

PASSION

CHIRURGIE

PANORAMA

WIE IST EIGENTLICH DER BLICK
VON AUSSEN AUF DEN CHIRURGEN?

im Fokus

**KINDER-
CHIRURGIE**

01 | 2017

MITGLIEDERZEITSCHRIFT:
DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR CHIRURGIE
BERUFSVERBAND DER DEUTSCHEN CHIRURGEN



**60
CME-
Punkte!**

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
- Abschlusscolloquium & Testat
- Teilnahmezertifikat
- 2 Jahre Learning Community - Ärzte

Im Gegensatz zu den üblichen 40-stündigen Präsenzkursen zeichnet sich unser Kurs durch einen kombinierten Ansatz aus E-Learning, Abschlusscolloquium 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.



meduplus



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





PROF. DR. MED. BERND TILLIG

Präsident der Deutschen Gesellschaft
für Kinderchirurgie
Chefarzt und Direktor der Klinik für
Kinderchirurgie,
Neugeborenenchirurgie und
Kinderurologie
Ärztlicher Leiter des Vivantes MVZ
Prenzlauer Berg
Vivantes Klinikum Neukölln
Rudower Straße 48, 12351 Berlin
Bernd.Tillig@vivantes.de

Tillig B. Editorial Kinderchirurgie. Passion
Chirurgie. 2017 Januar; 7(01): Artikel 01.



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

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

zum Beginn eines neuen Jahres ist traditionell Gelegenheit, Neujahrsgrüße an nahestehende Menschen, Freunde und Kollegen zu übermitteln. Gern wünsche ich allen Kolleginnen und Kollegen unserer großen chirurgischen Gemeinschaft alles Gute, viel Erfolg und Gesundheit für das Jahr 2017.

Die vor uns liegende Zeitschrift „DGCH/BDC“ stellt in meinen Augen einen ganz besonderen Wert dar: Diese erste gemeinsame Mitgliederzeitschrift der DGCH und des BDC ist ein großer Schritt und ein greifbarer Erfolg auf dem steinigen Weg zur Einheit der Chirurgie.

Deshalb richten sich meine Neujahrsgrüße ganz besonders an unsere neue Mitgliederzeitschrift, verbunden mit Wünschen für eine zahlreiche und interessierte Leserschaft und einen fruchtbaren Boden für gemeinsame Ideen und viele gemeinsame Inhalte.

Ich wünsche unserer gemeinsamen Zeitschrift Courage und eine große öffentliche Reichweite, um unserem geschlossenen Eintreten für die Wahrung unseres Berufsethos und unserer ärztlichen Qualifikation gegen das Diktat der Ökonomie nachhaltig Gehör zu verschaffen.

Die Forderung nach ökonomischer Effizienz darf den ärztlichen Entscheidungsprozess niemals primär beeinflussen, sondern der Nutzen für den Patienten muss immer im Vordergrund stehen.

Für chirurgisch kranke Säuglinge, Kleinkinder und Kinder kann dieser Anspruch nur durch spezialisierte kinderchirurgische Expertise und spezielle klinische Erfahrung mit entsprechender Versorgungsqualität erfüllt werden.

Die Kinderchirurgie ist ein sehr interessantes, hoch spezialisiertes und vielfältiges Fach des Gebietes Chirurgie. Jedoch nur durch eine enge Kooperation mit den chirurgischen Nachbarfächern ist die kinderchirurgische Versorgung für die Zukunft zu sichern.

Deshalb freue ich mich sehr, dass das Leitthema der Januarausgabe unserer gemeinsamen Mitgliederzeitschrift der Kinderchirurgie gewidmet ist. ○

Mit herzlichen Grüßen

Prof. Dr. Bernd Tillig
Präsident der DGKCH

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)
Karin Kammerer (Tel.: 030/28004-202 oder
passion_chirurgie@bdc.de)
Julia Weilbach

VERLAG

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

DESIGN

Nina Maria Küchler, Berlin

ANZEIGEN

Sabine Bugla
PassionChirurgie@t-online.de
+49 (0) 5632 966147

ABBILDUNGSHINWEISE

Cover-Foto von iStock / Sasiistock | 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 (IVW-Mitgliedschaft).

