

Wie der unten aufgeführten Tabelle zu entnehmen ist, wurden sowohl die Inhalte der Sitzungen als auch die jeweiligen Präsentationen mehrheitlich positiv bewertet.

Schon jetzt dürfen wir Sie darauf hinweisen, dass der nächstjährige 19. Chirur-

gentag in der Zeit vom 07. bis 08.10.2005 in Hamburg stattfinden wird.

Prof. Dr. J. Jähne
(Leiter der Akademie für chirurgische Weiterbildung und praktische Fortbildung)

Sitzungsbewertungen des 18. Chirurgentages						
Sitzung auf dem 18. Chirurgentag 2004	Inhalt	Praxisrelevanz	Präsentation	Diskussion	Erkenntnisgewinn	gesamt
HT I: Mindestmengen in der Chirurgie	2,1	2,2	2,2	2,0	2,3	2,1
HT II: Band- und Sehnenverletzungen der unteren Extremität						
• a) Fibulare Bandruptur	1,8	1,7	1,9	1,9	2,2	1,9
• b) Sehnenverletzungen der unteren Extremität	1,6	1,8	1,9	1,6	1,9	1,8
HT III: Metastasen Chirurgie	1,8	2,2	2,2	2,2	2,3	2,2
HT IV: Schilddrüsen Chirurgie	1,8	1,8	1,9	2,0	2,2	1,9
PS: How I do it - Magen, Nebenschilddrüse, Leistenhernie	1,9	2,3	2,1	2,7	2,5	2,3
PS: How I do it - Varizen und Narbenhernie	1,6	1,4	1,6	1,7	1,9	1,6
PS: Ästhetische Chirurgie	1,7	2,0	1,7	2,3	2,1	1,9
PS: DRGs - Wo stehen wir 2004?	2,0	2,1	2,0	2,2	2,4	2,1
PS: „Was gibt es Neues in der Chirurgie?“	1,6	2,0	2,0	2,3	2,1	2,0
PS: Laparoskopische Chirurgie in der Onkologie	1,6	1,6	1,8	1,7	2,1	1,8
PS: Koloproktologie	1,9	2,3	2,4	2,2	1,9	2,1
PS: Ambulante arthroskopische Chirurgie	2,2	1,9	2,2	2,0	2,4	2,1
PS: Claviculafraktur	1,9	2,0	1,6	2,0	3,6	2,2
AF: Zeitgemäße Weiterbildung	2,3	2,0	2,6	2,1	2,5	2,3
VS: Gastroösophageale Refluxkrankheit und Hiatushernie	2,2	2,3	2,4	2,6	2,8	2,5
VS: Endoskopische Verfahren in der Unfallchirurgie	1,5	1,9	1,4	1,7	1,7	1,6
Pflegesymposium	1,6	1,9	1,7	2,0	2,0	1,8

Bewertung nach Schulnoten: 1=sehr gut | 2=gut | 3=befriedigend | 4=ausreichend | 5=mangelhaft | 6=ungenügend
HT=Hauptthema, PS=Praxisseminar, AF=Assistentenforum, VS=Videositzung

Operation KlinikRente

Der Alltag von Chirurgen ist komplex. Ständig müssen sie sich auf individuelle Patientenfälle einstellen. Ihre Arbeit am Menschenleben erfordert hohe Konzentration und den neuesten Stand der Forschung sollten sie ebenfalls kennen. In der betrieblichen Altersversorgung verhält es sich ähnlich. Die Gesetzeslage ändert sich laufend. Kein Mitarbeiter in der Klinik ist wie der andere und das Produktangebot wird zunehmend größer. Die Bundesbürger stehen derzeit vor der Situation, selbst vorsorgen zu müssen, um im Alter ihren Lebensstandard nicht deutlich reduzieren zu müs-

sen. Doch es ist nicht einfach, bei laufend neuen Diskussionen und gesetzlichen Regelungen, den Über- und Durchblick zu behalten und die verschiedenen Varianten der Altersversorgung richtig einschätzen zu können. Dieses Problem kann für die Chirurgen schnell gelöst sein. Denn KlinikRente bietet umfangreiche Möglichkeiten, die steuerlich vorteilhafte Entgeltumwandlung durchzuführen und so für das Alter vorzusorgen.

