

PASSION

CHIRURGIE



CME-ARTIKEL

LEISTENHERNIEN BEI FRAUEN

im Fokus
**GEMEINSAM
STARK**

12 | 2016

MITGLIEDERZEITSCHRIFT:
DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR CHIRURGIE
BERUFSVERBAND DER DEUTSCHEN CHIRURGEN





Werde
ÄnderungsschneiderIn

Kein Durchschnittsjob: ChirurgIn
www.chirurg-werden.de

WIR *in* ZAHLEN

BDC

Der Berufsverband der Deutschen Chirurgen e.V. (BDC) ist Europas größte Chirurgenvereinigung. Unter dem Dach des BDC setzen sich Vertreter sämtlicher chirurgischer Disziplinen dafür ein, die berufspolitischen Belange der chirurgischen Gemeinschaft zu vertreten.

Auf der Gründungssitzung **1960** wählten die 40 anwesenden Chirurgen Herrn Prof. Dr. H. Killian zum ersten Vorsitzenden. Ihm zur Seite wurden neun Beisitzer gewählt, die mit dem Aufbau zu gründender Landesverbände betraut wurden.

Mittlerweile sind **17.393** Chirurginnen und Chirurgen (Stand 31.12.15) Teil des größten chirurgischen Netzwerkes in Deutschland. Dafür ist nicht nur die Schlagkraft einer modernen, durchsetzungsstarken Interessenvertretung ein wichtiges Argument, sondern auch die juristische Beratung, der Versicherungsschutz und das vielfältige Angebot der BDC|Akademie überzeugen die Mitglieder.

Durch Beschluss des erweiterten Präsidiums kann Personen, die sich um die Belange des Berufsverbandes der Deutschen Chirurgen besonders verdient gemacht haben, die Ehrenmitgliedschaft verliehen werden (**11**).



1960

1872

17.393

6.445

11

73

DGCH

Zweck der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH) ist laut Satzung „die Förderung der wissenschaftlichen und praktischen Belange der Chirurgie“. Neben dem Fortschritt in Forschung und Klinik, dessen kritischer Evaluation und Umsetzung in eine flächendeckende Versorgung zählt dazu auch die Auseinandersetzung mit den politischen, ökonomischen und sozialen Rahmenbedingungen der Chirurgie.

Die Gesellschaft wurde in Berlin ins Leben gerufen und gehört zu den ältesten medizinisch-wissenschaftlichen Fachgesellschaften. Eine bereits bei Gründung der Gesellschaft **1872** formulierte Aufgabe, nämlich „die chirurgischen Arbeitskräfte zu einigen“, hat heute eine besondere Bedeutung erhalten.

Aktuell zählt die DGCH **6.445** Mitglieder. Durch die Mitgliedschaft werden chirurgische Interessen in den Organen der Gesellschaft wahrgenommen und gestärkt. Als Mitglied kann man sich aktiv an der Gestaltung der Gesellschaft beteiligen und in den Sektionen sowie Arbeitsgemeinschaften an wichtigen chirurgischen Themen mitarbeiten.

Im Rahmen des Jahreskongress der DGCH ernennt der amtierende Präsident jedes Jahr Ehrenmitglieder, die sich im besonderen Maße für die Gesellschaft engagiert haben (**73**). ○



**PROF. DR. MED. DR. h.c.
HANS-JOACHIM MEYER**

Präsident des Berufsverbandes der
Deutschen Chirurgen e.V. (BDC)
Generalsekretär der Deutschen
Gesellschaft für Chirurgie e.V. (DGCH)
praesident@bdc.de, h-jmeyer@dgch.de



PROF. DR. MED. TIM POHLEMANN
Präsident der Deutschen Gesellschaft für
Chirurgie e.V. (DGCH)

info@dgch.de

Meyer H.-J. / Pohlemann T. Editorial:
Gemeinsam stark. Passion Chirurgie. 2016
Dezember; 6(Q4): Artikel 01.



Sehr geehrte Frau Kollegin,
sehr geehrter Herr Kollege,

ähnlich dem so häufig angeführten Vergleich von „des Kaisers neuen Kleidern“ erhalten Sie heute die erste Ausgabe der gemeinsamen Mitgliederzeitung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie und dem Berufsverband der Deutschen Chirurgen als weiteren Hinweis für die Umsetzung der angestrebten Einheit der deutschen Chirurgie. Bemühungen um mehr Gemeinsamkeiten in unserem Fachgebiet bei Wahrung der individuellen Eigenständigkeit bestehen seit langem, ließen sich allerdings nur schwierig realisieren; teilweise auch mitbedingt durch eher enttäuschende Ergebnisse von sogenannten Tiefeninterviews mit Vertretern der wissenschaftlichen Fachgesellschaften und Berufsverbänden aus dem Jahre 2013.

Gerade aber bei Berücksichtigung der in den Satzungen vorgegebenen Zielsetzungen mit Förderung und Koordination der wissenschaftlichen Tätigkeiten aller in Deutschland tätigen Chirurgen bzw. bei Erhalt und Weiterentwicklung einer leistungsfähigen Chirurgie

die Belange aller Chirurgen zu wahren und zu fördern, erscheint es mehr als sinnvoll, wenn die wissenschaftlichen Fachgesellschaften und die entsprechenden Berufsverbände in vielen Belangen gemeinsam agieren. Nur so kann das zweifelsfrei vorhandene Potenzial der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie als eine der ältesten wissenschaftlichen Gesellschaften weltweit und das des Berufsverbandes der Deutschen Chirurgen als Europas größter Chirurgenverband auch wirklich genutzt wird. Unter dem Aspekt „together everybody achieves more“ könnte es mit Teamgeist gelingen, mehr Gehör und Aufmerksamkeit bei der zunehmenden Zahl von Selbstverwaltungsorganen und politischen Entscheidungsträgern zu finden. In der derzeitigen gesundheits- und berufspolitischen

IM FOKUS

”

Gemeinsam stark

Situation in unserem Lande kann man in der Tat nur gemeinsam stark auftreten, um sich auch etwaige Einflussmöglichkeiten zu eröffnen.

Herausforderungen hierzu gibt es genügend und exemplarisch seien nur die Novellierungen der Musterweiterbildungsordnung und der Gebührenordnung für Ärzte, Definition von Qualitätsparametern bei entsprechend geplanter Vergütung, das Krankenhausstruktur – oder Antikorruptionsgesetz genannt. Im Bereich der Weiterbildungsordnung ist es nun bereits gelungen, eine einstimmige Empfehlung an die zuständige Kommission der

Bundesärztekammer abzugeben. Der Weg zur weiteren Akzeptanz gemeinsamer Beschlüsse von Fachgesellschaften und Berufsverbänden wird sicherlich nicht einfach sein, aber erste Schritte zeichnen sich ab, wie die Präsidialgespräche mit der Bundesärztekammer zum jeweiligen Jahresbeginn oder Einladungen an die offiziellen Vertreter der Fachgesellschaften und Berufsverbände aus dem Bundesministerium für Gesundheit zur aktiven Teilnahme an verschiedenen Veranstaltungen.

Im Sinne der engeren Kooperation ist mittlerweile auch eine gemeinsame Pressestelle eingerichtet worden. Dabei entstand auch die gemeinsam herausgegebene Zeitschrift für unsere Mitglieder, deren Probeexemplar im Präsidium der Deutschen Gesellschaft für

Chirurgie eine durchaus positive Resonanz gefunden hat. Machen Sie sich also ein Bild über die „neuen Kleider“ unserer Mitgliederzeitschrift, wobei die Herausgeber sich über ihre Anmerkungen, kritische Stellungnahmen und konstruktive Anregungen freuen würden.

In diesem Sinne wünschen wir Ihnen ein gesegnetes Weihnachtsfest im Kreise Ihrer Familie und einen guten Rutsch ins neue Jahr. ○

IMPRESSUM

CHIRURGIE

HERAUSGEBER

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

DGCH

Präsident: Prof. Dr. med. Tim Pohlemann
Vizepräsidenten: Prof. Dr. med. Gabriele Schackert,
Prof. Dr. med. Jörg Fuchs, Prof. Dr. med. Matthias Anthuber
Generalsekretär: Prof. Dr. med. Dr. h.c. Hans-Joachim Meyer
Schatzmeister: Prof. Dr. med. Thomas H.K. Schiedeck

BDC

Präsident: Prof. Dr. med. Dr. h.c. Hans-Joachim Meyer
Vizepräsidenten: Prof. Dr. med. Julia Seifert,
Dr. med. Jörg-Andreas Rüggeberg

Justitiar: Dr. jur. Jörg Heberer, Berlin/München
Geschäftsführer: Dr. rer. pol. Ronny Dittmar

REDAKTION

Prof. Dr. med. Dr. h.c. Hans-Joachim Meyer
Dr. med. Jörg A. Rüggeberg (dr.rueggeberg@t-online.de)
Dr. rer. pol. Ronny Dittmar (ronny.dittmar@bdc.de)
Julia Weilbach (passion_chirurgie@bdc.de)
Katrin Kammerer

VERLAG

schaefermueller publishing GmbH
Ifenpfad 2-4, 12107 Berlin
info@schaefermueller.de | Tel. +49 30 76180 625

DESIGN

Nina Maria Küchler, Berlin

ANZEIGENVERWALTUNG

Sabine Bugla
sabine.bugla@media-more.net
+49 (0) 5632 966147

ABBILDUNGSHINWEISE

Cover-Foto von iStock / xmee | Editorial-Foto von iStock/
SvetaZi | Teaserfotos von iStock oder von den Autoren.

ERSCHEINUNGSWEISE UND BEZUG:

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

Der Bezug ist im Mitgliedsbeitrag des Berufsverbandes
der Deutschen Chirurgen e.V. und der Deutschen
Gesellschaft für Chirurgie enthalten und den Mitgliedern
vorbehalten.

EIGENTÜMER UND COPYRIGHT:

© BDC-Service GmbH | Luisenstraße 58/59, 10117 Berlin

GERICHTSSTAND UND ERFÜLLUNGORT: BERLIN

Auslosung des Bilder-Rätsels 2016

And the winner is...

Unter wieder zahlreichen Einsendungen haben wir einen
Gewinner ausgelost: Eric W. aus Trulben.

Der BDC gratuliert und wünscht viel Spaß mit dem
neuen Android-Tablet.

BDC IM WEB 2.0:



02



10

INHALT

01 EDITORIAL

01 Wir in Zahlen

02

im Fokus GEMEINSAM STARK

H.-J. Meyer, T. Pohlemann

06 SCHAUFENSTER

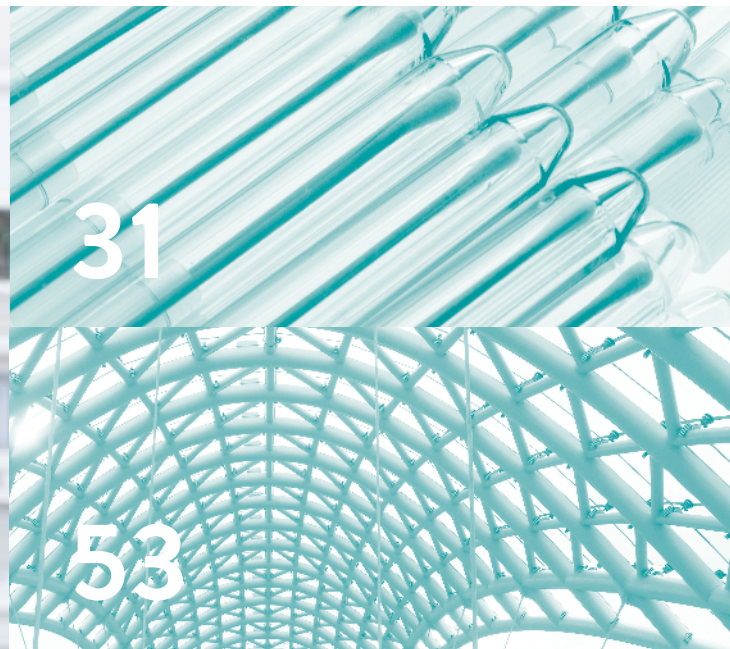
06 Die gemeinsame Zeitschrift – Was ist neu?
09 Chirurgie in Zahlen

10 CHIRURGIE

10 Chirurgische Innovationen in Deutschland
A. Haverich, S. Weber
14  CME-Artikel: Leistenhernien bei Frauen – „One fits all“
oder doch maßgeschneiderte OP?
R. Lorenz, A. Koch, F. Köckerling

24 CHIRURGIE⁺

24 Weiter- und Fortbildung
BDC|Akademie: Jahresprogramm 2017
H.J. Meyer, W. Schröder



46

31

53

- 27 **Bücher** Intensivmedizin konkret – Fragen und Antworten
R. Wildenauer

- 28 **Hygiene-Tipp** Keimarme Handschuhe und Handschuh-Desinfektion
W. Popp, K-D. Zastrow

- 29 English in a brief: Tricky translations
Eveline Goodman-Hedtke, PhD.

31 **Recht & Ökonomie**

DRG-Kodierung 2017 (Teil 1)
R. Bartkowski

- 35 Aktueller Bericht über die Ergebnisse der Honorarverteilung

- 37 Glossar perioperativer Prozesszeiten und Kennzahlen - Version 2016
M. Bauer, R. M. Waeschle, J.-A. Rüggeberg, H.-J. Meyer, C. Taube, M. Diemer, M. Schuster

- 42 Schwanger im OP
A. Wienke, L. Kuball

47 **GESUNDHEITSPOLITIK**

- 47 Alles wie immer?
H.-J. Meyer, J.-A. Rüggeberg

- 50 Sektorenunabhängige Versorgung in der Chirurgie
S. Dittrich

52 **INTERN**

52 **DGCH**

2. Einladung Jahreskongress der DGCH

- 54 1. Einladung zur Mitgliederversammlung

- 57 Nachrufe

- 59 ACS Traveling Fellowship to Germany 2016
P. Shen

- 62 Bausteine Langenbeck-Virchow-Haus

- 65 **DGCH-Präsidium** ab 1. Juli 2016

68 **BDC**

Arbeitsgemeinschaft Beleg- und Kooperationsärzte im BDC

70 **BDC-Pressemitteilung**

Beleg- und Kooperationsärzte fordern mehr Rechtssicherheit

BSG-Urteil gefährdet chirurgische Versorgung

- 72 Termine BDC|Akademie

- 76 Personalia

- 78 Versicherungsangebote

- 79 Mitglieder-Fachexkursion nach Sri Lanka

- 81 Lifestyle-Angebote

- 82 LandesVerbände

DIE GEMEINSAME ZEITSCHRIFT

– WAS IST NEU?

In Ihren Händen halten Sie ein weiteres konkretes Ergebnis der stärkeren Zusammenarbeit der DGCH und des BDC: die neue gemeinsame *Passion Chirurgie*. In dieser komplett überarbeiteten und neu gestalteten Zeitschrift finden Sie ab jetzt alle aktuellen Mitteilungen der DGCH und des BDC.

Als Ausdruck zweier kooperierender Partner wurde die neue Mitgliederzeitschrift so konzipiert, dass sich beide Vereinigungen gleichermaßen in den Inhalten und dem Design wiederfinden. Es wurde bewusst auf eine Zusammenführung von Rubriken und spezifischen Kapiteln verzichtet – vielmehr haben wir gemeinsam eine rundum neue Zeitschrift gestaltet.

Passion Chirurgie erscheint quartalsweise als Print- und monatlich als elektronische Ausgabe. Wir werden Sie monatlich per Newsletter über das Erscheinen der neuesten Ausgabe informieren. Die gedruckten Quartalsausgaben werden Ihnen wie üblich per Post zugesandt.

MONATLICH ALS EMAGAZIN LESEN

Die BDC-Mitglieder kennen die monatlichen Ausgaben als eMagazin bereits – DGCH-Mitglieder können sich ab jetzt über monatliche

Neuigkeiten freuen. Um nichts zu verpassen, laden Sie sich die **BDC|Mobile App** aus dem jeweiligen App Store herunter und lesen Sie das eMagazin bequem unterwegs auf Ihrem mobilen Endgerät (Smartphone oder Tablet).

Nachfolgend zeigen wir Ihnen verschiedene Wege, wie Sie als Mitglieder die elektronischen Monatsausgaben ganz bequem lesen können – auf Ihrem Smartphone oder Tablet.

Für Smartphones und Tablet-Geräte haben wir eine eigene App entwickelt, die einmalig auf Ihrem Gerät installiert werden muss. In den App-Märkten von Apple und Android suchen Sie bitte einfach nach „BDC Mobile“, um die App BDC|Mobile und damit auch „*Passion Chirurgie*“ zu finden. Sie können die App kostenfrei herunterladen. Nach der Installation starten Sie das Leseprogramm durch Tippen auf das Icon „BDC|Mobile“.

BDC-Mitglieder melden sich innerhalb der App wie gewohnt mit Ihrem Nachnamen und der Mitgliedsnummer an (**Abb. 1**). DGCH-Mitglieder erhalten mit der Ankündigung jedes neuen eMagazins einen Coupon, um auf die jeweilige Ausgabe in der App zugreifen zu können (**Abb. 2**).

NEUE RUBRIKEN

In der neuen Zeitschrift werden nicht allein die jeweiligen Mitteilungen aus den Fachgesellschaften und Berufsverbänden ihren Platz finden. In der Rubrik *CHIRURGIE* können Sie Fachartikel aus unterschiedlichen chirurgischen Disziplinen lesen. *CHIRURGIE+* umfasst alle Themen wie Ökonomie, Recht, Management und Fortbildung, die zusätzlich Ihren Berufsalltag beeinflussen. Über aktuelle gesundheitspolitische Entwicklungen werden wir Sie ebenfalls in



Abb. 1a
Abb. 1b
Abb. 2

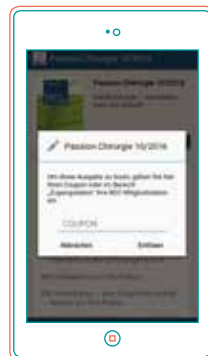




Abb. 3

Abb. 1: Geben Sie an dieser Stelle einmalig Ihre BDC-Mitgliedsnummer und Ihren Nachnamen an, um die Ausgaben als eMagazin in der App zu lesen.

Abb. 2: DGCH-Mitglieder müssen zum Download einen Coupon eingeben, den Sie mit der Ankündigung zu jeder neuen Ausgabe erhalten.

Abb. 3: eMagazin-Nutzung.



SELBSTVERSTÄNDLICH STELLEN WIR IHNEN DIE INHALTE DER MONATLICHEN ZEITSCHRIFT AUCH OHNE DIE NUTZUNG DER APP ZUR VERFÜGUNG. SOWOHL DER BDC ALS AUCH DIE DGCH STELLT DEN MITGLIEDERN DIE MONATLICHEN AUSGABEN ALS PDF IM MITGLIEDERGESCHÜTZTEN BEREICH AUF DER JEWELIGEN WEBSEITE ZUM DOWNLOAD BEREIT

AUF BDC|ONLINE (WWW.BDC.DE/AUSGABEN/ANLEITUNG-FUR-DIE-APP/) FINDEN SIE EIN VIDEO-TUTORIAL ZUR BDC|MOBILE APP.

einer entsprechenden Rubrik auf dem Laufenden halten. Alles in allem wollen wir mit der neuen Zeitschrift nicht nur gemeinsame Wege gehen, sondern wir wollen uns auch inhaltlich verändern. Es wird jeden Monat thematische Schwerpunkte geben, in denen sich alle chirurgischen Fachrichtungen wiederfinden werden, darüber hinaus wollen wir Ihnen aber einen möglichst „bunten Strauß“ an Informationen rund um die Chirurgie und angrenzende Themen bieten.

UNSERE REDAKTION

Professor Meyer wird als Generalsekretär der DGCH gemeinsam mit BDC-Vizepräsident Dr. Rüggeberg weiterhin die Herausgeberschaft der Zeitschrift leiten. Ansprechpartner für die Autoren zu allen organisatorischen und redaktionellen Belangen sind Katrin Kammerer, Julia Weilbach und Dr. Ronny Dittmar seitens des BDC und der BDC Service GmbH sowie Dr. Rosmarie Nowoiski aus der Geschäftsstelle

der DGCH. In Absprache mit den Vorständen werden in dieser Runde und unter Einbeziehung der Fachreferate und Fachgesellschaften Themen erarbeitet und Inhalte festgelegt.

An dieser Stelle möchten wir ganz besonders den Autoren für ihr Engagement danken, ohne die unsere Zeitschrift nicht umzusetzen wäre. Wir möchten Sie auch weiterhin bitten, uns Ihre Ideen und Vorschläge für Beiträge zukommen zu lassen – und natürlich auch Ihre konstruktive Kritik.

Sie erreichen uns via E-Mail unter passion_chirurgie@bdc.de

Wir wünschen Ihnen eine informative und interessante Lektüre und freuen uns über Ihre Leserbrief!

Ihre Redaktion der Passion Chirurgie



MEHR ALS ERWARTET

4x
IM JAHR
GEDRUCKT

12x
IM JAHR ALS
eMAGAZIN



PASSION **CHIRURGIE**



erhältlich im App Store
und bei Google Play

DAS MAGAZIN DER DGCH UND DES BDC ALS eMAGAZIN

MONATLICH ÜBER DIE BDC | MOBILE APP LESEN.

43.287

2⁰¹⁵ wurden **43.287** ästhetisch-plastische Operationen durch die **125** aktiven Mitglieder der Vereinigung der Deutschen Ästhetisch-Plastischen Chirurgen (VDÄPC) und der Deutschen Gesellschaft für Ästhetisch-Plastische Chirurgie (DGÄPC) laut Hochrechnung durchgeführt. Im Vorjahr waren es **39.723**. Dies bedeutet eine Zunahme von neun Prozent.

Der Männeranteil unter den Patienten an den Operationen bleibt wie **2014** stabil bei rund 12 Prozent. Häufigster operativer Eingriff bei Frauen ist wie in den Vorjahren die Brustvergrößerung, vor der Fettabsaugung und der Oberlidstraffung. Bei den Männern gestaltet sich die Rangfolge so: Hier führt die Gynäkomastie, also die Entfernung der vergrößerten Brust, die Statistik an, gefolgt von der Fettabsaugung und der Oberlidstraffung. Die Haartransplantation verzeichnet einen größeren Zuwachs und rückt auf Platz vier vor.

Die Operations- und Behandlungszahlen wurden durch eine gemeinsame Mitgliederbefragung der VDÄPC und der ermittelt. Die Beteiligung an der Befragung betrug **66** Prozent; die Zahlen wurden anschließend hochgerechnet. (Quelle: DGÄPC)

CHIRURGIE *in* ZAHLEN

34 %

Was hat die Teilnehmer der BDC-Assistentenumfrage **2014/2015** zur Facharztweiterbildung in der Chirurgie bewogen? An erster Stelle stand mit **34 %** das allgemeine Berufsbild des Chirurgen, gefolgt von der Berufung mit **22 %**, mit 18 % durch die Tätigkeit im PJ und mit **13,9 %** die chirurgischen Vorbilder/Lehrer. Freie Stellen, Anerkennung in der Bevölkerung, Karrieremöglichkeiten sowie Verdienstmöglichkeiten spielen keine oder eine untergeordnete Rolle bei der Wahl des Berufes. Diesbezüglich haben sich in den letzten Umfragepanelen keine großen Veränderungen ergeben.

10.000

Pro Jahr bliebe schätzungsweise **10.000** Menschen mit künstlichem Knie- oder Hüftgelenk eine Wechsel-Operation erspart, wenn es in Deutschland ein verpflichtendes Endoprothesenregister gäbe. Auch die Krankenkassen würden etwa **100 Millionen** Euro einsparen, wie aus einer aktuellen Studie hervorgeht. Die Deutsche Gesellschaft für Endoprothetik e. V. (AE) setzt sich bereits seit Langem für die verpflichtende Teilnahme aller betroffenen Krankenhäuser am Endoprothesenregister Deutschland (EPRD) ein, um die hohe Versorgungsqualität in Deutschland zu erhalten und noch weiter zu verbessern.



CHIRURGISCHE INNOVATIONEN IN DEUTSCHLAND

”

Das sind kleine medizinische Wunder. Sie sind der Erfolg unserer Forscher. Für den Jungen und die Frau bedeutet Forschung sein Hören und ihren Herzschlag. Es bedeutet Alltag und Lebensqualität. Für unser Land bedeutet Forschung Arbeitsplätze. Wenn wir etwas können, was andere nicht können, dann erhalten und schaffen wir Wohlstand.“ [1]

—
(ZITAT AUS DER NEUJAHRSANSPRACHE VON
BUNDESKANZLERIN MERKEL 2013, NACHDEM SIE
IM MONAT ZUVOR ZWEI MEDIZINISCHE EXZEL-
LENZCLUSTER IN HANNOVER BESUCHT HATTE.)

Chirurgische Forschung ist häufig patientennah und krankheitsbezogen. Selten bezieht sie sich auf grundsätzliche molekulare Prozesse. Sie ist dennoch hypothesengestützt und wird mit großer ärztlicher Verantwortung in die klinische Anwendung gebracht. In den wenigsten Fällen folgt sie dabei den heute geforderten reduktionistischen Regeln der Evidenzbasierten Medizin (EBM), nämlich der prospektiv randomisierten klinischen Studie vor allgemeiner Verbreitung. Sie berücksichtigt vielmehr besonders die persönlichen Werte und Wünsche des Patienten sowie die individuelle chirurgische Erfahrung des chirurgischen Teams. Diese Zusammenhänge haben die Autoren in zwei jüngeren Publikationen anhand hervorragender chirurgischer Innovationen in Deutschland über die vergangenen Jahrzehnte dargelegt [2, 3]. An 15 Beispielen wurde darüber hinaus die Frage des Publikationsverhaltens hochrangiger chirurgischer Forscher sowie die Drittmittelförderung der Innovationen untersucht.

Nach Vortrag der vorläufigen Ergebnisse der Untersuchung anlässlich des 100-jährigen Bestehens des Langenbeck-Virchow-Hauses in Berlin bestand der Wunsch nach detaillierter Publikation der einzelnen untersuchten Verfahren. Nachdem dieses den Umfang der wissenschaftlichen Veröffentlichung [2, 3] gesprengt hätte, geben die Autoren hier die „Steckbriefe“ der 15 identifizierten „Bahnbrechenden Innovationen der vergangenen 80 Jahre in Deutschland“ wieder.

1939

DIE MARKNAGELUNG

Unzufrieden mit bisherigen Methoden der intraossären Stabilisierung von Frakturen, entwickelte **Gerhard Küntscher** in Zusammenarbeit mit dem Instrumentenfabrikanten Ernst Pohl einen Marknagel. Nach erfolgreichen Tierversuchen [4] erfolgte am 9. November 1939 in Kiel die erste Anwendung am Menschen. Das System basierte



**KORRESPONDIERENDER AUTOR:
PROF. DR. DR. H.C. AXEL HAVERICH**

Ärztlicher Direktor
Klinik für Herz-, Thorax-,
Transplantations- und Gefäßchirurgie
Medizinische Hochschule Hannover
Carl-Neuberg-Str. 1, 30625 Hannover
haverich.axel@mh-hannover.de



STEFFEN WEBER

Assistenzarzt
Abteilung für Innere Medizin
DRK-Krankenhaus Clementinenhaus
Lützerodestr. 1, 30161 Hannover

auf einem kleeblattförmigen Lamellennagel, den er frakturfern in den Knochen eintrieb. Erstmals berichtete Küntscher im Jahr 1940 sowohl auf der Tagung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie als auch in der Klinischen Wochenschrift über den neuen Marknagel [5, 6]. Verbreitung fand das Verfahren durch den Zweiten Weltkrieg, da mit Marknagel versorgte Soldaten in ihre Heimatländer zurückkehrten und hiermit für Aufmerksamkeit sorgten. [7] Eine Evaluation im Sinne von externer Evidenz gab es nicht. Die Entwicklung wurde nicht finanziell gefördert. [8] Das auf Küntschers Arbeit beruhende Konzept der Marknagelung hat bisher nicht an Gültigkeit verloren.

1952

THALAMOTOMIE ZUR TREMORTHERAPIE

Basierend auf den Überlegungen von Hassler, der den Thalamus als Zielstruktur für die Behandlung von Tremor identifizierte, führte **Fritz Mundiger** in Freiburg am 14. November 1952 die erste Thalamotomie eines Patienten mit Morbus Parkinson durch. [9] Die Entwicklung der Methode erfolgte ohne eine externe Finanzierung und Tierversuche. [10] Zwei Jahre nach diesem Eingriff veröffentlichten Hassler und Riechert das Verfahren in Deutschland. [11] 1955 folgte eine internationale Publikation, in der die Autoren das praktische Vorgehen erläutern. [12] Mundiger wurde in beiden Artikeln nicht erwähnt. Erst nachdem das Verfahren bereits etabliert war, erschienen Studien zur Nutzenbewertung der Therapie. [13-16] Das Verfahren fand schnell Akzeptanz und ersetzte die bis dahin gebräuchliche Pallidotomie. [9] Mit der Entwicklung von Dopamin sank die Bedeutung der operativen Tremorthherapie. Dennoch stellt das Verfahren bis heute eine anerkannte Behandlungsalternative dar. [17]

1959

DER AORTO-PULMONALE PROTHESENSHUNT ALS THERAPIEOPTION FÜR DIE FALLOT-TETRALOGIE

Die primär chirurgische Sanierung der Fallot'sche Tetralogie stellt seit der Erstanwendung im Jahr 1954 durch Lillehei das

Verfahren der Wahl dar. [18] Ist der Allgemeinzustand des Patienten stark reduziert, muss zur Stabilisierung eine Übergangslösung gefunden werden. Hierzu verwendete **Werner Kliner** 1959 einen aorto-pulmonalen Prothesenshunt. Mit diesem Verfahren gelang es, Probleme der bisher verwendeten Blalock-Taussig Anastomose zu umgehen. [19] Die Entwicklung der Methode basierte auf eigenen Mitteln und erfolgte ohne eine externe projektspezifische Förderung. Auf die Durchführung von Tierversuchen verzichtete Kliner. [20] Publiziert wurde die Methode im Jahr 1962 auf nationaler Ebene als Fallbericht mit 15 Patienten. [21] Randomisierte, kontrollierte Studien erfolgten nicht. Bis heute hat das Verfahren seinen Stellenwert als überbrückende oder palliative Operation nicht verloren.

1972

DUODENUMERHALTENDE PANKREASKOPFRESEKTION

Mit seiner Duodenopankreatektomie legte Walter Kausch im Jahr 1909 in Berlin den Grundstein für die moderne Pankreaschirurgie. [22] In der Folge wurde das Verfahren besonders durch Allen Oldfather Whipple geprägt. [23] Weitere Modifikationen erfolgten durch Traverso und Longmire. [24]

Mit dem Ziel, ein weniger radikales Verfahren für die Entfernung des chronisch entzündeten und vergrößerten Pankreaskopfes zu entwickeln, führte eine Gruppe um **Hans G. Beger** ab 1970 Duodenumerhaltende Pankreaskopfresektionen an Hunden durch. Erstmals wurde das Verfahren 1972 an Menschen angewendet. [25] Die Methode wurde in einem Vortrag und auch in Publikationen präsentiert. [25-27] Die erste kontrollierte Studie erfolgte von 1991 bis 1993. [28] Außer den Tierversuchen, die durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung gefördert wurden, erhielt das Projekt keine weitere Unterstützung durch Drittmittel. [25]

1981

LAPAROSKOPISCHE APPEKDEKTOMIE

Inspiziert durch eigene Erfahrungen aus der Gynäkologie entwickelte **Kurt Karl**

Stephan Semm Instrumente, um das Einsatzgebiet der Laparoskopie auf die Viszeralchirurgie zu erweitern. [29, 30] Zur Schaffung der technischen Voraussetzungen gründete er die Firma WISAP. [31] Tierversuche wurden bei der Entwicklung nicht durchgeführt. Zusammen mit Liselotte Mettler führte Semm im Jahr 1981 in Kiel die erste laparoskopische Appendektomie durch. Der Vorstoß stieß jedoch auf breite Ablehnung, da herkömmliche Verfahren ausreichend seien und man allgemein mögliche Risiken durch das neue Verfahren fürchtete. [32, 33] Im Jahr 1983 erfolgte die Publikation als Fallbericht. [34] Die erste große Fallserie wurde 1987 durch Schreiber publiziert. [35] Die Finanzierung der Entwicklung beruhte auf eigenen Mitteln ohne direkte externe Förderung. [32] Aus heutiger Sicht bildet der Vorstoß den Beginn der laparoskopischen Revolution, die in der Folge die Viszeralchirurgie erfasste. [30]

1981

KLASSIFIKATION DES WEICHTEILSCHADENS BEI FRAKTUREN

Bereits 1975 wurde durch Schweiberer auf die Bedeutung des begleitenden Weichteilschadens für die Frakturheilung hingewiesen. [36] Um den Weichteilschaden standardmäßig in der Therapieplanung zu berücksichtigen, präsentierten **Harald Tscherne** und **Hans-Jörg Oestern** eine Klassifikation des Weichteilschadens für offene und geschlossene Brüche im Rahmen des SICOT Weltkongresses in Rio de Janeiro 1981. [37]

Basierend auf ihrer klinischen Erfahrung graduieren sie den Weichteilschaden in vier Gruppen. [38, 39] Das Projekt wurde nicht durch Drittmittel gefördert. Auf die Durchführung von Tierversuchen und Studien wurde bewusst verzichtet, da der Zusatznutzen der Klassifikation für Tscherne und Oestern außer Frage stand. [40]

1982

ELEPHANT TRUNK

Aortenaneurysmata und akute Aortendissektionen erforderten vor der Einführung des

Elephant Trunk ein kompliziertes zweiseitiges operatives Vorgehen. Aufgrund der hohen perioperativen Mortalität und des hohen handwerklichen Anspruchs des bisherigen Verfahrens suchte **Hans Georg Borst** durch die problemorientierte Analyse von Angiographien nach einer Alternative.

Mit dem Einsatz des ersten Elephant Trunk im Jahr 1982 gelang der Durchbruch. Entwickelt hat Borst das Verfahren ohne Tierversuche und ohne die Unterstützung durch Drittmittel. Er veröffentlichte das Verfahren ein Jahr später. [41] 1988 und 1992 folgten Fallserien. [42, 43]

In evolutionären Schritten wurde das Verfahren weiter optimiert. [44-48] Heute wird das Verfahren als „frozen Elephant Trunk“ weltweit erfolgreich eingesetzt.

1985

LAPAROSKOPISCHE CHOLEZYSTEKTOMIE

Ermutigt durch die laparoskopische Appendektomie entwickelte **Erich Mühe** ein minimalinvasives Verfahren zur Entfernung der Gallenblase. Ähnlich wie Semm entwickelte er eigene Instrumente, verzichtete aber auf Tierversuche. Weltweit erstmalig führte Mühe am 12. September 1985 am Kreiskrankenhaus Böblingen eine laparoskopische Cholezystektomie durch. Eine externe Förderung erhielt Mühe nicht. [49, 50] Mühe präsentierte das Verfahren auf nationalen Kongressen und in Publikationen. [51, 52] Auch im Ausland wurde die Technik zunehmend angewandt. In Frankreich war es Dubois, der 1987 das Verfahren als erster anwendete. [52, 53] Die erste große Fallserie stammt aus dem Jahr 1990 und wertet die Ergebnisse von über 2000 Eingriffen aus. [55] Heute ist die laparoskopische Cholezystektomie die Therapie der Wahl bei symptomatischen Gallensteinleiden.