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

BDC IM WEB 2.0:



INHALT

01 EDITORIAL

04 SCHAUFENSTER

06 CHIRURGIE

06

im Fokus

STECKBRIEF: KINDERCHIRURGIE

B. Tillig

11 NEUES AUS DER WUNDVERSORGUNG VOM NEUGEBORENEN BIS ZUM TEENAGER

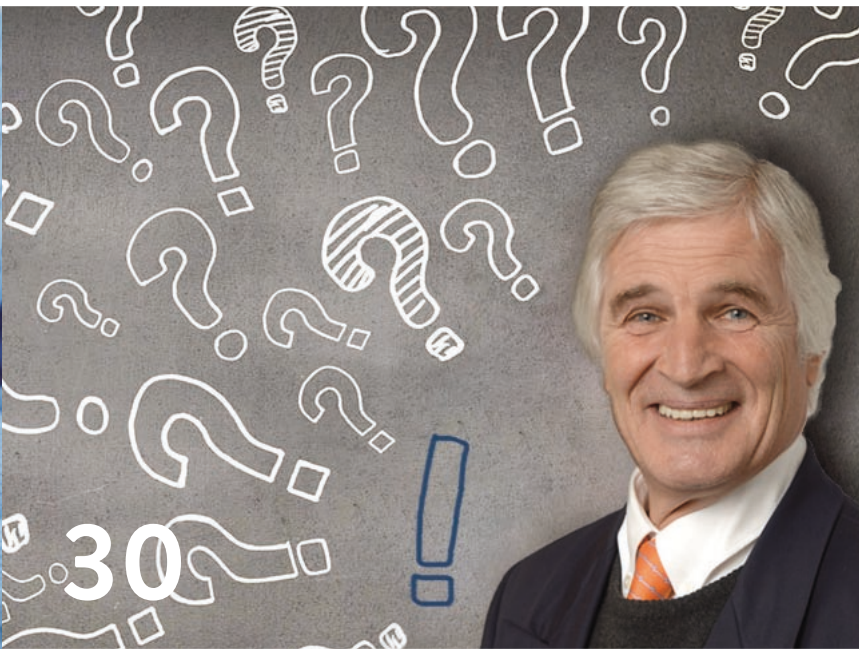
V. Ellerkamp

15 CHIRURGIE⁺

15 Patientensicherheit

Safety Clip: OP-Sicherheitscheckliste und
präoperative Checkliste – Nützlich oder lästig?

K. Hinke



- 19 **Weiter- und Fortbildung**
Akademie aktuell: ‚Notfallmanagement‘ – Sicherheit im Berufsalltag durch Training *W. Schröder*
- 21 **Vergütung**
Zur angemessenen Vergütung der angestellten Tätigkeit des niedergelassenen Chirurgen im Krankenhaus *S. Hammerl*
- 24 **Versicherungen**
Die Berufs-Haftpflichtversicherung – ein schwieriger Patient *M. Nunne*
- 27 **Hygiene-Tipp**
Krankenhaustygieniker – neue Kapazitätsvorgaben der KRINKO *W. Popp, K.-D. Zastrow*
- 29 **Rezension**
App vom Arzt – Bessere Gesundheit durch digitale Medizin *H. Feußner*
- 30 **Recht & Ökonomie**
Operation durch Oberarzt statt vom Chefarzt *J. Heberer*
- 31 Probleme mit dem Antikorruptionsgesetz, wenn Krankenhausträger Kosten für Belegarzt übernimmt? *J. Heberer*
- 33 Wie ein Tritt in den Hintern zur Verjährung führte *A. Wienke*

35 GESUNDHEITSPOLITIK

- 35 Ambulante Kinderchirurgie – aktueller Stand *A. Schmidt*
- 39 Kinderchirurgen prognostizieren Pleitewelle bei Frühchen-Zentren

41 INTERN

- 41 **DGCH**
- 41 3. Einladung Jahreskongress der DGCH
- 43 2. Einladung zur Mitgliederversammlung
- 46 Leserbrief
- 50 Nachruf
- 51 Bausteine Langenbeck-Virchow-Haus
- 55 DGCH-Präsidium ab 1. Juli 2016
- 57 Meine Daten haben sich geändert