Die KlinikRente wurde als Versorgungswerk für betriebliche Altersversorgung im Jahr 2002 durch den Bundesverband Deut-

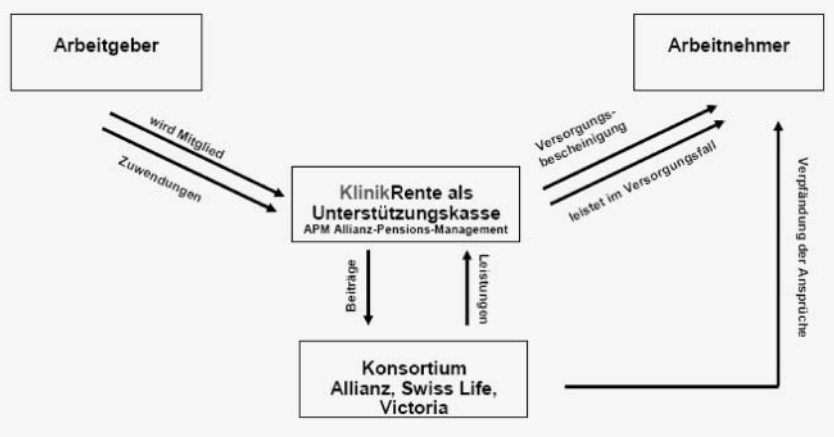
scher Privatkrankenanstalten e. V. ins Leben gerufen. Bereits 2003 folgte die Öffnung für Kranken-, Reha- und Pflegeeinrichtungen aller Trägerschaften. Träger der KlinikRente sind die renommierten Versicherungskonzerne Allianz, Victoria und Swiss Life.

Warum bietet gerade KlinikRente besondere Vorteile?

1. Sicherheit

KlinikRente wird von drei starken Versicherungskonzernen getragen. Damit wird ein Höchstmaß an Sicherheit des

Wie funktioniert eine Unterstützungskasse?



eingezahlten Kapitals der Arbeitnehmer erreicht. Unabhängige Fachleute sehen hierin sogar die Basis für den großen Erfolg von trägerübergreifenden Branchenlösungen.

2. Verbandskonditionen

Unabhängig davon, wie viele Mitarbeiter der Klinik sich beteiligen, für KlinikRente gilt immer eine Konditionstabelle. Ohne die Branchenlösung wäre eine solche Tarifgestaltung ansonsten nur für Großkonzerne darstellbar. Einzelne Arbeitnehmer erhalten durch die Verbandskonditionen also weit günstigere Angebote als bei Einzelabschlüssen.

3. Gute Mitnahmemöglichkeiten

Ein weiterer wichtiger Vorteil einer Branchenlösung wie der KlinikRente ist die Portabilität. Das heißt, die problemlose Möglichkeit zur Mitnahme der Versorgung bei einem Arbeitgeberwechsel. Zwar regelt das neue Alterseinkünftegesetz, dass Arbeitgeber zusammen mit den jeweiligen Anbietern verpflichtet sind, die Übertragung der Versorgungszusagen möglich zu machen. Dies gilt jedoch nicht für den Durchführungsweg Unterstützungskasse. Hier ist es ganz besonders wichtig, dass sich der Arbeitgeber der am weitesten verbreiteten Lösung anschließt, da nur so sicher gestellt ist, dass der Arbeitnehmer mit höchster Wahrscheinlichkeit seine Unterstützungskassenversorgung mitnehmen kann. KlinikRente ist darüber hinaus nicht nur innerhalb der Branche kompatibel, sondern auch mit den großen Versorgungslösungen anderer Branchen wie zum Beispiel MetallRente, TextilRente oder Altersversorgung der Holz- und Kunststoffindustrie. Kompa-

tilibilität bedeutet, dass eine einfache Ummeldung genügt und keine aufwendigen bürokratischen Verfahren zu bewältigen sind.

4. Verschiedene Durchführungswege

KlinikRente bietet verschiedene Durchführungswege an, um die steuerlich vorteilhafte Entgeltumwandlung durchzuführen. In Kranken-, Reha- und Pflegeeinrichtungen werden vorrangig drei Varianten genutzt:

■ KlinikRente als Direktversicherung*

Angestellte Ärzte haben die Möglichkeit bis zu 1.725 Euro im Jahr pauschal zu besteuern. Die Kapitalauszahlung erfolgt steuerfrei und ist somit für angestellte Ärzte eine lohnende Möglichkeit, Steuern zu sparen.