1986

SPLIT-LEBERTRANSPLANTATION

Der Auslöser für die Entwicklung der Split-Lebertransplantation war der Mangel an geeigneten Spenderlebern. Mit der Teilung einer Spenderleber gelang es **Rudolf Pichlmayr** 1986, erstmalig mit einem Spen-

derorgan zwei Patienten zu versorgen. [56] Zwei Jahre nach dem Eingriff veröffentlichte er das Verfahren als Fallbericht auf nationaler Ebene. Für die Entwicklung des Verfahrens erhielt Pichlmayr Drittmittel von der Stiftung Volkswagenwerk. [57] Auf die Durchführung von Tierversuchen wurde verzichtet. [56] Im Jahr 1989 berichtete auch Bismuth et. al. über eine leicht modifizierte Split-Lebertransplantation. [58] Die erste Fallserie mit sechs Patienten veröffentlichte Pichlmayr 1990. [59] In einem Vergleich zwischen Split-Lebertransplantation, Leberlebendspende und postmortale Transplantation der gesamten Leber zeigten sich 2005 keine signifikanten Unterschiede. [60]

1987

KLASSIFIKATION DER AEG-TUMOREN

Motiviert durch eine bisher uneinheitliche Definition und Therapie des oberen Gastrointestinaltraktes entwickelte eine Gruppe um **Jörg Rüdiger Siewert** an der TU München eine Klassifikation der Adenokarzinome des Ösophago-gastralen Übergangs.

Basierend auf einer retrospektiven Analyse des eigenen Krankengutes, leiteten sie eine dreiteilige Einteilung ab. Maßgeblich war hierbei die anatomische Lage des Tumors. Zur Vereinheitlichung der Behandlungsstrategien wurde eine klassifikationsabhängige Therapiestrategie durchgeführt. Die Evaluation der neuen Klassifikation erfolgte im Rahmen einer prospektiven, nicht randomisierten Beobachtungsstudie. [61, 62]

1988

EX SITU LEBERRESEKTION

Ende des 20. Jahrhunderts standen mit der anatomischen Leberresektion, der atypischen Leberresektion und der Enukleation vielseitige Verfahren zur Teilresektion der Leber zur Verfügung. Allerdings waren zentrale Anteile nicht erreichbar. Um Tumoren, die mit herkömmlichen Verfahren nicht erreicht werden konnten zu resektieren, entwickelte **Rudolf Pichlmayr** ohne Tierversuche die ex situ-Leberresektion. [63] Hierbei erfolgte nach der vollständigen Entnahme der Leber die Resektion des Tumors

extrakorporal. Das Vorgehen orientierte sich an der Lebertransplantation. Erstmals wandte er das Verfahren 1988 an der Medizinischen Hochschule Hannover an. Bei der Entwicklung der Methode wurde er durch Drittmittel von der Deutschen Forschungsgemeinschaft unterstützt. Pichlmayr veröffentlichte sein Verfahren als Fallbericht. [64] Im selben Jahr erfolgte auch die Präsentation beim Kongress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie. [65] Zwei Jahre später folgte eine Fallserie mit neun Patienten. [66] Ab 1990 verbreitet sich das Verfahren besonders in Europa und Japan. [67] Die ersten Langzeitergebnisse wurden 2000 publiziert. [68]

1997

PROPHYLAKTISCHE THYREOIDEKTOMIE

Es war wohl Walter Burk, der 1901 in seiner Dissertation die erste Beschreibung des hereditären medullären Schilddrüsenkarzinoms im Rahmen der damals noch unbekannten MEN lieferte. [69] Im Jahr 1993 wurde das RET-Protoonkogen als auslösende Keimbahnmutation identifiziert. [70] Dies ermöglichte im folgenden Jahr die ersten prophylaktischen Thyreoidektomien bei asymptomatischen Genträgern [71]. In der Folge entwickelte eine Gruppe um **Hennig Dralle** Empfehlungen für das operative Management von asymptomatischen Genträgern. [72, 73] Hiermit wurde für eine potentiell tödliche Erkrankung im asymptomatischen Stadium ein sicherer kurativer Ansatz geschaffen.

1998

COMPUTERGESTÜTZTE MKG-CHIRURGIE

Bedingt durch enge anatomische Lagebeziehungen im Gesichtsschädel erfordert die computergestützte Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie den Einsatz platzsparender Referenzierungssysteme. Basierend auf einer rahmenlosen, nicht invasiven Referenzierungsschiene [74] begann eine Gruppe um **Rainer Schmelzeisen** 1998 an der Universitätsklinik Freiburg, virtuelle Modelle in die operative Realität umzusetzen. Prä-

klinisch wurde das Vorgehen an Modell-schädeln getestet. Durch gezielte Planung konnte die Anzahl der nötigen Eingriffe minimiert werden, um das Therapieziel zu erreichen. [75-78]

2002

MITWACHSENDE HERZKLAPPE

Herkömmliche biologische und mechanische Klappenprothesen passen sich nicht dem Wachstum des kindlichen Herzens an und stellen daher keine optimale Therapieform für Herzfehler bei Kindern dar. Um diesen besonderen Anforderungen Rechnung zu tragen, entwickelte eine Gruppe um **Serghei Cebotari** und **Axel Haverich** einen dezellularisierten Homograft, den sie von patienteneigenen Zellen in vivo neu besiedeln ließen. [79] Ermöglicht wurde das Projekt durch Gelder des Leibniz-Preises, den Haverich für seine wissenschaftliche Tätigkeit erhalten hatte. Eine projektspezifische Drittmittelförderung gab es nicht. Nach erfolgreichen Tierversuchen [80] wurde das Verfahren erstmalig im Jahr 2002 in Moldawien angewandt. 2005 wurde das Verfahren bei der 34. Jahrestagung der DGTHG in Hamburg präsentiert. 2006 berichtete Haverich in einer Fallserie über die Langzeitergebnisse der ersten Eingriffe. [81] Seit dem 1. Januar 2012 läuft die internationale prospektive Studie ESPOIR. Trotz anfänglicher Kritik [82] ist das Verfahren zum Goldstandard für die Therapie von Klappenfehlern bei Kindern gereift.

2008

EXTRAKORPORALE MEMBRANOXYGENIERUNG FÜR NICHT-BEATMETE PATIENTEN

Erstmals zur Therapie des akuten Lungenversagens in den 1970er Jahren in den USA angewendet, [83] konnten die Indikationen der ECMO in der Folge erweitert werden. Regelmäßig war eine Allgemeinanästhesie des Patienten notwendig. Dies führte zu einer erhöhten Komplikationsrate. Mitarbeiter von **Axel Haverich** versorgten auf dessen Anweisung im Jahr 2008 erstmalig einen Patienten der pneumologischen Abteilung von **Tobias Welte** mit einer ECMO in Lokalanästhesie ohne endotracheale Intubation.

Neben der Vermeidung von narkoseassoziierten Nebenwirkungen war der Patient wach und kontaktierbar. Erstmals wurde das neue Vorgehen im Jahresrückblick 2008 der Abteilung für HTTG als Vortrag präsentiert. Im Jahr 2010 erfolgte die Publikation als Fallserie mit fünf Patienten. [84] Zwei Jahre später folgte eine Fallserie mit 26 Patienten. [85]

2013 wurde erstmalig über die Anwendung bei Kindern berichtet. [86] Die Methode wurde spontan aus der klinischen Notwendigkeit heraus ohne experimentellen Vorlauf entwickelt.

Eine Analyse der Ergebnisse wurde ausführlich in den beiden zitierten Publikationen vorgenommen [2, 3]. Folgende Schlussfolgerungen wurden gezogen:

- Chirurgische Forschung erfolgt hypothesengestützt.
- Sie wird eher patienten- und krankheitsbezogen denn molekular- oder zellbiologisch durchgeführt.
- Sie generiert medizinische Evidenz, anders als in der pharmazeutischen Forschung faktisch nicht über kontrollierte prospektive Studien.
- Sie führt dennoch zu einem bedeutsamen Fortschritt der klinischen Behandlung und deren Verbesserung.
- Veröffentlichungen erfolgen ganz überwiegend in Fachzeitschriften mit niedrigem Impactfaktor.
- Eine Drittmittelförderung, öffentlich oder privat, bildet die Ausnahme bei der Projektfinanzierung.
- Solche Innovationen entstehen in wissenschaftlich hochaktiven Einrichtungen.
- Chirurgische Forschung bedarf einer gesonderten Bewertung im Vergleich zu anderen medizinischen Disziplinen.
- Chirurgische Forschung sollte seitens der öffentlichen Drittmittelgeber eher institutionell als projektbezogen gefördert werden.
- Diese Aussagen treffen auf alle chirurgischen Disziplinen zu und spiegeln das Bild chirurgischer Forschung im westlichen Ausland.



CME-ARTIKEL: LEISTENHERNIEN BEI FRAUEN – „ONE FITS ALL“ ODER DOCH MASSGESCHNEIDERTE OP?

Leistenhernien finden sich zwar bei Frauen deutlich seltener als bei Männern, dennoch kann davon ausgegangen werden, dass in Deutschland pro Jahr mehr als 30.000 Leistenhernien-Operationen bei Frauen vorgenommen werden.

Die Analyse der vorhandene Literatur bringt erstaunliches zutage: Es existieren weder Metaanalysen noch randomisierte Studien - explizit über Leistenhernien bei Frauen. Die derzeitigen Behandlungsempfehlungen und Leitlinien beruhen auf Subgruppenanalysen von epidemiologischen Studien vor allem der skandinavischen Hernienregister. Vor diesem Hintergrund haben wir die vorhan-

denen Daten mit denen aus dem deutschen Hernienregister Herniamed mit über 26.000 Leistenhernien-Operationen von Frauen verglichen.

WIE HÄUFIG SIND DIE LEISTENHERNIEN BEI FRAUEN UND WELCHES ALTER BETREFFEN SIE? WELCHE HERNIENTYPEN SIND BESONDERS HÄUFIG UND WIE HÄUFIG SIND DABEI NOTFALLEINGRIFFE?

Sowohl in der Literatur als auch in den Herniamed-Daten wird ein Verhältnis Männer zu Frauen von ca. 9:1 angegeben. Die Mehrheit der Leistenhernien bei Frauen treten in



**KORRESPONDIERENDER AUTOR:
DR. MED. RALPH LORENZ**

1. Vorsitzender
BDC|Landesverband Berlin
Regionalvertreter der Niedergelassenen
Praxis 3+CHIRURGEN
Klosterstrasse 34/35, 13581 Berlin
lorenz@3chirurgen.de www.3chirurgen.de



DR. MED. ANDREAS KOCH

Chirurgische Praxis Cottbus
Gerhard-Hauptmann-Str. 15
03044 Cottbus



**PROF. DR. MED. FERDINAND
KÖCKERLING**

Vivantes Klinikum Spandau
Neue Bergstr. 6, 13585 Berlin

Lorenz R. / Koch A. / Köckerling, F. CME-Artikel:
Leistenhernien bei Frauen – „One fits all“ oder
doch maßgeschneiderte OP? Passion Chirurgie.
2016 Dezember; 6(12/Q4): Artikel 03_02.



WEITERE ARTIKEL FINDEN SIE
AUF BDC|ONLINE (WWW.BDC.DE,
RUBRIK WISSEN | FACHGEBIETE |
VISZERALCHIRURGIE).



Abb. 1: Altersverteilung bei Leistenhernien von Frauen/Primärhernien



Abb. 2: Altersverteilung bei Leistenhernien von Frauen/Rezidivhernien

einem Alter ab 50 Jahren auf (**Abb. 1, 2** und **Tab. 1**). Sowohl bei Primärhernien als auch bei Rezidivhernien treten 70 % der Leistenhernien erst bei Frauen über 50 Jahren auf.

Geschlechtsunterschiede bestehen auch beim Hernientyp. Bei Frauen sind die Mehrzahl (über 60 %) der Leistenhernien indirekte Hernien (**Abb. 3**). Femorale Hernien kommen bei Frauen in ca. 15 % der Fälle vor und sind somit deutlich häufiger zu finden als bei Männern (0,8 %). Der Anteil von kombinierten Hernien beträgt wie bei Männern ca. 15 % (**Tab. 2**). Die Daten aus der Shouldice Klinik (**Abb. 4**), aber auch anderer Studien sind bezüglich der Verteilung der Hernientypen vergleichbar.

Eine niederländische Arbeitsgruppe beschreibt, dass bei systematischer intraoperativer Diagnostik die Anteile an femoralen Hernien bei primären Hernien bei 23 % und bei Rezidivhernien sogar bei 35 % liegen [1].

Auch das Myopectineal orifice (= MPO), also das Ausmaß der drei potenziellen Hernienlücken

(indirekte, direkte und femorale) zeigt ebenso Geschlechtsunterschiede. So konnte in einer Kadaverstudie gezeigt werden, dass das MPO bei Frauen rechteckig ist und im Durchschnitt ein Ausmaß von 8,1 x 5,3 cm beträgt (zum Vergleich bei Männern eher quadratisches Ausmaß mit 7,6 x 7,6 cm) [2].

Die meisten Operationen in Deutschland sind wie bei Männern Elektivoperationen. Der Anteil an Notfalloperationen bei Frauen beträgt bei primären Leistenhernien laut den HERNIAMED Daten 8,8 %. Der Anteil an Inkarzerationen mit Darmresektionen beträgt lediglich 1,7 % (**Tab. 3**).

Auch bei Rezidiv-Operationen wächst der Anteil an Notfalleingriffen nicht an. Im Gegenteil: der Anteil an Notfalleingriffen bei Rezidiv-Operationen beträgt nur 5,6 % und ist somit geringer als bei Primäroperationen. Lediglich bei 0,6 % besteht eine Inkarzeration die eine Darmresektion notwendig machte (**Tab. 4**).

Tabelle 1 Patientinnen mit Leistenhernien nach Altersgruppen bei Primär- und Rezidivhernien

Altersgruppe (Jahre)	Primärhernien n = 23.476		Rezidivhernien n = 2.153	
	Anzahl Patienten	Prozent	Anzahl Patienten	Prozent
0 bis 10	237	1,0	3	0,1
10 bis 20	319	1,4	25	1,2
20 bis 30	1.325	5,6	150	7,0
30 bis 40	2.158	9,2	201	9,3
40 bis 50	3.241	13,8	348	16,2
50 bis 60	3.655	15,5	358	16,6
60 bis 70	3.407	14,5	336	15,6
70 bis 80	5.327	22,7	484	22,5
80 bis 90	3.194	13,6	218	10,1
90 bis 100	613	2,6	30	1,4

Tabelle 2 Verteilung der Leistenhernien bei Frauen nach Hernientyp n = 22.604 Hernien (HERNIAMED Register)

Medial	Lateral	Femoral	Kombiniert
5.877	13.607	3.120	3.441
26,0 %	60,2 %	13,8 %	15,2 %

Tabelle 3 Notfalloperationen bei Frauen bei Primäroperationen

Elektive Operationen	Notfalloperationen
17.866	1.732
91,3 %	8,8 %
Elektive und Notfalloperationen bei primären Leistenhernien (N = 19.578)	
Notfall ohne Inkarzeration	217 1,1 %
Notfall mit Inkarzeration, ohne Darmresektion	1.188 6,1 %
Notfall mit Inkarzeration, mit Darmresektion	327 1,7 %
Notfalloperationen ohne/mit Inkarzeration und Darmresektion (N = 1.732)	

Tabelle 4 Notfalloperationen bei Frauen bei Rezidiv-Operationen

Elektive Operation	Notfall
1.787	106
94,4 %	5,6 %
Elektive und Notfalloperationen bei Rezidiv- Leistenhernien (N = 1.893)	
Notfall ohne Inkarzeration	14 0,7 %
Notfall mit Inkarzeration, ohne Darmresektion	80 4,2 %
Notfall mit Inkarzeration, mit Darmresektion	12 0,6 %
Notfalloperationen ohne/mit Inkarzeration und Darmresektion (N = 106)	

WIE HÄUFIG KOMMEN REZIDIV-LEISTENHERNIEN BEI FRAUEN VOR?

Das dänische Hernienregister konnte als signifikante Risikofaktoren für das Auftreten einer Rezidiv-Leistenhernie neben den direkten Hernien (RR 1.91, 95 % CI 1.62-2.26, I² = 10 %), den Rezidiveingriffen (RR 2.2, 95 % CI 2.0-2.42, I² = 6 %) und dem Rauchen (OR 2.53, 95 % CI 1.43-4.47, I² = 0 %) auch das weibliche Geschlecht (RR 1.38, 95 % CI 1.28-1.48, I² = 0 %) identifizieren [4].

Der Einfluss der direkten Hernien sowie der Rezidiv-Operationen für das Auftreten einer Rezidiv-Leistenhernie bestätigt sich auch im deutschen Hernienregister HERNIAMED. Weder das Rauchen noch das weibliche Geschlecht scheinen in Deutschland die Rezidivraten signifikant zu beeinflussen.

Rezidiveingriffe bei Frauen scheinen in Deutschland deutlich seltener aufzutreten als bei Männern. Im Deutschen Hernienregister beträgt der Anteil an Rezidiveingriffen bei Frauen lediglich 8,3 % im Vergleich zu 12,2 % bei Männern (**Tab. 5**). Auch im schwedischen Hernienregister sind Reoperationen bei Frauen deutlich seltener als bei Männern zu finden (**Abb. 5**) [5].

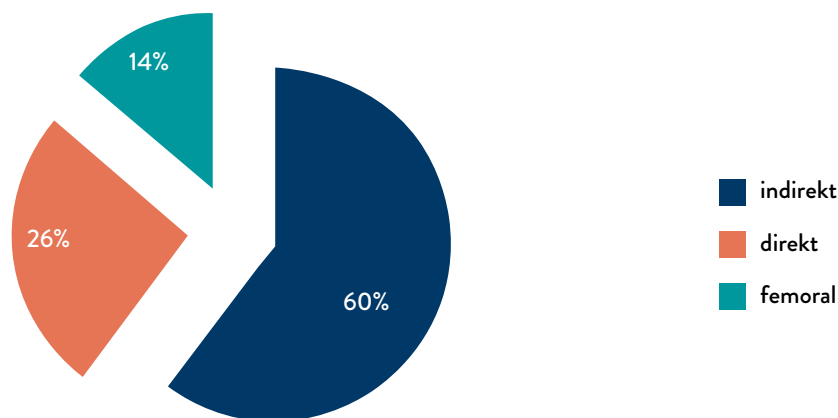
WELCHE BESONDERHEITEN BESTEHEN BEI DER DIAGNOSE DER LEISTENHERNIE DER FRAU?

Die Diagnostik einer Leistenhernie der Frau sollte stets durch die Anamnese, die klinische Untersuchung und eine obligate Ultraschalluntersuchung erfolgen [6]. Typische belastungsabhängige Symptome, eine sicht- und/oder tastbare Vorwölbung und der sichere Ausschluss anderer Ursachen der Leistenschwellung oder Leistenschmerzen sind Voraussetzung für die korrekte Indikation zur Hernienoperation. Wie beim Mann sollte eine sichere Abgrenzung aller anderen Möglichkeiten für Leistenschmerzen zwingend dazu gehören. In einzelnen Fällen kann eine weitere bildgebende Diagnostik mit CT und MRT ggf. Valsalva MRT notwendig sein.

Ca. 15 % der Leistenhernien der Frauen sind femorale Hernien, daher ist insbesondere bei der klinischen Untersuchung besonders darauf zu achten. In vielen Fällen scheint die

Tabelle 5 Anteil von Rezidiv-Operationen bei Frauen n = 26.071 (HERNIAMED Daten)

Primäre Operationen	Rezidiv-Operationen
23.917	2.154
91,7 %	8,3 %

**Abb. 3:** Verteilung der Leistenhernien bei Frauen nach Hernientypen HERNIAMED n = 22.604

Of 894 Operations on Females (2008–2012)		
Femoral	151/894	16.9%
Indirect	578/894	64.7%
Direct	55/894	6.2%
Combined	110/894	12.4%

Abb. 4: Verteilung der Leistenhernien bei Frauen nach Hernientypen - Shouldice Hospital [3]

präoperative Diagnostik mit dem intraoperativen Befund nicht übereinzustimmen [1].

Da in manchen Fällen sogar eine Inkarzation vorgetäuscht werden kann sind bei Frauen folgende weitere Differentialdiagnosen zu beachten:

- Nucksche Zyste, die einer Hydrozele beim Mann entspricht [7],
- Varicosis des Lig. Rotundum [8, 9, 10] vor allem während der Schwangerschaft aber auch bei koinzidenter Varicosis,
- Varixknoten [11], bei entsprechenden Hinweisen sollte eine zusätzliche Farbdoppleruntersuchung [10] erfolgen,
- ektope oder genitale Endometriose: Diese können sowohl zeitgleich mit einer Hernie oder auch an Stelle einer Hernie vorkommen. Nicht immer sind zyklusabhängige Symptome oder die Eigenanamnese bei Zustand nach Endometriose hinweisend [12][13],
- Aneurysmen der Femoralarterien [7],
- Lymphknoten [7],
- Psoasabszesse [7],
- De Garengot Hernien (= Appendizitis im femoralen Bruchsack) sind insgesamt äußerst selten [7],
- Bruchinhalt mit Ovarien, entsprechenden Tumoren oder Zysten kommen bei Frauen in seltenen Fällen vor [14].

WELCHE THERAPIEOPTIONEN BESTEHEN BEI DER OPERATIVEN VERSORGUNG BEI LEISTENHERNIEN VON FRAUEN?

TATSÄCHLICHE OPERATIVE VERSORGUNG IN DEUTSCHLAND

Die meisten Operationen werden in Deutschland in Allgemeinnarkose durchgeführt. Sowohl Spinal- als auch Lokalanästhesie spielen hierzulande keine Rolle (**Tab. 6**).

Grundsätzlich können sowohl offene mit oder ohne Netz als auch endoskopische Verfahren angewandt werden. In Deutschland werden nahezu alle OP-Verfahren durchgeführt. Die Anteile sind mit denen bei männlichen Patienten vergleichbar.

AMBULANTE LEISTENHERNIENOPERATIONEN

Die europäischen Leitlinien empfehlen grundsätzlich die ambulante Operation von

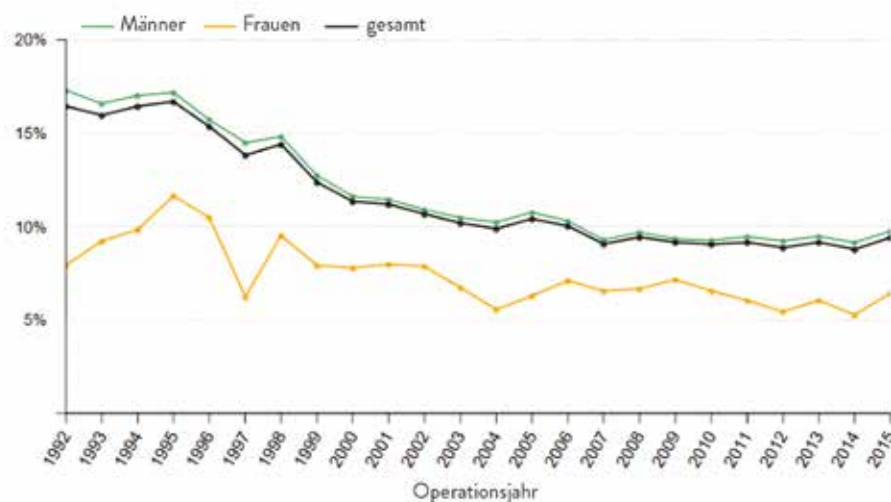
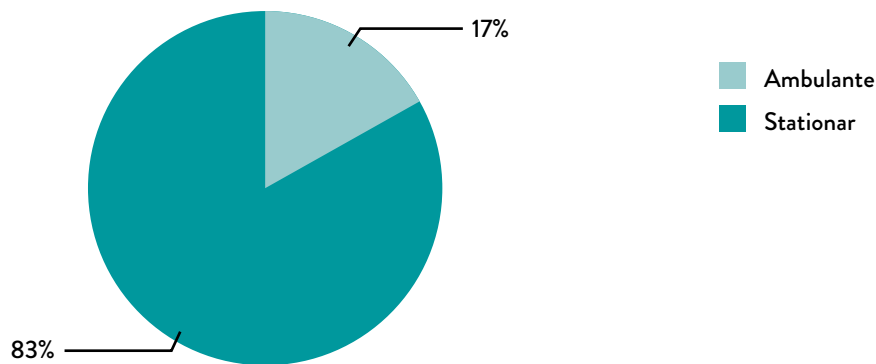
**Abb. 5:** Anteil an Reoperationen bei Männern (Män) und Frauen (Kvinnor) (Daten schwedisches Hernienregister 2015) [5]

Tabelle 6 Anästhesieverfahren bei Leistenhernienoperationen (N = 23.495)

Lokal	Spinal	Allgemein
306	644	22.545

Leistenhernie: Ambulante und stationäre Operationen**Abb. 6:** Anteil ambulanter Leistenhernienoperationen bei Frauen in Deutschland**Tabelle 7** Operationsmethoden bei primären und Rezidiv-Leistenhernien bei Frauen laut HERNIAMED-Daten

	Primäroperationen n=23.495/OPs=26.064		Rezidiv-Operationen n=2154/OPs=2419	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
TAPP	10.046	38,5	1.034	42,7
Lichtenstein	5.458	20,9	514	21,2
TEP	5.244	20,1	429	17,7
Shouldice	1.841	7,1	108	4,5
Sonstige	1.229	4,7	112	4,6
GILBERT	739	2,8	67	2,8
Plug	733	2,8	69	2,9
TIPP	434	1,7	63	2,6
Bassini	187	0,7	15	0,6
Bruch sackverschluss	153	0,6	8	0,3

allen ASA I- und ASA II-Patienten sowie auch Teilen von ASA III-Patienten egal in welcher Technik. Auch die in Rotterdam vorgestellten World Guidelines entsprechen in diesem Punkt vollständig den europäischen Leitlinien der European Hernia Society (EHS) [15][16]. In Deutschland werden diese Empfehlungen aufgrund der fehlenden gesundheitspolitischen Anreize bis heute nicht umgesetzt.

Der Anteil der ambulanten Operationen von Leistenhernien in Deutschland stagniert seit Jahren, liegt bei lediglich ca. 17 % (**Abb. 6**)

und somit deutlich unter dem internationalen Durchschnitt (OECD Durchschnitt über 50 %).

THERAPIEOPTIONEN

Welche Parameter sollten zur Abwägung der Methodenwahl herangezogen werden?

Folgende Faktoren sollen dabei näher betrachtet werden:

- Rezidivrate,
- Rate an intra- und postoperativen Komplikationen,
- Rate an chronischen Schmerzen.

REZIDIVRATEN

Grundsätzlich scheint die Rezidivrate ein Jahr nach OP auch bei Frauen nicht wesentlich erhöht zu sein (**Tab. 8**). Überraschend ist bei den HERNIAMED-Daten, dass nur die Hälfte der im Rahmen der Ein-Jahres-Nachuntersuchung festgestellten Rezidive auch zu einer Operation führt. In den dänischen und schwedischen Hernienregistern erfolgen grundsätzlich keine Follow-Up-Untersuchungen, lediglich die Re-Operationsraten werden erfasst und in einigen Registerstudien den Rezidivraten scheinbar gleichgestellt. Bei der in Deutschland durch konsequente Follow-Ups erfassten hohen Zahl **nicht reoperierter Rezidiv-Leistenhernien** muss nunmehr der Schluss gezogen werden, dass die in Dänemark und Schweden durch Hernienregister erfassten Re-Operationsraten sich nicht für eine Beurteilung der Rezidivraten eignen.

INTRA- UND POSTOPERATIVE KOMPLIKATIONEN

Gibt es methodenspezifische Unterschiede bei den intra- und postoperativen Komplikationen? Hierbei haben wir die HERNIAMED Daten aller Methoden miteinander verglichen. Es scheinen grundsätzlich keine nennenswerten Unterschiede zwischen Primär- und sekundären Eingriffen zu bestehen.

Die Metaanalyse von O'Reilly zeigte beim direkten Vergleich der drei häufigsten Verfahren zur operativen Versorgung von Leistenhernien, dass die TAPP das größte Risiko an Major-Komplikationen aufweist [17]. Die HERNIAMED-Daten bestätigen, dass besonders endoskopische Verfahren ein höheres Risiko an intraoperativen Major Komplikationen aufweisen (**Tab. 10, 11**). Insbesondere sind die intraoperativen Verletzungen von Gefäßen, Darm und Blase deutlich höher bei endoskopischen Eingriffen, insbesondere bei der TAPP. Die niedrigste Rate an intraoperativen Komplikationen weist demnach das Plug-Verfahren sowie das Shouldice-Verfahren auf. Bei den offenen Verfahren kommt es nach den vorliegenden HERNIAMED-Daten häufiger zu Nerv-Verletzungen, wobei die Frage unbeantwortet bleibt, ob diese tatsächlich Nervenläsionen betreffen oder ob es sich ggf. um Neurektomien at risk der inguinalen Nerven handelt.

Bei den postoperativen Komplikationen fällt auf, dass besonders das Lichtenstein-Verfahren

Tabelle 8 Rezidivquote bei Leistenhernien der Frauen nach einem Jahr n = 12.750

Nein	Ja, ohne Operation		Ja, mit Operation	
N	N	%	N	%
12.582	78	0,61	90	0,71

Tabelle 9 Anteil intraoperativer Komplikationen bei Primär- und Rezidiveingriffen bei Frauen

	Primärhernien n = 23.497/OPs = 26.073		Rezidivhernien N = 2.154/Ops = 2.420	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Keine intraoperativen Komplikationen	25.823	99,0	2.388	98,7
Blutungen	59	0,2	10	0,4
Verletzungen innerer Organe/Gefäße	147	0,6	14	0,6
Blutungen und Verletzungen innerer Organe/Gefäße	44	0,2	8	0,3

Tabelle 10 Intraoperative Major-Komplikationen bei Primäroperationen nach OP-Techniken

	Referenz	Major		Blutungen		Verletzungen innerer Organe/Gefäße	
	Anzahl	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
TAPP	10.046	132	1,3	57	0,6	75	0,7
Lichtenstein	5.458	51	0,9	13	0,2	38	0,7
TEP	5.244	66	1,3	21	0,4	45	0,9
Shouldice	1.841	10	0,5	0	0	10	0,5
GILBERT	739	7	0,9	5	0,7	2	0,3
Plug	733	0	0	0	0	0	0

Tabelle 11 Intraoperative Major Komplikationen bei Primäroperationen nach OP-Techniken und Organbeteiligung

	Referenz	Gefäß		Darm		Blase		Nerv		Sonstige	
	N	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
TAPP	10.046	31	0,31	14	0,14	23	0,23	1	0	14	0,14
Lichtenstein	5.458	5	0,09	1	0,01	2	0,04	22	0,40	10	0,18
TEP	5.244	8	0,15	1	0,01	9	0,17	2	0,04	27	0,51
Shouldice	1.841	1	0,05	1	0,05	2	0,11	6	0,33	1	0,05
GILBERT	739	1	0,13	0	0	0	0	0	0	1	0,13
Plug	733	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

signifikant mehr Komplikationen zeigt. Die meisten postoperativen Komplikationen fanden sich beim Lichtenstein- und beim Plug-Verfahren. Die niedrigsten postoperativen Komplikationsraten weist die TEP, das Gilbert-Verfahren und das Shouldice Verfahren auf.

CHRONISCHE SCHMERZEN

Die O'Reilly Metaanalyse zeigte, dass die Lichtenstein-Technik die höchste Rate an chronischen Schmerzen aufweist [17].

Besondere Berücksichtigung sollte dabei auch finden, dass Frauen, kleine Hernien, junge Patienten und Netzverfahren in einer HERNIAMED Analyse als **unabhängige Risikofaktoren** für die Entwicklung eines chronisch inguinalen Schmerzsyndroms ermittelt werden konnten [3] (**Abb. 7**).

In einer dänischen Studie wurden die postoperativen Schmerzen nach TAPP zwischen Männern und Frauen verglichen. Es zeigte sich, dass diese bei Frauen sowohl direkt postoperativ als auch kumulativ bis zum Tag drei signifikant mehr Schmerzen in Ruhe ($p = 0.015$) als auch unter Belastung ($p = 0.012$) hatten. Darüber hinaus klagten sie über mehr Dyskomfort ($p = 0.001$) und Ermüdung ($p = 0.020$) [18].

LEITLINIEN ZUR OPERATIVEN VERSORGUNG

Auf der Jahrestagung der European Hernia Society im Juni 2016 in Rotterdam wurden die „World Guidelines for Groin Hernia Management“ vorgestellt und Schlüsselfragen dem Auditorium in einer Art Konsensus Abstimmung mittels TED Verfahren zur Abstimmung vorgestellt:

Eine dieser Schlüsselfragen ist, ob bei vorhandener Expertise jede primäre Leistenhernie der Frau einer laparoskopischen Reparatur unterzogen werden soll (**Abb. 8**). Diese Empfehlung wird von der World Guidelines Gruppe auf das Evidenzlevel „strong“ aufgewertet.

Tatsache ist, dass es hier weder randomisierte Untersuchungen, geschweige denn Metaanalysen gibt [19]. In den 2009 publizierten European Guidelines liegt der Level of Evidence bei „2C“ (outcome studies) und es wird angemerkt, dass es aus der Studienlage unklar ist, ob es sich um wirkliche

Chronische Schmerzen	
Unabhängige Risikofaktoren	
- Alter (jünger)	p<0.001
- Frauen	p<0.001
- Herniengröße (kleiner)	p<0.001
- Rezidivhernie	p<0.001
- Netzverfahren	p<0.001
- stationär (vs. ambulant)	p<0.001

Abb. 7: Multivariable Analyse der HERNIAMED Daten 2016 Vergleich TAPP vs. TEP vs. Lichtenstein vs. Shouldice bei Männern [3]

femorale Rezidive oder ob es sich um beim Primäreingriff übersehene Femoralhernien handelt [15].

Eine in diesem Zusammenhang häufig zitierte Arbeit stammt aus dem dänischen Hernienregister [20] publiziert im Jahre 2002. Die Analyse von 34.849 Leistenbruchoperationen zeigte, dass nach vorausgegangener Leistenbruchoperation ein 15-fach erhöhtes Risiko für ein femorales Rezidiv besteht. Aber bereits in dieser Arbeit wird die Frage gestellt, ob es sich um möglicherweise übersehene Femoralhernien beim Primäreingriff handelt. Ebenfalls aus Dänemark stammt eine Untersuchung zur Prävalenz der Femoral- und Inguinalhernien [21] (Abb. 9). Ein rein endoskopisches Vorgehen bei allen erwachsenen Frauen ist damit nicht zu rechtfertigen.

In der Gruppe der Frauen zwischen 30 und 60 Jahren beträgt diese in der Normalbevölkerung 0,04 %. Mit dem 15-fachen Risiko multipliziert ergibt sich ein Risiko von 0,6 % - damit niedriger als das Risiko eines inguinalen Rezidivs. Auch Bay-Nielsen wies bereits auf die Wichtigkeit der intraoperativen Exploration auf eine Femoralhernie hin [22]. Grundsätzlich muss also unterschieden werden, ob es sich um eine primäre Leistenhernie oder Femoralhernie handelt.

Zweifelsohne nachgewiesen ist, dass Femoralhernien, wenn sie mit einem anterioren Netz in Lichtenstein Technik oder mit Naht versorgt werden, ein höheres Rezidiv- oder Reoperationsrisiko haben als posteriore Netztechniken. Leider wird - wie in der Arbeit von Andresen [23] - der anterior Approach mit anteriorer Netzlage gleichgesetzt und daraus resultierend das laparoskopische Vorgehen empfohlen. Aus der gleichen Arbeitsgruppe kommt auch eine Arbeit, die bei Frauen einen anterioren Zugang und mediale Hernien als unabhängige Risikofaktoren für eine Rezidiv-Operation herausgearbeitet hat [4]. In der Shouldice Klinik werden femorale Hernien mit einem hohen Anteil (50 %) Netzreparationen versorgt, allerdings nicht in Lichtenstein-Technik sondern präperitoneal (Abb. 5) bei einer Rezidivrate von 2,7 %.

