

Präsidenten Note

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

in unserer kleinen Welt: Die Arthrodesse am Ellenbogengelenk ist leider wieder ein Thema. Bei jungen kriegsverletzten Patienten mit einseitig zerstörten Ellenbogengelenken, insbesondere, wenn zusätzlich gehbehindernde Läsionen der unteren Extremitäten/Rollstuhl- Abhängigkeit bestehen – dann macht eine Prothese wegen der Armbelastung und frühen Komponenten-Lockerungen keinen Sinn. Ich hoffe in diesem Zusammenhang das furchtbare Leid in den weltweiten Kriegsgebieten wird sich zeitnah zumindest reduzieren und unsere aktive Unterstützung im Rahmen unserer Möglichkeiten, insbesondere medizinisch durch schnelle stationäre Aufnahmen und Kostenübernahmen, sollte nicht nachlassen.

Ich hoffe, Sie hatten einen schönen und gesunden Start ins Jahr 2024. Unser Präsenz Kongress in Hamburg war ein Highlight für mich, obwohl ich die Flexibilität und Möglichkeiten der virtuellen Meetings zu schätzen weiß. Das „Düsseldorf-Team“ hat zum zweiten Mal den Tisch für unseren Jahres Kongress im Mai 2024 gedeckt. Die erstklassige internationale Faculty steht und die Abendveranstaltung wird „mit Rheinblick“ sein.

Konkrete weitere Schritte in Richtung Zusatzbezeichnung Schulter- und Ellenbogenchirurgie sind insbesondere von unserem Generalsekretär (mit Hilfe einiger jüngerer sehr motivierten DVSE-Mitgliedern) in Angriff genommen worden, auch wenn es perspektivisch noch einige Jahre dauern wird, bis die Zusatzbezeichnung potentiell real wird: Unsere Zertifizierungs-Aktivitäten sind in diesem Zusammenhang zukunftsweisend.

Dabei wird die digital offene Transparenz unserer Leistungen in Zukunft eine große Rolle spielen – Robert Huth (*E-Mail*: SEPR-Huth@email.de) ist als Geschäftsführer unseres Prothesen-Registers jetzt fest vertraglich mit der DVSE verbunden und ist für Rückfragen gerne kontaktierbar. Jede Prothese zählt, sowohl für das persönliche DVSE Prothesen Siegel als auch für unsere Vereinigung als Ganzes. Bitte geben Sie Prothesen ein:



In Regie von Klaus Burkhart/Pforzheim und Congress Compact werden wir 2024 versuchen den Startschuss für eine DVSE-app zu realisieren – in Kooperation mit den Herausgebern der OBEX sind hier neue Formate sowie die Etablierung einer DVSE Surgery Reference mit OP-Videos geplant. Unabhängig davon möchte ich an dieser Stelle einmal auf die hohe Qualität unserer Videofortbildungsbeiträge auf der DVSE-Homepage <https://www.dvse-live.de> hinweisen.

Obere Extremität 2024 · 19:74–84
<https://doi.org/10.1007/s11678-024-00790-y>
© The Author(s), under exclusive licence to Springer Medizin Verlag GmbH, ein Teil von Springer Nature 2024



Mitteilungen der D-A-CH Vereinigung für Schulter- und Ellenbogenchirurgie e.V.

Präsident:

Univ.-Prof. Dr. Lars Peter Müller, Unfall-, Hand und Ellenbogenchirurgie, Universitätsklinikum Köln

Redaktion Mitteilungen der DVSE:

Prof. Dr. med. U. H. Brunner (V.i.S.d.P.)
Krankenhaus Agatharied, Unfallchirurgie und Orthopädie
St.-Agatha-Straße 1
83734 Hausham
brunner@khagatharied.de

Ich freue mich auf Sie im Frühjahr in Düsseldorf, auch um die vielen weiteren aktuellen Entwicklungen zu besprechen.

Ihr Lars Peter Müller



Univ. Prof. Dr. Lars Peter Müller
Präsident DVSE

Editorial

Liebe Leserinnen, liebe Leser, liebe Mitglieder,

hoffentlich sind Sie mit guter Gesundheit, neuen Vorsätzen und viel Elan ins neue Jahr gestartet.

Die globalen Krisen wie die Kriege im Nahen Osten und der Ukraine oder die Erderwärmung, die Umstrukturierung der Wirtschaft mit Inflation und Rezession im Jahr 2023 oder im Gesundheitssektor die Krankenhausstrukturgesetze mit Transparenz und Qualitätssicherung sowie Ambulantisierung bieten auf allen Ebenen große Herausforderungen, denen wir mit viel Optimismus begegnen wollen und können.

Gerade dem Aspekt der Qualitätssicherung widmet sich die DVSE besonders mit den Personen- und Institutszertifizierungen, unserem Schulter-Ellenbogenprothesenregister und einer strukturierten Fortbildung im Bereich der S&E Chirurgie. Die Anerkennung des Experten Zertifikats der DVSE durch die DKOU ist dabei ein Mei-

lenstein. Neuigkeiten zur gegenseitigen Anerkennung der Zertifikate zwischen AGA und DVSE schildert Felix Zeifang.

Fort- und Weiterbildung findet vor Ort statt. Es gilt nicht nur inhaltliche, sondern auch strukturell gute Bedingungen aufrechtzuerhalten oder zu verbessern, um junge Ärztinnen und Ärzte für unsere Spezialität zu begeistern und Nachwuchs heranzuführen.

Das *Musketierprinzip*, dargestellt von Natascha Kraus-Spieckermann ist eine Methode zur individuellen Förderung von Nachwuchs und Team Bildung. In Zeiten des Nachwuchsmangels müssen aber auch die Rahmenbedingungen vor Ort die Attraktivität des Arbeitsplatzes und des so vielseitigen ärztlichen Berufes spiegeln. Eine Fragebogenerhebung der Kollegen an der Charité unter JP Imiolczyk zeigt die aktuellen Einschätzungen von Studierenden und Ärzten/-innen in Weiterbildung. Die intrinsische Motivation durch das ärztliche Ethos und durch das Ziel, ein guter Arzt oder eine gute Ärztin zu werden, kann durch Verbesserungen am Arbeitsplatz und Berücksichtigung der Aspekte der Ausbildung durchaus gesteigert werden.

Die politischen Rahmenbedingungen, gesetzt unter anderem durch das zu verabschiedende Krankenhaustransparenzgesetz oder die Ambulantisierung, beeinflussen unsere tägliche Arbeit und die Bedingungen zur Weiter- und Fortbildung erheblich. Wir berichten aus der Kommission Strukturverbesserung, Transparenz & Qualitätssicherung über die gerade publizierte Hybrid DRG.

Unser Jahreskongress im Congress Center in Düsseldorf vom 15.–17.05.2024 verspricht wieder ein optimales Event zur Fortbildung und zum persönlichen Treffen zu werden. Die Themen Schwerpunkte Instabilität an Schulter und Ellenbogen, die digital unterstützte Schulter-Chirurgie, die Schulter-Endoprothetik und die Sportler-Schulter bzw. der Sportler-Ellenbogen sowie die irreparable RM-Ruptur 2024 mit fast 170 eingereichten Papers warten auf Sie. Die Kongresspräsidenten Prof. Dr. Olaf Lorbach, Prof. Dr. Thilo Patzer und Prof. Dr. Dominik Seybold berichten über den aktuellen Stand.

