anhängigen Fälle von Strafverfahren wegen vermeintlicher Korruption gegen Ärzte bekannt. Das Problem der rechtlichen Betrachtung liegt in den Definitionen, insbesondere in den möglicherweise unlauteren Grenzzonen. Ziel waren ursprünglich nicht Chefarzte, sondern niedergelassene Ärzte. Vorteilsnahmen sind z.B. das sogenannte Anfüttern bzw. die Induktion allgemeinen wohlwollend, dieses ist abgegrenzt von der Verständlichkeit, bei der Leistungen gegen Geld aufgehoben werden. Mögliche Vorteile in der rechtlichen Betrachtung sind materielle und immaterielle Zuwendungen, Umsatz- und Gewinnbeteiligung am Unternehmen, Übernahme von Fortbildungs- und Reisekosten, Sponsoring, unangemessene Honorierung ärztlicher Leistungen. Als mögliche Indizien werden fehlende Transparenz der Vereinbarungen, Bevorzugung eines Auftraggebers, aber auch die Höhe des Vorteils gewertet. Aufgezeigt wurde ein Fall eines Labormediziners, der einer anonymen Starfanzeige folgend dramatische entehrende Ermittlungen und Verdächtigungen bis zur Kündigung ertragen musste, letztlich aber gegen Zahlung einer Auflage (Geldbuße) mit einer Einstellung des Verfahrens noch wenigstens seine Anstellung retten konnte. Das menschliche Leid dazu kann sich jeder Betrachter vorstellen. Eine zeitnahe rechtliche Beratung und Vertretung ist in solchen Situationen natürlich unabdingbar. Zum Schluss wurde zur Illustration der für Chirurgen doch recht komplexen Rechtslage noch ein weiterer theoretischer Fall vorgestellt: Ein sehr reicher Patient nach großer OP, die erfolgreich verlaufen ist, übergibt dem Chefarzt bei der letzten Visite einen Umschlag mit 5000 Euro. Bewertung und Auflösung: Dies ist weder eine Bestechung noch eine Vorteilsnahme, aber ein Verstoß gegen das Berufsrecht. Im öffentlichen Dienst wäre es sogar strafbar, da sich ein „Amtsträger“ einer finanziellen Besserstellung schuldig gemacht hat. Die Lösung des Falles wäre z.B. die Übergabe des Geldes an einen unabhängigen Förderverein oder an einen anderen gemeinnützigen Verein. Die brandneuen gesetzlichen Vorgaben hinterließen auch nach der Erläuterung im Auditorium noch deutliche Ratlosigkeit, da die Umsetzung mangels ausreichender juristischer Interpretation unverändert unklar bleiben.

Mögliche juristische Fragen in der digitalisierten Medizin („Mein Bauch gehört mir ...“) wurden von **C. Dierks**, Rechtsanwalt aus Berlin diskutiert. 1982 hat der BGH letzte Instanz nicht beurteilt, dass der Patient jederzeit ein Einsichtsrecht in seine Akte hat. Das Eigentum, der Besitz und die Rechte an der

Persönlichkeit und z.B. auch der Patientenakte sind als die „4 Freiheiten“ in der EU geregelt. Als Richtungsweisend wurde kurz das e-Health – System in Estland vorgestellt. Jetzt kommt die sogenannte 5. Freiheit hinzu: Daten erheben, verfügen und transferieren. In der sogenannten „mixed reality“ überlagern sich künstliche und reale Bilder. Dies sind die Implikationen der Digitalisierung: Die künstliche Intelligenz hält immer mehr Einzug in den medizinischen Alltag. Eine weitere neue Dimension der Dokumentenstruktur ist die Beweiskraft: Mit Zeitstempel müssen die Daten fälschungssicher versiegelt werden, weiterhin müssen sie jederzeit zur Verfügung stehen. Der Schutz kritischer Infrastrukturen ist gesetzlich geregelt (→ KRITIS): Welche Institutionen müssen wie ihre kritische Infrastruktur sichern? Derzeit erfüllen nur 110 Kliniken in Deutschland diese strengen Anforderungen an die IT-Sicherheit, so muss nicht nur die Verfügbarkeit der Daten jederzeit sichergestellt sein - auch Störungen und Angriffe müssen umgehend an eine Kontaktstelle gemeldet werden. Das KIS muss unbedingt unter IT-Sicherheits – Aspekten zertifiziert sein, gleichfalls medizinische Apps, insbesondere wenn von ihnen medizinische Entscheidungen abgeleitet werden. Diese Apps sind dann als Medizinprodukte zu werten. Als weiteres Beispiel wird das sogenannte Med-Tech Hacking vorgestellt. Eine Verkettung vieler unabhängiger Daten plus eine hohe Rechengeschwindigkeit ermöglichen Rückschlüsse auf Personen auch aus anonymisierten Daten. Dieses wäre dann das sogenannte wirkliche Ende der Anonymität für den einzelnen Patienten. Daraus wird abgeleitet, dass alle Daten in einem Hochsicherheitsbereich vorgehalten werden müssen. Dass auch dies nicht immer gelingt, wird an einem Beispiel eines EDV Experten demonstriert, der von externer Medizintechnik in einem Krankenhaus beliebig manipulieren konnte (Billy Rios, überwachter Angriff auf Medizintechnik im Krankenhaus). Daraus ergibt sich ein Konflikt der Datenschutzziele: Die hohe Verfügbarkeit der Daten bei größtmöglichem Schutz und Abgeschlossenheit der Daten stehen im Widerspruch zueinander. Der hochqualifizierte Vortrag wurde auch in der anschließenden Kaffeepause noch rege diskutiert.