Chapter 16 Groin Hernias in Women

KQ16.a In women with a groin lump, what is the best diagnostic modality and is a preoperative diagnosis necessary?

KQ16.b What is the optimal treatment for women with groin hernias?

KQ16.c What is the risk of incarceration/strangulation in women with groin hernias? What is the incidence of emergent inguinal/femoral hernia repair in women? What are the outcomes?

Statement	No clinical or diagnostic tests can reliably distinguish inguinal from femoral hernias.	□□□□
Statement	Femoral hernias occur more often in women.	□□□□
Statement	Femoral hernias are more likely than inguinal hernias to incarcerate and strangulate.	□□□□
Recommendation	Provided that expertise is available, women with groin hernias are recommended to undergo laparoscopic repair with preperitoneal mesh implantation.	□□□□ Strong *Upgraded
Recommendation	Timely hernia repair is recommended in women with groin hernias.	□□□□ Strong *Upgraded
Recommendation	Physicians should consider femoral hernia in the differential diagnosis of groin swelling in women.	□□□□ Strong

Abb. 8: World Guidelines vorgestellt während des EHS Kongress in Rotterdam 2016 [19]

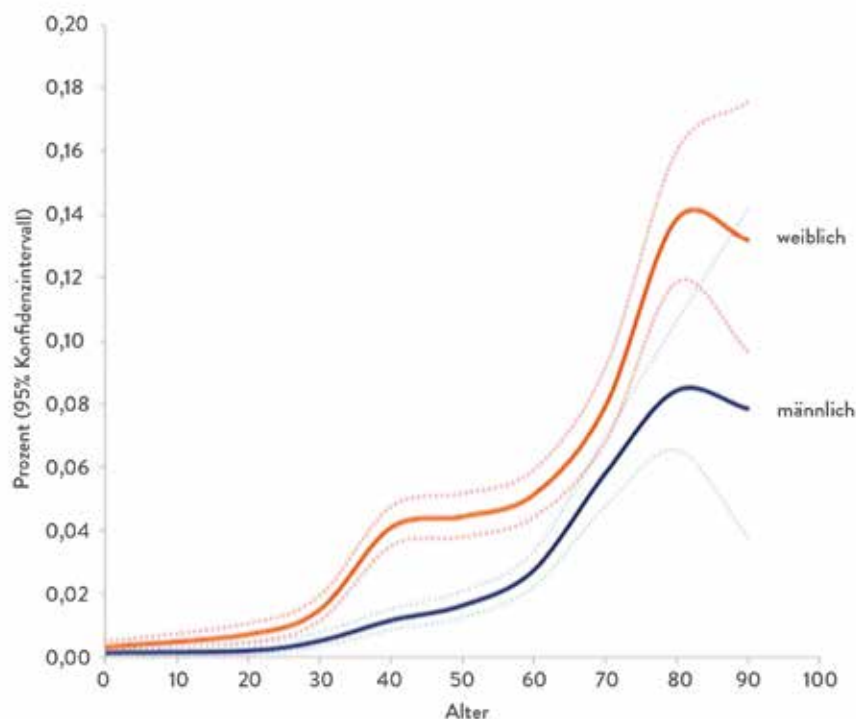


Abb. 9: Prävalenz von Femoralhernien in Dänemark [21]

Tabelle 12 Anteil an postoperativen Komplikationen bei Primäroperationen nach OP-Techniken

	Keine postoperativen Komplikationen	Postoperative Komplikationen	% Komplikationen
TAPP	9.793	271	2,8
Lichtenstein	5.214	262	5,0
TEP	5.159	100	1,9
Shouldice	1.799	44	2,4
GILBERT	727	16	2,2
Plug	708	30	4,2

Tabelle 13 Anteil an postoperativen Komplikationen bei Primäroperationen nach OP-Techniken und Art der Komplikation

Komplikation/ OP-Methode	Nach-blutung	Darmverletzung Nahtinsuffizienz	Wundheilungs- störung	Serom	Infektion	Ileus
TAPP	72	7	9	165	11	16
Lichtenstein	116	5	31	98	28	9
TEP	54	6	12	29	6	0
Shouldice	14	0	8	16	10	2
GILBERT	8	0	0	7	1	0
Plug	10	1	3	17	2	0

Insgesamt muss zusammengefasst werden, dass alle Operationsverfahren zur Versorgung der Leistenhernien bei Frauen sowohl Vor- als auch Nachteile aufweisen. Keine Operationstechnik ist für alle Situationen den anderen Techniken überlegen.

Ein differenziertes Herangehen je nach Hernientyp- und Herniengröße, je nach Patientenalter und Begleitumständen erscheint sinnvoll. Eine 100 prozentige laparoskopische Netzreparation zur Versorgung von Leistenhernien bei Frauen, wie durch die „World Guideline Group“ gefordert, ist sicher infrage zu stellen. Bis auf Expertenmeinungen und Registerstudien mit den oben genannten Limitierungen gibt es hierfür bis heute keinerlei Evidenz.

WAS KANN MAN AUS DEN HERNIAMED-DATEN UND DER AKTUELLEN LITERATUR FÜR DIE OPERATIVE VERSORGUNG VON LEISTENHERNIEN BEI FRAUEN FÜR DIE TÄGLICHE PRAXIS ABLEITEN?

1. Die Exploration des Femoralkanals sollte obligater Bestandteil der Leistenhernienoperation der Frau sein.
2. Frauen haben einen höheren Anteil femoraler Hernien als Männer, allerdings bestehen auch in zwei Drittel der Fälle indirekte Hernien.
3. Im Falle einer Femoralhernie besteht die Indikation zur präperitonealen Netzreparation laparoskopisch oder offen.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass die Ableitung von Leitlinien zur Behandlung von Leistenhernien bei Frauen vor dem Hintergrund derzeit noch fehlender randomisierter Studien und Metaanalysen noch recht fraglich erscheint.

Ein maßgeschneidertes Vorgehen ist einer „one fits all“-Mentalität vermutlich vorzuziehen.

Im Sinne eines „Tailored approach“ könnte intraoperativ beispielhaft folgendermaßen entschieden werden:

- Laterale Hernie, keine Femoralhernie – Shouldice Repair

**JETZT
BUCHEN**



- Femorale Hernie mit oder ohne Leistenhernie – offene oder endoskopische präperitoneale Netzreparation je nach Expertise des Operateurs
- Mediale Typ I Hernie ohne weitere Risikofaktoren – Shouldice Repair
- Mediale Hernien Typ II oder III – offenes oder endoskopisches präperitoneales

Netzrepair je nach Expertise des Operateurs

Weitere geschlechtsspezifische randomisierte und multivariable Register-Studien mit einer Differenzierung nach Hernientyp, Herniengröße und Alter scheinen notwendig.

Literaturliste auf Anfrage via
passion_chirurgie@bdc.de.



JETZT DIESEN KURS ÜBER DIE BDC|MOBILE-APP BUCHEN! CME-PUNKTE SAMMELN IM [eCME-CENTER]

Dieser CME-Artikel ist ab jetzt drei Monate kostenlos in Ihrer BDC|Mobile-App oder auf www.ecme-center.org in Ihrem Konto hinterlegt.

Für eine spätere kostenfreie Buchung des Kurses im [eCME-Center] nutzen Sie bitte die PIN: **BDC23606**.

TachoSil® – ruhig Blut!

Durch die Kraft der Natur.



Auch als
Pre-rolled TachoSil®



TachoSil® Versiegelungsmatrix

Zusammensetzung: 1 cm² enthält: Fibrinogen vom Menschen 5,5 mg, Thrombin vom Menschen 2,0 I.E. Sonstige Bestandteile: Kollagen vom Pferd, Albumin vom Menschen, Riboflavin (E 101), Natriumchlorid, Natriumcitrat, L-Argininhydrochlorid. **Anwendungsgebiete:** TachoSil® wird bei Erwachsenen zur unterstützenden Behandlung in der Chirurgie zur Verbesserung der Hämostase, zur Unterstützung der Gewebesiegelung und zur Nahtsicherung in der Gefäßchirurgie angewendet, wenn Standardtechniken insuffizient sind, sowie zur unterstützenden Versiegelung der Dura Mater, um postoperative Liquorleckagen nach neurochirurgischen Eingriffen zu vermeiden. **Gegenanzeigen:** Intravasculäre Anwendung, Überempfindlichkeit gegen die Wirkstoffe oder einen der sonstigen Bestandteile. **Nebenwirkungen:** In seltenen Fällen kann es zu Hypersensitivität oder allergischen Reaktionen kommen (inklusive Angioödem, Brennen und Stechen an der Applikationsstelle, Bronchospasmus, Schüttelfrost, Flush, generalisierte Urtikaria, Kopfschmerz, Nesselausschlag, Hypotonie, Lethargie, Übelkeit, Ruhelosigkeit, Tachykardie, Engegefühl in der Brust, Krabbeln, Erbrechen, keuchende Atmung), die in Einzelfällen bis zur schweren Anaphylaxie führen. Derartige Reaktionen können insbesondere bei wiederholter Anwendung oder bei Patienten mit bekannter Überempfindlichkeit gegenüber einem der Bestandteile des Präparates auftreten. Antikörper gegen Komponenten von Fibrinolyseprodukten können in seltenen Fällen auftreten. Häufigkeit nicht bekannt: Anaphylaktischer Schock, Überempfindlichkeit, Thrombose, Darmverschluss (in der Bauchchirurgie), Adhäsionen. **Wechselwirkungen sowie weitere Hinweise:** siehe Fachinformation **Verschreibungspflichtig, Chargendokumentationspflichtig, EU-Zulassungsinhaber:** Takeda Austria GmbH, A-4020 Linz, Österreich **Kontaktadresse d. pharm. Unternehmens in Deutschland:** Takeda GmbH, Byk-Gulden-Str. 2, D-78467 Konstanz, Tel.: 0800 8253325, medinfo@takeda.de, Stand: 03/2016

www.takeda.de



HERNIE konkret

Das zweite Modul der Hernienschule

Ein gemeinsames Projekt der
Deutschen Herniengesellschaft
und der BDC|Akademie



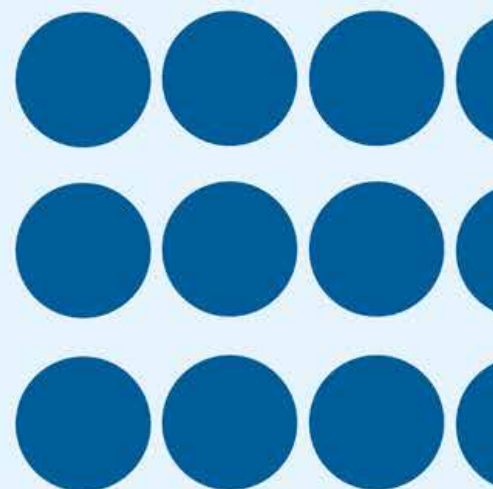
HERNIE kompakt



HERNIE komplex

- Hospitationen
- Video (E-Learning)

www.hernie-konkret.de
www.bdc.de





© iStock / kast080

BDC|AKADEMIE

WILLKOMMEN ZUM JAHRESPROGRAMM 2017

Wieder ist ein Akademiejahr vergangen – das neue Jahr 2017 steht vor der Tür. Wir können auf ein erfolgreiches Jahr zurückblicken, das positive Resonanz bei den Teilnehmern erfahren hat. Auch für 2017 liegt ein breitgefächertes Weiter- und Fortbildungsprogramm vor, das den klinischen Alltag von Chirurginnen und Chirurgen begleiten soll.

Durch Umstrukturierungen im BDC ergab sich im vergangenen Jahr die Gelegenheit das Seminarangebot der BDC|Akademie zu überarbeiten. Dabei waren der Maßstab die Qualität der einzelnen Seminare und die Akzeptanz bei seinen Teilnehmern. Daraus resultierte ein modifiziertes Jahresprogramm 2017 mit einigen neuen Akzenten

und einem übersichtlicheren Gesamtaufbau. Diese Programmstruktur folgt der karrierebedingten Gliederung von der studentischen Ausbildung über die chirurgische Weiterbildung mit den Schwerpunkten Common Trunk und abschließenden Facharztseminaren bis hin zur praxisorientierten Fortbildung für klinisch tätige Chirurgen/innen. Ergänzt wird das Programm durch eine weitere Säule der Management- und Softskill-Seminare.

Die Zielsetzung des studentischen Angebots bleibt unverändert: Den potenziellen Nachwuchs für die operativen Fächer zu begeistern. Der schon traditionelle Nachwuchs-Kongress Staatsexamen und Karriere



PROF. DR. MED. DR. h.c. HANS-JOACHIM MEYER

Präsident des Berufsverbandes der Deutschen Chirurgen e.V. (BDC) Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie e.V. (DGCH)
praesident@bdc.de, h-jmeyer@dgch.de



PROF. DR. MED. WOLFGANG SCHRÖDER, FACS

Leiter der Akademie für chirurgische Weiterbildung und praktische Fortbildung
Berufsverband der Deutschen Chirurgen e.V. (BDC) Leitender Oberarzt, Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Tumorchirurgie
Universitätsklinik Köln
Kerpener Str. 62, 50937 Köln
aix50@uni-koeln.de

wird im nächsten Jahr an die Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH) in München angegliedert. Auf dem Gebiet der Nachwuchsförderung übernimmt unsere BDC|Akademie somit eine zentrale Aufgabe für alle Fachgesellschaften.

Für die Berufseinsteiger im Common Trunk wurde das Angebot neben dem klassischen Basisseminar um mehrere Workshops erweitert, deren Fokus auf dem Notfallmanagement und der Intensivmedizin liegt. Mit den Facharztseminaren als Vorbereitung auf die Prüfung am Ende der Weiterbildung strebt die BDC|Akademie weiterhin an, alle chirurgische Facharztsäulen abzubilden – ein Projekt, das nur in enger Kooperation mit der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie und ihren Fachgesellschaften zu realisieren ist.

Auf dem weiten Feld der chirurgischen Fortbildung setzen sich immer mehr Seminarstrukturen durch, die zu definierten Themen den aktuellen Wissenstand präsentieren und Gelegenheit zur Hospitation bieten. Nach dem Motto „sehen und lernen“, wie anerkannte chirurgischen Experten praktizieren,

wird dieses Prinzip in der Seminarreihe Viszeralchirurgie kompakt umgesetzt. Diese Reihe wird im nächsten Jahr thematisch durch die Pankreaschirurgie in Köln und die Beckenbodenchirurgie in Berlin erweitert.

Die BDC|Akademie versteht ihre Aufgabe aber auch in einem fächerübergreifenden Angebot wie mit dem Seminar Hygienebeauftragter Arzt (HBA) als Blended-Learning-Struktur bereits realisiert wurde. Neu im Programm der BDC|Akademie ist das zweitägige Seminar Update Perioperative Medizin, welches zusammen mit der Chirurgischen Klinik Charité Berlin für Kolleginnen und Kollegen aller operativen Fachdisziplinen konzipiert wurde.

Dieses aufwendige Programm unserer BDC|Akademie ist ohne die Hilfe vieler tatkräftiger Chirurgen/innen nicht möglich. Unser Dank gilt auch dieses Jahr wieder in besonderem Maße unseren Seminarleitern, Tutoren und Referenten, deren großes Engagement die eigentliche Grundlage unserer Akademiarbeit ist. Ihre hohe Motivation ist und bleibt ein besonderes Zeichen für unsere chirurgische Gemeinschaft. ○



Meyer H.-J. / Schröder W.
BDC|Akademie: Willkommen zum
Jahresprogramm 2017. Passion Chirurgie.
2016 Juli, 6(Q4/12): Artikel 04_02.



ALLE SEMINARE FINDEN SIE AUF
BDC|ONLINE (WWW.BDC.DE,
RUBRIK BDC|AKADEMIE).

BDC | AKADEMIE
PROGRAMM 2017

**In dieser
Ausgabe!**

AKADEMIE FÜR CHIRURGISCHE WEITERBILDUNG UND PRAKTISCHE FORTBILDUNG


BDC | Berufsverband der
Deutschen Chirurgen e.V.



BDC | AKADEMIE
Programm 2017

**Highlights im
ersten Quartal:**

Spezielle Unfallchirurgie
Augsburg, 25. - 27.01.2017

**Abschlusscolloquium zum
hygienebeauftragten Arzt**
Berlin, 03. - 04.02.2017

**Facharztseminar
Gefäßchirurgie**
Berlin, 06. - 10.02.2017

**Facharztseminar Allgemein-
und Viszeralchirurgie**
Augsburg, 27.02. - 03.03.2017

Update Perioperative Medizin
Berlin, 03. - 04.03.2017

Staatsexamen & Karriere
München, 23. - 24.03.2017

Schauen Sie jetzt in das beiliegende
Gesamtprogramm und planen Sie Ihr
persönliches Seminarjahr 2017!

Auch als PDF:



www.bdc.de

Intensivmedizin konkret – Fragen und Antworten



INTENSIVMEDIZIN KONKRET – FRAGEN UND ANTWORTEN

Sven Bercker, Sven Laudi, Udo Kaisers (Hrsg.);
Dt. Ärzteverlag Köln 2016
Taschenbuch: 746 Seiten, 64,99 Euro
ISBN-10: 3769113047

DR. MED. RENÉ WILDENAUER

Oberarzt und Leiter der Intensivstation
Klinik & Poliklinik für Allgemein- und
Viszeralchirurgie, Gefäß- und Kinderchirurgie
Universitätsklinikum Würzburg
Oberdürrbacher Str. 6, 97080 Würzburg
Wildenauer_R@ukw.de

Wildenauer R. Rezension: Intensivmedizin konkret – Fragen und Antworten. Passion Chirurgie. 2016 Dezember; 6(12): Artikel 04_03.

Das vorliegende Buch verfolgt einen hohen Anspruch. Möchte es doch, wie dem Vorwort zu entnehmen ist, in kurzer, prägnanter Form relevante Sachverhalte der Intensivmedizin darstellen. Mit einem Umfang von über 750 Seiten, 170 Abbildungen und etwas über 1,4 kg in dem für den Ärzteverlag typischen Design sprengt es allerdings den Rahmen des „kurzen“ Nachschlagewerkes.

Der Einband ist abwaschbar, das 4-farbige Layout bekannt, die Schriftgröße sowie die Tabellen und Abbildungen gut lesbar bzw. erkennbar. Das Papier ist glatt und griffig, somit bei ausreichender Papierstärke auch gut markierbar. Mit einem Preis von fast 65 Euro befindet es sich in einem für dieses Fachgebiet niedrigem Segment.

Wie im Vorwort bereits ausgeführt wird, arbeiteten fast ausnahmslos Anästhesisten (aus dem Universitätsklinikum Leipzig) an dem Werk. Bei 66 Autoren kommen nur 26 nicht aus diesem Fachgebiet. Damit scheint mir bereits vor Beginn der Lektüre der interdisziplinäre Aspekt der Intensivmedizin – wenn nicht in diesem Fach, wo dann? – nicht gewahrt zu sein; nicht nur durch Anästhesisten wird in Deutschland Intensivmedizin betrieben.

Dieser Eindruck setzt sich dann beim Lesen fort: Im Inhaltsverzeichnis finden sich nach pathophysiologischen Grundlagen und Gerätetechnik wichtige intensivmedizinische Therapieprinzipien und Techniken, gefolgt von relevanten Krankheitsbildern. Grundsätzlich scheinen hier die wichtigsten (Streit-)Themen im Stationsalltag beleuchtet worden zu sein, mit den relevanten Krankheitsbildern auch die häufigsten abgedeckt zu sein – aber häufig mit monozentrischer Betrachtungsweise.

Der Aufbau der Kapitel ist immer gleich: in einem Frage-Antwort-Aufbau werden die

entsprechenden Themen von den Autoren (pro Kapitel maximal drei, meist einer) beantwortet. Hier sieht man auch den typischen Nachteil eines Werks mit mehreren Autoren: Der Schreibstil ist unterschiedlich, das vorausgesetzte Verständnis schwankend und Fotos sind selten.

Einzelne Kapitel werden in epischer Ausführlichkeit diskutiert, andere relevante Themen wieder fast abgewürgt: So werden der Sepsis sieben Seiten, der antimikrobiellen Therapie 13, und der gastrointestinalen Blutung 23 Seiten gewidmet. Hier wäre wohl eine durchgehende Strukturierung hinsichtlich der intensivmedizinischen Relevanz notwendig gewesen. Leider kommt es auch zu einigen inhaltlichen Ungereimtheiten, manche alt-hergebrachten Therapien ohne Evidenz werden immer noch empfohlen. Auch verwirrt in einigen Kapiteln das Hin- und Herspringen zwischen Kausalität und Therapie in unterschiedlichen Fragen – da wäre mit einem tatsächlichen Lehrbuch mehr geholfen gewesen.

Warum sollte man dieses Buch kaufen? Das Werk versucht den schwierigen Spagat zwischen einer Checkliste und einem Nachschlagewerk, und verpaßt diesen leider. Allein durch den Umfang gelingt dies schon nicht. Auch genügt es nicht dem Vergleich anderer Frage-Antwort-Bücher, seien da nur diejenigen aus der anglo-amerikanischen Abernathy's Secrets-Reihe oder den Fragen und Antworten aus dem Springer-Verlag genannt.

Schade eigentlich. Abgedeckt ist zwar fast die gesamte Intensivmedizin, inhaltlich kann das Werk auch oft überzeugen und auch das Literaturverzeichnis am Ende eines jeden Kapitels ist durchdacht, aber der Gesamteindruck leidet trotzdem. ○

HYGIENE-TIPP: KEIMARME HANDSCHUHE UND HANDSCHUH-DESINFEKTION



PROF. DR. MED. WALTER POPP
Deutsche Gesellschaft für
Krankenhausthygiene e.V. (DGKH)
Joachimsthaler Str. 10, 10719 Berlin



PROF. DR. MED. KLAUS-DIETER ZASTROW
Deutsche Gesellschaft für
Krankenhausthygiene e.V. (DGKH)
Joachimsthaler Str. 10, 10719 Berlin

Popp W. / Zastrow K.-D. Hygiene-Tipp:
|Keimarme Handschuhe und Handschuh-
Desinfektion. Passion Chirurgie. 2016
Dezember; 6(12): Artikel 04_01_new.



WEITERE HYGIENE-TIPPS FINDEN
SIE AUF BDC|ONLINE (WWW.BDC.
DE, RUBRIK WISSEN | QUALITÄT &
PATIENTENSICHERHEIT).

Häufig wird in Empfehlungen zur Hygiene das Tragen „keimarmer“ Handschuhe empfohlen. Allerdings ist der Begriff „keimarm“ in diesem Zusammenhang bisher nicht definiert.

In der neuen Empfehlung der KRINKO zur Händehygiene (2016) werden hierzu zumindest einige Ausführungen gemacht:

Danach sagt die Bezeichnung „keimarmen Handschuh“ nichts über die mikrobielle Unbedenklichkeit aus, weil die Qualität „keimarm“ bisher nicht geregelt ist. Die KRINKO sieht hier Aufgaben für künftige Normungsarbeiten und sieht den Begriff „keimarm“ gleichbedeutend mit „pathogenfrei“.

Zur Desinfektion von Handschuhen führt die KRINKO aus, dass behandschuhte Hände nur in speziellen Fällen desinfiziert werden sollen. Dazu zählen beispielhaft Situationen, in denen häufiger Handschuhwechsel erforderlich, aber erfahrungsgemäß schwie-

rig realisierbar ist bzw. der Wechsel zu einer Unterbrechung des Arbeitsflusses führt.

Falls Handschuhe desinfiziert werden, müssen sie chemikalienbeständig gemäß EN 374 sein. Der Handschuh soll nur während der Versorgung an ein und demselben Patienten verwendet werden, wobei die KRINKO die mehrfache Verwendung bei aufeinanderfolgenden Blutentnahmen bei mehreren Patienten nicht ausschließt.

Im Intensivbereich sollen Handschuhe nach spätestens 15 Minuten sowie nach jeder Patientenwaschung gewechselt werden, da die Perforationsrate mit Tragedauer zunimmt.

Wenn Handschuhe aus üblichen Pappboxen entnommen werden, soll vor der Entnahme eine Händedesinfektion durchgeführt werden. Eine Bevorratung einzelner Handschuhe in der Kitteltasche ist nicht zulässig.

Der Kurztipp gibt die Meinung der Verfasser wieder.



© istock/pavelgr



ENGLISH IN A BRIEF: TRICKY TRANSLATIONS

Dear All,

All good things come to an end. This has always been so. We will be coming with our new format next year again - no worries. This time with lots of interesting visual media.

We look forward to having you our supporters there, as we received so many letters and feedback from you in the past years. Thank you for that.

This time we selected a number of tricky translations for you. The ones that one can never have repeated enough.

Follow us on: www.eforp.com

Eveline Goodman
PhD. Psychologist & HR

TRICKY TRANSLATIONS

How do you say Baustelle in English?

The primary meaning of Baustelle is „a place where a new structure is being built or renovated“: „Berlin war lange eine einzige Baustelle.“ This meaning is best translated as building site or construction site: „For along

time, Berlin resembled an enormous building site.“

In contrast, a Baustelle on a road should be translated as roadworks (or road construction site in the US): „Es gibt eine Baustelle auf der A8 bei Ulm“ – „There are roadworks on the A8 near Ulm.“ When talking about work done on the railways, we use the term engineering

**EVELINE GOODMAN-HEDTKE, PHD.**

Head Trainer & Gründerin
EforP GmbH
Hubertusallee 27 / Ecke Lynarstraße 13A,
14193 Berlin
030/351 33 792
www.evelinegoodman.com

work: „Der Zug hatte wegen einer Baustelle Verspätung“, „The train was delayed because of engineering work.“

Finally, we use Baustelle in a figurative sense to mean that something isn't complete: „Noch ist das Projekt eher eine Baustelle.“ In this case we can say work in progress: „The project is still a work in progress at the moment.“ We may even use the word chaos or chaotic: „The project is still a little bit chaotic right now.“

HOW DO YOU SAY PROPOSAL IN GERMAN?

In its main meaning, „proposal“ is a word for a formal or official suggestion: „We will consider your proposal carefully.“ This is translated as Vorschlag in German: „Wir werden Ihren Vorschlag eingehend prüfen.“ (Warning: although Vorschlag can be translated as „suggestion“, this is something much more minor or informal than „proposal“.)

In a related meaning, a „proposal“ can also be a formal plan of action that is presented to an official person or organization: „The council put forward a proposal to reduce the speed limit.“ In this sense, the translation should be Vorlage, Plan or (eingereichter, eingebrachter) Antrag: „Die Kreisverwaltung hat eine Vorlage zur Reduzierung des Tempolimits eingebracht.“

In the special context of insurance (Versicherungswesen) in the UK, „proposal“ is the technical term for an application, and is translated as (Versicherungs-)Antrag: „Any pre-existing medical conditions must be mentioned in the proposal“ – „Alle Vorerkrankungen müssen im Versicherungsantrag angegeben werden.“

Finally, we use „proposal“ to mean an offer of marriage: „Are you going to accept his proposal?“ This is translated as (Heirats-)Antrag „Wirst Du seinen Heiratsantrag annehmen?“

Source: *Business Spotlight* 3/2007



FREE ENGLISH TEST



WEITERE ARTIKEL FINDEN SIE
AUF BDC|ONLINE (WWW.BDC.DE,
RUBRIK WISSEN | AUS-, WEITER- UND
FORTBILDUNG).
GOODMAN E. ENGLISH IN A BRIEF:
TRICKY TRANSLATIONS. PASSION
CHIRURGIE. 2016 DEZEMBER; 6(12):
ARTIKEL 04_02_NEW.

DRG-KODIERUNG 2017 (TEIL 1)

CHIRURGISCH RELEVANTE ÄNDERUNGEN BEI DER DIAGNOSENKODIERUNG MIT DER ICD-10-GM

Für die DRG-Kommission der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie und des Berufsverbandes Deutscher Chirurgen sowie der AG Chirurgie der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie (GMDS)

Ungeachtet der Arbeiten an der ICD-11, deren Einführung in Deutschland noch etliche Jahre auf sich warten lassen wird, werden mit der ICD-10-GM bereits ab 2017 einige wichtige Aktualisierungen umgesetzt, die aus der Ärzteschaft vorgeschlagen wurden.

Als Druckausgabe sei auch in diesem Jahrgang auf die anwenderfreundliche Ausgaben der Klassifikationen ICD-10-GM 2017 verwiesen, die im Deutschen Ärzteverlag herausgegeben werden [1, 2].

DIAGNOSEN

LYMPHÖDEM

Die Systematik des Lymphödems wurde nach mehrjährigen Beratungen unserer gemeinsam mit der Deutschen Gesellschaft für

Wundheilung und Wundbehandlung (DGfW) eingereichten Vorschläge grundlegend überarbeitet und an die Erfordernisse des neuen Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetzes (HHVG) angepasst.

Zu unterscheiden ist zwischen hereditären und sonstigen Lymphödemen, die sekundär nach Operationen oder anderen medizinischen Maßnahmen oder auch (selten) sporadisch (nicht hereditär) auftreten können.

Bei der Definition des „Lymphödems nach Mastektomie“ (I97.2-) wurde klargestellt, dass damit auch Lymphödeme gemeint sind, die nach einer Axilladisektion bzw. Lymphknotenexstirpation im Zusammenhang (auch zweizeitig) mit einer Teilresektion der Brust oder einer Mastektomie aufgetreten sind. Als „partielle Mastektomie“ sind auch Tumorektomien, Lumpektomien und Quadrantenresektionen zu verstehen.

Lymphödeme nach anderen Eingriffen am Lymphsystem (auch isoliert bei Lymphknotenrezidiv nach früherer Mastektomie) werden nach Regionen differenziert: zervikal, axillär, inguinal, urogenital und sonstige Lokalisationen.



**DR. MED. ROLF BARTKOWSKI**

DRG-Beauftragter der DGCH und des BDC

Mitglied des Kuratoriums für Klassifikationsfragen am DIMDI

Forstweg 74, 13465 Berlin
bartkowski-berlin@t-online.de

Bei hereditären Lymphödemen werden lediglich Manifestationen an den Extremitäten und sonstigen Lokalisationen unterschieden.

Für primäre und sekundäre Lymphödeme wird bei allen relevanten Lokalisationen eine weitergehende Differenzierung nach Schweregrad vorgenommen (**Tab. 1, 2**).

Hinzuweisen ist noch darauf, dass Komplikationen eines Lymphödems ergänzend kodierbar sind (I89.8 für kutane Lymphfisteln, subkutane Lymphozelen, dermale Lymphzysten oder einen chylösen Reflux, L97 bzw. L98.4 für ein lymphogenes Ulkus)

noch klassifikatorisch befriedigend zugeordnet (R60.9 *Ödem, nicht näher bezeichnet*). Unseren Vorschlägen folgend wird das Lipödem künftig den Lipomatosen zugeordnet und nach Stadien weiter differenziert (**Tab. 3, 4**).

Lipödeme und Lipomatosis dolorosa (E88.29) sind gegenüber einer „lokalisierten Adipositas“ (E65) aufgrund ihrer obligaten Schmerzhaftigkeit abgrenzbar. Eine schmerzlose lokalisierte Lipohypertrophie ist mit E65 zu kodieren.

ADIPOSITAS IM KINDESALTER (3. BIS 17.

LEBENSJAHR)

Während die Adipositas bei Patienten ab 18 Jahren aufgrund unserer Initiative bereits

LIPÖDEM

Das Krankheitsbild „Lipödem“ war bisher weder differenziert mit der ICD-10 abbildbar

Tabelle 1 Stadieneinteilung des Lymphödems

Stadium 0:	Latenzstadium (unterschwelliges Ödem), noch keine Symptome
Stadium I:	reversibles Stadium, Rückgang bei Hochlagerung, eiweißreiches teigig-weiches Ödem (Delle), nur wenige kleine lokal begrenzte fibrosklerotische Gewebsveränderungen
Stadium II:	spontan irreversibles Stadium, kein Rückgang bei Hochlagerung, hartes Ödem, keine/flache Delle, fibrosklerotische Veränderungen, Fettgewebsproliferation
Stadium III:	massive entstellende Schwellung (Elephantiasis), lymphostatischer Fibrose/Fibrosklerose/Fettgewebsproliferation, eingeschränkte Beweglichkeit, Hautveränderungen (Bläschen, Fisteln, Ekzemen, schlecht heilenden Wunden)

Tabelle 2 Kodierschema für Lymphödeme (* keine spezifischere Kodierung vorgesehen)

Lymphödem	Stad. 0	Stad. I	Stad. II	Stad. III	Nnbez.
Hereditär					
Extremitäten (obere/untere)		Q82.00	Q82.01	Q82.02	
Sonstige Lokalisationen (Kopf, Hals, Thoraxwand, Genitalbereich)	Q82.08	Q82.03	Q82.04	Q82.05	Q82.09
Sporadisch / sekundär					
Extremitäten (obere/untere)		I89.00	I89.01	I89.02	
Sonstige Lokalisationen (Kopf, Hals, Thoraxwand, Genitalbereich)	I89.08	I89.03	I89.04	I89.05	I89.09
Nach medizinischen Maßnahmen					
Nach (partieller) Mastektomie	I97.29*	I97.20	I97.21	I97.22	I97.29
Zervikal	I97.80				
Axillär (außer nach Mastektomie)	I97.89*	I97.81	I97.82	I97.83	I97.89*
Inguinal	I97.89*	I97.84	I97.85	I97.86	I97.89*
Urogenital (z. B. Genitalbereich, Harnblase, Prostata, Adnexe, Uterus)	I97.87				
Sonstige Lokalisationen (z. B. Thoraxwand)	I97.88				

Bartkowski R. DRG-Kodierung 2017 (Teil 1). *Passion Chirurgie*. 2016 Dezember, 6(12/Q4): Artikel 04_05.



TEIL II WIRD IM EMAGAZIN 01/2016 VERÖFFENTLICHT. ANDERE ARTIKEL ZUM THEMA DRG FINDEN SIE AUF BDC|ONLINE (WWW.BDC.DE, RUBRIK WISSEN|VERGÜTUNG|DRG)

seit mehreren Jahren gemäß BMI differenziert kodiert werden kann, war eine entsprechende Differenzierung bisher aus methodischen Gründen schwierig zu operationalisieren. Erst nach einem mehrjährigen Abstimmungsprozess, an dem wir maßgeblich beteiligt waren, wird ab 2017 eine Lösung auch für den Altersbereich 3 bis 17 Jahre verfügbar sein. Unterschieden wird zwischen einer (einfachen) Adipositas und einer extremen Adipositas. Als Bezug dienen die alters- und geschlechtsabhängigen BMI-Perzentilen (95 % bzw. 99,5 %) des Jahres 1998. Tabellen mit den verbindlichen Grenzwerten sind als Anhang in die ICD-10-GM 2017 aufgenommen worden.

ATEMNOTSYNDROM

Der Codebereich J80.- ist gemäß ICD-10-Systematik für das „Atemnotsyndrom des Erwachsenen“ vorgesehen. Für das ARDS des Neugeborenen und des Säuglings ist P22.0 definiert, unklar war allerdings bisher, wie das Atemnotsyndrom bei Kindern und Jugendlichen zu kodieren ist, da keine expliziten Codes für diese Altersgruppe verfügbar sind. Aus systematischen Überlegungen wurde auf unsere Anregung hin klargestellt, dass der Codebereich J80.- auch bei Kindern und Jugendlichen anzuwenden ist.