Nicht zuletzt hat sich unser Justiziar Dr. Tobias Weimer mit einer auf Medizinrecht spezialisierten Kanzlei neu aufgestellt. Er berichtet unter anderem im Rechtsticker.

Viel Freude beim Lesen und hoffentlich ein baldiges persönliches Treffen in Düsseldorf wünscht Ihnen Ihr



Prof. Dr. U. Brunner
Redaktion Mitteilungsblatt der DVSE

Neues zum Experten-Zertifikat der DVSE

Im Jahr 2020 wurde mit der Überarbeitung des alten Modulsystems des Personenzertifikats der DVSE begonnen. Ziel war es in Anlehnung an andere große Organgesellschaften ein zweistufiges Personenzertifikat (Basis- und Expertenzertifikat) zu entwickeln, in dem die einzelnen Module an Krankheitsbildern ausgerichtet werden. Mit diesem Schritt sollte die Basis dafür geschaffen werden, die gesellschaftsinterne Fortbildung im Gleichschritt mit anderen Organgesellschaften zu standardisieren und den Grundstein für eine staatlich anerkannte Zusatzweiterbildung „Schulter- und Ellenbogenchirurgie“ zu legen.

Erfreulicherweise erhielt die DVSE für das Expertenzertifikat im Herbst 2023 durch die DGOU die Anerkennung einer Personenqualifikation. Bisher hat nur die DAF eine vergleichbare Anerkennung von der DGOU erhalten. Die im Rahmen der Mitgliederversammlung im Sommer 2023 in Aussicht gestellte Möglichkeit, dass DVSE-Mitglieder mit einem Experten-Zertifikat der AGA das DVSE-Expertenzertifikat ohne weiteren Nachweis erhalten können, kann aus Äquivalenzgründen nicht stattfinden. Stattdessen können Inhaber des Expertenzertifikats Schulter der AGA das Basiszertifikat der DVSE ohne weiteren Nachweis erhalten. Zum Erwerb des DVSE-Expertenzertifikat muss das entsprechende Curriculum absolviert werden.



© Prof. Dr. Felix Zeifang,
privat

Prof. Dr. Felix Zeifang
1. Vizepräsident der DVSE



Prof. Dr. M. Scheibel
Generalsekretär der DVSE

Studieren und forschen nach dem Musketierprinzip

Universitäres Frührekrutierungs- und Förderungskonzept

Die Medizin steht heute vor einem Nachwuchsproblem in den chirurgischen Fächern und auch im Bereich von O und U. Das gilt für den klinischen Werdegang und gleichwohl die Wissenschaft. Um es in den Griff zu bekommen, ist nicht nur die Vereinbarkeit von Familie und klinischer Tätigkeit zielführend. Vielmehr muss ebenso eine effektive Integration von wissenschaftlicher Arbeit in den Klinikalltag erfolgen.

Zur Nachwuchsproblematik appellierte der Präsident der Bundesärztekammer, Dr. Klaus Reinhardt, an die Politik: „Dieser besorgniserregenden Entwicklung dürfen Bund und Länder nicht länger tatenlos zusehen. Was wir jetzt brauchen, sind eine konsequente Nachwuchsförderung und bessere Ausbildungsbedingungen im ärztlichen Bereich.“ [2]

Im Rahmen des Berufsmonitorings 2018 mit Teilnahme von 13.915 Medizinstudierenden konnte der Trend der Vorjahre 2010 und 2014 nicht aufgehalten werden: Immer weniger Studierende interessieren sich für eine chirurgische Tätigkeit, darunter strebten 2018 nur 6 % eine Weiterbildung in O&U an und nur weitere 17,9 % konnten sich eine Tätigkeit in O&U überhaupt vorstellen [7]. Und dieses Interesse sinkt signifikant im Laufe des Studiums von 23 % in der Vorklinik auf 16 % im klinischen Studienabschnitt. Zudem wissen wir, dass der Erstkontakt für eine langfristige Bindung an unser Fach im Praktischen Jahr häufig zu spät ist. Bis dahin kommt es im Laufe des Studiums bereits zu einem dramatischen Rückgang der Studierenden, welche ein chirurgisches Fach wählen wollen [5].

Darüber hinaus können sich nur 23 % aller Medizinstudierenden eine Tätigkeit in der Forschung vorstellen. Bis zu 70 % fühlen sich insgesamt über Arbeits- und Rahmenbedingungen einer wissenschaftlichen Karriere schlecht informiert und mangelhaft vorbereitet [6, 7].

Auch unter den Studierenden, die eine Weiterbildung in O&U anstreben, liegt eine wissenschaftliche Orientierung an der vorletzten Stelle der als wichtig erachteten Faktoren.

Ein Lichtblick ist allerdings durch das Berufsmonitoring 2018 trotzdem zu erkennen: Es besteht ein „weiteres Rekrutierungspotential“ derjenigen, die eine Tätigkeit in O&U nicht ausschließen (36,9 %)!

Doch wie erreichen wir diese Studierenden und wecken ihr Interesse an einer klinisch-wissenschaftlichen Karriere in unserem Fach?

Was steckt hinter dem Musketierprinzip?

Seit über 15 Jahren besteht an der Charité-Universitätsmedizin Berlin, am Centrum für Muskuloskeletale Chirurgie (CMSC) ein Frührekrutierungs- und Frühförderungskonzept, um Studierende schon am Anfang ihres Studiums der Humanmedizin für O&U zu begeistern und an die klinische und wissenschaftliche Tätigkeit heranzuführen. Die Rekrutierung erfolgt in der Regel durch den Arbeitsgruppenleiter mittels der Vorstellung verschiedener klinisch-wissenschaftlicher Projekte im ersten oder zweiten Studienjahr (Anatomievorlesung bzw. Kurse oder Seminare) mit dem Angebot zur Mitarbeit. Grundlegender Leitsatz ist das „Musketierprinzip“: „Einer für alle und alle für einen.“ (Abb. 1). Hierbei werden die Studierenden im Rahmen eines Stufenkonzeptes an die klinische und wissenschaftliche Tätigkeit herangeführt. Nach initialer Interessensondierung und Einbindung in den klinischen Alltag (zunächst Sprechstunde, dann OP-Assistenz), wird eine Hausarbeit im Sinne einer Übersichtsarbeit mittels Literaturrecherche erstellt. Nach einem positiven Feedback-



Abb. 1 ◀ Universitäres Frührekrutierungs- und Frühförderungskonzept des Centrum für Muskuloskeletale Chirurgie der Charité-Universitätsmedizin Berlin

Gespräch erfolgt die Eingliederung in die bestehende Arbeitsgruppe, die durch eine integrative Arbeitsentwicklung mit Mentoring gekennzeichnet ist. Dies bedeutet, Studierende, die bereits länger mitwirken, sind aktiv an der Einarbeitung und Entwicklung von später hinzugekommenen Studierenden beteiligt. Gleichzeitig wird jedes Mitglied im Rahmen der regelmäßigen Arbeitsgruppentreffen unabhängig von Alter, Rang oder Stellung in den wissenschaftlichen Prozess verwandter Projekte eingebunden.

Im Anschluss werden die wissenschaftliche Tätigkeit mit Festlegung eines Forschungsschwerpunktes im Rahmen einer klinischen Projektarbeit (Promotion) und die Eingliederung in die Fachgesellschaften geplant. Die Fachgesellschaften ermöglichen kostenfreie Kongressteilnahme und die Absolvierung studentischer Curricula u. a. zum Thema „Wissenschaftliches Arbeiten“.