■ KlinikRente als Pensionskasse**

Angestellte Ärzte haben die Möglichkeit bis zu 4 Prozent der Beitragsbemessungsgrenze der gesetzlichen Rentenversicherung (2004 = 2.472 Euro) steuer- und sozialabgabenfrei in eine Pensionskasse einzuzahlen. Die Auszahlung wird erst im Rentenalter besteuert und zwar mit dem dann geltenden, meist günstigeren Steuersatz.

* WICHTIGER HINWEIS: Diese Möglichkeit läuft zum 31. Dezember 2004 aus. Verträge dieser Art können nur noch im Jahr 2004 abgeschlossen werden.

** Einschränkung: Für Ärzte, die eine bestehende Zusatzversorgung haben, muss vorab geprüft werden, inwieweit die steuerlichen Möglichkeiten durch die Zahlung des Arbeitgebers an die Zusatzversorgung eingeschränkt werden. Für den dritten Durchführungsweg gilt diese Einschränkung nicht.

■ KlinikRente als Unterstützungskasse

Die Unterstützungskasse bietet angestellten Ärzten die umfangreichsten Möglichkeiten zum Steuern sparen durch Entgeltverzicht. In eine im Volksmund abgekürzte U-Kasse können auch Beträge über 4 Prozent der Beitragsbemessungsgrenze eingezahlt werden. Diese Möglichkeiten werden in Industrie, bei Banken, Versicherungen und auch Krankenhäusern in privater Trägerschaft für die Mitarbeiter der Führungsebenen seit vielen Jahren aktiv genutzt. In öffentlichen und kirchlichen Krankenhäusern waren diese Möglichkeiten bislang weitgehend unbekannt.

Zudem ist die Unterstützungskasse in zweifacher Hinsicht steuerlich privilegiert. Nicht nur die Einzahlungen bleiben steuerfrei, sondern auch die Auszahlung als Einmalkapital oder als Rente wird steuerlich bevorzugt behandelt. Auch nach den Regelungen des eben erst verabschiedeten Alterseinkünftegesetzes (AltEinkG) können bei der Einmalkapitalauszahlung die Möglichkeiten der so genannten „Fünftelung“ genutzt werden. Das heißt, die Kapitalauszahlung aus der Unterstützungskasse wird steuerlich so behandelt wie eine Abfindungszahlung des Arbeitgebers an seinen Arbeitnehmer. Entschieden sich der Arzt als Vertragspartner dagegen für eine lebenslange Rente, können die steuerlichen Freibeträge angesetzt werden. In der steuerlichen Behandlung stellen diese Freibeträge die Rentenzahlung aus der Unterstützungskasse somit der einer Beamtenpension gleich und können Jahr für Jahr fallend bis einschließlich 2040 geltend gemacht werden.

Fazit

KlinikRente als Unterstützungskasse bietet dem angestellten Arzt die einfachste und steuerlich wirkungsvollste Methode, die eigene Versorgungssituation und die seiner Hinterbliebenen zu verbessern. Die Unterstützungskasse ist die ideale Weg für angestellte Ärzte, um Steuern zu sparen und für das Alter vorzusorgen. Wichtig zu wissen: Der Arbeitgeber entscheidet über das Angebot, die Wege und den An-

bieter der betrieblichen Altersversorgung. Für einige Krankenhäuser gilt aber: Wo keine Nachfrage, da auch kein Angebot. Deshalb kommt es auch auf die Mitarbeiter an, wie umfangreich und sinnvoll die betriebliche Altersversorgung ist.

Procedere

- Hat sich der Arbeitgeber für einen oder mehrere Durchführungswege entschieden, schließt er eine Vereinbarung mit der KlinikRente und tritt so der Unterstützungskasse bei, die vom Versicherungskonzern Allianz gemanagt wird.
- Zur Bestimmung eines sinnvollen Umwandlungsbetrages benötigt der Arzt eine Entscheidungsbasis. Die KlinikRente erstellt auf Grundlage seiner persönlichen Daten eine Beispielrechnung inklusive Checkliste.
- Danach vereinbart der Arzt mit seinem Arbeitgeber den individuellen

Umwandlungsbetrag, den der Arbeitgeber nicht mehr als Bruttolohn versteuert, sondern steuerfrei als Vorsorgelohn in die Unterstützungskasse einzahlt. Die Beitragsmittel werden an das Versichererkonsortium abgeführt, welches dem Arbeitnehmer die aus dem Beitrag erwachsenen Ansprüche zu 100 Prozent verpfändet (siehe auch nachfolgendes Unterstützungskassenmodell).