CHRONISCHE RESPIRATORISCHE INSUFFIZIENZ

Bei der Kodierung von Patienten mit einer chronischen respiratorischen Insuffizienz (J96.1-) sind zwei neue Klarstellungen zu beachten: Bei aufgepfropfter akuter respiratorischer Insuffizienz kann neben der akuten (J96.0-) auch die chronische (J96.1-) respiratorische Insuffizienz kodiert werden, wobei die Vorgaben der DKR D003 *Nebendiagnosen* [3] selbstverständlich zu beachten sind.

Bei einer bereits vorbestehenden Absaug- oder Beatmungspflicht ist Z99.0 *Abhängigkeit (langzeitig) vom Aspirator* oder Z99.1 *Abhängigkeit (langzeitig) vom Respirator* als zusätzliche Schlüsselnummer zu benutzen.

BESTIMMTE ANTIBIOTIKARESISTENZEN (MULTIRESISTENZEN)

Entsprechend den Empfehlungen der KRINKO wurde für die Abbildung multiresistenter gramnegativer Erreger eine neue Systematik in die ICD-10-GM eingearbeitet (**Tab. 6**).

Aus Gründen der Systematik wird der Code U80.7! *Burkholderia und Stenotrophomonas mit Resistenz gegen Chinolone, Amikacin, Cef-tazidim, Piperacillin/Tazobactam oder Cotrimoxazol* auf den neuen Code U81.6! übergeleitet. Neu eingeführt werden Codes für Multiresistenzen von „Sonstigen grampositiven Bakterien“ (U80.8!) und „Sonstigen gramnegative

Bakterien“ (U81.8!), der bisherige unspezifische Code U81 *Bakterien mit Multiresistenzen* wird dadurch ersetzt.

WEICHTEILMETASTASEN

Für die Kodierung von metastatischen Neubildungen in Halsweichteilen und anderem Halsbindegewebe ist künftig der Code C79.85

Tabelle 3 Stadieneinteilung des Lipödems

Lipödem Definition:	Lokalisierte schmerzhafte symmetrische Lipohypertrophie der Extremitäten mit Ödem
Stadium I:	mit glatter Hautoberfläche, mit gleichmäßig verdickter Subkutis
Stadium II:	mit unebener, wellenartiger Hautoberfläche, mit knotigen Strukturen in verdickter Subkutis
Stadium III:	mit ausgeprägter Umfangsvermehrung und großlappig überhängenden Gewebeanteilen von Haut und Subkutis („Wammenbildung“)

Tabelle 4 Kodierschema für Lipödeme (Lipomatosis dolorosa/Morbus Dercum : E88.29)

Lipödem	Stad. I	Stad. II	Stad. III	Sonstiges / nnbez.
Alle Lokalisationen	E88.20	E88.21	E88.22	E88.28

Tabelle 5 Kodierschema für Adipositas

Adipositas	Erwachsene ab 18 Jahre			Kinder 3 – 17 J.		< 3 J.
	Stad. I BMI 30-34	Stad. II BMI 35-39	Stad. III BMI ≥ 40	Einfach > 95-Perzentil	Extrem > 99,5-Perzentil	Jede Form
durch übermäßige Kalorienzufuhr	E66.00	E66.01	E66.02	E66.04	E66.05	E66.09
arzneimittelinduziert	E66.10	E66.11	E66.12	E66.14	E66.15	E66.19
mit alveolärer Hypoventilation	E66.20	E66.21	E66.22	E66.24	E66.25	E66.29
sonstige	E66.80	E66.81	E66.82	E66.84	E66.85	E66.89
nicht näher bezeichnet	E66.90	E66.91	E66.92	E66.94	E66.95	E66.99

Tabelle 6 Kodierschema für bestimmte (Multi-) Resistenzen – Neuerungen

Erreger	2MRGN Neopäd	3MRGN	4MRGN
<i>Escherichia coli</i>	U81.00!	U81.20!	U81.40!
<i>Klebsiella pneumoniae</i>	U81.01!	U81.21!	U81.41!
<i>Klebsiella oxytoca</i>	U81.02!	U81.22!	U81.42!
<i>Klebsiella spp.</i>	U81.03!	U81.23!	U81.43!
Enterobacter-cloacae-Komplex	U81.04!	U81.24!	U81.44!
Citrobacter-freundii-Komplex	U81.05!	U81.25!	U81.45!
<i>Serratia marcescens</i>	U81.06!	U81.26!	U81.46!
<i>Proteus mirabilis</i>	U81.07!	U81.27!	U81.47!
sonstige Enterobakterien	U81.09!	U81.29!	U81.49!
<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	U81.10!	U81.30!	U81.50!
Acinetobacter-baumannii-Gruppe	U81.11!	U81.31!	U81.51!

verfügbar. Für entsprechende Metastasen im Bereich der Extremitäten ist C79.86 vorgesehen. Mit diesen Codes können z. B. Lokalrezidive nach radikalen Resektionen (Schilddrüse, Kompartimentresektionen etc.) abgebildet werden.

BLUTUNGEN IM BEREICH DES RÜCKENMARKS

Für spinale Blutungen werden differenzierte Codes eingeführt, mit denen nichttraumatische, traumatische und postoperative Blutungen voneinander abgegrenzt werden können.

VERLETZUNGEN DER DURA MATER UND SONSTIGER STRUKTUREN IM BEREICH DER WIRBELSÄULE

Während zerebrale Duraverletzungen immer schon mit der ICD-10 kodierbar waren,

war dies bei Verletzungen der Rückenmarkshäute bisher nicht möglich. In Abhängigkeit von der Lokalisation werden entsprechende spezifische Codes eingeführt (**Tab. 8**). Durch die neuen Differenzierungen der Restklassen S15.8 und S19.8 entstehen neue Fünfsteller für diese Restklassen. Sonstige Blutgefäße des Thorax sind z. B. die Mammaria-Gefäße sowie die V. azygos. Sonstige Blutgefäße des Abdomens, der Lumbosakralgegend und des Beckens sind z. B. die hypogastrischen, ovariellen und uterinen Gefäße.

ÖSOPHAGUSFISTELN

Um eine eindeutige Kodierung von Ösophagusfisteln zu gewährleisten wurde klargestellt, dass Ösophagotracheale Fisteln dem

Kode J86.0 *Pyothorax mit Fistel* und Ösophagokutane Fisteln dem neu differenzierten Kode K22.80 zugeordnet sind.

RECHTSHERZINSUFFIZIENZ

Analog zur Linksherzinsuffizienz ist künftig auch die Rechtsherzinsuffizienz nach NYHA-Stadien klassifizierbar. Dabei ist zu beachten, dass bei primärer und sekundärer Rechtsherzinsuffizienz das Stadium mit einem Sekundärkode aus dem Bereich I50.02! bis I50.05! abgebildet wird, während bei einer Globalinsuffizienz wie bisher die Stadienkode einer Linksherzinsuffizienz ergänzend angegeben werden.

AKUTES NIERENVERSAGEN

Bei der Stadieneinteilung des akuten Nierenversagens bestanden Unklarheiten hinsichtlich der Zuordnung und Definition des prärenalen Nierenversagens. Die bisherige Formulierung „adäquate Flüssigkeitszufuhr vorausgesetzt“ im Zusammenhang mit der Messung der Ausscheidung und des Serumkreatinins wird jetzt ersetzt durch die Formulierung „adäquater, dem klinischen Zustand angepasster Hydratationszustand zum Zeitpunkt der Messungen“, die jedoch nur im Stadium I maßgeblich ist. In den höheren Stadien ist der Hydratationszustand für die Stadienzuordnung nicht relevant!

Sollte eine histologische Diagnose vorliegen (z. B. Tubulusnekrose, akute Rindennekrose, Marknekrose) können die entsprechenden Kategorien N17.0- bis N17.89) auch ohne Nachweis der KDIGO-Kriterien kodiert werden.

Tabelle 7 Kodierschema für spinale Blutungen

Lokalisation	Nicht-traumatisch	Traumatisch	Postoperativ
spinal, epidural		HWS: S15.80 BWS: S25.80 LWS: S35.80	G97.82
spinal, subdural	G95.10	HWS: S15.81 BWS: S25.81 LWS: S35.81	G97.83
spinal, subarachnoidal		HWS: S15.82 BWS: S25.82 LWS: S35.82	G97.84

Tabelle 8 Kodierschema für Verletzungen der Rückenmarkshäute und sonstiger Strukturen

Verletzung	HWS/zervikal	BWS/thorakal	LWS/abdominal/ lumbosakral/pelvin
Dura mater (Rückenmarkshaut)	S19.80	S29.80	S39.81
sonstige Blutgefäße	S15.88	S25.88	S35.88
sonstige Verletzungen	S19.88	S29.88	S39.88

Tabelle 9 Kodierschema für die Herzinsuffizienz

Herzinsuffizienz	Linksherz	Rechtsherz primär	Rechtsherz sekundär	global
NYHA I (ohne Beschwerden)	I50.11	I50.00 + I50.02!	I50.01 + I50.02!	I50.01 + I50.11
NYHA II (Beschwerden bei stärkerer Belastung)	I50.12	I50.00 + I50.03!	I50.01 + I50.03!	I50.01 + I50.12
NYHA III (Beschwerden bei leichter Belastung)	I50.13	I50.00 + I50.04!	I50.01 + I50.04!	I50.01 + I50.13
NYHA IV (Beschwerden in Ruhe)	I50.14	I50.00 + I50.05!	I50.01 + I50.05!	I50.01 + I50.14
Stadium nicht näher bezeichnet	I50.19	I50.00	I50.01	I50.01 + I50.19

LITERATUR

- [1] ICD-10-GM 2017 - Systematisches Verzeichnis, Deutscher Ärzteverlag ISBN 978-3-7691-3584-8
- [2] ICD-10-GM 2017 - Alphabetisches Verzeichnis, Deutscher Ärzteverlag ISBN 978-3-7691-3585-5
- [3] Deutsche Kodierrichtlinien 2017, http://www.g-drg.de/cms/G-DRG-System_2017/Kodierrichtlinien/Deutsche_Kodierrichtlinien_2017

AKTUELLER BERICHT ÜBER DIE ERGEBNISSE DER HONORARVERTEILUNG



DAS VIERTE QUARTAL 2014

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

Wir denken, dass die Weitergabe der KBV-Zahlen Transparenz schafft, auch wenn es sich immer um Daten aus lange zurückliegenden Zeiten (zwei Jahre) handelt.

Der aktuelle Honorarbericht (viertes Quartal 2014) der KBV wurde kürzlich veröffentlicht. Dort zeigt sich, dass die Honorare – entgegen der persönlichen Wahrnehmung vieler Chirurgen – tendenziell gestiegen sind. Objektiv betrachtet, belegen die Zahlen sogar eine Steigerung der Gesamtvergütung. Durch die erhöhte Patientenzahl werden diese Zahlen allerdings relativiert. Auch gibt es natürlich regionale und individuelle Abweichungen. Man sollte auch nicht den Fehler machen, den objektiven Honorarzuwachs mit einem Gewinnzuwachs zu verwechseln. Nach wie vor fehlt eine Vergütung überschüssiger Leistungen, die zwar erbracht, aber durch Budgets gekappt werden, von einem auch nur ansatzweisen Ausgleich der Teuerungsraten mal ganz abgesehen.

Es bleibt also dabei, die Klage der Chirurgen über eine unzureichende Vergütung bleibt bestehen; daran ändern auch die vorliegenden Zahlen nichts.

Um regionale Honorarunterschiede erklären zu können, informiert der Honorarbericht

außerdem über die Arztzahlen, Fallzahlen und Leistungsmengen. Datengrundlage für den Honorarbericht der KBV sind die von den Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) übermittelten Daten im Rahmen der Abrechnungsstatistik.

Die Zusammenfassung des aktuellen Berichtes zeigt, dass im Bundesdurchschnitt verglichen mit dem Vorjahresquartal ein Zuwachs des Honorarumsatzes zu verzeichnen ist. Diese Entwicklung wird auch bei der Einzelbetrachtung des Bereiches Chirurgie deutlich (**Tab. 1**).

HONORARUMSATZ CHIRURGIE

„Im vierten Quartal 2014 ist der Honorarumsatz je Facharzt für Chirurgie im Vergleich zum Vorjahresquartal um 0,7 Prozent (+389 Euro auf 57.630 Euro), der Honorarumsatz je Behandlungsfall um 0,3 Prozent (+0,23 Euro auf 73,85 Euro) gestiegen.“

Bei einem Vergleich mit den Veröffentlichungen der KVen ist zu beachten, dass die Abrechnungsgruppe der Chirurgen oft zusammen mit den Fachärzten für Mund-Kiefer-Gesichts-Chirurgie und den Fachärzten für Neurochirurgie aufgeführt wird.“

ÜBERSCHÜSSE AUS VERTRAGSÄRZTLICHER TÄTIGKEIT

Auf der Grundlage der erhobenen Kostenätze des Zi-Praxis-Panels (Zi = Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung) wurden die folgenden Ergebnisse der einzelnen Abrechnungsgruppen ermittelt (**Tab. 2**). ○

DGCH / BDC. Aktueller Bericht über die Ergebnisse der Honorarverteilung. Passion Chirurgie. 2016 Dezember, 6(12/Q4): Artikel 04_06.



WEITERE ARTIKEL FINDEN SIE AUF BDC|ONLINE (WWW.BDC.DE, RUBRIK WISSEN VERGÜTUNG)



ZUM HONORARBERICHT FÜR DAS VIERTE QUARTAL – 2014 DATEN UND FAKTEN
[HTTP://WWW.KBV.DE/HTML/HONORARBERICHT.PHP](http://WWW.KBV.DE/HTML/HONORARBERICHT.PHP)

Tabelle 1 Abrechnungsgruppe Chirurgie Honorarumsatz je Arzt und Honorarumsatz je Behandlungsfall in Euro

Kassenärztliche Vereinigung	Honorarumsatz je Arzt in Euro		Veränderung		Honorarumsatz je Behandlungsfall in Euro		Veränderung	
	4. Q 2013	4. Q 2014	absolut	in Prozent	4. Q 2013	4. Q 2014	absolut	in Prozent
Schleswig-Holstein	51.236	52.009	773	1,5%	72,62	72,81	0,19	0,3%
Hamburg	52.542	53.836	1.294	2,5%	63,65	64,22	0,57	0,9%
Bremen	55.914	61.787	5.873	10,5%	72,77	72,88	0,11	0,2%
Niedersachsen	61.880	63.639	1.759	2,8%	64,33	66,74	2,41	3,7%
Westfalen-Lippe	63.409	64.425	1.016	1,6%	70,12	71,35	1,23	1,8%
Nordrhein	55.096	52.097	-2.999	-5,4%	73,91	68,31	-5,60	-7,6%
Hessen	65.180	68.131	2.951	4,5%	95,43	98,55	3,12	3,3%
Rheinland-Pfalz	54.012	56.682	2.670	4,9%	69,70	72,13	2,43	3,5%
Baden-Württemberg	65.269	64.847	-422	-0,6%	81,40	85,27	3,87	4,8%
Bayern	52.912	53.617	705	1,3%	84,96	83,24	-1,72	-2,0%
Berlin	42.522	39.828	-2.694	-6,3%	63,84	59,21	-4,63	-7,3%
Saarland	54.803	56.903	2.100	3,8%	68,04	72,47	4,43	6,5%
Mecklenburg-Vorp.	59.960	60.155	195	0,3%	71,36	71,37	0,01	0,0%
Brandenburg	50.713	52.064	1.351	2,7%	58,53	60,55	2,02	3,5%
Sachsen-Anhalt	53.574	54.113	539	1,0%	65,33	66,52	1,19	1,8%
Thüringen	50.609	54.344	3.735	7,4%	63,12	67,26	4,14	6,6%
Sachsen	52.110	52.884	774	1,5%	67,41	66,55	-0,86	-1,3%
Bund	57.241	57.630	389	0,7%	73,62	73,85	0,23	0,3%

Quelle: KBV-Abrechnungstatistik; Praxen mit zugelassenen Ärzten

Tabelle 2 Überschuss je Arzt aus vertragsärztlicher Tätigkeit in Euro

Abrechnungsgruppe	Überschuss je Arzt in Euro		Veränderung	
	4. Q 2013	4. Q 2014	absolut	in Prozent
Allgemeinmedizin/hausärztliche Internisten	27.129	27.682	553	2,0 %
Kinder- und Jugendmedizin	27.788	28.587	799	2,9%
Anästhesiologie*	19.546	19.800	254	1,3%
Augenheilkunde	30.606	31.728	1.122	3,7%
Chirurgie	24.393	24.559	166	0,7%
Gynäkologie	24.805	24.715	-90	-0,4%
Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde	25.215	25.179	-37	-0,1%
Dermatologie	24.919	25.312	393	1,6%
Innere Medizin, FA ohne Schwerpunkt	31.223	32.622	1.399	4,5%
Innere Medizin, SP Gastroenterologie	40.251	40.888	637	1,6%
Innere Medizin, SP Kardiologie	36.321	35.342	-979	-2,7%
Innere Medizin, SP Pneumologie	39.452	38.289	-1.164	-3,0%
Neurologie	25.025	23.887	-1.138	-4,5%
Psychiatrie	24.202	24.052	-150	-0,6%
Nervenheilkunde	34.911	34.076	-835	-2,4%
Orthopädie	25.809	24.933	-875	-3,4%
Psychotherapie (ärztlich/psychologisch)	12.709	12.657	-52	-0,4%
Radiologie	27.784	27.410	-374	-1,3%
Urologie	25.918	25.680	-238	-0,9%
Alle Ärzte/Psychotherapeuten	26.190	26.365	176	0,7%

* eingeschränkte statistische Aussagefähigkeit aufgrund eines relativen Standardfehlers von mehr als 15%

Für die Abrechnungsgruppe Innere Medizin mit den Schwerpunkten Angiologie, Endokrinologie, Hämatologie/Onkologie, Nephrologie und Rheumatologie liegen aus dem Zi-Praxis-Panel keine Kostensätze vor.

Quelle: KBV-Abrechnungstatistik; Zi-Praxis-Panel - Jahresbericht 2014; 5. Jahrgang, Berlin, März 2016

GLOSSAR PERIOPERATIVER PROZESSZEITEN UND KENNZAHLEN - VERSION 2016

”

Mit freundlicher Genehmigung des Berufsverbandes Deutscher Anästhesisten (BDA) und der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin (DGAI).

EINE GEMEINSAME EMPFEHLUNG VON
BDA / DGAI, BDC / DGCH UND VOPM

Mit der Konsentierung der aktuellen Empfehlung verliert die Ursprungsversion des Glossars (Glossar) aus dem Jahr 2008 ihre Gültigkeit. An dieser Ursprungsversion des Glossars waren folgende Autoren beteiligt: M. Bauer, M. Diemer, J. Ansorg, A. Schleppers, K. Bauer, M. Bomplitz, E. Tsekos, R. Hanss und M. Schuster.

Die aktualisierte Empfehlung ist eine grundlegende Überarbeitung der ersten Version; die Beiträge der früheren Autoren an der Entwicklung der Empfehlungen werden an dieser Stelle ausdrücklich gewürdigt.

Hier lesen Sie eine Zusammenfassung und das Kapitel Einführung, den vollständigen Artikel mit den einzelnen Zeitpunkten und Kennzahlen des perioperativen Prozesses finden Sie auf BDC-Online (www.bdc.de, Rubrik Wissen|Vergütung) als PDF-Datei.

ZUSAMMENFASSUNG

Ein erfolgreiches OP-Management realisiert die effizienzorientierte Reorganisation medizinischer Leistungsprozesse sowie die Etablierung eines suffizienten Berichtswesens für den operativen Bereich. Beide Aufgaben bedingen den Einsatz geeigneter Prozesskennzahlen. Eine erste einheitliche Definition der im operativen Versorgungsprozess



KORRESPONDIERENDER AUTOR:**UNIV.-PROF. DR. DR. M. BAUER, MPH**

Stellv. Direktor Klinik für Anästhesiologie
Leiter OP-Management
Universitätsmedizin Göttingen
Berufsverband Deutscher Anästhesisten (BDA)
/ Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und
Intensivmedizin (DGAI), Nürnberg
Verband für OP-Management e.V. (VOPM),
Hannover
martin.bauer@med.uni-goettingen.de

DR. MED. R. M. WAESCHLE

Klinik für Anästhesiologie, Universitätsmedizin
Göttingen
Verband für OP-Management e.V. (VOPM),
Hannover

DR. MED. JÖRG-ANDREAS RÜGGEBERG

Vizepräsident BDC

PROF. DR. MED. DR. h.c. HANS-JOACHIM MEYER

Präsident BDC
Generalsekretär DGCH

DR. CHRISTIAN TAUBE, MBA

Verband für OP-Management e.V. (VOPM),
Hannover

MATTHIAS DIEMER, MBA

Verband für OP-Management e.V. (VOPM),
Hannover

PROF. DR. MED. MARTIN SCHUSTER

Klinik für Anästhesiologie, Intensivmedizin,
Notfallmedizin und Schmerztherapie Fürst-
Stirum-Klinik Bruchsal
Berufsverband Deutscher Anästhesisten (BDA)/
Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und
Intensivmedizin (DGAI), Nürnberg
Forum „Qualitätsmanagement & Ökonomie“ von
BDA und DGAI, Nürnberg

Bauer M. / Waeschle R.M. / Rüggeberg J. / Meyer
H.J. / Taube C. / Diemer M. / Schuster M. Glossar
perioperativer Prozesszeiten und Kennzahlen -
Version 2016. *Passion Chirurgie*. 2016 November;
6(11/Q4): Artikel 04_07.



DEN AUSFÜHRLICHEN ARTIKEL MIT
DEN EINZELNEN ZEITPUNKTEN UND
KENNZAHLEN DES PERIOPERATIVEN
PROZESSES SOWIE DER
LITERATURLISTE FINDEN SIE AUF
BDC-ONLINE (WWW.BDC.DE, RUBRIK
WISSEN|VERGÜTUNG).

relevanten Zeitpunkte und Kennzahlen wurde 2008 durch den Berufsverband Deutscher Anästhesisten (BDA), den Berufsverband Deutscher Chirurgen (BDC) und den Verband für OP-Management (VOPM) konsentiert und veröffentlicht.

Die vorliegende Publikation stellt eine Weiterentwicklungen dieses Glossars dar, welche der Komplexität und den gestiegenen Anforderungen im heutigen OP-Management Rechnung trägt. Dazu wurde das Glossar grundlegend überarbeitet, Definitionen dem aktuellen Wissensstand angepasst und relevante Prozesszeiten ergänzt.

Es werden die in Literatur und Praxis etablierten Zeitpunkte und Kennzahlen des perioperativen Versorgungsprozesses aufgelistet, definiert und bewertet. Dabei wird innerhalb der Zeitpunkte unterschieden in Patientenlogistik (P), Anästhesie (A) und Operation (O). Diejenigen Zeitpunkte und Kennzahlen, welche für essentiell in der Routinedokumentation erachtet werden, sind besonders gekennzeichnet (►).

Ziel dieser Weiterentwicklung ist es, eine einheitliche Definition perioperativer Leistungsparameter bereit zu stellen, die den aktiven und künftigen OP-Managern als Handlungsanleitung bei Auswahl, Einsatz und Interpretation von geeigneten Leistungsparametern dienen kann. Außerdem soll mit dieser Aktualisierung eine weitere Verbreitung dieser konsentierten Prozesskennzahlen erreicht werden.

Darüber hinaus soll eine zwischen den Verbänden abgestimmte Notfallklassifikation die Definition medizinischer Dringlichkeiten und die korrespondierende koordinative Reaktion standardisieren.

EINLEITUNG

Der Kostendruck in den deutschen Krankenhäusern und den ambulanten Operationseinrichtungen macht unverändert eine effiziente medizinische Leistungserstellung erforderlich. Da bei operativen Fällen die intraoperative Ressourcennutzung den wesentlichen Kostentreiber darstellt, kommt dem OP-Management eine zentrale Rolle zu. Entsprechend wird zunehmend versucht, durch die Implementierung weisungsbefugter und

budgetverantwortlicher OP-Manager die Wirtschaftlichkeit in diesem Hochkostenbereich sicherzustellen. Mittlerweile konnte gezeigt werden, dass die Einführung eines zentralen OP-Managements zu einer positiven Leistungsentwicklung und damit verbunden einer relevanten Erlössteigerung führen kann (Wäschle 2016).

Die Aufgabe des OP-Managers besteht im Wesentlichen in der effizienzorientierten Organisation der Leistungsprozesse sowie der Etablierung eines validen, zeitnahen und verständlichen/nachvollziehbaren Berichtswesens. Hierfür benötigt der OP-Manager aussagekräftige Kennzahlen, die (soweit es sich um Prozesskennzahlen handelt) auf Basis klar definierter Zeitpunkte erhoben sein müssen. Außerdem werden solche validen Prozesskennzahlen für Erlös- und Kostenberechnungen auf Kostenträgerebene für den OP-Bereich benötigt (Wäschle 2015), um dem OP-Manager die Identifikation weiterer Verbesserungspotentiale zu ermöglichen bzw. eine rationale Grundlage für strategische Entscheidungen zu bieten.

In den USA wurde erstmals 1998 ein Glossar perioperativer Prozesszeiten publiziert (Donham 1998). In Deutschland wurden erstmalig 2008 einheitliche Definitionen für die Zeitpunkte bzw. Kennzahlen des perioperativen Versorgungsprozesses als gemeinsame konsentierte Stellungnahme des Berufsverbandes Deutscher Anästhesisten (BDA), des Berufsverbandes Deutscher Chirurgen (BDC) und des Verbandes für OP-Management (VOPM) veröffentlicht (Bauer 2008). Basierend auf diesen vereinheitlichten Prozesskennzahlen wurde in einer Kooperation von BDA, BDC und VOPM mit der Firma digmed ein online-basiertes Benchmarking zum Vergleich der perioperativen Arbeitsabläufe mit anderen Krankenhäusern etabliert, an dem sich mittlerweile über 200 Krankenhäuser beteiligten.

Seit der Veröffentlichung des Glossars im Jahr 2008 hat es eine weite Akzeptanz an deutschen Krankenhäusern zur Definitionen der entsprechenden Kennzahlen erreicht. Im Rahmen der praktischen Anwendung konnten in den vergangenen Jahren verschiedene Schwachstellen bzw. Verbesserungspotentiale identifiziert werden. Dazu gehört u. a.

die bisher abweichende Definition des Prozesszeitpunktes „Schnitts“ im Glossar und im InEK-Kalkulationshandbuch. Das Glossar berücksichtigt für den Zeitpunkt „Schnitt/OP-Beginn“ bisher die Ausführung des Hautschnitts bzw. den Beginn vorgezogener operativer Maßnahmen (z. B. Höhenlokalisierung bei Operationen an der Wirbelsäule, Anbringen der Mayfield-Klemme am Kopf) (Bauer 2008). Im Gegensatz dazu wird der Zeitpunkt „Schnitt“ im InEK-Kalkulationshandbuch als „Beginn des ersten Hautschnittes“ ohne Berücksichtigung vorgezogener operativer Maßnahmen definiert (Inek 2007). Wenn nun die Dokumentation der Prozesszeiten anhand der Definitionen des Glossars erfolgt, kommt es aus Sicht des InEK bei Eingriffen mit vorgezogenen operativen Maßnahmen zu falsch langen SNZ. Dies behindert die Vergleichbarkeit der Prozess- und Kostendaten zwischen den operativ tätigen Einrichtungen und damit eine Teilnahme an dem beschriebenen, deutschlandweiten Benchmark-Programm. Zum anderen finden sich aufgrund des unverändert hohen ökonomischen Druckes in der Literatur aktuelle wissenschaftliche Arbeiten, welche die Identifikation bzw. Darstellung aussagekräftiger Kennzahlen der OP-Effizienz untersuchen (Schuster 2007a, b).

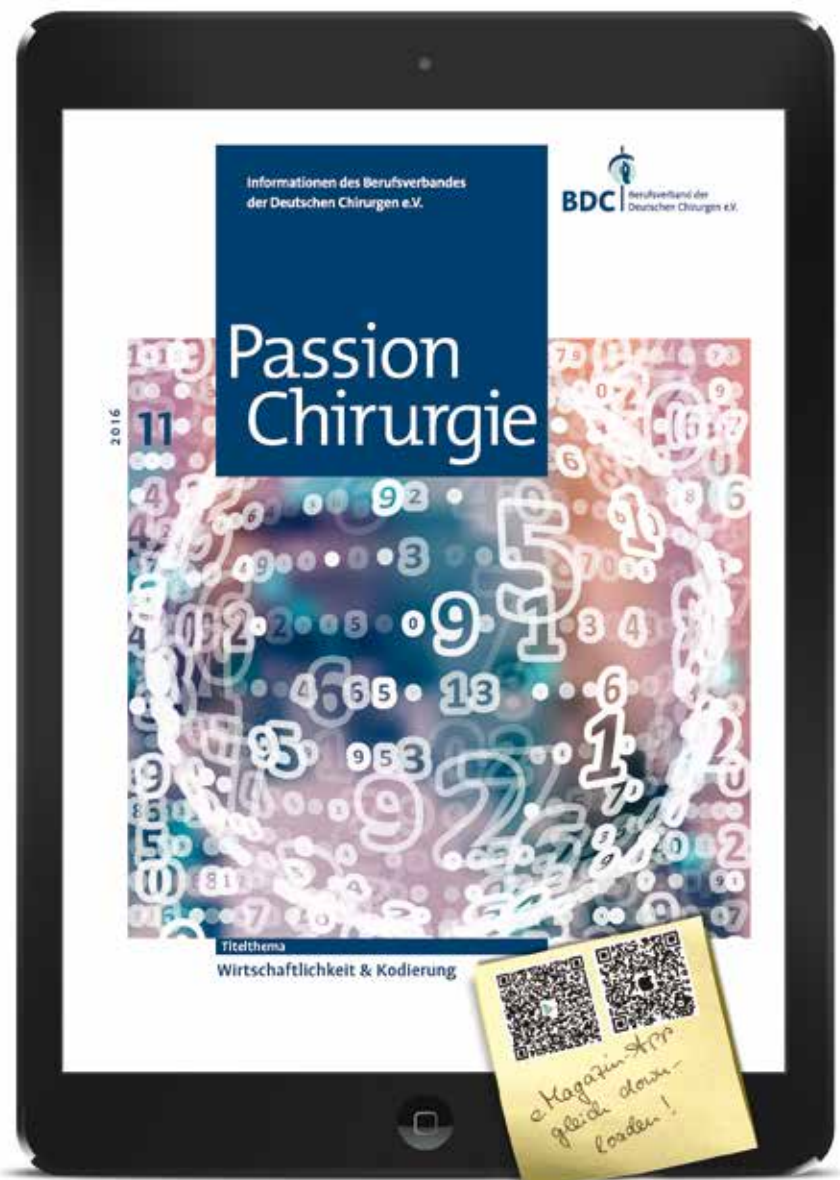
Aus den genannten Gründen erscheint eine Aktualisierung und Weiterentwicklung des Glossars von BDA, BDC und VOPM aus dem Jahr 2008 geboten. Entsprechend wurden in der vorliegenden aktualisierten Fassung das Glossar grundlegend überarbeitet, Definitionen dem aktuellen Wissensstand angepasst und relevante Prozesszeiten ergänzt. Die relevanten Kennzahlen sowie die zugrundeliegenden Zeitpunkte des perioperativen Versorgungsprozesses wurden aufgelistet, definiert und unter Verweis auf die verfügbare Literatur diskutiert. Außerdem wurde

zwischen den Verbänden eine einheitliche Definition der medizinischen Dringlichkeit operativer Notfälle sowie der koordinativen Reaktion bei der Umsetzung im operativen Tagesgeschäft abgestimmt.

Das vorliegende Glossar soll aktiven und künftigen OP-Managern als Handlungsanleitung bei Auswahl, Einsatz und Interpretation von geeigneten Kennzahlen dienen. Dabei ist zu beachten, dass unterschiedliche Adressaten unter Umständen differierende Kennzahlen zur Abbildung ihrer Ansprüche an eine Messbarkeit der OP-Prozesse benötigen. Die

hier vorliegende Aufstellung erhebt nicht den Anspruch vollumfänglich zu sein. In Einzelfällen wird aufgrund lokaler Besonderheiten die Dokumentation weiterer Zeitpunkte notwendig sein. Das Glossar bietet konsentrierte Definitionen zu den wesentlichen Kennzahlen für eine umfassende Dokumentation der Arbeitsabläufe im OP.

Außerdem wäre eine weiter zunehmende Verbreitung der in diesem Glossar verwendeten Definitionen von Prozesszeiten und Kennzahlen wünschenswert, um eine zunehmende Standardisierung zu erreichen. ○



Lesen Sie auch das eMagazin Passion Chirurgie "Wirtschaftlichkeit und Kodierung" (Ausgabe 11-2016 auf www.bdc.de | Passion Chirurgie oder in der BDC|Mobile-App)



„4K-Technologie macht das Operieren für uns sicherer“

Das Immanuel Klinikum Bernau führt den überregionalen Versorgungsauftrag eines spezialisierten Herzzentrums mit dem regionalen Auftrag eines Versorgungskrankenhauses zusammen – in Deutschland eine Besonderheit. Seit 2015 ist das Klinikum zudem Teil der Medizinischen Hochschule Brandenburg und hat so einen großen Anteil an der Ausbildung künftiger Ärztegenerationen. Dies ist ein Grund, warum gerade im Bereich der laparoskopischen Chirurgie viele Anstrengungen unternommen wurden, um eine Versorgung auf hohem Niveau weiter auszubauen. Die Investition in die innovative 4K-Technologie der endoskopischen Bildgebung stellt einen Meilenstein in dieser Entwicklung dar – denn das Klinikum ist eines der ersten Häuser, das diese Technologie anwendet.

Herr von Kirchbach, wann sind Sie zum ersten Mal mit der 4K-Technologie in Berührung gekommen?

Die Leihstellung des Systems basierte auf einer Empfehlung eines befreundeten Kollegen, der die erste 4K-Kamera im medizinischen Bereich ebenfalls kurz nach Markteinführung getestet hatte. Mittlerweile setzt sich diese Technologie mehr und mehr durch.

Welche operativen Vorteile sehen Sie in den verbesserten Bildeigenschaften von 4K?

Durch die erhöhte Schärfe und Farbdarstellung können Strukturen besser erkannt werden. Dies macht das Operieren für uns sicherer. Selbst beim Koagulieren haben wir nun bessere Sichtverhältnisse, da die dabei entstehende Rauchwolke schneller transparent wird. Die enorme Tiefenschärfe erleichtert die Hand-Augen-Koordination. Alle diese Faktoren wirken darauf ein, dass das ganztägige Arbeiten des Operators am Bildschirm angenehmer wird und die Konzentration erhalten bleibt.

In der Vergangenheit wurden maximal 32 Zoll Bildschirme in Verbindung mit endoskopischen Kameras verwendet. In Deutschland sind Sie nun der erste Anwender, der mit einem 58 Zoll 4K-Display operiert. Welche Vorteile sehen Sie?

Durch die 58 Zoll Bilddiagonale können wir die Möglichkeiten der Kamera voll ausschöpfen und haben somit, im Vergleich zu 32 Zoll Bilddiagonale, ein besseres Bild. Darüber hinaus können wir uns ergonomischer am Operationstisch positionieren, da das Bild von vielen Seiten klar und deutlich eingesehen werden kann. Als Hochschulklinikum haben wir nicht nur Studenten, sondern auch Hospitanten zu Gast, die vom Einsatz des Großmonitors profitieren. Auch die Häufigkeit in der Umpositionierung des Turmes konnte durch die neuen Größenverhältnisse reduziert werden. Natürlich setzt ein solches System entsprechende Räumlichkeiten voraus. Von der Alltagstauglichkeit haben wir uns im Team in mehrwöchigen Tests überzeugt.