Karriereplanung unter dem Dach der Fachgesellschaften

Im günstigsten Falle münden alle Bemühungen schließlich im Ausbau dieser Aktivitäten und in einer weiterführenden Karriereplanung: Die Daten des eigenen Projektes werden ausgewertet, bei Kongressen eingereicht und auch selbstständig publiziert. Es schließt sich ein aktives Engagement in den Fachgesellschaften an. Für den beruflichen Werdegang haben die Fachgesellschaften wissenschaftliche Preise und studentische Reisestipendien ins Leben gerufen [1, 3, 4]. Als finale Schritte am Ende des Studiums sollten selbstverständlich die Promotion, die Veröffentlichung der eigenen Publikationen, federführende Ämter in den Jungen Foren der Fachgesellschaften und natürlich Vorstellungsgespräche für die weitere berufliche Entwicklung folgen.

Das Frührekrutierungs- und Frühförderungskonzept funktioniert wie oben erwähnt nicht im Sinne eines Schüler-Mentor-Systems, sondern muss von den Partizipierenden selbst getragen und aufrechterhalten werden. Im hierarchie-freien und offenen Diskurs profitieren so alle, frei nach dem Musketierprinzip: „Einer für alle und alle für einen.“



Dr. med. Natascha Kraus-Spieckermann
Universitätsmedizin Greifswald

© Manuela Janke,
Stabsstelle Kommunikation und Marketing,
Universitätsmedizin Greifswald



Prof. Dr. med. Markus Scheibel
Schulthess-Klinik Zürich/CMSC – Charité-Universitätsmedizin Berlin

Literatur

1. AGA Students der Gesellschaft für Arthroskopie und Gelenkchirurgie. <https://www.aga-online.ch/ausbildung/students/aga-students-kurrikulum/>. Zugegriffen: 5. Jan. 2023
2. Ärzttestatistik 2021 - Bundesärztekammer. <https://www.bundesaerztekammer.de/baek/ueber-uns/aerzttestatistik/aerzttestatistik-2021>. Zugegriffen: 5. Jan. 2023
3. Junges Forum der D-A-CH Gesellschaft für Schulter- und Ellenbogenchirurgie. <https://www.dvse.info/organisation/junges-forum.html>. Zugegriffen: 5. Jan. 2023
4. Nachwuchsförderung der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie. <https://dgou.de/bildung/nachwuchsfoerderung>. Zugegriffen: 4. Jan. 2023
5. Niethard M, Donner S, Depeweg D, Bode G, Sch P (2013) Nachwuchsförderung – Was können wir besser machen. Unfallchirurg 116:21–24. <https://doi.org/10.1007/s00113-012-2301-1>
6. Pressemitteilung des Hartmannbundes vom 28. März 2017. <https://www.hartmannbund.de/berufspolitik/umfragen/medizinstudium/dr-med-heilen-ohne-hut-umfrage-zu-prufungen-und-prufungsformate-im-medizinstudium/>. Zugegriffen: 10. Jan. 2023
7. Rüdiger J, Kopp J, Paula F (2018) Berufsmonitoring Medizinstudierende. https://www.kbv.de/media/sp/Berufsmonitoring_Medizinstudierende_2018.pdf. Zugegriffen: 15. Juni 2018

„Was wollen junge Ärztinnen und Ärzte?“ – Die Bedeutung von Work-Life Balance im Gesundheitswesen

Eine Umfrage

Ein Großteil der Ärzt:innen ist überarbeitet und erschöpft. Viele wissen nicht mehr, wie sie ihren Berufsalltag bestreiten sollen, ohne dabei entweder die eigene psychische und physische Gesundheit oder die Versorgung der Patient:innen zu vernachlässigen [1]. Rund 70 % der Ärzte in Weiterbildung (<35 Jahren) gaben an, dass sie unter dem Druck in den Krankenhäusern leiden [2]. Die Coronapandemie hat dieses Problem noch weiter verschärft [3]. Die Ausübung des Arztberufes verliert rasant an Attraktivität, was sich in einem zunehmenden Mangel an ärztlichem Personal in den Krankenhäusern abbildet. Nur 50 % der Medizinstudierenden wollen am Ende ihres Studiums klinisch tätig sein [3]. Davon ist nur Eine/r von 20 an einer chirurgischen Tätigkeit interessiert, während dies für 16 Andere überhaupt nicht zur Debatte steht.

Vor diesem Hintergrund wurde eine Befragung (23.10.–23.12.2023) von 283 Medizinstudierenden und 164 Ärzt:innen (Abb. 2) durchgeführt, um die Motivation zum Medizinstudium, die Erwartungen und Bedürfnisse in der Arbeit zu erforschen.

Die Motivation zum Medizinstudium ist das vielseitige Berufsbild des Arztes und der Ärztin (74 %), gefolgt davon, Menschen zu helfen (67 %). Bei den ärztlichen Kolleg:innen spiegelte sich ein ähnliches Bild wie bei den Studierenden wider. Studierende sind bereit, eines ihrer drei Hobbies für die Arbeitswelt aufzugeben. Die-

se Erwartung entspricht der Realität, da die Ärzt:innen im Median genau ein Hobby weniger ausüben als vor dem Arbeitsbeginn.

Grundvoraussetzung für ein Humanmedizinstudium sind in Deutschland ein Numerus clausus und die Bereitschaft, im Durchschnitt als Studiosus 40 Stunden (Standardabweichung [SD]: 15) zu lernen und später mehr als 50 Stunden wöchentlich zu arbeiten. 28 % der befragten Ärzt:innen gaben an, regelmäßig mehr als 60 Stunden zu arbeiten; 18 % arbeiten täglich ohne Pause (Abb. 3). Im Alltag verbringt man im Durchschnitt drei Stunden täglich (SD: 1,6) mit nicht-ärztlichen Aufgaben, wovon zwei Stunden (SD: 1,2) der Mehrfachdokumentation dank unzulänglicher Digitalisierung geschuldet sind.

Daraus resultiert, dass Ärzt:innen eigene Bedürfnisse, wie physische und psychische Gesundheit, aber auch Freundschaften vernachlässigen. 81 % bekommen bei krankheitsbedingtem Arbeitsausfall Schuldgefühle gegenüber den Kolleg:innen und dem Arbeitgeber, 76 % sind bereit, trotzdem zur Arbeit zu kommen.

Der Fachbereich der Chirurgie erwies sich bei den Studierenden als signifikant unpopulärer als die Innere Medizin ($p < 0,001$). Explizite Gründe, nicht einen Beruf im Fachgebiet Chirurgie ergreifen zu wollen, waren die hierarchischen Strukturen (82 %), die unregelmäßigen Arbeitszeiten (40 %) mit Überstunden (37 %), jedoch auch die fehlende Begeisterung für chirurgische Tätigkeiten (35 %).

Als die wichtigsten Ursachen für den Nachwuchsmangel nennen Ärzt:innen die langen Arbeitszeiten (52 %), die schlechte Work-Life-Balance (52 %), die hohe psychischen Belastung (41 %), sowie die daraus resultierende Unvereinbarkeit von Berufs- und Familienleben (34 %).