- 59 **BDC**
- 59 Einladung zur BDC-Mitgliederversammlung 2017
- 60 Gemeinsamer Bundeskongress Chirurgie 2017
- 62 Pressemitteilung: Beleg- und Kooperationsärzte fordern mehr Rechtssicherheit
- 65 Termine BDC|Akademie
- 69 Veranstaltungshinweise
- 71 Personalien
- 73 Mitglieder-Fachexkursion nach Sri Lanka
- 75 BDC|Landesverbände

77 PANORAMA

- 77 Der Eine unter den Vielen - Wie ist eigentlich der Blick von außen auf den Chirurgen? *L. Schmidt*
- 80 Welcome Back Home – Das Mammakarzinom Projekt in Mazar-e Sharif *G. Stauch*

BDC|MOBILE-APP

UPDATE VERFÜGBAR

Das neue Update für unsere BDC|Mobile App ist ab sofort verfügbar. Das Besondere am Update: Ab jetzt werden Sie automatisch über die App informiert, sobald eine neue Ausgabe Passion Chirurgie verfügbar ist! Passend zu unserer neuen Webseite wurde auch das Design angepasst. Die aktualisierte App ist kompatibel mit der neuesten **Android**- und **Apple**-Software und läuft somit auf den gängigsten Smartphones und Tablets.

Laden Sie sich die kostenlose App BDC|Mobile aus den App-Stores auf Ihr **Android**- oder **Apple**-Gerät. Einmal installiert, erhalten Sie jeden Monat die neueste Ausgabe unserer Zeitschrift.

Hinweis für DGCH-Mitglieder: Um die einzelnen Ausgaben der Passion Chirurgie als eMagazin lesen zu können, müssen Sie einen Coupon-Code eingeben, der auf der DGCH-Webseite mit jeder Ausgabe veröffentlicht wird.

HIER FINDEN SIE WEITERE INFORMATIONEN ZUR BDC|MOBILE APP.
[LINK: <https://www.bdc.de/ausgaben/anleitung-fur-die-app/>]



KRANKENHAUS-KEIME

MONITOR BERÜHRUNGSLOS STEUERN



Das Fraunhofer-Institut für Nachrichtentechnik, Heinrich-Hertz-Institut (HHI) hat einen intelligenten Monitor entwickelt. Dieses System lässt sich mit Kopf- und Handbewegungen sowie mit Sprachbefehlen berührungslos aus der Distanz steuern und senkt das Risiko, Krankheitserreger zu übertragen.

QUELLE: SURGICAL TRIBUNE

[LINK: http://www.surgical-tribune.com/articles/news/germany/10030_krankenhauskeime_neuer_monitor_laesst_sich_beruehrungslos_steuern.html]

TRAINING EVENT



KOMPETENZ-BASIERTES TRAINING IN DER CHIRURGIE

Im Rahmen des europäischen ERASMUS Projekts „Professional Profile of the Surgical Trainer: Train-the-Trainer Curricula (SurgTTT)“, [LINK: <http://www.istt.htwk-leipzig.de/forschungsprojekte/surgttt/>] wurde ein Profil und Curriculum für das pädagogische und didaktische Training von Chirurgen entwickelt, das den europäischen Anforderungen entspricht. Ziel des Projekts ist die Ausbildung von Chirurgen zu chirurgischen Trainern. Das Curriculum der im Januar und März stattfindenden Training Events basiert auf den sieben Rollen eines chirurgischen Trainers: medizinischer Experte, Kommunikator, Leader, Health advocate, Wissenschaftler und Profi.

PDF: SurgTTT_Training_Broschüre5.pdf

Termine:

21. JANUAR 2017
+ 11. MÄRZ 2017
IN LEIPZIG

SAVE THE DATE



BDC | Berufsverband der Deutschen Chirurgen e.V. BDC-MITGLIEDERVERSAMMLUNG 2017

Termin: Mittwoch, den 22. März 2017, 19:00–20:00 Uhr

Ort: Internationales Congress Center München (ICM München), Saal 126, im Rahmen des 134. Chirurgenkongresses

Die Tagesordnung finden Sie in diesem Heft im internen BDC-Teil.

www.bdc.de



WEITERE ARTIKEL FINDEN
SIE AUF BDC|ONLINE
(WWW.BDC.DE; RUBRIK
WISSEN | PANORAMA).