Welche Faktoren sind Ihnen, neben einem guten Bild, wichtig, wenn Sie sich für einen endoskopischen Turm entscheiden?

Besonders benutzerfreundlich ist die intuitive Bedienbarkeit der Kamera. Natürlich erwarten wir mit einem intensiven und regelmäßigen Service das System stetig weiterzuentwickeln, um für unsere Patienten immer die bestmöglichen Ergebnisse zu erreichen.



Arndt von Kirchbach ist Oberarzt mit Schwerpunkt Allgemein- und Viszeralchirurgie am Immanuel Klinikum Bernau.



Chirurgie-Suche

Berufsverband der
Deutschen Chirurgen e.V.

Zeigen, wer man ist!

3 Monate
Premium-Paket
kostenlos testen

Ihre Klinik und Praxis auf Chirurgie-Suche.de

- ✓ Multimediale Präsentation Ihrer Einrichtung
- ✓ Umfassende Darstellung Ihres Leistungsspektrums
- ✓ Fakten statt Bewertungen
- ✓ Vertrauen schaffen bei Patienten, Zuweisern und Assistenzärzten



© Istock/Sta-gur Karlsson



SCHWANGER IM OP

MÖGLICHKEITEN UND GRENZEN VON BESCHÄFTIGUNGSVERBOTEN NACH DEM ENTWURF DES NEUEN MUTTERSCHUTZGESETZES (MUSCHG-E)

Mit einer Schwangerschaft steigt nicht nur die Vorfreude auf den Nachwuchs. Auch die Arbeitgeber müssen disponieren und sich auf den (vorübergehenden) Ausfall der schwangeren Arbeitnehmerin einstellen bzw. besondere Schutzvorkehrungen während der Schwangerschaft treffen. Gerade bei Ärztinnen mit operativer Tätigkeit stellt sich die Frage, ob sie ihren Beruf bis zum Eintritt der Mutterschutzzeit überhaupt weiter ausüben können. Besonders Weiterbildungsassistentinnen teilen ihrem Arbeitgeber die bestehende Schwangerschaft oft aus Furcht, den Weiterbildungskatalog nicht in der vorgegebenen Zeit zu erfüllen, erst spät mit und nehmen dafür eine Gefährdung ihres ungeborenen Kindes in Kauf. Früher wurden schwangere Ärztinnen, die operativ tätig waren, regelmäßig zum „Innendienst“ eingeteilt und durften z. B. nur noch Aufklärungsgespräche führen. Heute stehen viele noch bis kurz vor der Entbindung im OP. Für Arbeitgeber gilt es, einerseits dem Beschäftigungsanspruch der schwangeren

Arbeitnehmerin gerecht zu werden und andererseits Sorge dafür zu tragen, dass Mutter und Kind gesundheitlich nicht gefährdet werden.

RECHTSGRUNDLAGEN

Die wesentlichen Rechtsgrundlagen, die bei der Beschäftigung von schwangeren Arbeitnehmerinnen beachtet werden müssen, sind im Gesetz zum Schutze der erwerbstätigen Mutter (Mutterschutzgesetz – MuSchG) sowie in der Mutterschutzrichtlinienverordnung (MuSchRiv) niedergelegt. Seit seinem Inkrafttreten im Jahre 1952 ist das Mutterschutzgesetz kaum geändert worden, obwohl sich die gesellschaftlichen und rechtlichen Rahmenbedingungen für berufstätige (schwangere) Frauen erheblich gewandelt haben. Aus diesem Grund ist das Mutterschutzgesetz kürzlich umfassend überarbeitet und worden; die Bundesregierung hat der Novelle (Stand: 04.05.2016) bereits zugestimmt. Dazu wurden die zahlreichen Vorschriften der Verordnung



**KORRESPONDIERENDER AUTOR:
DR. IUR. ALBRECHT WIENKE**

Rechtsanwalt und Fachanwalt für
Medizinrecht
Fachanwalt für Medizinrecht
Wienke & Becker – Köln
Sachsenring 6, 50677 Köln
awienke@kanzlei-wbk.de



LINDA KUBALL
Rechtsanwältin, LL.M.
Wienke & Becker – Köln

zum Schutze der Mütter am Arbeitsplatz (Mutterschutzarbeitsverordnung – MuSchArbV) zur besseren Orientierung in das MuSchG-E integriert. Die Neuregelungen treten voraussichtlich zum 01.01.2017 in Kraft und bedeuten für die Beschäftigung schwangerer Chirurginnen im Ergebnis nur wenige Unterschiede zur derzeitigen Rechtslage. Was auch nach der künftigen Rechtslage bedacht werden muss, soll im Folgenden erläutert werden.

MITTEILUNGSPFLICHTEN

Damit Arbeitgeber in der Lage sind, spezielle Schutzvorkehrungen zugunsten der Schwangeren zu treffen, muss ihnen die Schwangerschaft bekannt gegeben werden. Nach § 14 Abs. 1 MuSchG-E sollen werdende Mütter ihrem Arbeitgeber die Schwangerschaft und den mutmaßlichen Tag der Entbindung mitteilen, sobald ihnen ihr Zustand bekannt ist. In der Praxis teilen Arbeitnehmerinnen die bestehende Schwangerschaft jedoch häufig erst zu einem späteren Zeitpunkt, zumeist nach Ablauf der kritischen ersten drei Monate, mit. Ärztinnen, die sich noch in der Weiterbildung befinden, ziehen die Mitteilung oft sogar so weit hinaus, bis eine Schwangerschaft offensichtlich ist. Eine verspätete Mitteilung hat zwar nicht zur Folge, dass Frauen ihr Recht auf Mutterschutz verlieren, sie sollten sich dabei jedoch bewusst sein, dass eine operative Tätigkeit ohne jegliche Schutzvorkehrungen ein hohes Gefahrenrisiko für sich und das ungeborene Kind in sich bergen kann.

Mit Benachrichtigung über die Schwangerschaft ist der Arbeitgeber nach § 25 Abs. 1 Nr. 1a MuSchG verpflichtet, der zuständigen Aufsichtsbehörde die Beschäftigung einer Schwangeren anzuzeigen.

VON SCHUTZVORKEHRUNGEN BIS ZUM BESCHÄFTIGUNGSVERBOT

Bei der Beschäftigung werdender Mütter hat der Arbeitgeber alle erforderlichen Vorkehrungen und Maßnahmen zum Schutz von Leben und Gesundheit der Schwangeren zu treffen. Entgegen einer weitläufig verbreiteten Ansicht bedeutet die Mitteilung der bestehenden Schwangerschaft nicht gleichzeitig das vorübergehende Aus der beruflichen operativen Tätigkeit. Solange durch Schutz-

vorkehrungen die Gefahr für Mutter und Kind eliminiert werden kann und die schwangere Chirurgin dies ausdrücklich wünscht, kann sie weiterhin im OP arbeiten und Eingriffe durchführen. Der Anspruch auf Fortführung ihrer Tätigkeit ist nun in § 8 Abs. 1 Satz 2 MuSchG-E ausdrücklich normiert. Nachteile aufgrund der Schwangerschaft, der Entbindung oder der Stillzeit sollen vermieden oder ausgeglichen werden. Hierbei sind folgende Besonderheiten und insbesondere die nun in § 12 MuSchG-E normierte Rangfolge der Schutzmaßnahmen zu beachten:

1. INDIVIDUELLE GEFÄHRDUNGSBEURTEILUNG

Mit Benachrichtigung des Arbeitgebers ist dieser nach § 9 Abs. 2 MuSchG-E gehalten, eine individuelle Gefährdungsbeurteilung für die schwangere Ärztin in ihrem konkreten Arbeitsumfeld vorzunehmen. Bei chirurgisch tätigen Arbeitnehmerinnen muss daher im Einzelnen geprüft werden, ob die chirurgische Tätigkeit an sich oder die speziellen räumlichen bzw. sachlichen Einrichtungen in der Klinik eine Gefahr für Mutter und Kind darstellen können. Die Beurteilung dient dem Zweck, mögliche Gefahren für die Sicherheit und Gesundheit sowie alle Auswirkungen auf die Schwangerschaft abzuschätzen und die zu ergreifenden Schutzmaßnahmen zu bestimmen.

2. UMGESTALTUNG DES ARBEITSPLATZES, SCHUTZVORKEHRUNGEN

Sollte sich bei der Beurteilung ergeben, dass eine potenzielle Gefährdungslage vorliegt, hat der Arbeitgeber nach § 8 Abs. 2 MuSchG-E alle erforderlichen Maßnahmen zu treffen, damit Gefährdungen einer schwangeren Frau oder ihres Kindes möglichst vermieden werden und eine unverantwortbare Gefährdung ausgeschlossen ist. Im Gegensatz zur derzeitigen Rechtslage, wonach jede Gefährdung für Mutter und Kind ausgeschlossen sein muss, ist die Zulässigkeit der Fortsetzung der Arbeit im neuen Gesetzentwurf erweitert worden. Dass die Auslegung des unbestimmten Rechtsbegriffs „unverantwortbare Gefährdung“ zu Abgrenzungsschwierigkeiten führen wird, liegt auf der Hand. Hieran ändert auch die gesetzliche Definition nichts, wonach eine unverantwortliche Gefährdung vorliegen soll, wenn die Eintrittswahrscheinlichkeit einer Gesundheitsbeeinträchtigung angesichts

Kuball L. / Wienke A. Schwanger im OP. Passion Chirurgie. 2016 Dezember, 6(12): Artikel 04_08.



DEN AUSFÜHRLICHEN ARTIKEL
FINDEN SIE AUF BDC|ONLINE
(WWW.BDC.DE).

der zu erwartenden Schwere des möglichen Gesundheitsschadens nicht hinnehmbar ist. Welche Fälle im Zusammenhang mit operativen Tätigkeiten einer unverantwortbaren Gefährdungslage zugeordnet werden und wann die Grenze einer möglichst weitgehenden Gefährdungsvermeidung überschritten sein soll, ist auch in der Gesetzesbegründung nicht näher definiert und bleibt abzuwarten.

Der Arbeitgeber hat den Arbeitsplatz der Schwangeren in jedem Fall so zu errichten und zu unterhalten, dass alle technisch, medizinisch oder ergonomisch möglichen Maßnahmen zum Schutz der Mutter getroffen werden. Dies ist durch eine einstweilige Umgestaltung der Arbeitsbedingungen oder der Arbeitszeiten möglich. Das Schutzgebot umfasst auch die Arbeitsorganisation, sodass Pausen, Arbeitstempo, Schichtenteilung etc. den Bedürfnissen der Schwangeren angepasst werden müssen.

Es ist offensichtlich, dass die ärztliche Tätigkeit in Operationssälen grundsätzlich ein gewisses Gefahrenpotential mit sich bringt. Die Anästhesie, das Infektionsrisiko oder eine potentielle Strahlenbelastung können zuweilen gravierende gesundheitliche Auswirkungen auf Mutter und Kind haben. Um beide vor OP-typischen Gefahren zu schützen, müssen daher besondere Schutzvorkehrungen getroffen werden.

Hinsichtlich einer Gefährdung durch die Narkoseführung ist darauf zu achten, dass gesundheitsgefährdende Gase oder Dämpfe nicht auf die schwangere Chirurgin einwirken. Daher empfiehlt es sich, ausschließlich bei Patienten operativ tätig zu sein, die eine Totale Intravenöse Anästhesie (TIVA) oder eine Spinalanästhesie erhalten.

Um das Infektionsrisiko von Viren zu minimieren, sollten schwangere Chirurginen zunächst ihren aktuellen Immunitätsstatus prüfen und ggf. aktualisieren. Zudem sollte Wert auf ein präoperatives Patienten-Screening auf Hepatitis-C-Antikörper und HIV-Antikörper gelegt werden. Zur Infektionsprophylaxe eignet sich auch das Tragen von geeigneten Schutzbrillen (Visier). Nadelstichverletzungen können durch das Tragen von doppelten Indikatorhandschuhen sowie durch die Verwendung stichsicherer Instrumentarien weitgehend vermieden werden. Zudem sollte keine Teilnahme bei bekannten infektiösen Eingriffen, mit unterbrochener Sicht-

kontrolle sowie in beengtem Operationssitus erfolgen. Der Umgang mit potentiell kontaminierten Instrumenten ist generell zu unterlassen und der Kontakt mit Körperflüssigkeiten und Aerosolbildung ist zu vermeiden.

Besonderes Gewicht ist auch auf den Strahlenschutz zu legen, wobei ergänzend die Vorschriften der Röntgenverordnung zu beachten sind. Nicht selten werden intraoperativ Röntgenbilder angefertigt, um etwa die richtige Positionierung von Implantaten bzw. Prothesen überprüfen zu können. Solange sich die schwangere Chirurgin im Kontrollbereich, das heißt während der Durchleuchtung bzw. Anfertigung der Röntgenbilder, befindet, muss die Dosis streng überwacht werden. Hierzu wird im Allgemeinen angeraten, den OP-Saal kurzzeitig zu verlassen bzw. bei entsprechenden Räumlichkeiten auf Abstand zum Röntgengerät zu gehen. Entsprechend § 22 Abs. 1 Nr. 2 d Röntgenverordnung (RÖV) ist das Betreten des Kontrollbereichs aber dann möglich, wenn der fachkundige Strahlenschutzverantwortliche bzw. Strahlenschutzbeauftragte dies ausdrücklich gestattet und durch geeignete Überwachungsmaßnahmen sicherstellt, dass der besondere Dosisgrenzwert eingehalten und dokumentiert wird. Der Grenzwert der effektiven Dosis beträgt während der gesamten Schwangerschaft 1 mSv. Um eine höhere Bestrahlung zu vermeiden wird empfohlen, ein wöchentlich ablesbares Dosimeter auf Uterushöhe zu tragen.

Weiterhin sollten werdende Mütter keine Lagerungstätigkeiten sowie nach Ablauf des fünften Schwangerschaftsmonats keine stehenden Tätigkeiten über vier Stunden vornehmen. Vielmehr muss ihnen eine Liege- bzw. Sitzgelegenheit zur Verfügung gestellt werden, sodass sie sich bei Bedarf ausruhen können. Auch sollten schwangere Frauen lediglich bei elektiven Eingriffen tätig und Notfalleingriffe sowie anstrengende, längere Operationen vermieden werden. Hier ist vor allem die Organisation des Arbeitgebers hinsichtlich der Einteilung von genügend Personal gefragt. Es muss bedacht werden, dass die Schwangere aufgrund Unwohlseins spontan ausfallen könnte, sodass jederzeit ein chirurgischer Backup vorzuhalten ist.

3. ARBEITSPLATZWECHSEL

Wenn die Umgestaltung der Arbeitsbedingungen und Schutzvorkehrungen nicht

möglich oder wegen des nachweislichen Aufwandes dem Arbeitgeber nicht zumutbar ist, kann der Arbeitgeber nach § 12 Abs. 1 Nr. 2 MuschG-E einen Arbeitsplatzwechsel vornehmen. Im operativen Bereich wird schwangere Ärztinnen dann regelmäßig das Führen von Aufklärungsgesprächen bzw. das Abfassen von Arzt- und Entlassungsbriefen sowie anderen Schreibarbeiten aufgetragen.

4. BESCHÄFTIGUNGSVERBOT

Erst wenn auch ein solcher Arbeitsplatzwechsel nicht möglich oder für den Arbeitgeber nicht zumutbar ist, darf werdenden Müttern nach § 12 Abs. 1 Nr. 3 MuSchG-E ein Beschäftigungsverbot ausgesprochen werden. Die Freistellung von der Arbeit ist daher immer nur als ultima ratio in Betracht zu ziehen und darf nicht zur Regel werden.

Das Mutterschutzrecht unterscheidet zwischen generellen und individuellen Beschäftigungsverboten. Während individuelle Beschäftigungsverbote nach § 15 MuSchG-E in jedem Fall durch ein ärztliches Zeugnis bestätigt und nur dann ausgesprochen werden dürfen, wenn die Gesundheit von Mutter oder Kind bei Fortdauer der Beschäftigung gefährdet ist, knüpfen generelle Beschäftigungsverbote an die Arbeitsumstände an und werden unabhängig von einem konkreten, individuellen Risiko ausgesprochen. Bei einem Beschäftigungsverbot aufgrund der besonderen Gefährdungslage im OP handelt es sich daher regelmäßig um ein generelles Beschäftigungsverbot. Ein individuelles Arbeitsverbot ist hingegen zu erteilen, wenn die Schwangere beispielsweise eine Zeilang nur liegen darf oder sich wegen hoher Arbeitsbelastung besonders schonen muss.

SCHWANGERSCHAFT WÄHREND DER WEITERBILDUNGSZEIT

Operativ tätige Frauen, die während der Weiterbildungszeit schwanger werden, haben häufig Schwierigkeiten, die notwendigen Weiterbildungsinhalte zu erfüllen. Grundsätzlich ist auch die Schwangerschaft auf die Weiterbildungszeit anzurechnen. Aus diesem Grund sollten schwangere Weiterbildungsassistentinnen ein vertrauensvolles Gespräch mit dem Chefarzt führen, um den Stand der Weiterbildung festzuhalten und die Inhalte der weiteren Weiterbil-

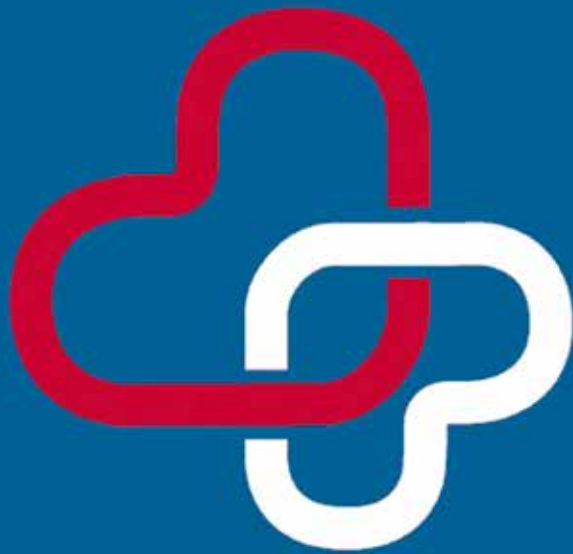
dungszeit hinsichtlich ihrer Durchführbarkeit zu besprechen. Hierbei kann herausgestellt werden, welche Inhalte trotz der Schwangerschaft noch möglich sind bzw. in den der Elternzeit folgenden Zeitraum verschoben werden müssen.

FAZIT

Aufgrund der vielseitigen Möglichkeiten, den OP-Betrieb für schwangere Chirurginnen sicher zu gestalten, können schwangere Chirurginnen operative Eingriffe oftmals während der gesamten Schwangerschaft durchführen. Sobald der Arbeitgeber Kenntnis von der Schwangerschaft erhält, muss er die potenzielle Gefährdungslage fachbezogen beurteilen und alle erforderlichen Maßnahmen ergreifen, um unverantwortbare Gefährdungen für die werdende Mutter und ihr Kind auszuschließen. Erst wenn ein Ausschluss solcher Gefährdungen und ein Arbeitsplatzwechsel nicht möglich bzw. zumutbar sind, darf der Arbeitgeber im Ausnahmefall ein Beschäftigungsverbot gegenüber der Schwangeren aussprechen. Insofern wird künftig ein noch stärkeres Augenmerk auf die Abwägung zwischen Gesundheitsschutz von Mutter und Kind sowie dem Recht auf Fortführung der Erwerbstätigkeit gelegt werden müssen. Grundsätzlich muss berücksichtigt werden, dass der Schutz von schwangeren Arbeitnehmerinnen die betroffenen Frauen auf dem Arbeitsmarkt nicht benachteiligen und insbesondere die Richtlinien zur Gleichbehandlung von Männern und Frauen nicht beeinträchtigen darf. Daraus folgt, dass an die Möglichkeit der Umgestaltung der Arbeitsplatzbedingungen hohe Anforderungen gestellt werden und ein hoher organisatorischer und wirtschaftlicher Aufwand nicht per se eine Unzumutbarkeit begründen kann. ○



Mit Herz und Leidenschaft



February 11 – 14, 2017
Congress Center Leipzig

HERZMEDIZIN 2017



46. Jahrestagung

Deutsche Gesellschaft
für Thorax-, Herz- und
Gefäßchirurgie



49. Jahrestagung

Deutsche Gesellschaft
für Pädiatrische
Kardiologie

Early Bird Deadline
December 31, 2016

www.dgthg-jahrestagung.de
www.dgpk-jahrestagung.de



ALLES WIE IMMER?

RÜCKBLICK AUF DIE GESUNDHEITSPOLITIK 2016

Am Ende eines Jahres nutzt man gerne die Gelegenheit, zurückzuschauen, was geschehen ist oder auch was nicht. Je nach Blickwinkel des Betrachters fällt das Urteil überschwänglich positiv aus oder eher ernüchtert resigniert. Was die Gesundheitspolitik und im Besonderen die Gesetzgebung betrifft, so wird der Minister als „teuerster Gesundheitsminister“ nicht müde, mit Stolz und durchaus zu Recht darauf zu verweisen, dass sein Haus praktisch alle Vorgaben aus dem Koalitionsvertrag umgesetzt hat. Bedauerlich für die Ärzteschaft ist dabei nur, dass schon der Koalitionsvertrag nichts Gutes ahnen ließ. An dieser Stelle sollen die verschiedenen Gesetze eher unter exemplarischen Gesichtspunkten abgehandelt werden, um daraus mögliche Perspektiven für die

Zukunft abzuleiten. Kritik an Beschlossenem mag dazu dienen, Zorn oder Enttäuschung abzubauen, konstruktiv ist es eher selten.

Im Kern stehen zwei Gesetzesänderungen im SGB V auf dem Prüfstand: Das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz und das Krankenhausstrukturgesetz. Daneben eine Vielzahl flankierender Gesetze, auf die noch einzugehen sein wird. Wirklich umwälzende Richtungsänderungen sind nicht zu erkennen, es bleibt bei einer generell dirigistisch vorgegebenen Struktur der Versorgung, die zaghaften wettbewerblichen Elemente der Vorgängergesetze sind zumindest nicht weiter gestärkt worden.

Für große Aufregung hat die Verpflichtung für die Kassenärztlichen Vereinigungen gesorgt, sogenannte Terminservicestellen (auf eigene Kosten und ohne Zuschuss von dritter Seite) einzurichten. Patienten sollen



**PROF. DR. MED. DR. h.c.
HANS-JOACHIM MEYER**
Präsident des BDC
Generalsekretär der DGCH
Luisenstr. 58/59, 10117 Berlin
praesident@bdc.de, h-jmeyer@dgch.de



**DR. MED. JÖRG-ANDREAS
RÜGGEBERG**
Vizepräsident des BDC
dr.rueggeberg@t-online.de

dort innerhalb einer Woche zu einem Facharzt vermittelt werden, ansonsten erfolgt eine Konsultation im Krankenhaus. Letzteres übrigens explizit auch ohne Facharztstatus und selbstverständlich auf Kosten der Vertragsärzte. Nun hat Deutschland eine der höchsten Arztdichten, allerdings auch die höchste Rate an Inanspruchnahme ärztlicher Leistung. Dennoch gibt es kaum Wartezeiten, außer bei wenigen Hochspezialisten. Es hat sich schnell gezeigt, dass die Terminservicestellen im Verhältnis zur Gesamtheit der Arzttermine in einem kaum messbaren Promillebereich genutzt worden sind. Normale Arzttermine gibt es überall und Spezialisten werden durch Terminstellen eben auch nicht geboren. Kuriosum am Rande: Die Weiterleitung an eine Krankenhausambulanz scheitert oft daran, dass es genau diese Spezialisten dort gar nicht gibt. Also ein Gesetz ohne tieferen Sinn und Nutzen, übrigens auch ohne ernste Nachteile. Der Hintergrund ist allerdings bemerkenswert: Diese von allen im Vorfeld als überflüssig angesehene Verordnung soll angeblich der koalitionsinterne Preis der Union für den Verzicht der SPD auf deren gewünschte Bürgerversicherung gewesen sein. Dann wär's geradezu ein Schnäppchen gewesen.

Weniger erfreulich sind die Präzisierungen zum Zwangsaufkauf von Zulassungen in überversorgten Gebieten. Tatsächlich soll jetzt bei einer Versorgung von 140 Prozent im Falle einer Praxisabgabe die Zulassung eingezogen werden. Im Prinzip handelt es sich um eine staatlich veranlasste Enteignung. Allerdings wird vorher geprüft, ob die Praxis versorgungsrelevant ist, was man bei großen Einheiten annehmen darf. Es werden, wenn überhaupt, nur kleine, unrentable Einheiten vom Markt genommen, die vermutlich sowieso nicht verkäuflich sind. Aber sicher kann niemand sein, der in einer überversorgten Region tätig ist. Man darf an dieser Stelle fragen, ob es in unserer freiheitlichen Gesellschaft andere Unternehmensbereiche gibt, denen bei der Weitergabe an einen Nachfolger die Enteignung droht. Ganz abgesehen von dem Widerspruch zwischen staatlich verordneter Verknappung des Angebots und staatlicher Klage und Sanktionen wegen angeblich zu langer Wartezeiten.

Interessant ist noch das gesetzlich neu verankerte Recht der Patienten auf das Einholen einer Zweitmeinung vor elektiven Eingriffen. An sich nichts Besonderes, wenn daran nicht ein weiteres Prinzip des Gesetzgebers festzumachen wäre: Alles wird im Gesetz angehtönt, aber kaum etwas wird definitiv und im Detail geregelt. Stereotyp findet sich immer der Hinweis: Das Nähere regelt der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA). Dieser G-BA (übrigens ohne demokratische Legitimation zusammengesetzt) ist inzwischen eine Art Nebengesetzgeber. Seine Beschlüsse haben bindenden gesetzlichen Charakter, obwohl eine pluralistische Meinungsbildung oder gar eine demokratische Beschlussfassung nicht existiert. Der Gesetzgeber hat eine untergesetzliche Institution installiert und dieser die Auslegung seiner eigenen Gesetze übertragen. Das ist übrigens auch an anderer Stelle so, z. B. mit der Einrichtung des so genannten IQTIG, neben dem schon bestehenden IQWiG, beides Institute zur Qualitätssicherung, beide mit erheblicher Macht, beide ohne demokratische Legitimation, dafür aber direkt normgebend und Grundlage für die Entscheidungen des G-BA.

Nur an einer Stelle ist der Gesetzgeber eindeutig vorgegangen: Bei der Organisation der Vertragsärzte. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung ist nicht zuletzt auch wegen groben internen Missmanagements an die Kette gelegt worden. Zahlreiche Auflagen der Aufsichtsbehörde engen den Handlungsspielraum der Selbstverwaltung massiv ein und der Einsatz eines Staatskommissars scheint nur noch eine Frage der Zeit zu sein. Zudem wird gesetzlich eine kuriose Verbiegung der Demokratie verlangt, indem Haus- und Fachärzte unabhängig von der tatsächlichen demokratisch gewählten Zusammensetzung paritätisch über die gleiche Stimmgewichtung verfügen. Man stelle sich vor, im Bundestag hätten alle Parteien die gleiche Stimmenzahl, egal wie viele Mandate die einzelnen errungen haben.

Größeres Lob hat – zumindest von Seiten der Trägerorganisationen – das Krankenhausstrukturgesetz erfahren. Immerhin wird sehr direkt eine massive finanzielle Spritze gesetzt, ohne erkennbare strukturelle Einschränkungen. Offenbar resigniert der Gesetzgeber vor

Meyer H.-J. / Rüggeberg J.-A. Alles wie immer?. *Passion Chirurgie*. 2016 Dezember, 6(12/IV): Artikel 05_02.

der Tatsache, dass die Länder ihren Verpflichtungen zur Investitionsförderung im Rahmen der dualen Finanzierung nicht nachkommen und greift selber ein. Auch wird die Pflege deutlich aufgebessert, jedenfalls finanziell – jedoch ohne relevante Auswirkungen. Ob die zukünftige Verschmelzung der drei Pflegebereiche (Kinder-, Alten- und Regelpflege) in eine einheitliche generalistische Ausbildung wirklich den Pflegemangel behebt, erscheint mehr als fraglich. Nicht immer führt eine Minderung der Qualität zu einer Mehrung der Quantität. Es erstaunt schon, dass hier eine Qualitätsverwässerung vorgenommen wird, wo doch sonst die sogenannte Qualitätsoffensive im Focus steht. Übrigens übernimmt wie immer der G-BA unter Einbeziehung von IQTIG und IGWiG die Definition von Qualität. Geprüft wird das dann vor Ort durch den medizinischen Dienst der Krankenkassen, deren Mitarbeiter nicht immer auf dem aktuellen wissenschaftlichen Kenntnisstand sind.

Neu für die Kliniken ist der Zugang zur ambulanten Versorgung. Sehr zum Ärger der Vertragsärzte können jetzt von Krankenhäusern sogenannte Portalpraxen eingerichtet werden. Damit wird letztlich legitimiert, was sowieso schon geschieht. Immer häufiger gehen Patienten auch während der regulären Öffnungszeiten der niedergelassenen Chirurgen direkt ins Krankenhaus und verstopfen dort die Notaufnahmen. Das soll wohl durch die Portalpraxen zu einer Art Regelversorgung werden. Wer das allerdings angesichts der Personalsituation an den Kliniken leisten soll, bleibt unklar. Vorsorglich hat die Deutsche Krankenhausgesellschaft schon das Doppelte der Regelleistungsvolumina der KV-Ärzte für sich als Honorar reklamiert.

Leider gibt es kaum weitere Ansätze, die von uns immer wieder geforderte sektorübergreifende Versorgung voranzubringen. Das gesetzlich verankerte Entlassmanagement ist kein wirklicher Fortschritt, sondern nur eine weitere bürokratische Erschwernis auf dem Weg zu mehr Zusammenarbeit. Das größte Hindernis kommt allerdings in Form des Antikorruptionsgesetzes aus dem Justizministerium. Prinzipiell stehen alle Formen der Kooperation unter genereller Strafandrohung,

sofern das „übliche Maß“ überschritten wird. Das betrifft die Zuweisung gegen Entgelt ebenso wie die Annahme von Gefälligkeiten oder schon die Vermeidung eines Nachteils. Vor allem Honorarärzte sind massiv verunsichert, denn es ist völlig unklar, auf welcher Basis eine Vergütung noch als „üblich“ angesehen wird. In der Konsequenz erreichen uns eine große Zahl von Kündigungen bestehender Verträge durch die Klinikträger, wohl in der Absicht, die Preise absenken zu können. Bedauerlicherweise haben die Juristen auch keine klare Vorstellung und warten jetzt auf erste Urteile. Wir haben wieder den klassischen Fall des Unterschiedes zwischen „Gesetzesrecht“ und „Richterrecht“.

Ein Thema hat im letzten Jahr die Ärzteschaft neben der eigentlichen Gesetzgebung beschäftigt: die Reform der Gebührenordnungen EBM und GOÄ. Beim EBM läuft es einigermaßen reibungslos, wenn auch langsam. Wir erwarten eine EBM-Reform (finanzneutral!) ohne zusätzliche Geldmittel zum Ende des kommenden Jahres. Es wird sich vermutlich nicht viel ändern. Wie immer unter den Bedingungen des Budgets wird es allenfalls eine Umverteilung des Mangels geben. Für Chirurgen als Randnotiz zu bemerken ist die Tatsache, dass es eine Zusammenlegung der Honorare von bisherigen Orthopäden mit der Fachgruppe Chirurgie geben soll. In gleichem Zusammenhang soll auch die Bedarfsplanung der beiden Gruppen zusammengeführt werden, was interessante Auswirkungen auf den jeweiligen Grad der Überversorgung haben dürfte (Stichwort Enteignung bei Überversorgung). Genauer ist noch nicht bekannt.

Die Diskussion um die neue GOÄ hat dagegen ganz andere Wellen geschlagen. Sogar ein Sonderärztertag musste abgehalten werden, weil die Intransparenz der Verhandlungen zwischen Bundesärztekammer und privaten Kassen abenteuerliche Ausmaße angenommen hatte. Im März ist das Projekt GOÄ neu seitens der BÄK gestoppt worden, seitdem sind wieder die Verbände, die bisher unter angeblicher Geheimhaltungsverpflichtung durch das Ministerium ausgeschlossen waren, wieder mit im Boot. Aktuell wird zusammen mit den Verbänden eine neue

Legendierung erarbeitet, die dann allerdings wieder mit der PKV konsentiert werden muss. Ob in der noch laufenden Legislaturperiode ein fertiger Kompromiss vom Gesetzgeber als Verordnung auf den Weg gebracht werden kann, ist mehr als fraglich. Der Minister hat sein Wort gegeben, dies zu tun, aber der Koalitionspartner hat bereits ebenso klar zu erkennen gegeben, dass Derartiges mit der SPD nicht durch den Bundesrat gehen wird. Je dichter der Wahltermin heranrückt, umso mehr wird die GOÄ zum Wahlkampfthema und damit vermutlich nicht verabschiedet werden.

Warten wir also den Ausgang der nächsten Bundestagswahl ab. Die Parteien haben durchaus unterschiedliche Vorstellungen zur zukünftigen Gesundheitspolitik. In einem Punkt ist aber aus dem letzten Jahr, wie auch schon seit Seehofers Budgetbremse, konsistent eine immer weiter zunehmende Reglementierung, Bürokratisierung und Verstaatlichung des Systems zu konstatieren. Gleich, wer die Gestaltungsmacht im Gesundheitsministerium besitzt, immer sind es dieselben Instrumente, die genutzt werden, um die Schere zwischen sinkenden Sozialeinnahmen und steigenden Kosten durch medizinischen Fortschritt (vergeblich) am weiteren Aufklappen zu hindern. Man versucht, der Bevölkerung einerseits freien wohnortnahen Zugang zu sämtlichen medizinischen Möglichkeiten zu versprechen, andererseits werden die Kapazitäten erkennbar ausgedünnt. Im Krankenhausbereich durch verschärfte Qualitätsindikatoren, die kleinere Häuser nicht mehr werden bedienen können, im Bereich der niedergelassenen Chirurgen mit Zulassungsrücknahmen, ebensolchen Qualitätsmaßnahmen, die vor allem teuer sind, und mit einer Öffnung der Krankenhäuser als subventionierte Konkurrenz. Dies sind die Indizien, die sich aus dem Studium der Gesundheitspolitik des vergangenen Jahres ergeben und deren Fortsetzung wir mit großer Sicherheit nach der Wahl erleben werden. Da kann man sich freuen, dass in 2017 wegen des Wahlkampfes in der Regel keine tiefgreifenden Gesetze mehr zu erwarten sind. ○



SEKTORENUNABHÄNGIGE VERSORGUNG IN DER CHIRURGIE

Das Gesundheitswesen steht vor großen Herausforderungen: die demografische Entwicklung, die Zunahme chronischer Erkrankungen (4 D: Dick, Degenerativ, Diabetisch, Dement), die verbesserten Diagnostik- und Therapiemöglichkeiten bei organ-spezifischen Verletzungen und Erkrankungen sowie im Bereich der Onkologie (3 O), die damit einhergehende zunehmende Diskrepanz zwischen Kostenentwicklung und Einnahmen sowie die an der Versorgungsrealität vorbeigehende Bedarfsplanung der medizinischen Betreuung der Bevölkerung.