**Block 3** Beschäftigte sich mit der Qualitätssicherung: „Gut ist nicht immer gut genug“. Frau **S. Türk**, Referentin im Ministerium für Frauen und Gesundheit der Republik Österreich und verantwortlich für die medizinische Qualitätssicherung stellt den österreichischen Weg in der Sicherung der Ergebnisqualität vor: „Von wegen passt scho...!“ Alle Qualitätsdaten für Österreich sind transparent einsehbar. Die ursprünglich aus dem D-IQI - Katalog entnommenen Routinedaten wurden weiter spezifiziert und weiterentwickelt zu den sog. A-IQI Daten. Die Daten müssen durch die Krankenhäuser geliefert werden, sie gehören hoheitlich dem Bund (der Bundesbehörde). Wer keine Daten liefert bekommt keine Vergütung, das System der sogenannten „Peer Reviews“ wurde komplett übernommen. Jährlich werden einzelne Jahres-Schwerpunktthemen durch die Behörde festgelegt. Es gibt auch ein Internetportal „kliniksuche.at“, dieses ist anders als in Deutschland in 2 Berichte unterteilt: Einen für Ärzte und Politiker (Expertenebene), der zweite für die Öffentlichkeit (öffentliche Ebene). Per Juni müssen die Daten an die Bundesbehörde gemeldet werden, Auffälligkeiten werden bis September an die Kliniken rückgemeldet und bei Unklarheiten mit einem Dialog hinterfragt. Eine Steuerungsgruppe legt dann entsprechende Maßnahmen wie z.B. Peer Reviews fest. Komplikationen werden über sogenannte „abnorme Verläufe“ identifiziert, Aufgreifkriterien sind z.B. ungeplanter postoperativer Aufenthalt auf Intensivstation, Wiederaufnahme auf Intensivstation, postoperative Beatmung, überdurchschnittlich lange Verweildauer, in-house Mortalität und Re-Operationen. Die Steuerungsgruppe wird auch durch einen

wissenschaftlichen Beirat aus den Fachgesellschaften ergänzt. Dargestellt wird das am Beispiel Cholezystektomie: 17.000 Operationen waren in dem Jahr erbracht, jeder Todesfall wurde betrachtet. Als Ergebnis wurde festgestellt dass die gültige S2-Leitlinie sehr häufig nicht beachtet wurde, teilweise waren Daten unvollständig, Therapieentscheidungen waren nicht nachvollziehbar. Auch inkorrekte Indikationen sowie Probleme im Komplikationsmanagement lagen den Todesfällen zugrunde. Auch Österreich denkt über Mindestanforderungen an Fallzahlen bei hochkomplexen bzw. seltenen Eingriffen nach. Z.B. Pankreas: 984 Resektionen wurden in 60 Krankenhäusern durchgeführt, 31 Krankenhäuser hatten weniger als 10 Fälle pro Jahr. Als zweites Beispiel wurde die Urologie genannt: Hier wurden Mindest-Fallzahlen für die Leistungserbringung Zystektomie n=20, Nephrektomie n=60, radikale Prostatektomie n=75, allerdings in 3 Jahren kumuliert festgelegt. Ergänzt wird dies durch Strukturanforderungen (Tumorboard, intraoperativer Schnellschnitt, spezielle Ausbildungen – Qualifikationen. Auch das Credo der durchgeführten Reviews deckt sich mit der Einschätzung der chirurgischen Kolleginnen und Kollegen im Plenum: In der Regel ist nicht der Operateur, sondern das Setting drum herum wie die Indikationsstellung, insbesondere aber das Komplikationsmanagement von Bedeutung, Prozesse machen die Probleme, nicht die einzelnen Ärzte. In Österreich gibt es kein Predict einer Wohnort-nahen Versorgung. Der Vortrag von Frau Türk glänzte im Inhalt und charmierte im österreichischen Idiom.

Prof. **Th Mansky** (Fachgebiet Strukturentwicklung und Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen der TU Berlin) und langjähriger Verfechter des strukturierten Qualitätsmanagements aus Routinedaten ergänzt diese Darstellung um Anhaltzahlen von Mindestmengen in der chirurgischen Grundversorgung. Er zitiert eingangs den QM-Monitor des WiDo (????): sein Fazit die Versorgungsstrukturen sind nicht der Medizin gefolgt. Es gibt hohe Vorhalte-Kosten, die Anforderungen an die Qualität von Operateur und Team sowie auch an die Prozessqualität sind nicht überall gleich hoch. Am Beispiel Herzinfarkt (gesteigerte Letalität bei Linksherz-Katheterplatz kleiner 40 Fälle pro Jahr), Pankreas (50 % der Kliniken operieren weniger als 10 Fälle pro Jahr) sowie Mammakarzinom (eine hohe Zahl von Zentren insbesondere in Berlin/Nordrhein-Westfalen mit weniger als 50 Fällen pro Jahr). Es lässt sich deutlich zeigen, dass Zentren mit kleineren Fallzahlen deutlich schlechtere Ergebnisse in der Behandlungsqualität aufweisen als Zentren mit höheren oder sogar höchsten Fallzahlen. Der Zusammenhang zwischen Menge und Ergebnisqualität für komplexe medizinische Verfahren ist nach seinen Ergebnissen statistisch gesetzt. Besondere Schwerpunkte für ihn sind die Leistungserbringung Pankreaschirurgie, kolorektales Karzinom, Knie- und Hüftgelenkersatz sowie Implantation von TAVI's. Auch für ihn steht weniger der Operateur im Vordergrund, sondern vor allem das Team, hier besonders auch interdisziplinär. Dazu müssen adäquate Versorgungsstrukturen (qualifizierte Intensivstation) zur Verfügung stehen. Komplikationen treten überall auf, aber das sogenannte „failure to rescue“, also positiv erfolgreiches Komplikationsmanagement, macht den wesentlichen Grund für die Unterschiede im Outcome zwischen einzelnen Zentren aus. Daraus abgeleitet stellt er mögliche rechnerische Mindestmengen und vermeidbare Todesfälle aus den Routinedaten der Kostenträger vor. Diese liegen aus seiner Sicht bei der operativen Behandlung von Lungenkrebs bei 108 Fällen, Resektionen kolorektales Karzinom bei 82, Divertikulitis-Chirurgie bei 44, Pankreaschirurgie bei 29 und Ösophaguschirurgie bei 22 Fällen. Er verweist z.B. auf Daten aus Holland, wo die Zentralisierung für Magen- und Ösophaguschirurgie auf eine Mindestmenge von 20 Resektionen pro Jahr die Letalität auf ca. 4 % hat senken können. Nach Mansky rettet der sogenannte „low volume“ Chirurg kein Krankenhaus, sondern verursacht im Gegenteil sehr hohe Kosten für das Haus, dieses schadet dann sowohl dem Patienten, dem Krankenhaus wie auch der Versicherungsgemeinschaft. Er wirbt nachhaltig mit diesem Statement für