Korrespondierender Autor

F. Gieseler

Rösrather Straße 759, 51107 Köln

Service

Wer mehr über die Lösungswege der KlinikRente wissen möchte oder Interesse an persönlicher Beratung hat, kann sich gerne an das Versorgungswerk wenden. Bitte den Coupon ausfüllen. Weitere Informationen sind zudem unter www.klinikrente.de abrufbar.

Bestell-Coupon

Ja, ich möchte mehr über KlinikRente und die Versorgungsmöglichkeiten erfahren.

- Bitte schicken Sie mir weitere Informationen.
- Bitte nehmen Sie mit mir persönlichen Kontakt auf.

Name, Vorname _____

Straße _____

PLZ, Ort _____

Telefon _____

Angestellt in Klinik _____

Bitte schicken Sie dieses Formular ausgefüllt per Post, Fax oder E-Mail an FUNK-Ärztenservice, Herrn Thomas Scheuer, Postfach 30 17 60, 20306 Hamburg, Tel.: 0800-411 411 9, Fax: 040-35 914-595, Mail: t.scheuer@funk-gruppe.de

Personalialia

Frau Prof. Dr. med. Heike Allgayer ist auf die C3-Professur für Experimentelle Chirurgie an der Fakultät für Klinische Medizin Mannheim der Ruprecht-Karls Universität, Heidelberg, berufen worden.

Herr Prof. Dr. med. Klaus Balzer, Chefarzt der Gefäßchirurgischen Klinik am Evangelischen Krankenhaus, Mühlheim/Ruhr, ist von der Landesregierung Nordrhein-Westfalen zum Professor ernannt worden.

Die Herren Prof. Dr. med. Karl-Hermann Fuchs, Frankfurt/Main, und Prof. Dr. med. István Klempa, Bremen, sind von der Ungarischen Gesellschaft für Chirurgie mit der Ehrenmitgliedschaft geehrt worden.

Der Berufsverband der Deutschen Chirurgen gratuliert seinen Mitgliedern zu den Auszeichnungen und Ernennungen.

Prof. Dr. M.-J. Polonius (Präsident)

Zertifizierte Fortbildung

Chirurg (2004) 75: 1229-1240
DOI 10.1007/s00104-004-0965-y

V. Ruppert · M. Sadeghi-Azandaryani
B. Steckmeier

Gefäßchirurgie, Chirurgische Klinik und Poliklinik, Klinikum der LMU München-Innenstadt, München

Gefäßverletzungen an den Extremitäten

Gefäßverletzungen an den Extremitäten stellen mit ca. 70 % den größten Anteil an allen Gefäßtraumata dar und beinhalten ein hohes Amputationsrisiko von 10–20 %. Die Arterienverletzungen werden nach Art der Gewalteinwirkung in direkte und indirekte Traumata eingeteilt. Blutung und periphere Ischämie richten sich nach Art und Schweregrad der arteriellen Läsion.

Bei Mehrfachverletzten trägt die routinemäßige Anwendung von Dopplersonografie und Duplexsonografie dazu bei, arterielle Verletzungen frühzeitig zu erkennen und zu therapieren. Mit der klinischen Untersuchung und einem AB- oder WB- Index > 1,0 kann eine behandlungsbedürftige Gefäßverletzung mit hoher Sicherheit ausgeschlossen werden. Bei Vorliegen einer kritischen Ischämie, einer spritzenden Blutung oder eines rasch expandierenden Hämatoms sollte nach Ausschluß weiterer lebensbedrohlicher Verletzungen die sofortige Operation erfolgen. Bei nicht sofort versorgungspflichtigen Gefäßverletzungen entscheiden Angiografie oder Duplexsonografie über das weitere Vorgehen. Der Verschluss einer rekonstruierten Arterie, das Auftreten eines Kompartmentsyndromes und eine nicht ausreichende Antikoagulation sind signifikante Risikofaktoren für eine Amputation.

Sie möchten den ganzen Beitrag lesen? Bestellen Sie die Ausgabe von „Der Chirurg“ für EUR 25,- bei unserem Kundenservice!

So erreichen Sie unseren Kundenservice:

Springer-Verlag
Kundenservice Zeitschriften
Haberstraße 7
69126 Heidelberg
Tel.: 0 62 21/3 45-43 03
Fax: 0 62 21/3 45-42 29

E-Mail: SAG-journals@springer-sbm.com

DerChirurg.de