Zunehmende Ökonomisierung, schwindender ärztlicher Einfluss, steigende Informationsmöglichkeiten der Gesellschaft, aber auch die Erkenntnis, dass nicht alles Machbare sinnvoll und finanzierbar ist, führen zur Umwandlung des Gesundheitswesens in einen Gesundheitsmarkt. Krankheit wird zum versicherungsrechtlichen Schaden degradiert, der mit medizinischen Mitteln zu beheben ist. Das vertrauensvolle Arzt-Patienten-

Verhältnis, welches einen freiberuflichen Arzt und einen mündigen Patienten zur Basis hat, wird destruiert und als Wurzel jeglicher Heilungsoption infrage gestellt.

Eine offene gesellschaftliche Diskussion über Leistungsinhalte und Finanzierung einer solidarischen gesetzlichen Krankenversicherung findet nicht statt. Die resultierenden Probleme im Gesundheitswesen werden in der Realität nicht gelöst, sondern zunehmend verwaltet, bürokratisiert, ökonomisiert und letztendlich kriminalisiert.

Insbesondere die Sektoreierung hat zu Anreizsystemen geführt, die sich letztendlich nachteilig auf die Patientenversorgung und mit höheren Kosten negativ auf die Solidargemeinschaft der GKV-Versicherten auswirken. So stellte der Sachverständigenrat in seinem Sondergutachten „Medizinische Versorgung 2012“ fest:

- „Das deutsche Gesundheitswesen ist weder zu teuer, noch ein Spitzen – Gesundheitswesen“

**DR. MED. STEPHAN DITTRICH**

Facharzt Chirurg, D-Arzt, Gutachter
in privater Niederlassung, Prüfartz der
Ärzte und Krankenkassen, Berater und
Referent im Gesundheitswesen
Regionalvertreter Landesverband
BDC|Thüringen.
Neue Str. 1, 08525 Plauen-Kauschwitz
dr.st.dittrich@t-online.de

- „Es besteht das Problem der Über-, Unter und Fehlversorgung“
- „Die Schnittstellen zwischen den Leistungssektoren und vor allem die mangelnde Integration zwischen der ambulanten und der stationären Gesundheitsversorgung sind eine der zentralen Schwachstellen des deutschen Gesundheitssystems“

Ziel zukünftiger medizinischer Versorgung muss es also sein, auf Basis der Spezifik des Arzt-Patienten-Verhältnisses, ärztlich definierter Behandlungspfade eine sektorenunabhängige, bedarfsgerechte und patientenorientierte Versorgung unter Beachtung der Qualität und der Kosten zu gestalten (sogenannte populationsorientierte Versorgung nach Wille).

GEMEINSAMES PILOTPROJEKT DES BDC, DER DGCH UND DER TK

Als zukünftiger Lösungsansatz wurde von mir die Möglichkeit einer sektorenverbindenden, besser sektorenunabhängigen Versorgung auf Basis einer harmonisierten Finanzierung postuliert und in einem Pilotprojekt umgesetzt, welches gemeinsam mit dem BDC, der DGCH und der Techniker Krankenkasse unter Hinzuziehung von Fachgesellschaften und Ärzten aus dem klinischen und ambulanten Versorgungsbereich, Medizin-Controllern, Klinik-Geschäftsführern, Gesundheitsökonomen, EBM-, DRG-IT- und Managementexperten in den letzten drei Jahren ausgearbeitet wurde. Das Konzept basiert auf folgenden Kriterien:

- ärztliche Definition der Indikation auf Basis von Leitlinien sowie bewährten medizinischen Standards und Erfahrungen
- Berücksichtigung medizinischer und soziomedizinischer Aspekte der Patienten/Patientenwille
- Definition und Dokumentation des gesamten Behandlungspfades einschließlich eines Jahres-follow up
- Ort der Leistungserbringung (ambulant/stationär) und Wahl der Behandlungs-

methode ergeben sich aus individueller ärztlich definierter medizinischer Notwendigkeit auf Basis etablierter Standards

- Qualitätssicherung durch Definition bzw. Erfassung der Struktur, Prozess- und Ergebnisqualität auf Basis medizinischer Standards, Indikations-, Befund- und Ergebnisdokumentationen mit Erfassung und Bewertung von Routinedaten (z. B. Aqua-Kriterien), objektiv klinischer Ergebnisse und subjektiver Patientenangaben mittels interner und externer Erhebungen sowie flankierender MDK-Stichprobenprüfungen. Externe Evaluation durch ein unabhängiges Institut.
- Zur Beseitigung sektoral bedingter Vergütungs- und Methodenanreize und zur Sicherung einer für den Patienten medizinisch notwendigen Behandlung erfolgt eine sektorenübergreifende Harmonisierung der bisher differenten vertragsärztlichen, krankenhausambulant und stationären (short stay) Honorierung durch Kalkulation einer indikationsbezogenen Behandlungspauschale auf DRG-Basis unabhängig vom Ort der Leistungserbringung (ambulant/stationär)
- Kostenneutralität auf Basis der bisherigen Regelversorgung bezüglich der medizinischen Behandlung.

Aktiv umgesetzt wird das Pilotprojekt mit vier chirurgischen Indikationen nach positivem Bescheid durch den Innovationsfond im Rahmen eines bereits gezeichneten Vertrages nach § 140 SGB V im Land Thüringen Ende des Jahres 2016. Für das Jahr 2017 sind weitere acht Indikationen avisiert.

An dem Pilotprojekt, das für vier Jahre konzipiert ist, werden sich die niedergelassenen Chirurgen, MVZ, Praxiskliniken und voraussichtlich mehr als die Hälfte der Thüringer Kliniken sowie als Kostenträger neben der Techniker Krankenkasse, die DAK und die KKH, ggf. ab 2017 auch die AOK-Plus sowie weitere Kostenträger beteiligen.

Dittrich S. Sektorenunabhängige Versorgung in der Chirurgie. *Passion Chirurgie*. 2016 Dezember, 6(12): Artikel 05_02.



DEN AUSFÜHRLICHEN ARTIKEL
FINDEN SIE AUF BDC|ONLINE
(WWW.BDC.DE).

2. Einladung Jahreskongress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie

AUS DER
DGCH



**PROF. DR. MED. TIM
POHLEMANN**
Präsident DGCH 2016/2017
info@dgch.de

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen, ganz herzlich lade ich Sie nun zum zweiten Mal zum 134. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie vom 21. bis zum 24. März 2017 nach München ein! Das gewählte Motto: VERANTWORTUNG, VERTRAUEN, SICHERHEIT – Chirurgie 2017 hat weiter an Aktualität gewonnen, da in sehr vielen chirurgischen Abteilungen zwischenzeitlich der Mangel an Pflegekräften und die weitergehende „Leistungsverdichtung“ zu wachsenden Problemen führen. Vielfach müssen dadurch grundlegende Einschränkungen bei bewährten Abläufen der perioperativen Überwachung und Betreuung von chirurgischen Patienten hingenommen werden. Wir haben diesen Umstand zum Anlass genommen insbesondere am ersten Kongresstag unter dem Überbegriff „Verantwortung“ mehrere Sitzungen zusammen mit Partnergesellschaften wie z. B. der DGAI, dem deutschen Pfliegerat und Vertretern von Politik und Verwaltung zu gestalten, um unsere Bedürfnisse in Personalausstattung und Infrastruktur zu definieren und auch öffentlich zu machen. Weiterhin werden wir an diesem Tag, zusammen mit unserer Gastnation Niederlande internationale Modelle und Aktivitäten diskutieren, die zu einer Senkung der perioperativen Letalität geführt haben. Ziel ist es insbesondere die teilweise deutlich besseren Strukturvoraussetzungen herauszuarbeiten und ggf. übertragbare Struktur- und Prozessanregungen für unsere spezielle Situation in Deutschland zu erarbeiten. In der Eröffnungsveranstaltung werden wir auf erste Ergebnisse eingehen und ich möchte als Präsident unseren Standpunkt klar – und auch für Politik und Öffentlichkeit wahrnehmbar darlegen. Ich bitte daher schon jetzt um eine zahlreiche Teilnahme, es geht

um Qualität und Sicherheit in unserem Arbeitsumfeld und unserer Patienten! Das folgende „Get together“ vor Ort sollte uns allen weitere Möglichkeiten geben, die Themen zu vertiefen und uns auszutauschen.

Dienstag und Mittwoch gestalten wir einen besonderen Schwerpunkt zu der aktuellen Situation der Notfallversorgung und -chirurgie in Deutschland. Insbesondere sollen notwendige Vorbereitungen bei weiter zunehmender „Bedrohungslage“ diskutiert werden. In enger Zusammenarbeit mit der Bundeswehr, dem deutschen Berufsverband Rettungsdienst, der DGU, der DGWMP und unseren chirurgischen Arbeitsgemeinschaften werden sich Spezialisten des Themas sowohl in wissenschaftlichen Sitzungen als auch in einem besonders ausgewiesenen ganztägigen Seminar mit neuen Erkenntnissen aus der Einsatzmedizin, deren Übertragbarkeit in den zivilen Bereich sowie Chancen und Grenzen einer erweiterten zivil-militärischen Zusammenarbeit in Notfallsituationen auseinandersetzen. Diese Veranstaltungen sind bewusst interprofessionell ausgerichtet und daher sowohl für Ärzte, Rettungsdienstpersonal und Pflegekräfte im Akutbereich geeignet.

Donnerstag und Freitag werden wir uns besonders dem chirurgischen Nachwuchs widmen. Da der BDC den, zusammen mit dem BDI gestalteten Nachwuchskongress zur fachspezifischen Prüfungsvorbereitung der Abschlusssemester auf den Chirurgenkongress verlegt hat, erwarten wir deutlich mehr Studierende der Medizin als Teilnehmer. Das bewährte DGCH-Studentenforum wird im bewährten Format beibehalten und soll insbesondere die jüngeren Studierenden ansprechen. Den „Prüfungskandidaten“ wünsche ich dabei verwertbare Erkenntnisse für den erfolgreichen Abschluss

des Studiums, den jüngeren Kolleginnen und Kollegen viel Spaß und neue Anregungen aus der faszinierenden „Welt der Chirurgen“!

Beachten Sie bitte auch das geänderte Format für die Posterausstellung. Die Posterbegehung findet diesmal im zentralen Foyerbereich am Mittwochnachmittag, konzentriert auf zwei Stunden statt. Schauen Sie bitte vorbei und würdigen Sie aufwendig vorbereitete, wissenschaftliche Arbeiten und neueste Forschungsergebnisse durch Ihre Präsenz. Nebenbei wird die Kombination „Bier und Brezel“ auch eine gute Grundlage für weiteren Austausch und „Networking“ darstellen.

Der Organspendelauf startet direkt vor dem Haupteingang am Mittwochnachmittag auf dem Kongressgelände. Alle Läuferinnen und Läufer sind herzlich eingeladen sich für einen guten Zweck selbst aktiv zu betätigen, ansonsten wird auch jeder anfeuernde Zuschauer von den Aktiven sicherlich sehr geschätzt!

Bei der Programmgestaltung wollen wir Redundanzen möglichst vermeiden und ich bedanke mich schon jetzt für die große Unterstützung aller beteiligten Fachgesellschaften und Arbeitsgemeinschaften, bei der Mitwirkung an den interdisziplinär im Sinne der qualifizierten Fortbildung ausgerichteten Sitzungskategorien „Aktuelle Konzepte“ sowie „Tipps und Tricks“.

Als Festredner konnten wir den ehemaligen Ministerpräsidenten des Saarlandes und der-

zeitigen Richter am Bundesverfassungsgericht Herrn Peter Müller gewinnen. Er wird das Spannungsfeld zwischen ärztlicher Therapiefreiheit und Patientenrechtegesetz näher beleuchten und uns allen sicherlich neue und für einige sicher auch überraschende Denkanstöße geben.

Wir freuen uns sehr, dass zwischenzeitlich auch unsere niedergelassenen Kollegen wieder mehr Interesse an unserem Kongress zeigen. Freitags werden wir daher besondere Angebote aus den Bereichen der ambulanten Chirurgie, der sektorenübergreifenden Versorgung und spezielle Fortbildungskurse anbieten. Ich freue mich besonders, dass neben unserer Arbeitsgemeinschaft ambulantes Operieren, auch durch den BNC und den BAO Inhalte gestaltet wurden. Auch die in dieser Angelegenheit geführten Gespräche haben mich bekräftigt, dass wir mit dem jetzt deutlich an Dynamik zunehmenden Weg zu einer auch nach außen demonstrierbaren „Einheit der Chirurgie“ besser als erwartet vorankommen. In meinen Augen eine unverzichtbare Grundlage, um die besonderen Anforderungen an die chirurgische Arbeitsumgebung nicht nur zu artikulieren, sondern auch durchsetzbar zu machen. Erste Konzepte zur Realisierung einer „Doppelmitgliedschaft“ werden wir auf den Mitgliederversammlungen vorstellen, hier bitte ich um breite Unterstützung.

In diesem Sinne werden wir auch gemeinsam mit DGAV, DGKCH, DGG und DGT den

früheren „Gesellschaftsabend“ konsequent zur Kongressparty umgestalten und am Donnerstagabend zünftig und generationenübergreifend im Münchner Hofbräuhaus feiern.

Ich bedanke mich bereits jetzt bei allen Fachgesellschaften, Berufsverbänden und Gremien, die mich bei der Organisation unterstützen, insbesondere aber auch bei den Repräsentanten der DGAV, der DGKCH, der DGG und DGT, die durch Integration ihres fachspezifischen Jahreskongresses in den DGCH Kongress ganz wesentlich zur Stärkung der chirurgischen Belange beitragen! Zusammen mit den Co-Präsidenten unserer angeschlossenen Fachgesellschaften und Berufsverbänden freue ich mich, Sie alle zahlreich in München begrüßen zu können.

Folgen Sie der Einladung, beteiligen Sie sich aktiv an den Diskussionen und vor allem: Seien Sie persönlich dabei, neben bekannten Gesichtern wird es viel Neues zu entdecken geben, ich persönlich würde mich auf alle Fälle freuen, Sie persönlich begrüßen zu können.

Bis dahin verbleibe ich mit
herzlichen Grüßen
Ihr



Prof. Dr. med. Tim Pohlmann



134. KONGRESS DER DEUTSCHEN GESELLSCHAFT FÜR CHIRURGIE 21. – 24. MÄRZ 2017, ICM MÜNCHEN

Die Voranmeldung zum Kongress ist ab sofort möglich.

Auch für 2017 steht Ihnen die Online-Registrierung zur Verfügung.
Besuchen Sie die Kongress-Homepage www.chirurgie2017.de.
Folgen Sie hier dem Link „Teilnehmerregistrierung“.

Sofern Sie keinen Zugriff zum Internet haben, senden wir Ihnen selbstverständlich gerne auf Anfrage ein Anmeldeformular zu.

Kontakt: MCN Medizinische Congress-
organisation Nürnberg AG
Neuwieder Str. 9, 90411 Nürnberg
☎ 09 11 / 3 93 16 42
FAX 09 11 / 3 93 16 56
E-Mail: dgc@mcnag.info



1. Einladung zur Mitgliederversammlung

AUS DER
DGCH

Im Auftrag des Präsidenten lade ich hiermit alle Mitglieder der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie zur **Mitgliederversammlung** anlässlich des 134. Kongresses der DGCH 2017 in München sehr herzlich ein.

Die **Mitgliederversammlung incl. Wahlen** findet statt am Donnerstag, 23.03.2017, 12.30-14.00 Uhr, im Saal 1.

TAGESORDNUNG:

1. Eröffnung durch den Präsidenten
2. Wahlen (s. Bekanntmachung)
3. Bericht des Präsidenten
4. Bericht des Generalsekretärs
5. Bericht des Schatzmeisters
6. Vergabe der Stipendien
7. Verschiedenes

ZU TOP 3: WAHLEN

In Vollzug der gültigen Satzung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie sind folgende Positionen des Präsidiums **ab 1. Juli 2017** neu zu besetzen:

1. Dritter Vizepräsident 2017/18, dann Präsident 2019/20
2. Generalsekretär
3. Vertreter des Konvents der leitenden Universitätschirurgen
4. Vertreter des Konvents der leitenden Krankenhauschirurgen
5. Vertreter der Oberärzte/-ärztinnen in nichtselbstständiger Stellung einer chirurgischen Universitätsklinik
6. Vertreter der Oberärzte/-ärztinnen in nichtselbstständiger Stellung einer chirurgischen Krankenhausabteilung

Nach § 15.1 der Satzung erhält die Mitgliederversammlung für die von ihr **zu bestätigenden Kandidaten** (hier 1. und 2.) zum Präsidium bzw. Vorstand jeweils einen Namensvorschlag vom Präsidium. Darüber hinaus unterbreitet das Präsidium **Wahlvorschläge** für die weiteren Mitglieder des Präsidiums (§ 13.2).

zu 1.:

Als Dritter Vizepräsident 2017/18 und Präsident 2019/20 wird der Mitgliederversammlung Herr **Professor Dr. med. Thomas Schmitz-Rixen**, Direktor der Klinik für Gefäß- und Endovascularchirurgie am Universitätsklinikum Frankfurt, vorgeschlagen.

zu 2.:

Das Präsidium schlägt vor, die Amtszeit des Generalsekretärs, Herrn **Professor Dr. med. Dr. h.c. Hans-Joachim Meyer**, Berlin, um fünf Jahre zu verlängern.

zu 3.:

Herr **Professor Dr. med. Jörg C. Kalff**, Direktor der Abteilung Allgemein-, Viszeral-, Thorax und Gefäßchirurgie am Universitätsklinikum Bonn, stellt sich zur Wiederwahl als Vertreter des Konvents der leitenden Universitätschirurgen.

zu 4.:

Es ergeht der Vorschlag, Herrn **Professor Dr. med. Hubertus J. C. Wenisch**, Direktor der Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie am Klinikum Ernst von Bergmann Potsdam, als Vertreter des Konvents der leitenden Krankenhauschirurgen zu wählen.

zu 5.:

Als Vertreterin der Oberärzte/-ärztinnen in nichtselbstständiger Stellung einer chirurgischen Universitätsklinik soll auf Vorschlag des Präsidiums Frau **PD Dr. med. Tina Histing**, Oberärztin in der Klinik für Unfall-, Hand- und Wiederherstellungschirurgie, Universität des Saarlandes, und Herr **Prof. Dr. med. Clemens Schafmayer**, Leitender Oberarzt in der Klinik für Allgemeine Chirurgie, Viszeral-, Thorax-, Transplantations- und Kinderchirurgie am Universitätsklinikum Schleswig Holstein, Campus Kiel, gewählt werden.

zu 6.:

Als Vertreter der Oberärzte/-ärztinnen in nichtselbstständiger Stellung einer chirurgischen

Krankenhausabteilung steht **Frau Dr. med. Frauke Fritze-Büttner**, Ltd. Oberärztin an der Chirurgischen Klinik des Oskar-Ziethen-Krankenhauses Berlin zur Wiederwahl.

Nach § 14.7. bzw. 15.2. können weitere Vorschläge zur Wahl von Mitgliedern des Präsidiums, die von den Mitgliedern der Gesellschaft gewählt werden (§ 13.2, hier zur Position 4.), bis zwei Wochen vor der Mitgliederversammlung zusammen mit der Einverständniserklärung des Kandidaten/der Kandidatin dem Vorstand z. Hd. des Generalsekretärs schriftlich vorgelegt werden; diese sind zu Beginn der Mitgliederversammlung bekannt zu geben.

ENDE DER VORSCHLAGSFRIST: 28. FEBRUAR 2017

Berlin, im Oktober 2016

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

134. KONGRESS DER DEUTSCHEN GESELLSCHAFT FÜR CHIRURGIE

BITTE AN ALLE CHEF- UND OBERÄRZTE:

Bitte statten Sie Ihre Assistenzärzte, die **nicht** Mitglied unserer Gesellschaft sind, aber am Kongress teilnehmen, zur kostengünstigen Teilnahme mit einer Arbeitsbescheinigung aus. ○

ANPASSUNG DER MITGLIEDSBEITRÄGE IN DER DGCH

Wie bisher erfolgt jährlich ab **1. Januar 2017** eine Anpassung der Mitgliedsbeiträge für alle Mitglieder, die die ersten acht Jahre ihrer Weiterbildung abgeschlossen haben.

Der Beitrag erhöht sich von (ermäßigt) 65 € auf 130 €.

Dieser Präsidiumsbeschluss wurde in der Mitgliederversammlung am 19.04.1991 durch den Generalsekretär bekannt gegeben (siehe Langenbecks Archiv für Chirurgie, Kongressband 1991, Seite 31) und ist weiterhin gültig.

FERDINAND-SAUERBRUCH-FORSCHUNGSPREIS 2017

Ausgeschrieben von der Berliner Chirurgischen Gesellschaft – Vereinigung der Chirurgen Berlins und Brandenburgs sowie vom Förderkreis Ferdinand Sauerbruch e. V.

Dotation: 2500 € zur Anerkennung herausragender wissenschaftlicher Arbeiten und zur Förderung weiterführender Forschungstätigkeit.

Bewerbungen bis zum 31.03.2017 an:

Prof. Dr. Thomas Steinmüller
DRK Kliniken Berlin | Westend
Chirurgische Klinik
Spandauer Damm 130
14050 Berlin

<http://bchirg.de/preise/sauerbruchpreis/>



KidsClub Chirurgie



Kinderbetreuung auf dem Chirurgenkongress 2017

Wann: an allen Kongresstagen, Dienstag 21.03. bis Freitag 24.03.2017, von 08:00 Uhr bis 18:00 Uhr.
Wer: Kinder im Alter von 12 Monaten bis 10 Jahre. Die Kinderbetreuung ist auf 20 Kinder täglich begrenzt.
Wo: ICM – Internationales Congress Center München
Wie: Verbindliche Anmeldung* bis zum 10. März 2017 unter service@bdc.de oder Fax BDC 030/28004-159
Vorort-Anmeldungen am Tagungsschalter je nach Kapazität gegebenenfalls noch möglich.
Nähere Informationen über BDC|Online (www.bdc.de) oder über die Kongressseite unter www.chirurgie2017.de.

Eine Initiative von



Verbindliche Anmeldung*

Bitte bis zum 10.03.2017 an den BDC senden (E-Mail service@bdc.de oder Fax 030/28004-159)

Name des Kindes

Geburtsdatum

Ich wünsche eine Betreuung am

- | | |
|---|-----------------------|
| ☐ Dienstag, 21. März | von..... bisUhr |
| ☐ Mittwoch, 22. März | von..... bisUhr |
| ☐ Donnerstag, 23. März | von..... bisUhr |
| ☐ Freitag, 24. März | von..... bisUhr |

Name des

Sorgeberechtigten

Adresse

**Mobiltelefonnummer
des Sorgeberechtigten**

Vorort-Anmeldungen am Tagungsschalter nach Kapazität möglich, jedoch ohne Garantie. Bitte melden Sie sich am Betreuungstag mit Ihrem Kind direkt am Tagungsschalter.

*** Bitte geben Sie uns so früh wie möglich Bescheid, wenn Ihr Kind doch nicht betreut werden soll: 030 / 28004-100.**

Haftungsausschluss durch den Kongressveranstalter: Der Veranstalter übernimmt keine Haftung für Sach- und Personenschäden. Dies gilt auch für Schäden, die durch Dritte verursacht werden. Der Haftungsausschluss erstreckt sich auch vollständig auf fahrlässige und grobfahrlässige Pflichtverletzungen des vom Veranstalter mit der Kinderbetreuung beauftragten Fachpersonals!

NACHRUF

TRAUER UM PROF. DR. JÜRGEN PROBST



Der ehemalige Präsident und Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU) Prof. Dr. Jürgen Probst ist am 10. Oktober 2016 im Alter von 89 Jahren verstorben. „Breit gebildet und mit hohem Engagement begleitete Prof. Probst bis zuletzt unsere Fachgesellschaft und das Zusammenwachsen der Unfallchirurgie mit der Orthopädie. Sein Rat war uns stets wichtig –

wir werden ihn vermissen. Wir verneigen uns dankbar im Angedenken an einen großen Arzt, Lehrer und Unfallchirurgen“ würdigt Prof. Dr. Reinhard Hoffmann, Generalsekretär der DGOU und der DGU, im Namen der Vorstände das Lebenswerk Prof. Probsts.

Als Probst mit 18 Jahren aus dem Zweiten Weltkrieg heimkehrte, begann er sein Studium der Veterinärmedizin, Medizin und Naturwissenschaften in Hannover und wechselte später nach Mainz. Hier legte er 1952 auch sein Staatsexamen ab und promovierte sich. Später bildete sich der Mediziner erfolgreich zum Facharzt für Chirurgie, für Unfallchirurgie, für Physikalische Therapie und Rehabilitationsmedizin sowie für Spezielle Unfallchirurgie weiter. 1972 habilitierte sich Probst im Fach Chirurgie an der Technischen Universität München. Prof. Probst war 23 Jahre lang, von 1969 bis 1993, Ärztlicher Direktor der Berufsgenossenschaftlichen Unfallklinik Murnau.

Probst war seit 1959 Mitglied der DGU. Von 1975 bis 1980 sowie von 1989 bis 1997 hatte er das Amt des Generalsekretärs der Fachgesellschaft inne. Darüber hinaus übernahm Prof. Probst 1982 die DGU-Präsidenschaft. Während seiner Amtszeiten trug Prof. Probst maßgeblich zur Professi-

onalisierung der DGU und ihrer Wahrnehmung in der Öffentlichkeit bei. Für seine außerordentlichen Verdienste um die Fachgesellschaft wurde er 1992 vom Präsidium zum Ehrenmitglied der DGU ernannt. Zudem war Prof. Probst seit 2009 auch Ehrenmitglied der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU), da er sich ebenso um die Entwicklung und die Förderung des Faches Orthopädie und Unfallchirurgie verdient machte.

Als Leiter der DGU-Arbeitsgemeinschaft Geschichte machte sich Prof. Probst darüber hinaus auch als Forscher auf medizinhistorischem Gebiet einen Namen und gab mehrere Werke zur Geschichte der Unfallchirurgie in Deutschland heraus.

Für sein wissenschaftliches Wirken hat Prof. Probst zahlreiche hochrangige und internationale Auszeichnungen erhalten, unter anderem die Johann-Friedrich-Dieffenbach-Büste der DGU und die Karl-Schuchardt-Medaille der Deutschen Gesellschaft für Plastische und Wiederherstellungschirurgie (DGPW). Zudem wurde ihm für seinen Einsatz für das Gemeinwohl das Bundesverdienstkreuz am Bande verliehen, später das Bundesverdienstkreuz 1. Klasse.

Quelle: DGOU-Website



WIR GEDENKEN UNSERER VERSTORBENEN MITGLIEDER

Dr. med. Bernd Nemsmann, Altenholz	*18.06.1942	†09.02.2016
Hans Werner Morsch, St. Ingbert	*23.11.1953	†20.03.2016
Volker Dölle, Obernzell	*06.10.1943	†24.03.2016
Dr. med. Jochen Schonefeld, Hannover	*28.12.1946	†29.03.2016
Prof. Dr. med. Dr. h.c. Hermann Dietz, Hannover	*15.02.1925*	†18.04.2016
Dr. med. Lorenz Herbert Köstler, Stephanskirchen	*17.07.1926	†10.05.2016
PD Dr. med. Paul Thul, Köln	*18.10.1948	†27.05.2016
Prof. Dr. med. Dietrich Inthorn, München	*10.11.1939	†04.06.2016
Dr. med. Alex Krneta, Bern/Schweiz	*20.07.1934	†04.07.2016
Dr. med. Manfred Pohl, Burgstädt	*18.09.1941	†06.07.2016
OMR Dr. med. Gerhard Schreckenbach, Borna	*03.06.1918	†23.07.2016
Prof. Dr. med. José Girona, Haltern am See	*26.01.1933	†07.08.2016
Prof. Dr. med. Rainer Winkler, Schleswig	*25.07.1940	†17.08.2016
Dr. med. Jürgen Belz, Husum	*26.02.1957	†24.08.2016
Prof. Dr. med. Jürgen Probst	*19.01.1927	†10.10.2016

NACHRUF

PROF. DR. MED. HABIL. WOLFRAM ALFRED JOCHEN TISCHER

(07.08.1930 - 07.12.2015)

Wolfram Tischer gehörte zu den großen Kinderchirurgen, die im geteilten Deutschland durch ihr Engagement, hohes fachliches Können und Wissen das Fach der Kinderchirurgie in der ehemaligen DDR nicht nur vorangebracht, sondern weiterentwickelt und in die Selbständigkeit geführt haben.

Nach dem Medizinstudium an der Leipziger Universität von 1949-1954 promovierte er 1954 mit einer Arbeit „Zur Klinik der Lindau-Tumoren“ und begann seine Tätigkeit nach Absolvierung der Pflichtassistentenzeit am Anatomischen Institut unter Kurt Alverdes und wechselte dann zur Fachausbildung an die Klinik für Kinderchirurgie der Universität Leipzig. Nach Erwerb des Facharztes habilitierte Tischer mit einer Arbeit zur Diagnostik und Behandlung des Hydrozephalus im Säuglingsalter. Daraufhin erhielt er die *Venia legendi*, wurde Dozent für Kinderchirurgie und 1969 zum ao. Professor ernannt und wechselte als Leiter der Abteilung Kinderchirurgie an die Chirurgische Universitätsklinik nach Greifswald. 1974 wurde er zum ordentlichen Professor für Kinderchirurgie berufen und kehrte 1986 als Direktor der Kinderchirurgischen Universitätsklinik nach Leipzig zurück.

Wolfram Tischer war seit 1960 Mitglied der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie, der British Association für Pediatric Surgeons und seit 1990 Mitglied der Deutschen Gesellschaft für Kinderchirurgie. Es stammen mehr

als 200 Publikationen in wissenschaftlichen Zeitschriften von ihm. Zusammen mit Kurt Gdanitz (Berlin) gab er die „Kinderchirurgie für die klinische Praxis“ heraus. Die Monografie „Schmerzausschaltung bei Säuglingen und Kindern“ erlebte zwei Auflagen.

Seine Bescheidenheit, Sorgfalt, kritische Haltung zu klinischen Ergebnissen, sein ganzheitliches Denken und der liebevolle Umgang mit seinen kleinen Patienten und ihren Eltern zeichneten ihn als Arzt ganz besonders aus. Sein leises Auftreten hatte eine starke Stimme. Deshalb wurde er von seinen Mitarbeitern geachtet. Er war für sie nicht der strenge und autoritäre, sondern der ausgleichende, verständnisvolle und engagierte Chef, von dem ein gewisser Charme ausging.

Mit Wolfram Tischer verbindet mich eine Freundschaft, die durch die gemeinsame Tätigkeit am Anatomischen Institut 1958 begann und sich besonders in der Greifswalder Zeit weiter festigte und bis zu seinem Tode anhielt.

Mit seiner Ehefrau Ingrid, Kindern, Enkelkindern, trauern auch seine Kollegen und Freunde um einen Menschen, der durch sein Wirken als Kinderchirurg, begleitet von Erfolgen und Anerkennungen, seiner sozial engagierten Grundhaltung in allen Phasen seines Lebens treu geblieben ist.

Richard Reding, 31542 Bad Nenndorf



ACS TRAVELING FELLOWSHIP TO GERMANY 2016

This is a report of my experience as the 2016 ACS Traveling Fellow to Germany. I would like to thank the American College of Surgeons and the German Society of Surgery for this wonderful educational and cultural opportunity. I would especially like to thank Prof. Tobias Keck, Prof. Norbert Senninger, Dr. Rosmarie Nowoiski, and Prof. Gabriele Schackert for their assistance in helping me to organize and plan my two week trip to Germany. The primary goal of my fellowship was to learn about the German surgical training system and how they approach the surgical treatment of hepatopancreatobiliary malignancies. I also wanted to gain a better understanding of a nation that is a leading economic power with a rich cultural history, and is the 7th most visited country in the world.

I decided to not only bring my wife, Jane, on this once-in-a-lifetime trip, but also my three daughters, Alexandra (11), Lauren (8), and Taylor (8). I wanted my family to share the experience and broaden their own view of the world through international travel. Since the girls were going to miss two weeks of school, they each chose to perform a research paper on a German landmark or historic attraction.

BERLIN: GERMAN SOCIETY OF SURGERY ANNUAL MEETING AND CHARITÉ – CAMPUS VIRCHOW

My first stop in Germany was to attend the 133rd Congress of the German Society of Surgery in April. I gave a research presentation on “Bile duct surgery in the treatment of hepa-

tobiliary and gallbladder malignancies: effect of hepatic and vascular resection on outcomes”. This was an outcome-based analysis of the 2012 NSQIP Participant Use File showing increased morbidity and mortality when hepatic and vascular resection were performed for hilar cholangiocarcinoma and gallbladder cancer. Later that day my family and I ran in a 10 km race sponsored by the German Surgical Society to promote organ donation. The start of the race was delayed by hail but after a 15 minute wait the weather cleared and conditions were much more favorable!

On the third day of the Congress I attended the Member Assembly meeting of the German Society of Surgery to receive my certificate of scholarship for being the 2016 ACS Traveling Fellow to Germany. I was able to meet Prof. Gabriele Schackert, President of the German Society of Surgery. It was truly an honor to be recognized. Afterwards I went to visit the Charité Hospital, Campus Virchow-Klinik Department of General, Visceral and Transplantation Surgery, and met Prof. Johann Pratschke, Chairman of the Department. I was to discuss with him the economics of running a clinical department of surgery and the need to maintain a positive balance sheet. He introduced me to PD Dr. Moritz Schmelzle, Chief of Hepatic Surgery who took me to the OR to observe a donor organ harvest of pancreas and liver. He then invited me to scrub with him on an extended left hepatectomy for a patient with a large symptomatic hemangioma. We discussed his research interests in the role of stem cells in

PERRY SHEN, MD, FACS

Wake Forest Baptist Medical Center
Professor of Surgery – General
Medical Expert - Perry Shen, MD

Dittrich S. Sektorenunabhängige Versorgung in der Chirurgie. *Passion Chirurgie*. 2016 Dezember, 6(12): Artikel 02_01.



WEITERE ARTIKEL FINDEN SIE AUF
BDC ONLINE (WWW.BDC.DE, RUBRIK
POLITIK).



liver regeneration and also his work in treating patients with advanced colorectal liver metastases with two-stage hepatectomy. They will perform portal vein embolization between cycles of chemotherapy so no time is lost waiting for liver hypertrophy. I also learned from him the German model of medical training which involves medical school and residency training but then no specialized fellowship but rather individual training that can be quite variable in length and content depending on each surgeon's interests and opportunities.

On the last day of the Congress I attended a video session on "Oncologic Visceral Surgery". This was highlighted by a presentation by Prof Jürgen Weitz, Chair of the Department for Visceral, Thoracic and Vascular Surgery at the University Hospital in Dresden, on "Stapler Hepatectomy: Tipps and Tricks." He discussed the anatomic variations in portal vein, bile

duct, and hepatic artery anatomy and the challenges this presents for hepatic resection. He then showed a video of a right hepatectomy using the stapler technique. Prof. Pratschke also presented a video on "Laparoscopic hemihepatectomy: Tipps and Tricks," showing his method of extrahepatic vascular control and then subsequent parenchymal transection also using the stapler technique. Both videos were well done and informative.

During my time in Berlin I was able to spend some time touring the city and was impressed by the architecture and cosmopolitan atmosphere, especially after I learned that 75 % of the city had been destroyed after World War II. The Holocaust Memorial was a powerful reminder of a dark chapter in German history but I was impressed at the honesty and transparency of the exhibit. It was a fitting tribute to those who lost their lives during this period.

During our visit to the Berlin Wall we met a taxi driver who was 13 years old when the wall came down and his emotional recount of the event was truly memorable.