die Einführung weiterer Mindestmengen in der operativen Medizin. Die Umsetzung der Mindestmengen-Regelung muss verbindlich erfolgen, daraus ergibt sich dann auch eine neue Kapazitätsberechnung für Krankenhäuser. Aus seinen Daten und seiner Sicht schätzt er ein das Häuser kleiner 200 Betten am Besten in strategische Partnerschaft fusionierten, Häuser 200 Betten in Ballungsräumen hält er für komplett überflüssig. Insgesamt sieht Mansky sechzigtausend Betten an Überkapazität in Deutschland. Bei einer Leistungszentralisierung sieht er die Mindestmengen nicht mehr als Thema, Innovationen und Investitionen könnten im Krankenhaus sinnvoller umgesetzt werden und verweist auf Dänemark. Die nüchterne Präsentation der harten Daten regte die Zuhörer durchaus auch zu Widerspruch an, der versierte Redner bestand die Einwürfe mit bekannter rhetorischer Bravour.

In der anschließenden **Mitgliederversammlung** berichtet der Präsident C. J. Krones von seiner Tätigkeit als Präsident des KLK im vergangenen Jahr, zunächst von den Inhalten aus der DGAV und dem Bericht vom DGAV-Kongress 2017:

Der Risikorechner der DGAV wurde im Rahmen der Zukunftstagung vorgestellt, eine Präsentation auf dem KLK-Kongress war zeitlich nicht möglich. Die Kooperation mit dem ALGK (Arbeitsgemeinschaft der leitenden Gastroenterologen im Krankenhaus) ist sehr positiv und konstruktiv, beide Seiten sind offen für Weiterführung/weitere Ausgestaltung, es wird wieder eine gemeinsame Sitzung im September in der Veranstaltung Viszeralmedizin 2018 geben. Der Rückblick vom Kongress Viszeralmedizin 2017: Es gab eine gemeinsame Sitzung mit der ALGK, Themen waren Mindestmengen, Zentrenbildung, trotz „unglücklicher zeitlicher Lage“ war eine große Zuhörerzahl (voller Saal) zu verzeichnen.

Zu den anstehenden Wahlen 2018: Es wird ein neuer erster stellvertretender Vorsitzender gewählt, Kandidat ist Prof. L. Staib. Für den Beirat steht eine Wiederwahl, sowie 2 Neuwahlen an, Herr Wullstein ist kurzfristig betrieblich verhindert, die Wahl in Abwesenheit wurde vorher vom Vorstand und Beirat als Ausnahme gebilligt, die Vorstellung übernimmt der neue Präsident W. Schwenk. Für die Folgezeit: Ein Mitglied des Beirates sollte in Funktion Leitender Oberarzt/Oberärztin sein

Herr Krones übergibt das Amt des ersten Vorsitzenden im Juli 2018 an Prof. W. Schwenk.

Der Bericht des Schatzmeisters und der Kassenprüfer wurde vorgestellt und gebilligt, der Schatzmeister und der Vorstand von der Mitgliederversammlung entlastet.

Das Ergebnis der abschließend abgehaltenen Wahlen:

Neuwahl 1. Stellvertretender Vorsitzender:	Prof. Dr. L. Staib
Wiederwahl Beirat	Dr. L. Meyer
Neuwahl Beirat:	Prof. Dr. W. Thasler
Neuwahl Beirat:	PD Dr. C. Wullstein

Den ersten Tag beschloss wie immer die traditionelle Abendveranstaltung im Anglo-German Club an der Außenalster. Im honorigen Ambiente des Clubs nach britischem Vorbild ließen die Gäste den ersten Diskussionstag gelassen ausklingen. Die Stimmung war bei exzellentem Catering heiter und beschwingt. Man bewegte sich in wechselnden Gesprächsrunden und nutzte so auch den Abend zum freien Austausch von Informationen und Meinungen. Die Teilnehmer verließen so am Ende die stilvolle Villa in jeder Hinsicht bereichert.