Dies ist auch im Hinblick auf den demografischen Wandel mit steigenden Patient:innenzahlen alarmierend [7, 8]. Während immer mehr Patienten immer älter werden, werden auch die Ärzte in Führungspositionen immer älter. 46 % der registrierten Ärzt:innen sind heutzutage über 50 Jahre alt und kommen aus der Boomer Generation (geb. vor 1972) [9]. Somit wird ein weiterer sukzessiver Verlust von Fachkräften spürbar, welcher ein Vakuum an Erfahrung, Expertise und Manpower hinterlassen wird.

Der Beruf der Ärzt:innen ist einer der schönsten auszuübenden Berufe, von dem viele schon als Kinder geträumt haben. Ein großer sozialer Aspekt, praktische Tätigkeiten und die Vielfältigkeit im Arbeitsalltag machen den Beruf per se attraktiv. Bei der Frage, weshalb der Beruf heutzutage als unattraktiv empfunden wird, waren bei Weitem nicht die unbezahlten Überstunden, die fehlende Digitalisierung oder die unregelmäßigen Arbeitszeiten vorrangig. Es dominieren vielmehr das hohe Arbeitspensum und der Zeitdruck im Arbeitsalltag (Abb. 4). Als wichtige und besonders bedeutsame Anforderungen an das Berufsleben wurden eine gute Work-Life-Balance und Weiterbildungsmöglichkeiten angegeben.

Der Begriff Work-Life-Balance bedeutet, dass auch der schönste Beruf nicht über der eigenen psychischen und physischen Gesundheit steht. Die Formulierung ist bewusst neutral gewählt, um die zu hohe Arbeitsbelastung vor dem Arbeitgeber zu verbergen. Immer noch ist diese Belastung ein Tabuthema. Ärzt:innen selbst suchen kaum Hilfe für sich. Dies ist vermutlich dem eigenen hohen Anspruch geschuldet, sowie der Sorge, die Anstellung zu verlieren, wenn die Leistungsfähigkeit schwächer ist. Um aber weiterhin leistungsfähig bleiben zu können, müssen Mediziner:innen einen Weg finden, um ihre Gesundheit zu erhalten. Wichtig ist es unter

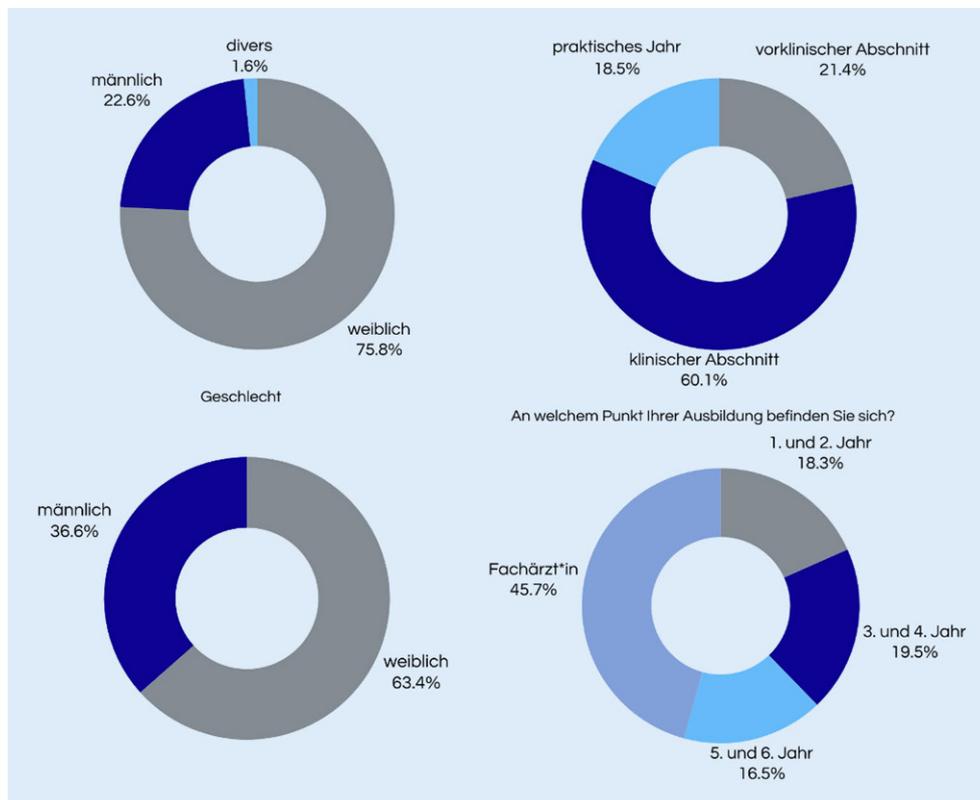


Abb. 2 ◀ Demographische Verteilung der befragten Medizinstudierenden (oben) und Ärzt:innen (unten)

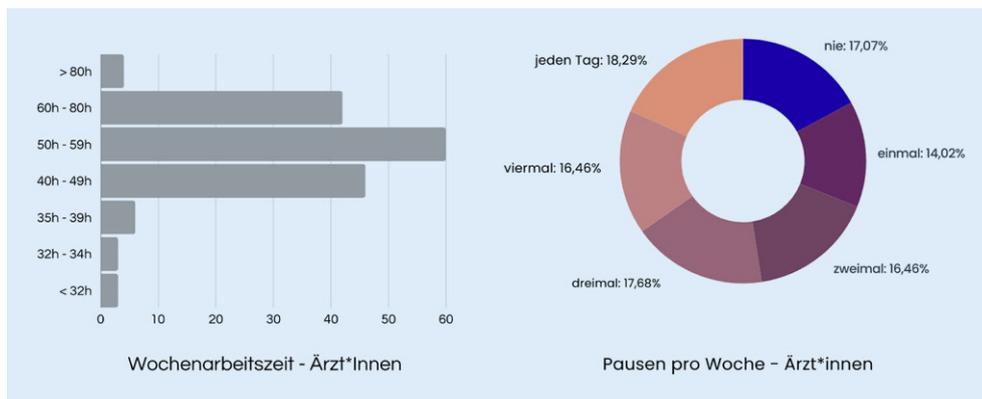


Abb. 3 ◀ Verteilung der durchschnittlichen Wochenarbeitszeit und Anzahl von Pausen pro Arbeitswoche der befragten Ärzt:innen

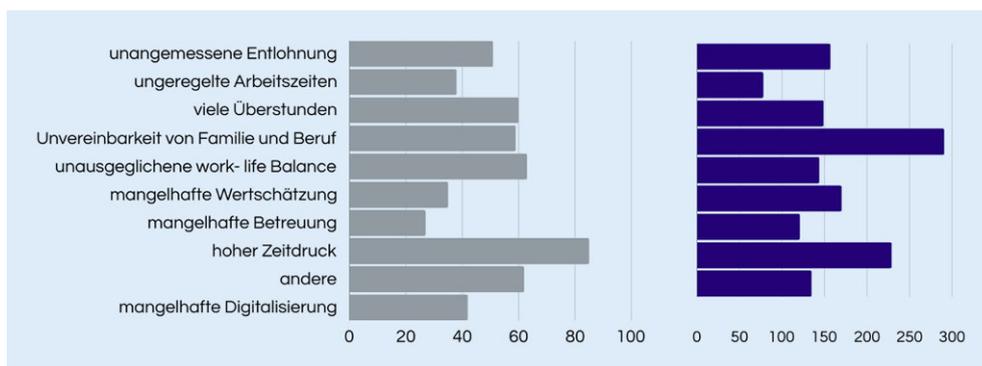


Abb. 4 ◀ Verteilung der Top 3-Gründe (in absoluten Zahlen der Nennung) weshalb der Beruf an Attraktivität verliert (Ärzt:innen links; Studierende rechts)

anderem, sich selbst mit mehr Achtsamkeit zu begegnen. Ein weiterer wichtiger Faktor ist außerdem ein guter, offener Umgang mit den Kolleg:innen als Voraussetzung für ein gesundes Arbeitsklima. Auch ein erfülltes und zufriedenes Privatleben spielen als stabile Säule eine wichtige Rolle [4].