LÜBECK: KLINIK FÜR CHIRURGIE UNIVERSITÄTSKLINIKUM SCHLESWIG- HOLSTEIN

The next day we traveled to the city of Lübeck and enjoyed exploring this quaint city known for its coastal atmosphere and world famous marzipan, an almond meal paste used in confections and baked goods.

On Sunday my wife and I had dinner with Prof. Tobias Keck, Professor and Chairman of the University of Lübeck Department of Surgery, and his wife, who is a gynecologist. We had a great evening enjoying North German cuisine and discussing topics such as Prof.

Keck's experience as a Traveling Fellow to the United States and his experiences as a new chairman and how he has grown the pancreatic surgery program at his medical center from 17 pancreatic resections per year to more than 100 procedures per year. I also learned about his family and the challenges of work-life balance for someone in his position.

Prof. Keck picked me up from my hotel and took me to the surgical morning report at the medical center during which the operations performed over the weekend were discussed. I then gave Grand Rounds on the Wake Forest experience with Hyperthermic Intraperitoneal Chemotherapy (HIPEC) and cytoreductive surgery (CRS) for peritoneal disease from colorectal cancer compared to liver resection for colorectal hepatic metastases. Our data demonstrated similar outcomes for these two procedures, suggesting similar tumor biology for these patients. The talk was well-received and I was asked numerous questions about the role of HIPEC and CRS for metastatic colorectal cancer and indications/contraindications for surgery. Afterwards I spent some time with Prof. Keck discussing the biobanking collaboration he has developed in his department and the integration of research data with the electronic medical record which allows patients to be identified through an automated screening process for potential clinical trials. I met Prof. Jens Habermann, head of the section on translational surgical oncology, and was given a tour of the proteomics lab which is directly across the hall from Prof. Keck's own office, highlighting the close relationship between surgery and ongoing translational research. In the afternoon I scrubbed in with Prof. Keck on a total gastrectomy with D2 lymph node dissection for gastric cancer.

On Tuesday I returned to the medical center in Lübeck to obtain first-hand experience with their three state-of-the-art biospecimen storage and retrieval systems. The complexity and automation of these machines were impressive. I then went to the OR and scrubbed in on a distal pancreatectomy and splenectomy with chief consultant PD Dr. Dirk Bausch. He was very enthusiastic about me being here to visit and actively involved me in his case.

HEIDELBERG: UNIVERSITÄTSKLINIKUM HEIDELBERG

I was able to visit the Heidelberg University Hospital where I met Prof. Ulrich, Vice Chairman of the department of surgery. We had a brief discussion of the German model of surgical training and the team approach of the surgical department. Essentially the Chairman and his Vice Chair see patients and make assignments of the operative cases to the Oberärzte (consultant surgeons with special expertise) in the department. These Oberärzte operate five days a week. Though they do visit their patients on the wards a couple times a

**"AFTER TWO
WONDERFUL WEEKS
EXPLORING AND
TRAVELING
THROUGHOUT
GERMANY, I CAN
CERTAINLY SAY THE
ACS TRAVELING
FELLOWSHIP EXCEEDED
MY EXPECTATIONS ON
ALL ACCOUNTS."**

week, there is a separate team of residents supervised by another attending surgeon with primary responsibility for the day-to-day management and discharge of the postoperative patients. Prof. Ulrich stressed the team approach in German surgery departments which stands for close working relationships among surgeons with improved efficiency and economy of resources, time, and manpower.

I then attended the weekly morbidity and mortality conference which discussed adverse events from the previous week of operations. Afterwards I was taken to the

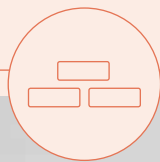
operating suites where I met PD Dr. med. Oliver Strobel and scrubbed in on a planned Whipple resection for pancreatic cancer with IPMN (intraductal papillary mucinous neoplasm) that became a total pancreatectomy due to a positive neck margin. Chairman Prof. Markus Büchler then joined us for this case and he told me about his department of surgery and the vast clinical and research enterprise of the institution he leads. We briefly discussed the controversial role of radiation therapy for pancreatic cancer and differing approaches in the United States versus Europe. Prof. Büchler showed me around the operating suites and the multiple pancreatic and hepatobiliary operative cases going on at the same time, highlighting the high surgical volume of his department. I also observed a segment six partial hepatectomy for hydatid disease performed by PD Dr. med. Arianeh Mehrabi. Though rare in the United States, echinococcal disease is endemic in parts of Germany.

Heidelberg was a quaint and beautiful city and our family was able to visit the Castle (Schloss) Heidelberg, a famous landmark, and the University of Heidelberg Student Prison (Studentenkarzer). Our family had an excellent meal at the Schnitzelbanke restaurant, serving the best Schnitzel we had the entire trip.

After two wonderful weeks exploring and traveling throughout Germany, I can certainly say the ACS Traveling Fellowship exceeded my expectations on all accounts. All the surgeons I met openly welcomed me to their respective institutions and I learned something from all of them. I hope I was able to impart some knowledge through my research presentation and Grand Rounds talk as an exchange of information. Though I saw differences in technique and methods of training, I felt a common bond with my hosts as physicians committed to patient care through surgery and research. I again want to thank the American College of Surgeons and the German Society of Surgery for this wonderful opportunity and experience. It has affirmed my commitment to medicine and expanded my view of surgery on a global stage. I will always remember my time as a Traveling Fellow to Germany with honor and gratitude. ○

BAUSTEINE LANGENBECK-VIRCHOW-HAUS

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



BAUSTEIN IN GOLD

Vereinigung Mittelrheinischer Chirurgen

Herr Prof. Dr. med. Hans-Jürgen Peiper, Göttingen in

memoriam Prof. Dr. med. Herbert Peiper, Berlin und Mainz

Herr Prof. Dr. med. Dr. h. c. Karl-Walter Jauch, München in

memoriam Prof. Dr. med. Georg Heberer, München

Herr Prof. Dr. med. Reiner Gradinger, München

Berufsverband der Deutschen Chirurgen e. V. in memoriam

Prof. Dr. med. Jens Witte

AO Deutschland, Arbeitsgemeinschaft für Osteosynthesefragen,
Berlin

Herr Prof. Dr. med. Dr. h. c. Axel Haverich, Hannover

Herr Prof. Dr. med. Dr. h. c. Markus Büchler, Heidelberg

DGTHG – 1971 mit Dank an die Gründungsmitglieder

Herr Prof. Dr. med. Joachim Jähne, Hannover in memoriam

Manfred und Helmi Jähne, Essen

Herr Prof. Dr. med. Uwe Klinge, Aachen

Herr Prof. Dr. med. Erhard Kiffner, Karlsruhe in memoriam

Prof. Dr. W. Brendel, Prof. R. Zenker, Dr. R. Kiffner

AIOD Deutschland e. V., Düsseldorf

Familie und Freunde Dr. Schreiter, Hamburg in memoriam

Dr. med. Friedemann Schreiter

Herr Prof. Dr. med. Hans Ulrich Steinau, Bochum

Aesculap AG, Tuttlingen

Deutsche Gesellschaft der Plastischen, Rekonstruktiven und

Ästhetischen Chirurgen e. V.

BAUSTEIN IN SILBER

Herr Prof. Dr. med. Leonhard Schweiberer, München
 Herr Prof. Dr. med. Klaus Junghanns, Ludwigsburg
 Herr Prof. Dr. med. Hartwig Bauer, Neuötting
 Herr Prof. Dr. med. Hendrik Dienemann, Thoraxklinik
 Heidelberg
 Herr Prof. Dr. med. habil. Dr.-Ing. Dr. med. h. c. Michael
 Ungethüm, Tuttlingen
 Herr Prof. Dr. med. Hartmut Siebert, Schwäbisch-Hall
 Herr Prof. Dr. med. Karl Herbert Welsch, München
 Herr Prof. Dr. med. Stefan Wysocki, Heidelberg
 Herr Dr. med. Jürgen Meier zu Eissen, Hannover
 Herr Prof. Dr. med. Stefan Post, Mannheim
 Herr Prof. Dr. med. Wolf Mutschler, München
 Frau Prof. Dr. med. Ursula Schmidt-Tintemann, Vaterstetten
 Herr Prof. Dr. med. Matthias Rothmund, Marburg
 Herr Prof. Dr. med. Christian H. Siebert, Hannover
 Herr Prof. Dr. med. Volker Bühren, Murnau
 Herr Dr. med. Abdullah Muray, Heide
 Herr Dr. med. Andreas Ungeheuer, München
 Herr Prof. Dr. med. Wolf Schellerer, Bamberg
 Herr Prof. Dr. med. Tilman Mischkowsky, Berlin
 Herr Prof. Dr. med. Hans-Joachim Wiendl, Bamberg
 Herr Prof. Dr. med. Klaus Roosen, Würzburg
 Herr Prof. Dr. med. Dr. h. c. Gert Carstensen, Mülheim
 Herr Prof. Dr. med. Peter M. Vogt, Hannover
 Herr Prof. Dr. med. Fritz L. Rueff, München
 Herr Prof. Dr. med. Karl-Joseph Paquet, Bad Kissingen
 Herr Prof. Dr. med. Dr. h. c. Volker Schumpelick, Aachen
 Herr Prof. Dr. med. Yoshiki Hiki, Tokio / Japan
 Herr Prof. Dr. med. Hans-Bernd Reith, Konstanz
 Herr Dr. med. Goswin von Mallinckrodt, München
 Herr Prof. Dr. med. Lothar Kinzl, Ulm
 Frau Ingrid und Herr Dr. med. Robert Raus, Riedlingen
 Frau Dr. med. Ursula Engel, Hamburg
 Enddarm-Zentrum Bietigheim,
 Herr Dr. med. Wolfgang Pfeiffer,
 Herr Dr. med. Markus Piro-Noack,
 Herr Dr. med. Edgar Kraft
 Herr Prof. Dr. med. Thomas Rüedi, Maienfeld / Schweiz in
 memoriam Prof. Dr. med. Martin Allgöwer, Chur / Schweiz
 Herr Prof. Dr. med. Gert Specht, Berlin
 Herr Prof. Dr. med. Henning Weidemann, Berlin
 Herr Prof. Dr. med. Otto Scheibe, Stuttgart in memoriam Prof.
 Dr. med. Helmut Remé, Lübeck
 Herr Prof. Dr. med. Stephan Langer, Mönchengladbach
 Herr Dr. med. José Luis Narro, Köln
 Herr Prof. Dr. med. Wolfgang Ulf Wayand, Linz
 Herr Prof. Dr. med. Werner Grill, Starnberg
 Herr Prof. Dr. med. Fritz Kümmerle, Mainz
 Herr Prof. Dr. med. Dr. h. c. mult. Friedrich Stelzner, Bonn

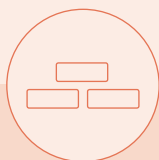
Herr Prof. Dr. med. Günther Vetter, Bad Vilbel in memoriam
 Prof. Dr. med. Hans-Bernhard Sprung, Dresden
 Frau Dr. med. Eva Böhlau, Bad Soden
 1991–2011 DGT in memoriam Prof. Dr. med. Ingolf Vogt-
 Moy- kopf zum 80. Geburtstag
 Herrn Prof. Dr. med. Gerhard Krönung, Wiesbaden in memoriam
 Prof. Dr. med. Johannes Christian Dobroschke, Regensburg
 (Herr Prof. Dr. med. Alois Fürst, Herr Dr. med. Arthur
 Heil- gensetzer, Herr Dr. med. Peter Sauer, Herr Dr. med.
 Bernfried Pikal, Herr Dr. med. Johannes Winfried Pruy)
 Herr Prof. Dr. med. Christian Müller, Hamburg
 Herr Dr. med. Friedrich Klee, Heidelberg
 Herr Prof. Dr. med. Karl Dinstl, Wien in memoriam
 Prof. Dr. K. Keminger
 Herr Prof. Dr. med. Axel Richter, Hildesheim
 Herr Prof. Dr. med. Ernst Teubner, Göppingen
 Herr Prof. Dr. med. Martin Büsing, Recklinghausen;
 Herr Dr. med. Helge Hölzer, Stuttgart in memoriam Prof. Dr.
 med. Gerhard Köveker, Sindelfingen und Böblingen
 Herr Dr. med. Friedemann Schreiter, Hamburg
 Herr Prof. Dr. med. Dr. h. c. Hans-Joachim Meyer, Hannover
 Herr Prof. Dr. med. Konrad Schwemmler, Linden
 Herr Dr. med. Frank U. Zittel, Frankenthal in memoriam
 Prof. Dr. med. Richard Xaver Zittel
 Herr Prof. Dr. med. Wulf Brands, Karlsruhe in memoriam
 Dr. med. Hartmut Wirth, Mannheim
 Herr Prof. Dr. med. habil. Dieter Bokelmann, Essen in memoriam
 Dr. med. Ottmar Kohler, Idar-Oberstein
 Herr Prof. Dr. med. Hermann Bünte, Münster
 Frau Dr. Eva Appel, Frankfurt/Main in memoriam Prof. Dr. med.
 Alexander Appel
 Herr Prof. Dr. med. Gerhard Schönbach, Freiburg
 Frau Prof. Dr. med. Dorothea Liebermann-Meffert, Freiburg in
 memoriam Prof. Dr. med. Martin Allgöwer, Basel
 Herr Dr. med. Andreas Dörmer, Frankfurt/Main
 Herr PD Dr. med. habil. Klaus H. Fey, Berlin in memoriam Prof.
 Dr. med. Fritz Linder, Heidelberg Prof. William P. Longmire
 Jr., Los Angeles
 Herr Prof. Dr. med. Wolfgang Köle, Graz in memoriam Prof. Dr.
 med. Adolf Winkelbauer und Prof. Dr. med. Franz Spath
 Herr Prof. Dr. med. Dr. h. c. Helmut Wolff, Berlin

BAUSTEIN IN BRONZE

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

SPENDENAUFTRUF

Langenbeck-Virchow-Haus



Das Langenbeck-Virchow-Haus wurde nach erfolgreicher „Revitalisierung“ am 01.10.2005 offiziell seiner Bestimmung übergeben. Der historische Hörsaal, die Eingangshalle und der Treppenaufgang sind stilgerecht renoviert, die Büroräume nach dem Auszug der Charité der neuen Nutzung angepasst. Unsere Gesellschaft hatte dabei einen erheblichen Eigenanteil zu tragen. Weitere Belastungen brachte die aufwendige Restaurierung des Gründerbildes. Die Geschäftsstelle, unsere Bibliothek und das Archiv sowie Hallen und Flure des Hauses bedürfen einer verbesserten Ausstattung. Die Mieterlöse, die beiden Trägergesellschaften zugute kommen, werden für die langfristige Refinanzierung benötigt. Das Präsidium unserer Gesellschaft hat auf seiner Sitzung am 07.10.2005 beschlossen,

sich mit einem Spendenaufruf an die Mitglieder zu wenden.

Mit „Bausteinen“ **in Bronze (ab 500 €), in Silber (ab 1.500 €) und Gold (ab 5.000 €)**, in Form von Plaketten seitlich im Eingangsflur angebracht, würdigen wir die Spender. Sie werden auch in der Mitgliederzeitschrift „Passion Chirurgie“ bekannt gegeben.

Überweisungen mit Angabe von Namen und Adresse des Spenders werden erbeten auf das Konto der DGCH bei der Deutschen Apotheker- und Ärztebank Berlin, IBAN DE54 3006 0601 0005 2983 93, BIC DAAEDEDXXX unter dem Kennwort „Baustein LVH“. Eine Spendenbescheinigung wird Ihnen umgehend zugesandt.

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



Prof. Dr. med. T. Pohlemann

Präsident

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

Generalsekretär

Prof. Dr. med. T. H. K. Schiedeck

Schatzmeister

DGCH-PRÄSIDIUM AB 1. JULI 2016

VORSTAND

Präsident	T. Pohlemann, Homburg
1. Vizepräsidentin	G. Schackert, Dresden
2. Vizepräsident	J. Fuchs, Tübingen
3. Vizepräsident	M. Anthuber, Augsburg
Schatzmeister	T.H.K. Schiedeck, Ludwigsburg
Generalsekretär	H.-J. Meyer, Berlin

VERTRETER DER FACHGESELLSCHAFTEN

Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie	C.-T. Germer, Würzburg
Deutsche Gesellschaft für Chirurgie/ Vertreter Allgemeine Chirurgie	K. Rückert, Hamburg
Deutsche Gesellschaft für Gefäßchirurgie und Gefäßmedizin	G. Torsello, Münster
Deutsche Gesellschaft für Kinderchirurgie	B. Tillig, Berlin
Deutsche Gesellschaft für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie	M. Ehrenfeld, München
Deutsche Gesellschaft für Neurochirurgie	W. Stummer, Münster
Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie	B. Kladny, Herzogenaurach
Deutsche Gesellschaft der Plastischen, Rekonstruktiven und Ästhetischen Chirurgen	R. Horch, Erlangen
Deutsche Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie	A. Welz, Bonn
Deutsche Gesellschaft für Thoraxchirurgie	G. Leschber, Berlin
Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie	R. Hoffmann, Frankfurt/M.
Berufsverband der Deutschen Chirurgen e. V.	J.-A. Rüggeberg, Bremen
Perspektivforum Junge Chirurgie	G. Achatz, Ulm

WEITERE MITGLIEDER

Leitender Universitätschirurg	J. C. Kalff, Bonn
Leitender Krankenhauschirurg	M. Anthuber, Augsburg
Oberarzt in nichtselbstständiger Stellung einer Chirurgischen Universitätsklinik	S. Fichtner-Feigl, Freiburg
Oberärztin in nichtselbstständiger Stellung einer Chirurgischen Krankenhausabteilung	F. Fritze-Büttner, Berlin
Niedergelassener Arzt für Chirurgie	P. Kalbe, Rinteln
Chirurg aus dem deutschsprachigen Ausland	A. Tuchmann, Wien (CH)
Vertreter der Sektion Chirurgische Forschung	B. Vollmar, Rostock

FRÜHERE PRÄSIDENTEN

K.-W. Jauch, München	2013
J. Jähne, Hannover	2014
P. Vogt, Hannover	2015

GEWÄHLTE MITGLIEDER DES SENATES

N.P. Haas, Berlin
B. Ulrich, Düsseldorf

GESCHÄFTSSTELLE DER DGCH

Prof. Dr. Dr. h.c. H.-J. Meyer, Generalsekretär
Frau Dr. R. Nowoiski und Mitarbeiterinnen
Luisenstraße 58/59
10117 Berlin
Tel.: 030/28876290



SENAT	
S. Weller, Tübingen	1982
F. Stelzner, Bonn	1985
H.-J. Peiper, Göttingen	1987
K.-H. Schriefers, Koblenz	1988
H. Hamelmann, Kiel	1989
W. Hartel, Ulm	1991
F. P. Gall, Erlangen	1992
M. Trede, Mannheim	1994
G. Hierholzer, Duisburg	1995
H. Bauer, Altötting	1997
D. Rühland, Singen	1999
A. Encke, Frankfurt	2000
K. Schönleben, Ludwigshafen	2001
J.R. Siewert, München	2002
N.P. Haas, Berlin	2003
B. Ulrich, Düsseldorf	2004
M. Rothmund, Marburg	2005
H.D. Saeger, Dresden	2006
H.U. Steinau, Bochum	2007
K. Junghanns, Ludwigsburg	
R. Arbogast, Pforzheim	2008
V. Schumpelick, Aachen	2009
R. Gradinger, München	2010
A. Haverich, Hannover	2011
M. Büchler, Heidelberg	2012



DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR CHIRURGIE E. V.

Deutsche Gesellschaft für Chirurgie e. V.

— Geschäftsstelle —

Luisenstraße 58/59

10117 Berlin

MEINE DATEN HABEN SICH GEÄNDERT

 Mitgliedsnummer

 Titel

Name und Vorname

 Klinik/Krankenhaus/Praxis

 Abteilung

 Klinik-Anschrift

 Telefon dienstlich

 Fax dienstlich

 Privat-Anschrift

 Telefon privat

 Fax privat

 E-Mail-Adresse

Postsendungen bitte

☐ Praxis-/Klinikadresse

☐ Privatadresse

**

Ich bin tätig als:

☐ Ärztlicher Direktor

☐ Oberarzt

☐ Student

☐ Chefarzt

☐ Assistenzarzt

☐ Ich lebe im Ruhestand

☐ Niedergelassener

☐ Belegarzt

☐ seit _____

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

DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR CHIRURGIE e. V., Luisenstr. 58/59, D - 10117 Berlin
 Tel.: 030 28 87 62 90 Fax: 030 28 87 62 99 E-Mail: info@dgch.de



Arbeitsgemeinschaft Beleg- und Kooperationsärzte im BDC

BDC



ANSPRECHPARTNER: DIRK FARGHAL

Leiter der AG Beleg- und
Kooperationsärzte
Chirurgische Praxis am Hauptbahnhof
Bahnhofplatz 9, 97424 Schweinfurt
dirk.farghal@t-online.de

DR. MED. PETER KALBE

Leiter des Referates niedergelassene
Chirurgen im BDC
Praxis am Wall in Rinteln
Gelenkzentrum Schaumburg
Josua-Stegmann-Wall 7, 31737 Rinteln
Kalbe@bdc.de

EIN BERICHT DES GRÜNDUNGSTREFFENS

Die Arbeit von Beleg- und Kooperationsärzten wird immer komplizierter, schwieriger und von starken äußeren Einflüssen geprägt. Die stationäre Behandlung hat ihre Besonderheiten, die durch das Referat der niedergelassenen Chirurgen im BDC nicht mehr alleine abgebildet werden können. Daher wurde eine neue Arbeitsgruppe für Beleg- und Honorärärzte ins Leben gerufen, um den besonderen Problemen mehr Gehör zu verschaffen.

BESONDERE HERAUSFORDERUNGEN

Zu den besonderen Herausforderungen gehören zum Beispiel die neuen Qualitätsanforderungen, u. a. des IQTIG zur Hygiene, die steigenden Prämien der Haftpflichtversicherungen, die Probleme der MVZ und Portalpraxen an den Kliniken.

Den Interessen soll mit der neuen Arbeitsgruppe mehr Gewicht zukommen – auch durch die unterstützende Personalunion von Prof. Meyer als Präsident des BDC und Generalsekretär der DGCH. Es soll mit der Neugründung an die Erfolge und sehr gute Arbeit des Arbeitskreises D-Ärzte des BDC angeknüpft werden, an dessen Struktur sich der neue Arbeitskreis der Beleg- und Kooperationsärzte anlehnen soll.

GRÜNDUNG DER NEUEN ARBEITSGRUPPE

Zum Gründungstreffen in Würzburg am 1. Oktober 2016 erschienen zahlreiche Teilnehmer. Der Arbeitskreis wurde einstimmig gegründet. Mit offener Wahl wurden Dirk Farghal aus Schweinfurt, Prof. Dr. med. Alexander Herold aus Mannheim und Dr. med. Jörg Schrödter aus Frankfurt am Main als Leiter der AG gewählt. Herr Farghal soll Herrn Wittrin als den bisherigen Vertreter des BDC im Beirat des Bundesverbandes der Belegärzte unterstützen und in Zukunft diese Aufgabe übernehmen.

TOPTHEMA ANTIKORRUPTIONSGESETZ

Topthema während des Treffens war die Vertragsgestaltung als Kooperationsarzt unter den Maßgaben des Antikorruptionsgesetzes. Es wird empfohlen, das Honorar und den Vertrag den Ärztekammern zur Prüfung offen zu legen. Somit lasse sich der Vorwurf des Vorsatzes umgehen. Bisher äußern sich diese aber nicht dazu.

Ein weiteres Problem stellt die Privatliquidation dar, die nach den Urteilen des BGS als Kooperationsarzt nicht mehr möglich ist. Zudem sind auch viele Anstellungsverträge problematisch, da der Status als liquidationsberechtigter leitender Arzt angezweifelt wird.

Als Lösung wird die Stärkung des Belegarztwesens angesehen. Das Kooperationsarztsystem ist u. a. wegen der schlechten Honorierung des Belegarztwesens entstanden. Hierzu wurde von der Arbeitsgemeinschaft BeKo eine Resolution verfasst.

„Das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz von 2007 wollte eine engere Verflechtung zwischen Niedergelassenen und Kliniken. Durch das Antikorruptionsgesetz sind hier sehr viele rechtliche Unsicherheiten entstanden.

Das Belegarztsystem sollte daher gestärkt werden, da dieses derzeit die beste Rechtssicherheit bietet. Hierzu bedarf es v. a. einer besseren Vergütung und des Wegfalls der Therapiebeschränkungen. Zudem muss dringend Rechtssicherheit für die Kooperationsärzte geschaffen werden.“

ZUR RECHTSSICHERHEIT BEI DER HONORIERUNG VON KOOPERATIONSÄRZTEN

Im Rahmen des Antikorruptionsgesetzes besteht die größte Rechtsunsicherheit in der Honorierung der Kooperationsärzte. Bisherige Stellungnahmen von Juristen sprechen von einer nachvollziehbaren und angemessenen Vergütung. Nur was ist angemessen und nachvollziehbar? Während des Treffens wurden fünf Modelle als Arbeitsgrundlage erarbeitet.

1. DRG-Anteil (10 bis 22 Prozent)
2. Differenz zwischen A-DRG und B-DRG
3. GOÄ: einfach, 2,3-facher oder 3,5-facher Satz?

4. EBM Kap. 36, ggf. 31
5. Stundenlohnbasis

Nach dem Treffen hat die Arbeitsgemeinschaft BeKo bereits eine Online-Umfrage zu den Vertragskonditionen der Kooperationsärzte unter den niedergelassenen BDC-Mitgliedern konzipiert.

Wir bitten alle niedergelassenen Chirurgen sich etwas Zeit zu nehmen und sich an der Umfrage zu beteiligen. Hier gelangen Sie zur Umfrage „Kooperation zwischen niedergelassenen Chirurgen und Krankenhäusern“.

AKTUELLES ZUM EBM

Dr. Kalbe berichtete während des Treffens zur aktuellen Situation des neuen EBM. Demnach ist dieser für Fachärzte nicht vor 2018 zu erwarten. Die Kapitel Chirurgie (7) und Orthopädie (18) werden zusammengelegt. Der neue EBM soll Punkt- und Geldmengenneutral sein, d. h. es wird insgesamt kein neues Geld geben. Das Referat niedergelassene Chirurgen beteiligt sich seit 2011 aktiv in enger Zusammenarbeit mit dem BNC an der Ausarbeitung und hat mit diesem zusammen die Vorschläge von BDC und BNC der KBV vorgelegt.

Die Arbeitsgemeinschaft BeKo wünscht sich diesbezüglich Wochenend- und Feiertagszuschläge zu den Visiten-GOP.

- Das Kapitel 36 soll weiter extrabudgetär sein.
- Die Beschränkungen der OPS zu den EBM-Ziffern sollen entfallen. Alle Eingriffe sollen wie in einer Hauptabteilung

abrechenbar sein. Priorität hat aber, dass das Kapitel 36 extrabudgetär bleibt.

- Der fremdärztliche Bereitschaftsdienst am Belegkrankenhaus muss adäquat vergütet werden und im EBM abgebildet werden.
- Rezidiveingriffe sollen mit einem Aufschlag zusätzlich vergütet werden.
- Vorsicht vor den Schnitt-Naht-Zeiten als Bemessungsgrundlage. Sind die Rüstzeiten berücksichtigt?

AKTUELLES ZUR GOÄ

Abschließend wurde auch über den aktuellen Stand der GOÄ gesprochen. Eine Vorabversion liegt dem BDC vor. Mit dem neuen Vorsitzenden der AG GOÄ der Bundesärztekammer Dr. Reinhardt wurde die Novellierung auf „Null“ gestellt. Durch die Beteiligung der Fachgesellschaften und der Berufsverbände ist mehr Sachverstand von ärztlicher Seite dazugekommen. Die Gesprächsleistungen, aber auch Operationen sollen deutlich höher bewertet werden. Das Zielleistungsprinzip soll bei Operationen konsequent umgesetzt werden. Die Berufsverbände fordern nach wie vor Aufschläge für die ambulante Durchführung von Operationen. ○

TERMINE

Der nächste Sitzungstermin für die Arbeitsgemeinschaft der Beleg- und Kooperationsärzte im BDC ist am 04.02.2017 ab 11.00, wieder im Greifens-teiner Hof in Würzburg.



WEITERE ARTIKEL ZUM THEMA FINDEN SIE AUF BDC|ONLINE (WWW.BDC.DE, RUBRIK WISSEN | FACHGEBIETE | NIEDERLASSUNG).
BDC. ARBEITSGEMEINSCHAFT BELEG- UND KOOPERATIONSÄRZTE IM BDC.
PASSION CHIRURGIE. 2016 DEZEMBER, 6(12): ARTIKEL 06_01-NEW.

Beleg- und Kooperationsärzte fordern mehr Rechtssicherheit



Berlin, 04. November 2016: Die neu gegründete Arbeitsgemeinschaft für Beleg- und Kooperationsärzte (AG BeKo) im Berufsverband der Deutschen Chirurgen e.V. (BDC) fordert bessere rechtliche Rahmenbedingungen für die Zusammenarbeit mit Kliniken. Besonders das kürzlich in Kraft getretene Antikorruptionsgesetz birgt Probleme für die Vertragsgestaltung der Beleg- und Kooperationsärzte.

Durch das Antikorruptionsgesetz ist die größte Rechtsunsicherheit in der Honorierung der Kooperationsärzte entstanden. Bisherige Stellungnahmen von Juristen sprechen von einer nachvollziehbaren und angemessenen Vergütung. „Problematisch ist, dass nicht definiert wird, was angemessen und nachvollziehbar ist. Wir bewegen uns damit in einer Grauzone, die durchaus existenzgefährdend sein kann“, erklärt Dirk Farghal, Leiter der AG BeKo im BDC. „Es wird zwar empfohlen, die Verträge den Ärztekammern zur Prüfung offen zu legen, um somit gegebenenfalls den Vorwurf des Vorsatzes zu umgehen. Bisher äußern sich die Ärztekammern allerdings nicht zu diesem Vorgehen“.

Beleg- und Kooperationsärzte sind fester Bestandteil der Versorgungslandschaft in Deutschland. Dieses flexible Arbeitsmodell,

nicht ausschließlich in Kliniken zu arbeiten, ist besonders für den chirurgischen Nachwuchs interessant. Allerdings wird die Arbeit von Beleg- und Kooperationsärzten durch politische Rahmenbedingungen immer schwieriger. „Das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz von 2007 sollte eine engere Verflechtung zwischen niedergelassenen Chirurgen und Kliniken unterstützen. Durch das Antikorruptionsgesetz sind hier sehr viele rechtliche Unsicherheiten entstanden“, kritisiert Farghal.

Laut Arbeitsgemeinschaft stellt die Privatliquidation ein weiteres Problem dar, die nach der aktuellen BSG-Rechtsprechung in vielen Kooperationsmodellen nicht mehr möglich ist. „Da der Status als liquidationsberechtigter leitender Arzt angezweifelt wird, werden auch viele Anstellungsverträge als problematisch eingestuft. Als Lösung sehen wir die Stärkung des Belegarztwesens. Das Kooperationsarztsystem ist schließlich u. a. wegen der schlechten Honorierung des Belegarztwesens entstanden“, erklärt der Leiter der neuen Arbeitsgemeinschaft im BDC.

Um einen Überblick über die aktuell gelebten Kooperationen zwischen niedergelassenen Chirurgen und Krankenhäusern zu erhalten **startet der BDC heute eine Online-Umfrage.** ○



WEITERE PRESSEMITTEILUNGEN:

AKTUELLE AUSSCHREIBUNG:

Journalistenpreis der Deutschen Chirurgen

BDC-Pressemitteilung vom 31.10.2016

PATIENTENSICHERHEIT IN GEFAHR:

Chirurgen und Hygieniker fordern höhere Hygienestandards im OP

BDC-Pressemitteilung vom 14.09.2016

www.bdc.de/presse/



PRESSE-KONTAKT BDC: JULIA WEILBACH,
TELEFON 030/28004-200,
PRESSE@BDC.DE
PRESSEMITTEILUNGEN UND DAS
MEDIENECHO FINDEN SIE AUF
BDC|ONLINE IM BEREICH PRESSE.
[HTTP://WWW.BDC.DE/PRESSE/](http://WWW.BDC.DE/PRESSE/)

BSG-Urteil gefährdet chirurgische Versorgung



Berlin, 14. Oktober 2016: Das jüngste Urteil des Bundessozialgerichtes (BSG) zur Nachbesetzung von chirurgischen Vertragsarztsitzen gefährdet die zukünftige Patientenversorgung in chirurgischen Arztpraxen. Zu diesem Schluss kommt der Berufsverband der Deutschen Chirurgen e.V. (BDC). Der Rechtsspruch des BSG verbietet die Übernahme einer bestehenden chirurgischen Facharztpraxis durch den grössten Teil der niederlassungswilligen Fachärzte aus dem Gesamtgebiet der Chirurgie.

Das Gericht hat festgelegt, dass nur noch Praxen übernommen werden dürfen, deren Inhaber neben dem Facharzt für Chirurgie auch die Schwerpunktbezeichnung Unfallchirurgie führt. Damit wird die Weitergabe eines Großteils der chirurgischen Praxen nicht mehr möglich sein. „Die Kollegen werden keine Nachfolger mehr finden, da abgesehen von wenigen Spezialisten die Kernarbeit in der Betreuung von Patienten mit Erkrankungen oder Verletzungen des Bewegungsapparates liegt.“ erklärte Dr. med. Jörg-A. Rüggeberg, Vizepräsident des Berufsverbandes. „Unabhängig von der existentiellen persönlichen Katastrophe durch den Verlust der Altersvorsorge in Form des nicht mehr veräußerbaren Praxiswertes, stehen wir vor einem flächendeckenden Verlust einer wichtigen Behandlungsebene für die Bevölkerung in Form der ambulanten Basischirurgie.“ so Rüggeberg. „Ein kompletter Versorgungsbereich wird durch Richterspruch abgeschafft werden, und die Patienten werden stattdessen die Krankenhausambulanzen aufsuchen müssen, die für diese Aufgabe keine ausreichenden Kapazitäten besitzen.“

Hintergrund der Entscheidung ist eine Veränderung der Weiterbildungsordnung im Gebiet Chirurgie. Während früher ein Chirurg grundsätzlich die Weiterbildung Chirurgie, dann später ggf. mit Schwerpunkten wie z.

B. Unfallchirurgie abgeschlossen hatte, um sich dann als Chirurg niederzulassen, gibt es den Facharzt für Chirurgie heute nicht mehr. Stattdessen ist das Gesamtgebiet aufgeteilt in acht verschiedene Fachsäulen, z. B. Gefäßchirurgie, Kinderchirurgie und Orthopädie/Unfallchirurgie. Auch der bisherige Facharzt für Orthopädie ist abgeschafft worden und mit der Unfallchirurgie zu einem gemeinsamen Facharzt verschmolzen. Allerdings ist trotz dieser Änderung der Facharztweiterbildung die sogenannte Bedarfsplanung, welche die Nachbesetzungsmöglichkeiten bestehender Praxen regelt, nicht geändert worden. Hier gibt es unverändert zwei getrennte Planungsbereiche Orthopädie und Chirurgie, obwohl die zugehörigen Fachärzte in dieser Form nicht mehr nachgebildet werden.

Der Gemeinsame Bundesausschuss als Normgeber für die Bedarfsplanung hat bisher keine neue Form beschlossen, lediglich eine Art Durchführungsbestimmung erlassen, wonach die neuen Fachärzte für Orthopädie/Unfallchirurgie einen bisherigen Chirurgenplatz übernehmen können, wenn der Sitzinhaber überwiegend unfallchirurgisch-orthopädisch tätig war.