## Teil 2: Bericht vom 2. Tag

Pünktlich am Samstagmorgen um 08:30 begann der **4. Block**, überschrieben mit „Aktuelle Stunde“. Dieser beschäftigte sich mit aktuellen Themen. Zunächst stellte Prof. **M. Ghadimi** aus Göttingen seine bzw. die Sicht der Lehrstuhlinhaber auf die Entwicklung neuer medizinischer Fakultäten und der Zuordnung Ihrer medizinischen Leiter zur Struktur der Ordinarien oder Krankenhausärzte unter dem Titel „Ordinarius light“ vor. Der Begriff des chirurgischen Lehrstuhls ist im Hochschulrahmengesetz verankert, eine spezifische fachlich – inhaltliche Definition findet sich dort jedoch nicht. Definitive Aufgabe eines universitären „Lehrstuhlinhabers“ ist neben der Krankenversorgung auch ganz ausdrücklich die Lehre und die Forschung in seinem Fachgebiet. Damit verbunden sind ein Promotions- bzw. auch ein Habilitationsrecht. Aus dem politischen Willen mehr Studienplätze zu generieren wurde wegen der umfänglichen Auslastung der bestehenden Universitäten das Konzept sogenannter Medical Schools oder Medizinischer Hochschulen entwickelt. Beispiele sind z.B. Kooperationen wie Coburg/Split, Oldenburg/Groningen, Campuslösungen (z.B. Bonn/Siegen), neue Hochschulen wie z.B. Augsburg oder auch Franchise-Lösungen. Der Wissenschaftsrat verantwortet die Entwicklung und auch Zulassung neuer medizinischer Ausbildungsstätten/Fakultäten. Im ersten Schritt erfolgt eine umfangreiche Konzeptprüfung. Bei positiver Bewertung folgt darauf ein zeitlich langwieriger Prozess der Akkreditierung, hier sind die für alle Universitäten gleichsinnigen Vorgaben des Wissenschaftsrates umzusetzen und einzuhalten. Die Akkreditierung ist ein aktiver Prüfprozess des Wissenschaftsrates anhand festgelegter transparenter Kriterien, der sich auch die etablierten Universitäten regelmäßig unterziehen müssen. Dieser Prozess dauert mehrere Jahre. Mittlerweile sind mehrfach neue medizinische Fakultäten durch den Wissenschaftsrat etabliert worden. Die Rolle des Lehrstuhlinhabers soll noch in 2018 in einem noch aufzustellenden Kriterienkatalog neu beschrieben werden. Der Medizinische Fakultätentag (MFT), der Wissenschaftsrat sowie eine Arbeitsgruppe aus dem Konvent der Lehrstuhlinhaber werden diesen Prozess gestalten: Ziele sind transparente objektivierbare und eine prospektive Entwicklung zulassende Kriterien zu identifizieren. Der MFT sieht auch den „chirurgischen Lehrstuhl“ im Wandel. Das Klinikum in Augsburg wurde jetzt in den MFT aufgenommen und Augsburg wird ab 2019 offizielles Universitätsklinikum sein. Die Entwicklung neuer medizinischer Fakultäten wird durch den Wissenschaftsrat und MFT gestaltet und die Inhalte neu definiert. Der „Ordinarius light“ sei dabei so nicht vorgesehen.

Chronologisch einen Schritt zurück ging der zweite Vortrag von **F. Wissing** vom Medizinischen Fakultätentag, der sich unter dem Titel „Master Plan 2020“ mit den Innovationen im Medizinstudium auseinandersetzte. Der Vortrag stand auch unter dem Eindruck des im Januar jüngst vom Bundesverfassungsgericht erlassenen Urteils die Zulassung zum Medizinstudium und speziell den sogenannten „Numerus Clausus“ neu zu regeln. Der MFT begrüßte dieses Urteil, er hat Vorschläge für ein neues Verfahren erarbeitet, die entsprechenden Regelungen sollten bis Ende 2019 beschlussfähig sein. Im neuen Koalitionsvertrag wurde vereinbart dass für das Medizinstudium zielgerichtet Bewerber ausgesucht werden müssten. Die Allgemeinmedizin sollte weiter gefördert werden, die Didaktik sollte Kompetenz-orientiert ausgerichtet sein, die Lehre interprofessionell erfolgen. Es wurden 61 Maßnahmen definiert um die Allgemeinmedizin in Zukunft zu stärken. Dazu zählten insbesondere z.B. Lehrkrankenhäuser im ländlichen Raum zu etablieren, aber auch eine Erweiterung des praktischen Jahres um einen 4. Block dann in 4 Quartale, davon sollte ein Quartal

Allgemeinmedizin verpflichtend sein. Eine Stärkung der Wissenschaftlichkeit in der Ausbildung sowie eine Vertiefung der Praxisanteile neben der theoretischen Ausbildung, insbesondere eine interprofessionelle Ausbildung, sind bereits Alltag in den Fakultäten. Ein weiterer Ansatz ist die Einführung bzw. Stärkung von sogenannten „Lehrpraxen“, diese bedeuten eine erhebliche Kostensteigerung (ca. 50 Mio €), die Finanzierung ist ungeklärt. Auch die Frage der Vergütung von Lehrpraxen, eine mögliche PJ-Vergütung wie auch Erstattung von Fahrtkosten sind momentan nicht abbildbar. Der MFT steht dabei gegen die Interessen des IMPP, dass für sich eine zentrale Rolle in der nächsten Studienreform fordert. Der Vortrag schließt mit der Erkenntnis dass die Kosten für den Aufwand für einen Studienplatz pro Jahr bei ca. 200.000 € liegen.

Im letzten Vortrag des Blockes berichtete **B. Stinner** von „Sterbenden Krankenhäusern, mit einem blinden Simulator in einem Wald ohne Bäumchen“. Er setzte sich kritisch mit vermeintlich objektiven Tools auseinander die die Struktur der stationären Versorgung beschreiben und mögliche Szenarien für Krankenhausschließungen berechnen sollen. Der auch schon auf vorangegangenen Veranstaltungen heftig kritisierte Krankenhaussimulator des GKV Spitzenverbandes hat als einziges Kriterium die Erreichbarkeit eines Krankenhauses hinterlegt. An seinem eigenen Klinikum Stade wäre die Schließung nicht möglich, es sei aber unproblematisch in Hamburg z.B. das Universitätsklinikum Eppendorf ohne Probleme für die lokale Bevölkerung zu schließen. Daraus leitete sich ab dass die Versorgungsrealität durch dieses Programm nicht abgebildet wird (medizinische Qualität, medizinisches Leistungsspektrum, Qualifikationen, Mitarbeiter). Andere Tools wie z.B. die „Bäumchen“ der AOK beruhen überwiegend auf subjektiven Weiterempfehlungen. Auch die unterschiedlichen Kalkulation der Mindestzahlen, Vorgaben von Fachgesellschaften oder aus Zertifizierung in haben einen erheblichen Einfluss auf eine mögliche neue Krankenhausstruktur. Er setzte sich kritisch mit der Skalier- bzw. Messbarkeit von Parametern zugrunde, ICPM´ und „0“ / „1“ Parameter sind leicht zu messen, ihre Wertigkeit aber umstritten und Parameter wie Pneumonien, Nebenwirkungen von Chemotherapie, Harnwegsinfekte und so weiter sind dagegen nur schwer messbar. Am Ende des Vortrages bleibt die Frage nach einer objektivierbaren Krankenhausplanung weiter unbeantwortet und wurde intensiv diskutiert.