Es ist empirisch belegt, dass sowohl die Prävalenz von depressiven Erkrankungen als auch die Suizidrate bei Mediziner:innen im Vergleich zur Gesamtbevölkerung erhöht ist [5]. „In keiner Berufsgruppe findet man eine solche Verantwortung bei einer gleichzeitig derart vernachlässigten Unterstützung von außen.“ [6]

„Das Gesundheitssystem soll Menschen gesund machen. Stattdessen macht es die Beschäftigten krank und bringt die Patient:innen in Gefahr“, sagt Hans Martin Wollenberg (Landesvorstand Marburger Bund Niedersachsen, Oberarzt Psychiatrie Burghof-Klinik Rinteln). Eine gesunde Ärzteschaft ist eine wichtige Voraussetzung für die Aufrechterhaltung des Gesundheitssystems.

Work-Life-Balance ist nicht die Lösung für das Problem der fehlenden Berufsattraktivität, sie ist lediglich eine Symptomkontrolle. Dabei steigert der bewusste Umgang mit psychischen und physischen Ressourcen die Performance und Kontinuität. In der freien Marktwirtschaft wurde schon längst erkannt, dass motivierende Prämien, Überstundendokumentation, Homeoffice oder gesundheitsfördernde Angebote, wie beispielsweise kostenfreie Fitnessstudiobesuche zeigen, wie man auf dem Arbeitsmarkt um zukünftige Beschäftigte wirbt. Im Gesundheitswesen sind dagegen selbst Präventivmaßnahmen wie gesundes Kantinenessen, psychologische Betreuungsmöglichkeiten oder Gesundheitsangebote entweder kaum vorhanden oder nicht zugänglich.

Ansätze zur Steigerung der Attraktivität des ärztlichen Berufes ergeben sich aus verschiedenen Richtungen.

Machine Learning oder *Künstliche Intelligenz* können mithilfe von *Deep-Learning*-Algorithmen die Patientenversorgung verbessern, z. B. die Lungenkrebserkennung, Schlaganfalldiagnostik oder Frakturdetektion in der Radiologie [10]; hier wird ein erhebliches Entlastungs- und Kosteneinsparungspotential prognostiziert [11]. Die *Augmented Reality* ermöglicht die 3D-Darstellung anatomischer Strukturen in der Lehre, wodurch angehende Chirurg:innen Operationstechniken erlernen können, ohne direkt an Patient:innen zu üben [12].

Diese Neuerungen setzen zunächst eine Digitalisierung des Gesundheitssystems voraus, die im Gesundheitswesen sehr langsam vonstatten geht und für Unzufriedenheit sorgt [13].

Um Studierende für den Beruf zu begeistern, ist es wichtig, deren Bedürfnisse zu erkennen und frühzeitig darauf einzugehen. 43 % der Studierenden legen Wert auf eine gute Betreuung. 38 % der Studierenden gaben an, sich für Forschungsprojekte zu interessieren, und konnten sich vorstellen, diese im Arbeitsleben zu verfolgen. Im Arbeitsleben ebbt diese Begeisterung nicht ab (44 %).

Ein *Mentoring-Programm* kann zum einen dem Studiosus eine gute Betreuung und stressarme Heranführung an den ärztlichen Alltag sowie an Forschungsprojekte ermöglichen, aber auch die jeweiligen Interessen fördern. Es bietet auch für junge Ärzt:innen die Möglichkeit einer gegenseitigen Unterstützung und zum wechselseitigen Austausch in Arbeitsgruppen. Die Zusammengehörigkeit, das gemeinsame Interesse und die frühe Anbindung an Kliniken und Fachgesellschaften erleichtern den Einstieg in das Berufsleben und die klinische Tätigkeit.

Das Frührekrutierungs- und Frühförderungskonzept (Musketier-Konzept), das am Centrum für Muskuloskeletale Chirurgie der Charité Universitätsmedizin Berlin vorgelebt wird, ist ein gutes Beispiel dafür [14].



Jasmin Kacem,
Centrum für Muskuloskeletale Chirurgie, Campus
Rudolph Virchow, Charité – Universitätsmedizin
Berlin

© Privat Jasmin Kacem,
stud. Med Charité



Annika Steinmeier,
Centrum für Muskuloskeletale Chirurgie, Campus
Rudolph Virchow, Charité – Universitätsmedizin
Berlin

© Privat Annika
Steinmeier



Isabella Weiß
Centrum für Muskuloskeletale Chirurgie, Campus
Rudolph Virchow, Charité – Universitätsmedizin
Berlin

© Privat Isabella Weiß



Jan-Philipp Imiolczyk
Centrum für Muskuloskeletale Chirurgie, Campus
Rudolph Virchow, Charité – Universitätsmedizin
Berlin

© Privat Jan-Philipp
Imiolczyk

Literatur

1. Raspe M, Koch P, Zilezinski M, Schulte K, Bitzinger D, Gaiser U, Hamerschmidt A, Köhnlein R, Puppe J, Treß F, Uden T, Nienhaus A (2019) Arbeitsbedingungen und Gesundheitszustand junger Ärzte und professionell Pflegender in deutschen Krankenhäusern. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz. <https://doi.org/10.1007/s00103-019-03057-y>
2. Richter-Kuhlmann, Eva (2019) Art. Dtsch Ärztebl 116(48). Zugriffen: 12. Juli 2023
3. <https://www.marburger-bund.de/bundesverband/pressemitteilung/umfrage-klinikaerzte-sind-regelmaessig-erschoeft-jeder-fuenfte>. Zugriffen: 20. Nov. 2023
4. <https://www.doccheck.com/de/detail/articles/38506-voellig-ausgebrannt-risikofaktor-arztberuf>. Zugriffen: 13. Okt. 2023
5. <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/71883/Medizinstudium-Depression-und-Suizidgedanken-haeufiger-als-in-Allgemeinbevoelkerung>. Zugriffen: 23. Sept. 2023
6. <https://www.thieme.de/viamedici/arzt-im-beruf-aerztliches-handeln-1561/a/suizidalitaet-bei-medizinern-4467.htm>. Zugriffen: 12. Juli 2023