PROF. DR. MED. BERND TILLIG

Präsident der Deutschen Gesellschaft
für Kinderchirurgie
Chefarzt und Direktor der Klinik für
Kinderchirurgie, Neugeborenenchirurgie
und Kinderurologie
Ärztlicher Leiter des Vivantes MVZ
Prenzlauer Berg
Vivantes Klinikum Neukölln
Rudower Straße 48, 12351 Berlin
Bernd.Tillig@vivantes.de

Steckbrief

Kinder- chirurgie

Die Kinderchirurgie ist ein vergleichsweise junges, eigenständiges Fach im Gebiet Chirurgie mit einem spezifischen Spektrum in Krankenversorgung, Forschung und Lehre.

Aktuell sind in Deutschland 89 Kliniken für Kinderchirurgie gelistet, darunter 16 Ordinariate. Außerdem gibt es 36 kinderchirurgische Abteilungen in der Chirurgie bzw. Pädiatrie, 48 kinderchirurgische Einzelpraxen und 19 Gemeinschaftspraxen, davon sechs mit Belegbetten sowie neun kinderchirurgische MVZ.

Die Deutsche Gesellschaft für Kinderchirurgie (DGKCH) hat derzeit 710 Mitglieder und ist damit in den letzten sechs Jahren um ca. 40 % gewachsen. Das Organ der DGKCH ist das *European Journal of Pediatric Surgery* (EJPS).

Tillig B. Steckbrief: Kinderchirurgie. *Passion Chirurgie*. 2017 Januar, 7(01): Artikel 03_01.



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

A close-up photograph of a child's hand holding a red, heart-shaped object with a white, stitched border. The hand is resting on a blue, ribbed sweater. The background is the same blue sweater, creating a soft, textured backdrop. The lighting is natural, highlighting the skin of the hand and the texture of the sweater and heart.

IM FOKUS

”

Kinder- chirurgie

DIE KINDERCHIRURGIE ENTSTAMMT NATURGEMÄSS DER CHIRURGIE

Vor dem 19. Jahrhundert bestand *Kinderchirurgie* hauptsächlich aus Operationen wegen eitriger Osteomyelitis, Knochenbrüchen oder Abszessen. Kinder mit angeborenen Fehlbildungen wurden als Absonderlichkeiten oder Kuriositäten betrachtet und Korrekturversuche endeten meist fatal. Noch bis in die zweite Hälfte des letzten Jahrhunderts wurden Kinder überwiegend von Allgemeinchirurgen operiert, die oft bereits über einen hohen Grad an Spezialisierung für das Kindesalter verfügten. Darauf verweisen frühe Publikationen aus dem Ende des 19. und Anfang des 20. Jahrhunderts z. B. aus Frankreich, Deutschland und Polen. 1930 veröffentlichte Richard Drachter das weltweit erste kinderchirurgische Lehrbuch. In dieser Zeit entwickelte sich auch in Amerika die Kinderchirurgie als eigenständige chirurgische Spezialität und die erste erfolgreiche Operation einer Ösophagusatresie 1941 durch Haight gilt als die Geburtsstunde der modernen Kinderchirurgie.

Die eigentliche strukturierte Entwicklung des kinderchirurgischen Fachgebietes begann in Deutschland jedoch erst nach 1945. Nach Ende des Zweiten Weltkrieges entwickelte sich die Kinderchirurgie im geteilten Deutschland sehr rasch, nahezu parallel in Ost und West. Es entstanden Arbeitsgemeinschaften, später wissenschaftliche Gesellschaften für Kinderchirurgie, wissenschaftlicher Austausch sowie Tagungen und Kongressen fanden statt und im Osten wurde ein eigenständiger Facharzt für Kinderchirurgie geschaffen. Nach der deutschen Wiedervereinigung wurden die kinderchirurgischen Fachgesellschaften zur Deutschen Gesellschaft für Kinderchirurgie (DGKCH) vereint und der Facharzt für Kinderchirurgie für die gesamte Republik einheitlich verbindlich. Triebfedern für diese Entwicklungen nach 1945 waren der große Anteil chirurgischer Erkrankungen an der in der Nachkriegszeit noch hohen Säuglings- und Kindersterblichkeit, der erhebliche Vorsprung der internationalen Entwicklung und die sich bereits zu dieser Zeit anbahnenden zahlreichen Spezialisierungen im Gebiet Chirurgie [1, 2].