Der **Block 5** war überschrieben mit „Brave New World“ und beschäftigte sich mit neuen Entwicklungen in unserer realen Arbeitsumgebung. **S. Weidert** berichtete über Innovationen in der „Augmented Reality“. Dahinter verbirgt sich die Darstellung einer erweiterten Realität, also eine Zusammenführung von realen Bildern mit weiteren, Computer-generierten Informationen bzw. Bildern um die tägliche Arbeit zu erleichtern. Die Firma Microsoft hat eine sogenannte „HOLO Lens“ entwickelt. Sie ist 200 g schwer, wird wie eine 3D Brille getragen und kann entsprechend Informationen in 3D auf reale Bilder drauflegen. Für die Medizin ergeben sich vielfältige Anwendungsmöglichkeiten, die später klärt demonstriert wurden. So wurde z.B. ein 3-D generiertes Modell der Leber gezeigt. Das Hauptproblem ist dabei, nicht nur ein Bild aufzulegen, sondern die Wahrnehmung des Betrachters zu berücksichtigen und das aufgelegte Bild entsprechend dem Betrachtungswinkel anzupassen. Technisch ist vieles möglich, limitierend ist das menschlich-

intellektuelle Verstehen der menschlichen Sinneswahrnehmung. Auch erschien nicht alles, was möglich ist, zumindest momentan sinnvoll zu sein. Trotzdem ermöglicht die augmentierte Realität in der Zukunft vielleicht eine bessere Einbindung relevanter Informationen in den täglichen Alltag.

Der Einsatz von Robotik in der Medizin und speziell im OP ist ein besonderer Gegenstand starker marktwirtschaftlicher Interessen. Prof. **H. Feussner** zeigte in seinem Vortrag auf wohin die Reise am Ende gehen könnte. Die ersten Roboter wurden in der Herzchirurgie eingesetzt, dort zeigten sie zunächst wenig Nutzen. Danach in der Viszeralchirurgie eingeführt ergab sich kein relevantes Anwendungsfeld, eine Renaissance erlebte die Robotik dann in der Urologie. Wie in vielen Bereichen der Medizin sind auch hier keine randomisierten Studien mit einer relevanten Fallzahl verfügbar. Es liegen viele einzelne Studien und Metaanalysen vor, beispielsweise die ROLARR - Studie, sie zeigte im Vergleich zwischen Robotik und konventioneller Chirurgie keine Überlegenheit bezüglich Komplikationen oder funktionellen Ergebnissen, aber die Operationen sind hochsignifikant teuer und dauern entsprechend auch länger. Die Ergonomie ist für den Chirurgen sicher besser, aber je höher die technische Komplexität des Verfahrens ist desto höher ist auch ein möglicher Schaden bei einer Fehlfunktion oder auch einer Fehlbedienung des Roboters. Studien belegen seltene, aber dann auch gravierende Komplikationen intraoperativ. Begrenzend sind auch hier die menschlichen Fähigkeiten, Koordination, Lernkurve und individuelle Lernfähigkeit bedeuten eine intensive Ausbildung, die in der Breite schwer umzusetzen ist. Dennoch kann Technik/Robotik in einem „abgespeckten“ Umfang möglicherweise unsere tägliche Arbeit unterstützen: Vorgestellt wurde ein lernendes System zur Kameraführung bei laparoskopischen Operationen. Der Führungsarm lernt nach ca. 20-30 Operationen mit dem gleichen Operateur dessen Bewegungen selbstständig nachzuvollziehen und führt dann die Kamera bei seinen Bewegungen fehlerfrei nach. Dies funktioniert auch bei anderen Bewegungen wie z.B. Nähen, Clip setzen, hier kann der Operateur nach Setzen einer Markierung automatisch und sicher einen Clip setzen lassen. Er schließt mit dem Fazit, dass wer einen Roboter kauft diesen wirtschaftlich sinnvoll nur interdisziplinär nutzen kann. Für die Allgemeine/Viszeralchirurgie bleiben zu wenig Anwendungsmöglichkeiten übrig. Ein OP-Roboter sei ein typisches „nice to have“.