7. https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhaeuser/Publikationen/_publikationen-innen-grunddaten-krankenhaus.html. Zugriffen: 12. Juli 2023
8. <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/157058/umfrage/fallzahlen-in-deutschen-krankenhaeusern-seit-1998/>. Zugriffen: 12. Juli 2023
9. <https://aerztestellen.aerzteblatt.de/de/redaktion/nachwuchs-gefragt-knapp-die-haelfte-der-aerztinnen-und-aerzte-50>. Zugriffen: 13. Okt. 2023
10. <https://www.datarevenue.com/de-blog/kuenstliche-intelligenz-in-der-medi-zin>. Zugriffen: 12. Juli 2023
11. <https://www.globallogic.com/de/insights/blogs/fuenf-vorteile-von-kuenstli-cher-intelligenz-ki-im-gesundheitswesen/>. Zugriffen: 13. Okt. 2023
12. <https://vr-dynamix.com/virtual-reality-medi-zin/>. Zugriffen: 13. Okt. 2023
13. <https://www.marburger-bund.de/bundesverband/themen/marburger-bund-umfragen/mb-monitor-2022-zu-wenig-personal-zu-viel-buerokratie>. Zugriffen: 12. Juli 2023
14. Kraus-Spieckermann N, Scheibel M (2023) Studieren und forschen nach dem Muskettierprinzip: Universitäres Frührekrutierungs- und Förderungskonzept. Orthopädie Unfallchirurgie 13:44–46. <https://doi.org/10.1007/s41785-023-3973-1>

Sie ist da! – die Hybrid-DRG-Verordnung

Die seit Monaten erwartete Hybrid-DRG-Verordnung (§ 115f SGB V) ist zum 1. Januar 2024 in Kraft getreten, nachdem die Rechtsverordnung unmittelbar vor Weihnachten im Bundesgesetzblatt veröffentlicht wurde.

Die Historie ist bekannt – Anfang 2023 wurden die DKG Deutsche Krankenhausgesellschaft), die KBV (Kassenärztliche Bundesvereinigung) und der GKV-SV (Spitzenverband der gesetzlichen Krankenkassen) beauftragt, innerhalb von 90 Tagen ein geeintes Modell mit Umfang und Abrechnung zur Sektorengleichen Versorgung dem Ministerium vorzulegen, wobei hier von vornherein klar war, dass so ein Vorhaben in diesem kurzen Zeitraum nicht gelingen kann. Dies wurde verbunden mit der gleichzeitigen Ermächtigung für das Ministerium (BMG), anschließend eine Rechtsverordnung zu erlassen.

Somit kann man auch sagen: „von vornherein ein geplanter Baustein in die **Staatsmedizin**“.

Die sehr knapp gehaltene Verordnung zur speziellen Sektorengleichen Vergütung (Hybrid DRG) enthält einen sehr begrenzten Katalog mit ersten Leistungen, die seit Januar 24 nach den neuen Hybrid DRG bezahlt werden sollen. Die Höhe und Art der Vergütung ist darin festgelegt.

Dieser erste Startkatalog umfasst bestimmte Hernieneingriffe, die Entfernung von Harnleitersteinen, Ovariektomien, Arthrodesen der Zehengelenke sowie die Behandlung der Steißbeinfistel. Leistungsbereiche aus der Schulter- bzw. Ellenbogenchirurgie sind bisher nicht beinhaltet. Somit besteht aktuell für die DVSE noch keine unmittelbare Handlungsempfehlung.

Vertragsärzte und Krankenhäuser erhalten dann für die ausgewählten Leistungen dieselbe Vergütung, wobei es egal ist, ob der Eingriff ambulant oder stationär durchgeführt wird.

Aus rechtlichen Gründen sei es nicht möglich gewesen, Regelungen zum Abrechnungsverfahren der Hybrid-DRG in der Verordnung zu treffen. Hier wird vom Ministerium lediglich auf die bestehenden gesetzlichen Regelungen zur Abrechnung entsprechend der Paragra-

phen 295 Absatz 1 und 301 Absatz 1 und 2 im SGB V verwiesen. Damit ist die Abrechnung wohl analog den Regelungen für die ASV (Ambulante Spezialfachärztliche Versorgung) zu sehen, wonach Management Gesellschaften (z. B. Kassenärztliche Vereinigung, Sanakey, Helmsauer, Mikado Medicalnetworks) die Abrechnung durchführen können.

Von Seiten der ärztlichen Selbstverwaltung klingt dies schon fast höhnisch, da es logischerweise noch keine mit dem GKV-SV abgestimmten Abrechnungsregelungen geben kann. Problematisch ist in diesem Zusammenhang auch, dass von vornherein nur eine Geltungsdauer für das Jahr 2024 festgelegt ist. Des Weiteren kommt hinzu, dass auch die Frist für eine erste Überprüfung und gegebenenfalls Anpassung der Regelung durch die Selbstverwaltungspartner und den GKV-SV mit einer Frist von 90 Tagen auf den 31.03.2024 vorverlegt wurde. Diese Zeitspanne ist für eine Evaluation unmöglich, da nach 90 Tagen keinerlei Daten vorliegen, um eine Adaptation valide zu begründen.

Für **den stationären Bereich** ändert sich – abgesehen von einer Absenkung der Vergütung an der Systematik -aktuell nichts; die geforderten Grouper und Abrechnungssysteme sind dort implementiert.

Im **niedergelassenen Bereich** dagegen ist derzeit völlig unklar, wie die Abrechnung umgesetzt werden soll. Die Methodik zur Ermittlung der Vergütungshöhen der Hybrid DRG ist ebenfalls vom IneK vorgezeichnet und orientiert sich an aktuellen Vergütungshöhen bei ambulant/stationärer Erbringung sowie dem jeweiligen aktuellen Ambulantisierungs-Grad der neuen Hybrid DRG. Die konkrete Ermittlung der ausgewiesenen Vergütungsbeträge der Hybrid DRG ist aber nicht transparent nachvollziehbar. Bei der angewandten Systematik stellt sich die Vergütung der höherwertigen Eingriffe (EBM Kategorie 3 und höher) in den meisten Fällen schlechter dar als im EBM.

Ebenfalls sind die bei vielen Eingriffen sehr variablen **Sachkosten inkludiert**. Das ist bei der Herleitung der Vergütungshöhe ausgehend von einer bestimmten OPS- Prozedur schlicht unmöglich. Problematisch stellt sich bei der Eingrenzung der ausgewählten OPS-Prozeduren auch dar, dass lediglich Eingriffe mit einer Verweildauer von einem Tag inkludiert sind – damit ist dies kein großer Wurf für eine Ambulantisierung. Das Hauptpotential dafür liegt bei den sogenannten Kurzliegern mit einer Verweildauer von bis zu 3 Tagen. Dieses gesamte Potential wird mit dem ersten Aufschlag nicht adressiert.

Wie oben bereits angeführt, soll jedoch im laufenden Jahr bereits eine Evaluation und Weiterentwicklung des § 115 f mit entsprechenden Erweiterungen des Katalogs erfolgen. Im ersten Entwurf der Rechtsverordnung zum § 115 f war auch bereits ein möglicher Erweiterungskatalog im Anhang enthalten. Diese Erweiterung ist in der aktuell veröffentlichten Version aus rechtlichen Gründen noch nicht enthalten.

Dennoch wird dieser erweiterte Leistungs-Katalog, der wesentliche Anteile der Schulter- und Ellenbogenchirurgie, insbesondere der arthroskopischen Chirurgie, enthält, dem BMG (Bundesministerium für Gesundheit) als zukünftige Diskussionsgrundlage dienen. Diese Diskussionen und Nachjustierungen müssen von der DVSE als Fachgesellschaft sehr kritisch begleitet werden, da gerade bei arthroskopischen Eingriffen die Sachkosten-Problematik eine ganz erhebliche Rolle spielt. Diese teilweise sehr variablen Sachkosten in der Pauscha-

le abschließend mit abzubilden, ist **nicht sachgerecht**, was von allen Verbänden bereits mehrfach im Ministerium vorgebracht wurde.