Ethische Grundlage für die Entwicklung der Kinderchirurgie war außerdem die wachsende internationale Anerkennung der Kinderrechte,

was schließlich 1989 in der UN-Kinderrechtskonvention Niederschlag fand. Heute wird durch den Artikel 24 allen kranken Kindern ein Höchstmaß an Gesundheit und vor allem das Recht auf eine kindgerechte Betreuung durch entsprechend spezialisierte Fachgebiete zugesichert [3]. Demzufolge müssen eine kinderchirurgische Expertise und entsprechende medizinische Einrichtungen jederzeit verfügbar sein, in denen chirurgisch kranke Kinder von ärztlichem und pflegerischem Personal betreut werden, welches durch Ausbildung und Erfahrung befähigt ist, auf die körperlichen, seelischen und entwicklungsbedingten Bedürfnisse von Kindern und Jugendlichen sowie ihren Familien einzugehen [4].

DIE SPEZIALISIERUNG AUF DAS WACHSTUMS- UND ENTWICKLUNGSAALTER IST IM GEBIET CHIRURGIE SINNVOLL UND NOTWENDIG

Kinderchirurginnen und Kinderchirurgen sind speziell ausgebildete Ärzte mit einer Expertise für die chirurgische Versorgung von Kindern und Jugendlichen unter Beachtung der alters- und entwicklungsbedingten anatomischen, physiologischen, klinischen und psychologischen Besonderheiten sowie der altersabhängigen Epidemiologie. Das betrifft sowohl die Diagnostik als auch das präoperative, operative und postoperative Management von operationspflichtigen Fehlbildungen, chirurgischen Erkrankungen sowie Verletzungen und Notfällen. Zwei Phänomene charakterisieren die Besonderheiten im Kindes- und Jugendalter grundlegend: Wachstum und Entwicklung. Zum Beispiel weist das wachsende Skelett bei Kindern und Jugendlichen anatomische und physiologische Besonderheiten auf, welche besondere Arten von Verletzungen bzw. spezielle Erkrankungen bedingen und bei der Wahl der Therapieoption beachtet werden müssen. Zudem ist die Organogenese mit der Geburt noch nicht abgeschlossen. So entwickeln sich z. B. die Lungen bis zum zweiten Lebensjahr und angeborene Funktionsstörungen des oberen Harntraktes können innerhalb des ersten Lebensjahres maturieren. Auch beeinflusst die erstaunliche Plastizität des Gewebes bei Neugeborenen und Säuglingen das chirurgische Vorgehen und muss nachhaltige Beachtung finden. Hinzu kommen die

unterschiedlichen Stufen der psychosozialen Entwicklung, die Entwicklung der sexuellen Identität, die Pubertät und die Adoleszenz, die bei der Konzeption der Therapie Beachtung finden müssen. Diese wenigen Beispiele zeigen bereits die hohen Anforderungen an eine ganzheitliche Versorgung von Kindern und Jugendlichen, die letztendlich auch die Transition beinhaltet und belegen die Notwendigkeit einer Spezialisierung auf das Wachstums- und Entwicklungsalter auch im chirurgischen Bereich.

KINDERCHIRURGEN HALTEN EIN WEITES SPEKTRUM AN MODERNEN CHIRURGISCHEN BEHANDLUNGSOPTIONEN FÜR KINDER UND JUGENDLICHE VOR

Das Spektrum der Kinderchirurgie betrifft die Viszeral- und Thoraxchirurgie inklusive der Onkochirurgie, die Kindertraumatologie inklusive der Behandlung thermischer Verletzungen und die Kinderurologie. Die Korrektur angeborener Fehlbildungen und die Neugeborenenchirurgie sind Kernbereiche

Auch im Kindesalter hat sich die minimal-invasive Operationstechnik (MIC) für eine Vielzahl von Eingriffen etabliert. Ermöglicht durch technische Innovationen auf dem Gebiet der Instrumente für die MIC in den letzten zehn bis 15 Jahren können zunehmend auch bei Neugeborenen minimalinvasive Operationen bei zahlreichen Indikationen erfolgreich durchgeführt werden.