Automatisierung in der Medizin-wo bleibt der Arzt? versuchte **J. Stallkamp** zu beantworten und bezog eine vielmehr „pro Robotik“ Position als sein Vorredner. Roboter sind ein Werkzeug zur Automatisierung und damit zur Umsetzung von Prozessketten. Er beschrieb dies am Beispiel eines Flugzeugs: Die Steuerung eines Flugzeuges per Hand gegenüber der heutigen Technik „Fly by Wire“. Der Mensch ist der größte Risikofaktor, die Piloten waren nachweislich für die meisten Flugunfälle verantwortlich, selbstkritisch räumt er aber ein dass die Notlandung von Flugkapitän Sullivan auf dem Hudson River von einem Computer eher nicht realisiert hätte werden können. Ein weiteres Beispiel kam aus der Autoindustrie: Wenn im Produktionsprozess eines Pkw die Karosserie einen Schaden hat wird diese aus dem Prozess herausgelöst, separat repariert und dann wieder eingefügt. Mit einem Patienten ist dies nicht so ohne Weiteres möglich. Grundlage für Prozessketten sind Informationen. Diese dienen zum (Nach-) Steuern der Prozesse. Dazu müssen für einen strukturierten Informationsfluss alle Ebenen miteinander im Internet/Intranet verbunden sein. Dies ist für ein Krankenhaus derzeit nicht denkbar und auch nicht umsetzbar. Somit kann es im Krankenhaus ohne eine komplexe Digitalisierung auch keine funktionierende Automatisierung geben. Er zeigte ein

weiteres Beispiel einer videoassistierten Lungenresektion: Drahtmarkierung eines Lungenrundherdes, Operation durch einen Thoraxchirurgen, der intraoperativ mit einer 3-D Brille in der Wahrnehmung der Strukturen unterstützt wird. Hier flossen somit die Erkenntnisse der präoperativen interdisziplinären Diagnostik in die laufende Operation mit ein. Im nächsten Schritt wäre noch die Visualisierung des möglichen malignen Gewebes denkbar. Zum Gesamtprozess kommen jedoch noch viele manuelle Tätigkeiten wie Lagerung, Narkose etc. dazu. Die Automatisierung kann hier nur kleinere, aber durchaus relevante Teilabschnitte eines komplexen Behandlungsprozesses abbilden, beeinflussen, umfassen. Trotzdem ist dieses Konzept schon umgesetzt, z.B. bei Biopsien. Hier wird die Präzision nicht zwingend besser, aber die Treffsicherheit steigt, in der Regel trifft der automatisierte Prozess den zu punktieren Bezirk beim ersten Mal. Er warf die Frage auf, ob die Prozesse in der Medizin nicht generell neu strukturiert werden müssten. Dazu schlug er vor, dass Mediziner zusätzlich eine Ausbildung in Meß- und Regelungstechnik erhalten. Damit soll die Kompetenz in der Analyse, Aufstellung und Verbesserung von Prozessstrukturen gesteigert werden. Ein weiteres Feld ist die automatisierte Bilderkennung, hier sind Systeme mit künstliche Intelligenz schon in der Lage einen diagnostischen Radiologen in der Generierung des medizinischen Befundes z.B. eines CT weitgehend zu ersetzen.

**CJ Krones** setzte sich im Abschlussvortrag dieser Sitzung unter dem Titel „Big Data is Watching You“ kritisch mit der Digitalisierung und Automatisierung auseinander. Er stellte die menschliche Verantwortung für die Entwicklung, Durchführung und Regelung der digitalen Neuerungen für die Inhalte, Prozess und Abläufe in der Medizin in den Vordergrund. Bei der Digitalisierung und Automatisierung von Gesundheit hängt die fachliche Diskussion hinterher, Schlagworte und Heilsversprechen dominieren eine faktenbasierte Diskussion. Im Gegenteil, es würde eine Pseudo-Diskussion geführt die von einfachen Surrogat-Formeln oder Parametern bestimmt werden (Feasibility and Glorification). Wir alle kennen die sogenannten Key Performance Indikatoren (KPI) im Fussball: Pressing index, Raum Herrschaft, Pass Effektivität. Daraus leitet sich die Frage ab: Was will ich auch sagen, was messe ich? Die Möglichkeiten in der Gesundheitsbranche für Digitalisierung und Automatisierung sind vielfältig, Ängste und Bedrohungen liegen im Wesentlichen in der Angst vor dem Verlust von Jobs, Einschränkungen der Privatsphäre und Mangel an Sicherheit. Als weiteres Beispiel wurde das aktuelle Projekt der chinesischen Regierung zur Analyse, Bewertung und Belohnung sozialer Kompetenzen der Bürger in China sowie die Überwachung von in Bezug auf Kriminalitätsrisiko-Bereichen in den USA diskutiert. Die Messungen der entsprechenden Parameter sind technisch und vom Umfang sehr anspruchsvoll, die Interpretationen und die Ergebnisse aus verschiedenen Perspektiven jedoch nicht immer gleich. Er schloss seinen Beitrag mit der Aufforderung dass wir uns mit sachlichen und fundierten Argumenten seriös in die Diskussion einbringen. Leistungsversprechen muss mit Seriösität auf die Inhalte und die Erfolgsaussichten hinterlegt sein. Wir sollten uns nicht in Zweck-gebundener Unehrllichkeit verlieren und uns ständig und regelmäßig selbstkritisch evaluieren.

Es ist Tradition dass in jedem Jahr ein/eine Vertreter/Vertreterin aus der Politik in einem Gastbeitrag den eigenen Blickwinkel auf die Medizin darstellt. Dieses Jahr war Herr Minister **Heiner Garg** aus Schleswig-Holstein, der als 2. Stellv. Ministerpräsident und als Minister für Soziales, Gesundheit, Jugend, Familie und Senioren für die FDP im Kabinett der Landesregierung Schleswig-Holstein sitzt. Im Gesundheitswesen sah er nicht die Begrenzung der finanziellen Ressourcen sondern die Begrenzung der menschlichen Ressourcen und den Fachkräfte-Mangel als größtes Problem. Über den Fixkosten-Regression Abschlag und in der Leistung abschlägige sah er Fehlanreize im Vergütungssystem ausgeschaltet. Der beabsichtigte Konzentrationsprozess in der stationären Krankenhausversorgung sei jedoch ausgeblieben. Eine Neustrukturierung des Krankenhauswesens im Sinne einer Zukunftsfestigkeit würde beeinflusst durch den demographischen Wandel, die Komorbiditäten und den medizinischen Fortschritt. Eine Sättigung des Marktes sei die Voraussetzung für das mögliche Ausscheiden von Marktteilnehmern und einer Leistungskonzentration, dieses funktioniere zwar in der Wirtschaft aber nicht in der „Gesundheit“. Außerdem wünschte die Bevölkerung lokal keine Konzentrationsprozesse in der stationären Versorgung. Er schilderte als Beispiel die Geburtshilfe in Schleswig-Holstein, er stellte hier auch die Frage nach der Ehrlichkeit in der Diskussion. Die Landespolitik sei hier im Dissens mit den Bundesvorgaben. Die zunehmende Ökonomisierung in der Gesundheitswirtschaft führt in seiner Sicht dazu die (Krankenhaus-) Belegung zu maximieren, die Fallzahlen zu steigern, die vorhandenen Geräte auszulasten und so weiter. Dies sieht er als Fehlsteuerung an, das DRG-System sei aus seiner Sicht nicht in der Lage den Gesundheitsmarkt effizient und in Erfüllung der Vorgaben zu steuern. Trotzdem sah er Chancen für die Weiterentwicklung im Gesundheitswesen und zeigte diese wie folgt auf:

- Ehrliche Diskussion um Zentrumsstrukturen mit Absicherung der regionalen Grundversorgung
- Qualitäts-orientierte Steuerung der Kapazitäten
- Konzentration: Hinterfragen zu kleiner und unrentabler Kliniken
- Mindestfallzahlen für komplexe Leistungen
- Vorgaben für Strukturqualität
- Sicherungsleitlinien-gerechte Versorgung

Er sah die Zukunft der medizinischen Versorgung in den Kernaspekten Patienten-orientiert und Ressourcen-optimiert. Er sprach sich für die Verlagerung weiterer Leistungen in den ambulanten Bereich aus. Hier müssten neue Leistung-und Vergütungsstrukturen, insbesondere für die Notfallversorgung, geschaffen werden. Weiter sprach er sich für die Ausweitung der Qualitätssicherung aus, speziell für die stationären Leistungen aber auch für die ambulanten Leistungen sollte diese mit wenigen aber validen Kernparametern hinterlegt sein. Daraus sollte sich eine echte Qualitätsoffensive ableiten. Traditionell wurde der Beitrag nicht diskutiert.

Im 6. und letzten Block „am Gold erhängt, zum Gold der drängt doch alles“ ging es um das liebe Geld. **K. Heil** ging es in seinem Vortrag um systemisches Fundraising in erster Linie um soziale Projekte. Sein Fundraising sei kein Finanzierungsinstrument, sondern ein Gestaltungsprinzip der Zivilgesellschaft. Menschen, Stiftung in und Unternehmen geben Geld ohne Empfänger der Leistungen zu sein. Diese Spenden Volumen beträgt ca. 9 Milliarden €, nur wenig davon kommt in

den Krankenhäusern an. Als Beispiel nannte er die Kinderklinik Regensburg, die seit 2003 insgesamt 14 Mio. € +2 Mio. € für das Kinderkrebszentrum an Spenden generieren konnte. Grundlage ist die korrekte Ziel Formulierung: Wofür wird gespendet, was wird sich „draußen“ wie bessern, warum ist das wichtig, wie viel Geld ist nötig sollte klar und nachvollziehbar benannt werden. Die strategische Planung sollte möglichst alle beteiligten Mitarbeiter verpflichten das Ziel mitzutragen. Der Antragsteller sollte sich auf strategische Zielgruppen, eine korrekte Planung der Abläufe und eine nachhaltige Aufwands-Einschätzung konzentrieren. Die Ressourcen zur Zielerreichung müssen für den Geldgeber nachvollziehbar vorhanden sein (Personal, krampfartigen). Die nachhaltige Einbindung in die Gesundheitsstruktur und synergistische Effekte sollten ebenfalls dargestellt werden. Wer finanzielle Unterstützung ausblenden Geldern generieren möchte muss ein gutes Projekt in einer guten Geschichte erzählen!

Der Einfluss sozialer Medien auf unsere tägliche Lebenssituation ist unbestritten hoch. **M. Raschke** stellt unter dem Motto „Der Wurm muss dem Fisch schmecken und nicht dem Angler“ 2 prämierte Projekte aus seiner Arbeit für Krankenhaus-Marketing vor. Zunächst wurde ein Video eines großen Lkw-Herstellers gezeigt, bei dem der berühmte Schauspieler Claude van Damme zwischen und auf 2 parallel fahrenden Sattelschlepper – LKW's gegen die untergehende Sonne gefilmt wurde. Dies war natürlich eine Transformation einer berühmten Film-Szene mit diesem Schauspieler. In einem Projekt um Mitarbeiter-Werbung für ein großes kommunales Krankenhaus in Dortmund wurde diese Szene mit Krankenhausbetten und Pflegeschülern als Amateur - Video in einem Krankenhausflur nachgestellt, die Zuhörer waren tief beeindruckt. Als zweites Projekt wurde ein Life-Chat von Experten zeitgleich auf Facebook und Instagram vorgestellt. Das Echo in einer Metropol-Region übertraf alle Erwartungen. Mittlerweile wurden 45 Life Chats durchgeführt. 2,5 Millionen Zuschauer wurden gezählt, es gab pro Folge bis zu 31.000 Aufrufe im Internet. Datenschutz ist streng zu beachten, auf keinen Fall dürfen irgendwelche Rückschlüsse auf individuelle Daten von Patienten in so einem Chat erkennbar sein. Für Studenten im PJ wurden WhatsApp-Gruppen eingerichtet. In der Diskussion wurde durchaus kritisch angemerkt, dass die Grenzen zwischen Marketing und ärztlicher Seriosität durchaus fließend und variabel sind.