Eine weitere Konkretisierung der Leistungsauswahl als auch die Festsetzung der Vergütung soll durch Anpassungen der Rechtsverordnung in naher Zukunft erfolgen. Damit wird aber unmissverständlich eine originäre Aufgabenerfüllung durch die Selbstverwaltungspartner auch bei der Weiterentwicklung der speziellen sektorengleichen Vergütung vorschnell konterkariert. Dies stellt einen weiteren Schritt zu einem staatlich dominierten Gesundheitswesen dar und sollte aus unserer Sicht dringend überdacht und kritisch konstruktiv begleitet werden. Dies ist somit als vorrangige Aufgabe der DVSE zu sehen.

Für die weitere Entwicklung eines Katalogs für eine sektorenverbindende Versorgung sind überwiegend **medizinische Sachverhalte als Argumente zu identifizieren** und einzubringen. Hierzu ist aus Sicht der Gesellschaft ausschließlich auf medizinische Belange der operativen Durchführung und unmittelbar perioperativen Betreuung zum Wohle unserer Patienten und zur Machbarkeit in der Umsetzung abzustellen.



Prof. Dr. med. Sebastian Siebenlist

Vorsitzender
Kommission Strukturverbesserung, Transparenz &
Qualifikation

© Privat Prof. S.
Siebenlist



Dr. med. Helmut Weinhart

© SpiFa/Dr. H. Weinhart



Prof. Dr. med. Stefan Greiner

Stv. Vorsitzender
Kommission Strukturverbesserung, Transparenz &
Qualifikation

© DVSE

Unser 29. DVSE Jahreskongress in Düsseldorf – 15.–17.05.2024

Liebe Freunde der Schulter- und Ellenbogenchirurgie,

der 29. Jahreskongress im CCD Congress Center Düsseldorf rückt näher, und wir wollen Ihnen ein Update über den aktuellen Stand geben.

Die Frist zur Einreichung der Abstracts ist abgelaufen. Erfreulicherweise haben wir 166 Abstracts erhalten. Diese werden nun begutachtet, um Ihnen ein interessantes und wissenschaftlich hochwertiges Programm zusammenzustellen.

Internationals und Gastredner

Wir konnten renommierte internationale Experten gewinnen, die das Programm zusätzlich bereichern:

Simon Lambert MD, London, England; Prof. Giuseppe Milano, Brescia, Italien; Steve Bale MD, Wroughtington, England; Lyonel Neyton MD, Lyon, Frankreich; Leesa Galatz MD, A. Romeo MD, New York, USA.

Herr Prof. Hengstschläger vom genetischen Institut der Universität Wien wird als Gastredner einen sehr interessanten Vortrag halten und uns näher bringen, wie wir mit menschlicher Lösungsgestaltung die Maschinen und künstliche Intelligenz in Zukunft beherrschen können.

Univ.-Prof. Dr. Markus Hengstschläger studierte Genetik, forschte auch an der Yale University in den USA und ist heute Vorstand des Instituts für Medizinische Genetik an der Medizinischen Universität Wien. Der vielfach ausgezeichnete Wissenschaftler forscht, unterrichtet Studierende und betreibt genetische Diagnostik und ist außerdem Unternehmensgründer, Wissenschaftsmoderator sowie Autor von vier Platz 1 Bestsellern.

In der Sportstadt Düsseldorf wird ein Hauptfokus unseres Kongresses ebenso der Sport sein. So werden in diversen Sitzungen unter anderem Profisportler über ihre Schulter-Ellenbogen-Verletzungen und ihre Rehabilitation berichten.

Zudem warten spannende Sitzungen in Kooperation mit den Gastgesellschaften nach dem Motto „DVSE meets AE, AGA, ESSKA und GOTS“ auf Sie.

Schulter-Ellenbogen pre Kurs in der Anatomie

Wir möchten Sie auch noch einmal auf unseren Präparate Kurs hinweisen, welcher im neuen Anatomie-Institut der Universität Düsseldorf am Dienstag, den 13.05.2024 mittags statt-



© Intercongress



© Intercongress

▲ CCD Congress Center Düsseldorf

▲ Rheinterrassen Düsseldorf

finden wird. Hier sind arthroskopische Operationen, Endoprothetik und je nach Nachfrage auch Operationen an präfrakturierten Präparaten an Schulter und Ellenbogen geplant.

Nutzen Sie die Gelegenheit, um mit erfahrenen Instruktoren arthroskopische und offene Techniken an humanen Schulter- und Ellenbogen-Präparaten zu trainieren.

Darüber hinaus freuen wir uns auf einen unvergesslichen Kongressabend auf den Rheinterrassen mit Rheinblick und mit Ihnen/Euch!

Beste Grüße,



Prof. Dr. Olaf Lorbach
Kongresspräsident



Prof. Dr. Thilo Patzer
Kongresspräsident



Prof. Dr. Dominik Seybold
Kongresspräsident



© Privat Prof. Hengstschläger

▲ Prof. Markus Hengstschläger

Abschied von unserem DVSE Mitglied Dr. Frank Hoffmann



© Holger Hoffmann

▲ Dr. Frank Hoffmann

Wir trauern um Dr. Frank Hoffmann, der am 27.11.2023 in „seinem“ Klinikum Rosenheim mit 73 Jahren verstorben ist.

Frank Hoffmann, geboren und aufgewachsen in Bayreuth, studierte 1970 – 1976 an der Julius-Maximilians-Universität in Würzburg Medizin. Nach Promotion und Approbation 1977 wechselte er in die Anästhesie der Universität Würzburg sowie in die Chirurgische Abteilung des Dr. Otto Gessler-Krankenhauses in Lindenberg (Allgäu)

und 1980 als Assistenzarzt an die Orthopädische Klinik Rosenheim unter CA Dr. Rupert Finsterwalder. Dort wirkte er bis zum Ruhestand, insgesamt über 35 Jahre.

Nach Erlangung der Facharztanerkennung wurde er zum Oberarzt und 1983 als Chefarztvertreter benannt. Er konnte die Abteilung für Arthroskopische Chirurgie aufbauen und leitete diese von 1989 – 1997. Nach dem Ausscheiden von Dr. Finsterwalder wurde er zu dessen Nachfolger als Chefarzt der Klinik für Orthopädie und Sportorthopädie am 1. August 1998 berufen.

Mit großer Begeisterung hat er sich der Entwicklung und dem Einsatz der Arthroskopie gewidmet, noch vor der Zeit der Arthroskopie Pumpen und hat diese auch an allen Gelenken erfolgreich etabliert. Mit großer Neugier hat er Neues aufgenommen, aber auch kritisch hinterfragt. Die Weitergabe an seine Mitarbeiter und deren Förderung lag ihm am Herzen. In dieser Zeit bildete er zahlreiche erfolgreiche Orthopäden mit aus.

Er ist uns in sehr lebhafter Erinnerung als Redner auf zahlreichen Symposien und Kursen, insbesondere aber als AGA-Kongresspräsident 1999 in München (mit Prof. Imhoff) und als unser DVSE-Kongresspräsident 2010 in Rosenheim.