Häufig wird das breite kinderchirurgische Spektrum infrage gestellt und als unvereinbar mit dem gegenwärtig in der modernen Medizin weitverbreiteten Trend zur Spezialisierung angesehen. Dem ist entgegen zu halten, dass die Anzahl an Diagnosen und Prozeduren im Kindesalter generell deutlich geringer ist als bei Erwachsenen. Zudem betreffen diese im Wesentlichen, außer in der Akut Chirurgie und Traumatologie, vorwiegend angeborene Anomalien und solide Tumoren. Solide Tumoren sind im Kindesalter seltener, zudem überwiegend angeboren und deshalb meist nur im Kindesalter vorkommend. Fehlbildungen zählen aufgrund ihrer geringen Inzidenz zu den seltenen Erkrankungen, deren Behandlung, wie die der kindlichen Tumoren, immer eine spezielle Expertise verlangen. Analog zur Kinder- und Jugendmedizin ist die Spezial-

sierung für die Altersgruppe der Kinder und Jugendlichen bis 18 Jahre auch im Gebiet Chirurgie sinnvoll und notwendig.

In einigen chirurgischen Bereichen führten der wissenschaftliche Fortschritt und die rasche medizinisch-technische Entwicklung jedoch zu notwendigen organspezifischen Spezialisierungen. So entwickelten sich unabhängig von der Kinderchirurgie die Kinderherzchirurgie und die Transplantationschirurgie bei Kindern aus den Mutterfächern heraus zu teilweise bereits selbstständigen Disziplinen, die an ausgewiesenen Zentren die Versorgung für Kinder und Jugendliche absichern. Eine ähnliche Tendenz ist im Bereich der Kinderneurochirurgie zu beobachten, wo neue operationstechnische Möglichkeiten zunehmend eine Spezialisierung und Zentralisierung bedingen.

PROBLEM UND CHANCE FÜR DIE ZUKUNFT: VERSORGUNGSSTRUKTUR

Mindestvoraussetzungen für eine qualifizierte ambulante und stationäre kinderchirurgische Versorgung sind der Facharztstatus und eine qualifizierte Kinderkrankenpflege sowie altersgerechte räumliche und fachlich adäquate strukturelle Bedingungen. Die Zusammenarbeit mit Spezialisten der Kinder- und Jugendmedizin, der Kinderintensivmedizin und der Neonatologie, möglichst in einem *Zentrum für konservative und operative Kinder- und Jugendmedizin mit Perinatalzentrum* und der Verfügbarkeit von Kinderradiologie, Kinderanästhesie und Kinderpathologie ist anzustreben und Voraussetzung für höchste Betreuungsqualität und Patientensicherheit.

Angesichts der hohen fachlichen, pflegerischen und strukturellen Anforderungen an die kinderchirurgische Versorgung und der derzeit eher negativen strukturellen und ökonomischen Entwicklungen im Gesundheitswesen, besteht die Aufgabe und Chance für die Zukunft in erster Linie in einer Konzentration der Expertise und Zentralisierung spezialisierter, kinderchirurgischer Versorgung in einer dem Bedarf entsprechenden Zahl an Referenzzentren und kinderchirurgischen Kliniken der Maximalversorgung. Die Zentralisierung ist gleichzeitig die wichtigste Voraussetzung für Qualitätssicherung sowie für Grundlagen- und Versorgungsforschung und eine effektive Weiterbildung. Für eine möglichst flächendeckende

kinderchirurgische Versorgung sind zudem kinderchirurgische Bereiche der Regelversorgung im Verbund mit Einrichtungen der Kinder- und Jugendmedizin sowie Kooperationen zwischen Zentren und Kliniken sowie sektorenübergreifende Konzepte der ambulanten kinderchirurgischen Versorgung erforderlich. Zudem sind in Abhängigkeit von den lokalen Bedingungen direkte interdisziplinäre Kooperationen mit benachbarten chirurgischen Fachgebieten in klinischer Versorgung, Weiterbildung, Fortbildung und Forschung notwendig.