Dringend geboten ist daher eine umgehende Änderung der Bedarfsplanung durch den gemeinsamen Bundesausschuss, um die geänderte Weiterbildung von Chirurgen und Orthopäden so zu berücksichtigen, dass auch weiterhin eine ausreichende Versorgung der Bevölkerung mit basischirurgischen und daneben auch hochspezialisierten chirurgischen Behandlungsformen garantiert wird. „Es darf nicht passieren, dass Gerichte in die chirurgische Versorgungslandschaft eingreifen, nur weil notwendige Entscheidungen nicht rechtzeitig getroffen werden“, so auch Professor Dr. med. Dr. h.c. Hans-Joachim Meyer, Präsident des Berufsverbandes der Deutschen Chirurgen. ○

NEWS

WEITERE PRESSEMITTEILUNGEN:

PATIENTENSICHERHEIT IN GEFAHR:

Chirurgen und Hygieniker fordern höhere Hygienestandards im OP

BDC-Pressemitteilung vom 14.09.2016

ARBEITEN IN DER CHIRURGIE:

Ein Traumberuf mit abschreckenden Rahmenbedingungen

BDC-Pressemitteilung vom 01.03.2016

JOURNALISTENPREIS DER DEUTSCHEN CHIRURGEN FÜR „DIAGNOSE AM KÜCHENTISCH“

BDC-Pressemitteilung vom 29.02.2016

www.bdc.de/presse/



PRESSE-KONTAKT BDC: JULIA WEILBACH,
TELEFON 030/28004-200,
PRESSE@BDC.DE
PRESSEMITTEILUNGEN UND DAS
MEDIENECHO FINDEN SIE AUF
BDC|ONLINE IM BEREICH PRESSE.

Termine BDC | Akademie

CURRICULUM BASISCHIRURGIE							
DATUM		ORT	KURS-NR.	SEMINARTITEL	WISSENSCHAFTLICHER LEITER	PREIS MITGLIED	PREIS NICHT-MGL
24.02.17	25.02.17	Tübingen	2017-21510	Workshop "Intensivmedizin"	Dr. Hans Fischer	400,00	600,00
24.03.17	25.03.17	Leipzig	2017-21520	Seminar "Notfallmanagement im Bereitschaftsdienst"	Dr. Ehrhardt Weiß	100,00	200,00
28.04.17		Berlin	2017-21525	Workshop "Simulationstraining Notfallmanagement"	Dr. Jan Baus		
15.05.17	18.05.17	Tuttlingen	2017-21663	Common Trunk	Prof. Dr. Michael Schäffer	400,00	600,00
18.05.17	19.05.17	Berlin	2017-21509	Praktisches Seminar Orthopädie und Unfallchirurgie	Dr. Thomas Stoffels	300,00	500,00
02.06.17		Hamburg	2017-21514	Workshop "Chirurgische Anatomie"			
15.06.17	17.06.17	Hamburg	2017-21666	Common Trunk	Prof. Dr. Wolfgang Schwenk	400,00	600,00
16.06.17	17.06.17	Potsdam	2017-21512	Workshop "Intensivmedizin & Reanimation"	Prof. Dr. habil. Frank Marusch	500,00	700,00
23.06.17	24.06.17	Tübingen	2017-21511	Workshop "Intensivmedizin"	Dr. Hans Fischer	400,00	600,00

FACHARTZTVORBEREITUNG							
DATUM		ORT	KURS-NR.	SEMINARTITEL	WISSENSCHAFTLICHER LEITER	PREIS MITGLIED	PREIS NICHT-MGL
06.02.17	10.02.17	Berlin	2017-23691	Facharztseminar Gefäßchirurgie	Dr. Ingo Flessenkämper	300,00	500,00
03.04.17	07.04.17	Berlin	2017-22570	Facharztseminar - Allgemein- und Viszeralchirurgie	Prof. Dr. Thomas Steinmüller	300,00	500,00
08.05.17	12.05.17	Berlin	2017-23823	Facharztseminar - Orthopädie / Unfallchirurgie	Prof. Dr. Julia Seifert	300,00	500,00
19.06.17	23.06.17	Erfurt	2017-23670	Facharztseminar - Viszeralchirurgie	Prof. Dr. Albrecht Stier	300,00	500,00
12.06.17	16.06.17	Hamburg	2017-23820	Facharztseminar - Orthopädie / Unfallchirurgie	Prof. Dr. Wolfgang Rüter; Prof. Dr. Markus Kröber	300,00	500,00
21.06.17	23.06.17	Herne	2017-23711	Facharztseminar - Thoraxchirurgie	Dr. Erich Hecker	300,00	500,00
11.09.17	15.09.17	Leipzig	2017-22550	Facharztseminar - Allgemeinchirurgie	Dr. Ehrhardt Weiß	300,00	500,00

FACHBEZOGENE SEMINARE, WORKSHOPS UND HOSPITATIONEN

DATUM		ORT	KURS-NR.	SEMINARTITEL	WISSENSCHAFTLICHER LEITER	PREIS MITGLIED	PREIS NICHT-MGL
25.01.17	27.01.17	Augsburg	2017-23610	Spezielle Unfallchirurgie Teil II	Prof. Dr. Dr. h.c. Edgar Mayr	300,00	500,00
26.01.17	27.01.17	Berlin	2017-22400	CAMIC 1: Grundlagen der minimalinvasiven Chirurgie	Prof. Dr. Ferdinand Köckerling	400,00	600,00
10.02.17	11.02.17	Berlin	2017-23685	Viszeralchirurgie Kompakt: Beckenbodenchirurgie	PD Dr. Annett Gauruder-Burmester	300,00	500,00
02.03.17	03.03.17	Berlin	2017-22403	CAMIC 2: Endoskopische Hernienchirurgie	Prof. Dr. Ferdinand Köckerling	400,00	600,00
13.03.17	14.03.17	Norderstedt	2017-23617	Orthotrauma, Obere Extremität	Prof. Dr. Burkhard Wippermann; Dr. Michael Stalp	800,00	1.000,00
31.03.17		Hamburg		Tibiakopfkurs	Prof. Dr. Johannes M. Rueger	500,00	550,00
06.04.17	08.04.17	Hamburg	2017-23612	Osteosyntheseverfahren an der oberen Extremität	Prof. Dr. Johannes M. Rueger	400,00	600,00
27.04.17	28.04.17	Berlin	2017-22405	CAMIC 3: Laparoskopische Nahttechniken	Prof. Dr. Ferdinand Köckerling	400,00	600,00
05.05.17	06.05.17	Mannheim	2017-23675	Proktologie	Prof. Dr. Alexander Herold; Dr. Andreas K. Joos; Prof. Dr. Dieter Bussen	300,00	500,00
11.05.17	12.05.17	Berlin	2017-22410	Basis Kurs Adipositaschirurgie	Prof. Dr. Volker Lange	400,00	600,00
12.05.17	13.05.17	Hamburg	2017-23862	Fußchirurgie II	Dr. Ralph Springfeld; Prof. Dr. Maximilian Faschingbauer	500,00	650,00
17.05.17	19.05.17	Berlin	2017-23681	Endokrine Chirurgie	Prof. Dr. Thomas Steinmüller	250,00	450,00
18.05.17	19.05.17	Berlin	2017-22407	CAMIC 4: Laparoskopische kolorektale Chirurgie	Prof. Dr. Ferdinand Köckerling	400,00	600,00
19.05.17	20.05.17	Bonn	2017-23633	Kindertraumatologie für D-Ärzte	Prof. Dr. Christof Burger	300,00	450,00
09.06.17	10.06.17	Döllnsee	2017-23682	Update Viszeralchirurgie	Prof. Dr. habil Frank Marusch; Prof. Dr. Hubertus J.C. Wenisch	30,00	50,00
21.06.17	23.06.17	Berlin	2017-23671	Hepatobiliäre Chirurgie	Prof. Dr. Johann Pratschke; PD Dr. Robert Öllinger; PD Dr. Moritz Schmelzle	250,00	450,00
28.06.17	30.06.17	Köln	2017-23677	Oberer Gastrointestinaltrakt	Prof. Dr. Wolfgang Schröder; Prof. Dr. Christiane Bruns	250,00	450,00

SOFTSKILL- & MANAGEMENTSEMINARE

DATUM	ORT	KURS-NR.	SEMINARTITEL	WISSENSCHAFTLICHER LEITER	PREIS MITGLIED	PREIS NICHT-MGL
23.03.17	München	2017-27836	Vorbereitung auf die Niederlassung (auf DGCH-Kongress)	Dr. Jörg-A. Rüggeberg		
29.04.17	Berlin	2017-26535	Chirurginnen auf dem Weg nach oben Modul 5	Dr. Gunda Leschber; Sabine Schicke	300,00	500,00
12.05.17	13.05.17	Berlin	Praxis-Optimierung	Dr. Peter Kalbe	350,00	500,00
20.05.17	Berlin	2017-25590	Gutachter im Behandlungsfehler-Prozess	Prof. Dr. Heiner Wenk	250,00	400,00
05.05.17	Berlin	2017-24760	Medizinische Krisenkommunikation unter juristischen und medialen Aspekten	Dr. jur. Jörg Heberer; Holger Münsinger	200,00	400,00
20.05.17	Berlin	2017-25590	Gutachter im Behandlungsfehler-Prozess	Prof. Dr. Heiner Wenk	250,00	400,00
10.06.17	Berlin	2017-27706	Abrechnungsseminar EBM	Dr. Jörg-A. Rüggeberg	140,00	240,00
10.06.17	Berlin	2017-27701	Abrechnungsseminar GOÄ und BG	Dr. Peter Kalbe	140,00	240,00

BDC|Akademie:

Information und Anmeldung:

Tel. 030/28004-120, Fax 030/28004-129 oder per E-Mail: akademie@bdc.de

Oder über BDC|Online unter www.bdc.de, Rubrik BDC|Akademie | Alle Veranstaltungen

Berufsverband der Deutschen Chirurgen e. V.

Langenbeck-Virchow-Haus

Luisenstr. 58/59, 10117 Berlin

Kompaktkurs –
geeignet für alle Ärzte**Hygienebeauftragter Arzt (HBA)***Mit der Smart-Learning-Methode*

Ein modernes Lernkonzept für flexible und individuelle Fortbildung:

- Zertifizierter Kurs
- Anerkannte strukturierte curriculare Fortbildung gemäß Mustercurriculum der Bundesärztekammer
- 21 Online-Lernmodule
- 2 Tage Präsenzveranstaltung
- Abschlusskolloquium & Testat
- Zertifikat „Hygienebeauftragter Arzt“
- 2 Jahre Learning Community – Ärzte

eCME-center.org®
continuing medical education60
CME-
Punkte!

Jetzt anmelden:
www.ecme-center.org/hba



Partner des BDC für chirurgische Weiter- und Fortbildung

Der Berufsverband der Deutschen Chirurgen definiert sein Engagement in der chirurgischen Weiter- und Fortbildung als eine seiner Kernaufgaben. Mit über 80 Seminaren jährlich bietet die BDC|Akademie bundesweit ein breites Portfolio an Weiter- und Fortbildungsveranstaltungen für Chirurginnen und Chirurgen.

Dabei achtet der BDC traditionell nicht nur auf höchste Qualität aller Angebote, sondern bemüht sich gleichzeitig um konstant günstige Preise. Jährlich wird die Akademie mit über 250.000 € aus Mitteln des BDC subventioniert.

Trotz dieses erheblichen finanziellen Aufwandes wäre das Angebot der BDC|Akademie ohne die finanzielle und materielle Unterstützung der medizintechnischen und pharmazeutischen Industrie nicht realisierbar. Hierfür danken wir allen Sponsoren sehr herzlich.

Die Medizintechnik- und Pharmaindustrie trägt durch permanente Produktinnovationen zur beständigen Verbesserung der Patientenversorgung bei. Als An-

bieter innovativer Produkte im Gesundheitsmarkt haben einige Unternehmen in diesem Kontext ihre Verantwortung für die chirurgische Weiter- und Fortbildung im Allgemeinen und für die jungen Chirurgen im Besonderen erkannt und nehmen diese durch eine enge Kooperation mit der BDC|Akademie wahr.

Durch gezielte Förderung wird die Arbeit des BDC an modernen und zukunftsorientierten Projekten der chirurgischen Weiter- und Fortbildung unterstützt. Die Kooperation zeichnet sich durch eine langfristige und nachhaltige Unterstützung aus, die über das Sponsoring von Einzelveranstaltungen weit hinaus geht. Als Beispiele seien hier die Unterstützung des berufspolitischen Engagements für hohe Weiterbildungsqualität sowie die Nachwuchsakquise im Rahmen unserer Kampagne „Nur Mut!“ genannt.

Der Berufsverband der Deutschen Chirurgen dankt diesen Unternehmen für die enge und vertrauensvolle Zusammenarbeit und ihr Engagement für junge Chirurgen im Rahmen der Partnerschaft für chirurgische Weiter- und Fortbildung.

PERSONALIA



Dr. Jörg Celesnik ist seit 01.10.2016 neuer Chefarzt der Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie am St.Vinzenz Hospital Dinslaken. Dort war er bereits zuvor jahrelang als Oberarzt angestellt.

Prof. Axel Ekkernkamp wurde von der Österreichischen Gesellschaft für Unfallchirurgie zum korrespondierenden Mitglied ernannt und wurde damit für sein Engagement in den Bereichen Unfallchirurgie und Orthopädie ausgezeichnet.

Prof. Dr. Stefan Fichtner-Feigl kam von Regensburg nach Freiburg um die Leitung der Allgemein- und Viszeralchirurgie des Universitätsklinikums in Freiburg zu übernehmen.

Dr. Hans-Walter Fiedler ist der neue Partner von Dr. Markus Dahlmann. Die Gemeinschaftspraxis in Werl sowie die die Börde-Klinik Werl werden damit um das Spektrum der Gefäßchirurgie erweitert.

Dr. Klaus Friedhoff trat Mitte Oktober seinen Dienst als neuer Chefarzt der Abteilung für Allgemein- und Viszeralchirurgie an der Paracelsus-Klinik in Karlsruhe an.

Prof. Dr. Carl Haaspers wechselte bereits zum 01. September in das AMEOS Klinikum Seepark Geestland. Als Chefarzt leitet er dort die Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie.

Dr. Günay Kalender ist seit 01. Oktober neuer Chefarzt der Klinik für vaskuläre und endovaskuläre Chirurgie der Köpenicker DRK-Kliniken. Vor Ort soll ein Kompetenzzentrum Gefäßmedizin etabliert werden.

PD Dr. Matthias Kapischke ist seit Anfang Oktober 2016 neuer Chefarzt der Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Unfallchirurgie des

Klinikums Gütersloh. Er übernahm den Posten von Prof. Dr. Manfred Varney, der nach 22 Jahren der Leitung der Chirurgie nun im Ruhestand ist.

Dr. Rainer Kirchner ist neuer Chefarzt der Chirurgie in der Klinik Niebüll. Seit Anfang des Jahres 2016 leitet er bereits die Abteilung Unfallchirurgie, Orthopädie und Wirbelsäulenchirurgie in Husum. Er ist somit Chefarzt in den beiden Festlands-Kliniken.

Dr. Gabriele Kischel-Augart ist seit dem 01. November 2016 neue Chefarztin der Klinik für Gefäßchirurgie am HELIOS Klinikum Niederberg.

Prof. Dr. Hans-Jürgen Kock ist neuer Chefchirurg der Orthopädie und Unfallchirurgie des Klinikums Werra-Meißner in Eschwege.

PD Dr. Alexandra König ist seit Oktober neue Chefarztin des Chirurgischen Zentrums für Allgemein-, Viszeral-, Gefäß- und Thoraxchirurgie am Klinikum Wilhelmshaven. Ihr Spezialgebiet sind die Krebserkrankungen der Bauchspeicheldrüse (Pankreas).

Dr. Martin Lainka, ehemals Chefarzt in der Asklepios Klinik Nord Heideberg, übernahm im Oktober 2016 die Leitung der Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Transplantationschirurgie am Universitätsklinikum Essen.

Dr. Christos Athanasios Papachrysanthou tritt die Chefarztnachfolge von Prof. Dr. med. Hermann Dittrich an, der sich in den Ruhestand verabschiedet. Der neue Chefarzt der Allgemein- und Viszeralchirurgie der Imland Klinik Eckernförde ist Spezialist für Erkrankungen der Leber und Gallenwege.



Bitte geben Sie uns Bescheid, wenn sich für Sie beruflich etwas ändert. Senden Sie uns einfach eine kurze Nachricht mit Ihrer neuen Funktion und wir veröffentlichen die Neuigkeiten an dieser Stelle, gerne auch mit Ihrem Foto. Bitte schreiben Sie an passion_chirurgie@bdc.de.



PERSONALIA-MELDUNGEN FINDEN SIE AUF BDC|ONLINE (WWW.BDC.DE, RUBRIK WISSEN | KARRIERE).

Dr. Karl-Heinz Moser und Prof. Dr. Jörg

Schröder eröffneten im Oktober 2016 eine Praxis in der MediaPark Klinik in Köln. Die Spezialgebiete der beiden Chirurgen sind die Hernienchirurgie, die Proktologie sowie die Minimal-invasive Chirurgie.

Prof. Dr. Paweł Mroczkowski übernahm zum 17. Oktober 2016 die Leitung der Allgemein- und Viszeralchirurgie des Elizabeth-Krankenhauses in Kassel.

Dr. Sabine Ochman, wurde zur apl.-Professorin ernannt. Sie ist Geschäftsführende Oberärztin an der Klinik für Unfall-, Hand- und Wiederherstellungschirurgie am Universitätsklinikum Münster.

Dr. Klaus Peitgen trat nach fast 12 Jahren ärztlicher Tätigkeit in Bottrop am 01. Oktober 2016 die Chefarztstelle der Allgemein- und Viszeralchirurgie am St. Vinzenz Hospital Dinslaken an und kehrt damit zum Ausgangspunkt seiner ärztlichen und chirurgischen Laufbahn zurück.

Dr. Thomas Schellinger hat zum 01. Oktober 2016 seine Orthopädisch-unfallchirurgische Praxis in Stockach eröffnet.

Esther Schmeldtenkopf-Wilken und **Steven Lowis** unterstützen als Oberärzte Frau **Dr. med. Valérie Stephan**, die seit 2014 Chefärztin der wachsenden Klinik für Hand- und Plastische Chirurgie, am St.-Irmgardis-Krankenhaus Süchteln ist.

Olaf Schrank, ehemals Oberarzt der Chirurgie am Krankenhaus Seehausen trat im Oktober die Nachfolge von Bernd Georgii in der Praxis im Gesundheitszentrum Wittenberge an. Dieser ging nach 35 Dienstjahren in den (Vor-)Ruhestand.

Prof. Dr. Carolin Tonus wechselte zum 01. November 2016 von der Asklepios Klinik Nord Heidberg an die Klinik St. Georg des gleichen Trägers. Als Chefärztin leitet sie dort die Abteilung Allgemein- und Viszeralchirurgie.

Dr. Christina Tremmel-Lehnert, ehemals Chefärztin im HELIOS Klinikum Pforzheim

hat sich zum 01. Oktober mit einer Praxis für Gefäßchirurgie, Gefäßmedizin und Venenerkrankungen in Pforzheim niedergelassen.

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



**RECHT &
VERSICHERUNG**

Versicherungs- angebote des BDC



Diese Leistungen sind in Ihrem BDC-Mitgliedsbeitrag erhalten:

- ✓ Berufs-Rechtsschutz
- ✓ Praxisvertreter-Haftpflicht
- ✓ Gastarzt-Haftpflicht

Weitere Versicherungsangebote für BDC-Mitglieder über Rahmenverträge

Über Ihre Mitgliedschaft im BDC hinaus können Sie Sonderkonditionen und besondere Versicherungslösungen in folgenden Bereichen erhalten:

- ✓ Berufs-Haftpflicht-Versicherung
- ✓ Unfall-Versicherung
- ✓ Praxisausfall-Versicherung
- ✓ Elektronik-Versicherung
- ✓ Rundum-Sorglos-Paket zur Rechtsschutz-Versicherung

**HABEN SIE FRAGEN ODER WÜNSCHEN SIE EIN KONKRETES ANGEBOT? BITTE SPRECHEN SIE UNS AN:
BDC-VERSICHERUNGSMAKLER ECCLESIA VERSICHERUNGSDIENST GMBH**

BDC-Versicherungsservice

Klingenbergstr. 4, 32758 Detmold

Kostenlose Servicenummer: 0800 603 603 0 | Fax: 05231 / 603 60 6363

E-Mail: bdc-versicherungsservice@ecclesia.de



© iStockphoto.com/vaga

MITGLIEDER-FACHEXKURSION NACH SRI LANKA

„Strahlende Insel“, „Perle des Orients“ oder „Träne Indiens“ sind nur wenige der vielen fantasievollen Namen für Sri Lanka, welche auf die atemberaubende Vielfalt und die einzigartige Schönheit der Insel hinweisen.

Auch für dieses Jahr möchten wir Ihnen im Rahmen unserer Serviceleistungen für Mitglieder wieder eine attraktive Reise mit berufsbezogenem Fachprogramm anbieten: eine Fachexkursion nach Sri Lanka. Dieses Angebot gilt für Sie als BDC-Mitglied, aber

auch für Ihre Angehörigen, Freunde und Bekannten.

DAS IM REISEPREIS EINGESCHLOSSENE FACHPROGRAMM UMFASST:

- Besuch des National Hospital in Colombo, Vortrag über Anwendungen der traditionellen ayurvedischen Medizin in der Chirurgie; aktuelle Situation und Entwicklung der Chirurgie in Sri Lanka
- Besuch des Suwahas Ayurvedic Centers oder des Ayurvedic General Hospitals. Mögliche Themen: Geschichte und Philosophie der Ayurveda und ihre Bedeutung für die Kultur Sri Lankas; zur ayurvedischen Heilkunde gehörende, spezielle Ernährungslehre

(Teilnehmer am Fachprogramm erhalten hierfür eine Teilnahmebescheinigung)

Fachexkursion nach SRI LANKA

vom **27.02. – 08.03.2017** sowie vom **30.10. – 08.11.2017**

Reisepreis **€ 1.685,-**

inkl. Flughafensteuern/Gebühren und aktuellen Kerosinzuschlägen
(Stand Juli 2016 insgesamt € 380,-)

DER REISEPREIS SCHLIESST AUSSERDEM NOCH FOLGENDE LEISTUNGEN EIN:

- Linienflüge mit Oman Air in der Economy-Klasse von Frankfurt/M. über Muscat nach Colombo und zurück inkl. Bordverpflegung und zulässigem Freigepäck
- Flughafensteuern, Flugsicherheitsgebühren und aktuelle Kerosinzuschläge
- 8 Übernachtungen in 4-/5-Sterne-Hotels, Unterbringung in Doppelzimmern mit Bad oder Dusche/WC, Klimaanlage, Telefon, SAT-TV
- Transfers und Rundreise im klimatisierten Reisebus
- Fachprogramm wie ausgewiesen (Änderungen vorbehalten)
- Halbpension (Frühstück und Abendessen)
- alle im Programm genannten Besichtigungen inkl. Eintrittsgelder
- Deutsch sprechende Reiseleitung während der Rundreise
- Reiserücktrittskosten-Versicherung
- Reisepreis-Sicherungsschein
- Reiseführer zur Reisevorbereitung

Einzelheiten zum Programm sowie ein Formular zur Reiseanmeldung finden Sie auf BDC|Online. Noch offene Fragen beantwortet Ihnen gern der Reiseveranstalter:



RDB – Reisedienst Bartsch GmbH
Neichener Heide 18, 53604 Bad Honnef
Tel. 02224-989898, Fax 02224-989894
E-Mail rd@reisedienstbartsch.de.

Der Reisevertrag wird zwischen Interessenten und dem Reiseveranstalter geschlossen.

Selbstverständlich ist es auch Ziel dieser Reise, Ihnen den Austausch mit Kollegen

außerhalb des beruflichen Alltags zu ermöglichen. Da wir mit einer regen Beteiligung an dieser Sonderreise rechnen und die Teilnehmerzahl begrenzt ist, sollten Sie Ihre Reiseanmeldung baldmöglichst an die Anschrift unserer Geschäftsstelle senden. Die Anmeldungen werden in der Reihenfolge des Eingangs berücksichtigt. Wir freuen uns auf Ihre Teilnahme. ○



LIFESTYLE- ANGEBOTE

%



13 %

FAHRRAD.DE:
BIS ZU 13 % FÜR BDC-MITGLIEDER



20 %

BELLYBUTTON:
20 % FÜR BDC-MITGLIEDER



20 %

FREIXENET:
BIS ZU 20 % FÜR BDC-MITGLIEDER



12 %

HOTELOPIE:
BIS ZU 12 % FÜR BDC-MITGLIEDER



30 %

GORE:
BIS ZU 30 % FÜR BDC-MITGLIEDER



20 %

CHRONOLINE:
BIS ZU 20 % FÜR BDC-MITGLIEDER

WIE KANN ICH DIE ANGEBOTE IN ANSPRUCH NEHMEN?

Alle Service-Angebote für BDC-Mitglieder finden Sie auf BDC|Online unter der Rubrik Leistungen | Lifestyle-Angebote.

<http://www.bdc.de/leistungen/lifestyle-angebot/>

Bitte halten Sie Ihre Zugangsdaten bereit. Sollten Sie sie nicht zur Hand haben, stehen wir Ihnen gern unter mail@bdc.de oder telefonisch unter 030/28004-100 für Fragen zur Verfügung.

BDC|LANDESVERBÄNDE



DER BDC IN DEN BUNDESLÄNDERN

Der BDC ist in allen Regionen Deutschlands tätig und bietet Ihnen lokale Ansprechpartner. Suchen Sie sich den Landesverband, der für Ihre Arbeitsadresse zuständig ist, heraus. Über einen Klick auf das Bild werden Sie auf unsere Homepage weitergeleitet, dort finden Sie die Kontaktdaten zu den Mandatsträgern und News aus Ihrem BDC|Landesverband.

[www.bdc.de/der-bdc-2/struktur/
bdc-landesverbaende](https://www.bdc.de/der-bdc-2/struktur/bdc-landesverbaende)



https://www.bdc.de/der-bdc-2/struktur/bdc-landesverbaende/?association_id=292



https://www.bdc.de/der-bdc-2/struktur/bdc-landesverbaende/?association_id=35



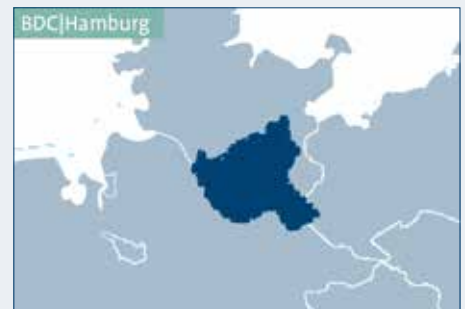
https://www.bdc.de/der-bdc-2/struktur/bdc-landesverbaende/?association_id=304



https://www.bdc.de/der-bdc-2/struktur/bdc-landesverbaende/?association_id=305



https://www.bdc.de/der-bdc-2/struktur/bdc-landesverbaende/?association_id=306



https://www.bdc.de/der-bdc-2/struktur/bdc-landesverbaende/?association_id=301



WEITERE INFORMATIONEN FINDEN SIE
AUF BDC|ONLINE IM BEREICH
DER BDC | STRUKTUR



https://www.bdc.de/der-bdc-2/struktur/bdc-landesverbande/?association_id=295



https://www.bdc.de/der-bdc-2/struktur/bdc-landesverbande/?association_id=302



https://www.bdc.de/der-bdc-2/struktur/bdc-landesverbande/?association_id=300



https://www.bdc.de/der-bdc-2/struktur/bdc-landesverbande/?association_id=299



https://www.bdc.de/der-bdc-2/struktur/bdc-landesverbande/?association_id=293



https://www.bdc.de/der-bdc-2/struktur/bdc-landesverbande/?association_id=294



https://www.bdc.de/der-bdc-2/struktur/bdc-landesverbande/?association_id=297



https://www.bdc.de/der-bdc-2/struktur/bdc-landesverbande/?association_id=298



https://www.bdc.de/der-bdc-2/struktur/bdc-landesverbande/?association_id=303



https://www.bdc.de/der-bdc-2/struktur/bdc-landesverbande/?association_id=296



https://www.bdc.de/der-bdc-2/struktur/bdc-landesverbande/?association_id=335



<https://www.bdc.de/>



**60
CME-
Punkte!**

Kompaktkurs:

Hygiene- beauftragter Arzt (HBA)

Geeignet für alle Ärzte



Mit der Smart-Learning-Methode

Die BDC|Akademie und meduplus haben gemeinsam mit renommierten Krankenhaushygienikern ein kompaktes Angebot zur zertifizierten Qualifikation „Hygienebeauftragter Arzt“ entwickelt. Mithilfe der Erfahrungen aus der erfolgreichen einjährigen Einführungsphase konnte der Blended-Learning-Kurs nun weiterentwickelt und optimiert werden.

Ein modernes Lernkonzept für flexible und individuelle Fortbildung:

- - Zertifizierter Kurs
- - Anerkannte strukturierte curriculare Fortbildung gemäß Mustercurriculum der Bundesärztekammer
- 21 Online-Lernmodule
- 2 Tage Präsenzveranstaltung
- Abschlusskolloquium & Testat
- Zertifikat „Hygienebeauftragter Arzt“
- 2 Jahre Learning Community - Ärzte

Im Gegensatz zu den üblichen 40-stündigen Präsenzkursen zeichnet sich unser Kurs durch einen kombinierten Ansatz aus E-Learning, Abschlusskolloquium sowie einem kontinuierlichen Wissens-Update aus.

Dieses Konzept kommt dem engen Zeitbudget von Ärztinnen und Ärzten entgegen und lässt sich nahtlos in den Klinik- und Praxisalltag integrieren.

EINFÜHRUNGSPREIS

nur noch bis 31. Dezember 2016:

Regulärer Preis: 595 €, Preis für BDC-Mitglieder: 476 €

Ab 01. Januar 2017:

Regulärer Preis: 699 €, Preis für BDC-Mitglieder: 559 €



Jetzt anmelden:

www.ecme-center.org/hba



134. Kongress Deutsche Gesellschaft für Chirurgie

Präsident: Prof. Dr. med. Tim Pohlmann



21. bis 24. März 2017
ICM, München



Zusammen mit

19. Jahreskongress der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie

Kongresspräsident der DGAV 2017:

Prof. Dr. med. Dietmar Lorenz, E-Mail: dietmar.lorenz@sana.de

55. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Kinderchirurgie

Kongresspräsidentin der DGKCH 2017:

PD Dr. med. Barbara Ludwikowski, E-Mail: ludwikowski@hka.de

5. Frühjahrstagung der Deutschen Gesellschaft für Gefäßchirurgie und Gefäßmedizin

Präsident der DGG 2017:

Prof. Dr. med. Thomas Schmitz-Rixen,

E-Mail: schmitz-rixen@em.uni-frankfurt.de

3. Frühjahrstagung der Deutschen Gesellschaft für Thoraxchirurgie

Präsidentin der DGT 2017: Dr. med. Gunda Leschber,

E-Mail: susanne.badawi@podiakonie.de

Kongresssekretariat der DGCH

PD Dr. med. Tina Histing, E-Mail: tina.histing@uks.eu

Information und Organisation

MCN Medizinische Congressorganisation Nürnberg AG

E-Mail: veith@mcn-nuernberg.de

Internet: www.mcn-nuernberg.de

www.chirurgie2017.de · info@chirurgie2017.de

Download Vorprogramm

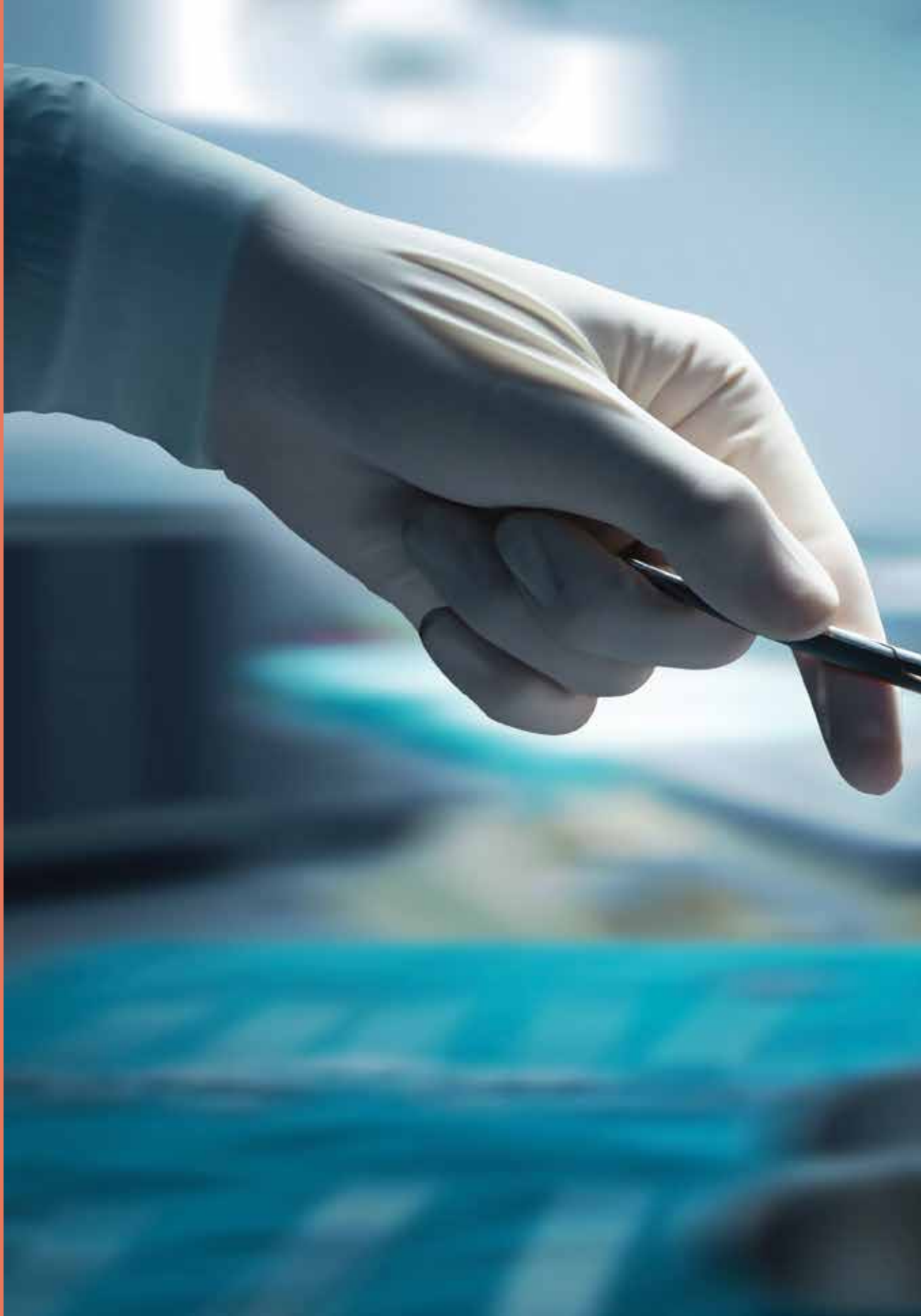
www.chirurgie2017.de

Anmeldung

Kontakt



CHIRURGIE 2017



MITGLIEDERZEITSCHRIFT:
DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR CHIRURGIE
BERUFSVERBAND DER DEUTSCHEN CHIRURGEN