Er hinterlässt seine geliebte Ehefrau, die ihn seit dem Studium begleitete und 2 Kinder, erfolgreich in der Tiermedizin bzw. in der Orthopädie und Unfallchirurgie. Unser tiefes Mitgefühl ist bei seiner Familie.



Prof. Dr. U. Brunner
Redaktion Mitteilungsblatt der DVSE

Neueröffnung der Kanzlei Dr. Weimer

Seit Januar 2024 startet die Kanzlei Dr. Weimer in Mülheim an der Ruhr durch

Unser langjähriger Justiziar Dr. Tobias Weimer wird zusammen mit Herrn Prof. Dr. Duttge seine Tätigkeit ab dem 01.01.2024 unter dem Namen Kanzlei Dr. Weimer fortsetzen. Wie schon bisher setzt die Kanzlei Dr. Weimer ihre Schwerpunkte speziell auf die umfassende Beratung und Vertretung von Leistungsträgern im Gesundheitswesen.

„Angesichts der turbulenten Zeiten und des zunehmenden Drucks durch ständige Veränderungen im Gesundheitswesen sind kreative Lösungen und hochspezialisierte Beratung mehr denn je gefragt. Insbesondere die Gesundheitswirtschaft erfordert ein tiefgehendes Verständnis der rechtlichen Rahmenbedingungen als auch des gesamten Gesundheitswesens in Wissenschaft und Praxis. Deshalb bin ich besonders erfreut, mit Herrn Prof. Dr. Duttge von der Georg-August-Universität Göttingen weiterhin einen hoch angesehenen Medizinstrafrechtler an meiner Seite zu haben.“

Die Kanzlei Dr. Weimer wird ihre Expertise im Strafrecht mit einem fundierten Wissen auf dem Gebiet des Medizinrechts weiter konsequent vorantreiben.

Gemeinsam mit ebenfalls spezialisierten Partnern im Bereich Krisenmanagement strebt die Kanzlei Dr. Weimer stets danach, ihrer Mandantschaft eine hochwirksame und erfolgreiche Rechtsberatung zu gewährleisten.

Ab dem 01.01.2024 wird die Kanzlei Dr. Weimer unter folgender Adresse zu finden sein:

Hingbergstraße 377, 45472 Mülheim an der Ruhr

Telefon: 0208 4519 3322,

Fax: 0208 4519 3320,

mobil: 01794872947

E-Mail: weimer@kanzlei-weimer.de

www.kanzlei-weimer.de

Die Kanzlei Dr. Weimer freut sich darauf, die langjährige Erfahrung und ihre ausgezeichnete juristische Kompetenz in den Dienst ihrer Mandanten zu stellen und ihnen in Zukunft als verlässlicher Partner zur Seite zu stehen.

Das Team

Dr. Tobias Weimer M. A., Rechtsanwalt, Fachanwalt für Medizinrecht, Master of Art-Management von Gesundheitseinrichtungen, Compliance Officer (TÜV)

Prof. Dr. Gunnar Duttge, Georg-August-Universität Göttingen, Direktor Abteilung für strafrechtliches Medizin- und Biorecht, Vorstandsmitglied Zentrum für Medizinrecht. Den Assistenzbereich der Kanzlei wird Frau Stephanie Leitner gewohnt betreuen.

In Kooperation mit der Krisenmanagementagentur Gloria Mundi GmbH, Geschäftsführer Christian Dietzel



Intensivmediziner legen Verfassungsbeschwerde gegen Triage-Paragrafen ein!

Verschiedene Gruppen von Intensivmedizinern haben gegen § 5c IfSG Verfassungsbeschwerde zum Bundesverfassungsgericht (unter anderem unter Aktenzeichen 1 BvR 2284/23) erhoben. Voraussetzung ist dabei, dass die jeweiligen Beschwerdeführer jeweils selbst, gegenwärtig und unmittelbar betroffen sind. Aus diesem Grund kann auch nicht – wie in der Presse weit verbreitet zu lesen war – der Marburger Bund selbst oder die DiVi Verfassungsbeschwerde einlegen. Sie sind schlicht nicht beschwerdebefugt. Gegenstand der Verfassungsbeschwerden ist das Zuteilungsverfahren bei nicht ausreichend vorhandenen überlebenswichtigen intensivmedizinischen Behandlungskapazitäten aufgrund einer übertragbaren Krankheit, das in § 5c IfSG geregelt ist. Es wurde im Rahmen des Zweiten Gesetzes zur Änderung des Infektionsschutzes mit Gesetz vom 08.12.2022 (BGBl. I S. 2235 (Nr. 49), in Kraft getreten am 14.12.2022, eingeführt. Dem Normsetzungsverfahren war die Entscheidung des BVerfG v. 16.12.2021 (BVerfG v. 16.12.2021 – 1 BvR 1541/20 = BVerfGE 160, 79–129) vorangegangen. Mit einer Verfassungsbeschwerde hatten sich die damaligen Beschwerdeführer gegen das Unterlassen staatlicher Maßnahmen gewandt, die ihnen einen wirksamen Schutz vor möglichen Benachteiligungen wegen ihrer Behinderung im Rahmen ihrer gesundheitlichen Versorgung während der Coronavirus-Pandemie gewährleisten. Das BVerfG hat den Gesetzgeber aufgefordert, eine Regelung zu erlassen, die im Falle der Notwendigkeit einer Priorisierung knapper (intensivmedizinischer) Ressourcen („Triage“) eine Benachteiligung von Menschen mit Behinderung ausschließt. Die Intensivmediziner rügen nun im Kern durch die Vorgaben des Zuteilungsverfahrens in ihren Grundrechten aus Art. 12 Abs. 1 S. 2 GG (ärztliche Berufsfreiheit), Art. 4 Abs. 1 (Gewissensfreiheit) sowie Art. 3 Abs. 1 (Anspruch auf Gleichbehandlung) und Art. 103 Abs. 2 GG (Bestimmtheitsgebot) verletzt zu sein. Die in der Verfassungsbeschwerde benannten Eingriffsdimensionen gewinnen dabei ihre besondere Eingriffstiefe durch den Umstand, dass evtl. Gesetzesverstöße jedenfalls mit standesrechtlichen, aber – mindestens hinsichtlich des Verbots der sog. ex post-Triage – womöglich auch mit strafrechtlichen Sanktionsfolgen verbunden, in jedem Falle aber gravierende berufliche und soziale Negativfolgen im Falle von disziplinarischen, berufsrechtlichen, approbationsrechtlichen bzw. gar strafrechtlichen Ermittlungen zu erwarten sind. Darüber hinaus erachten die Autoren der Verfassungsbeschwerde (Prof. Dr. Gunnar Duttge, Direktor der Abteilung für strafrechtliches Medizin- und Biorecht und RA Dr. Tobias Weimer, M. A.), das Gesetz bereits für formell verfassungswidrig, da sich der Bund eine Gesetzgebungskompetenz anmaße, die ihm nicht zustehe.



Dr. Tobias Weimer, M. A.

Rechtsanwalt | Fachanwalt für Medizinrecht |
Strafverteidiger
Master of Arts – Management von Gesundheitseinrichtungen
Compliance Officer (TÜV Zert.)
c/o DR. WEIMER – MEDIZINRECHT | STRAFRECHT
Hingbergstr. 377, 45472 Mülheim an der Ruhr
weimer@kanzlei-weimer.de