Die Wiederaufbereitung von Medizinprodukten wurde von **T. Schmidt** zur Diskussion gestellt. Ca. 40 % der Kosten im Krankenhaus sind Sachkosten, davon 50 % entsprechen dem medizinischen Bedarf. Viele Produkte sind Einmal-Instrumente, insbesondere in der Elektrophysiologie und der Chirurgie. Sie kosten zwischen ca. 400€ bis zu 3.000 €. In der Regel handelt es sich um kritisch C Einmal-Medizinprodukte. Auf europäischer Ebene gibt es keine einheitlichen gesetzlichen Regelungen zum Thema Aufbereitung von Einmalinstrumenten. In Deutschland gibt es seit 2002 im Medizinprodukterecht entsprechende Vorgaben. Der Wiederaufbereitungsprozess ist in einer ISO Norm definiert und unterliegt einer strikten Kontrolle. Die Aufbereitung geeigneter Medizinprodukte unterliegt einer strengen Auswahl. Der Dienstleister garantiert bei der Wiederverwendung eines Medizinproduktes die hygienische Sicherheit bei sachgerechtem und bestimmungsgemäßen Einsatz im Vergleich zu neuen Produkten und speziell eine gleiche technisch-funktionale Sicherheit. Bezüglich der juristischen Verantwortung muss bei Mängeln an dem aufbereiteten Medizinprodukt die Klinik in Haftung gehen. Eine besondere Aufklärungspflicht hinsichtlich der Anwendung von aufbereiteten Medizinprodukten besteht jedoch nicht. Der wirtschaftliche Gewinn einer Klinik lässt sich darstellen,

dies gilt jedoch nicht für Mehrfach-Aufarbeitungen. T. Schmidt verweist auf die immer weiter auseinandergehende Erlös/Kostenschere und stellt die Aufbereitung von geeigneten Medizinprodukten als eine Möglichkeit dar Kosten zu sparen. Dieses muss jedoch immer bezogen auf das aufzubereitende Produkt entschieden werden. Da zunehmend komplexere Medizinprodukte (Aufbau, Funktion) auf den Markt kommen, muss jedes einzelne Produkt in Bezug auf eine Aufbereitung genau hinterfragt werden. Er schließt mit der Forderung, „es wäre wünschenswert Medizinprodukte zu entwickeln, die von Materialbeschaffenheit, Design und Konstruktion so aufgebaut sind, dass eine Wiederaufbereitung im begrenzten, beherrschten Umfang jene sicher und ohne Foto Realitätseinbuße möglich ist“. Dies scheint in der Realität ein echter Zielkonflikt zu sein.

Letzte Worte – ohne Pathetik !

Der Abschluss der Tagung am Samstagnachmittag gehörte den „letzten Worten“ des scheidenden Vorsitzenden. Krones bedankte sich nochmals für die große Ehre, die Jahrestagung des KLK in den Jahren 2017 und 2018 gestaltet haben zu dürfen. Die Kongressinhalte der in dieser Form in Deutschland einzigartigen Tagung besäßen auch immer einen großen Teil an persönlicher Prägung. Dies mache einen besonderen Reiz aus. Er sei seinem Auftrag deshalb in den letzten 2 Jahren sehr gern nach gekommen. Erfolgreiche Tagungen gelängen aber nur mit einem guten Team. Neben Vorstand und Beirat des KLK müssten hier auch die Sekretariate in Hamburg, Köln und Aachen genannt werden, die eine exzellente Arbeit geleistet hätten. Die Angesprochenen wurden mit großem Applaus bedacht. Mit Wolfgang Schwenk sei ein hervorragender Nachfolger bestellt. Er stünde dem Kollegen und Freund auch in der Zukunft jederzeit gerne mit Rat und Tat zur Seite. Der KLK begehe in 2019 sein 25jähriges Jubiläum – ein Grund um sich besonders die nächste Jahrestagung zu freuen. Zum Finale stellte Krones nochmals die Besonderheit des Konvents heraus. Viele öffentliche Diskussionen im Deutschen Gesundheitswesen würden von „urban legends“ bestimmt. Beispielhaft nannte Krones den angeblichen Nachwuchsmangel, das angeblich zu teure Deutsche Gesundheitssystem und die angeblich zu hohen Operationszahlen. Alle drei Themen blieben vielfach nur oberflächlich recherchiert. Viele Diskutanten ignorierten die echten Zahlen und Fakten, und würden aus Eigeninteressen oder ideologischer Verblendung hartnäckig falsche Thesen propagieren. In diesem Gewitter von selbsternannten Pseudo-Experten sei die Jahrestagung des KLK Jahr für Jahr ein echter Lichtblick. Darum müsse sich der Konvent auch in Zukunft sowohl der plausiblen Wahrheit als auch der Pluralität der Meinungen verschreiben. Nur so bleibe man in der Öffentlichkeit vertrauenswürdig und besitze eine echte Chance als zuverlässiger Diskussionspartner aufzutreten.

Um 15:00 Uhr endete die mit spannenden Themen besetzte und für alle Teilnehmer hochinteressante Veranstaltung in der Handelsbörse zu Hamburg. Der Termin für die nächste Tagung des Konvents der leitenden Krankenhauschirurgen steht schon fest: Wir möchten Sie gerne und herzlich zum 11. und 12. Januar 2019 zur nächsten und damit 25. Tagung einladen. Wir werden dann mit der 25. Tagung auch ein besonderes Jubiläum gemeinsam begehen können. Wir werden auch

dieses Mal Ihnen wieder ein spannendes und für Ihren und unseren Arbeitsalltag interessantes Programm bieten können. Wir würden uns sehr freuen, Sie in diesen beiden Tagen wieder in Hamburg begrüßen zu dürfen.

Mit herzlichen Grüßen für den Vorstand und Beirat des Konvents der leitenden Krankenhauschirurgen

PD Dr. Kay Kohlhaw  
Sekretär KLK