„DIE KINDERCHIRURGIE IST EIN WACHSENDES UND MODERNES, SEHR INTERESSANTES UND VIELFÄLTIGES FACH DES GEBIETES CHIRURGIE.“

FAZIT

Die Kinderchirurgie ist ein wachsendes und modernes, sehr interessantes und vielfältiges Fach des Gebietes Chirurgie. Die chirurgische Spezialisierung auf das Wachstums- und Entwicklungsalter ist sinnvoll und notwendig. Nur durch Zentralisierung und sektorenübergreifende Versorgungskonzepte sowie eine enge Kooperation mit der Kinder- und Jugendmedizin auf der einen und den chirurgischen Nachbarfächern auf der anderen Seite ist die kinderchirurgische Versorgung für die Zukunft zu sichern.

Den düsteren Prognosen demografischer Analysten zum Trotz, zeigen die neuesten, positiven Trends der Geburtenraten, dass der Bedarf an strukturierter kinderchirurgischer Versorgung weiter wächst. Wir haben allen Grund, optimistisch zu sein!

LITERATUR

- [1] K. Gdanietz. Kinderchirurgie in der DDR. Monatsschrift Kinderheilkunde, Supplement 1, 1916
- [2] F. Höpner. Kinderchirurgie in der Bundesrepublik nach 1945. Monatsschrift Kinderheilkunde, Supplement 1, 1916
- [3] UN-Kinderrechtskonvention, Artikel 24
- [4] Artikel 8 der EACH-Charta



IM FOKUS

”

Kinder- chirurgie



Neues aus der Wundversorgung vom Neugeborenen bis zum Teenager

VON DER SCHNITTVERLETZUNG BIS ZUR VERBRENNUNG

Unfallverletzungen im Kindes- und Jugendalter sind einer der häufigsten Gründe zur Vorstellung in einer Notfallambulanz. In einer Studie des Robert Koch-Instituts (RKI) wurde anhand einer Längs- und Querschnitterhebung an 12.368 Kindern und Jugendlichen von null bis 17 Jahren gezeigt, dass 15,5 % innerhalb von 12 Monaten wegen eines Unfalls ärztlich behandelt worden. Statistisch sind dabei Jungen mit 17 % signifikant häufiger betroffen als Mädchen mit 14 %. Als häufigsten Unfallort ergab die Analyse die häusliche Umgebung insbesondere bei den Kleinkindern (60 bis 80 %), während ab dem Schulalter der Anteil an Unfällen in Betreuungs- und Bildungseinrichtungen sowie Sporteinrichtungen zunehmen [1]. Der Großteil dieser verunfallten Kinder kann ambulant versorgt werden, nur jedes achte Kind erfordert eine stationäre Behandlung. Neben Frakturen, Prellungen, Gehirnerschütterungen, etc. spielen Wunden eine führende Rolle. Es gibt viele verschiedene Wundtypen, wie Quetschwunden, Abschürfungen, Risswunden, Stich- und Schnittwunden, Ablederungen, thermische Verletzungen sowie Pfählungsverletzungen und Bisswunden. Die meisten Wunden entstehen, vor allem bei kleinen Kindern, infolge der Einwirkung stumpfer Gewalt am Kopf [2].

GRUNDSÄTZLICHES ZUR ERSTVERSORGUNG

Viele oberflächliche Bagatellverletzungen wie Schürfwunden und minimale, wenig blutende Risswunden können häuslich-ambulant durch die Eltern versorgt werden. Hierbei sollte eine Wundreinigung unter fließendem Leitungswasser und Pflasterversorgung erfolgen. Wunden, die stark verschmutzt sind, stark bluten, tief erscheinen sowie Bissverletzungen und Verbrennungen oder Verbrühungen sollten zeitnah ärztlich vorgestellt werden. Bei starker Blutung und/oder großer Wunde sollte ein Druckverband angelegt und der Rettungsdienst gerufen werden. Da jede Wunde eine Eintrittspforte für Bakterien darstellt, muss grundsätzlich der Tetanusschutz überprüft werden. Die Mitnahme des Impfpasses zur ärztlichen Vorstellung erleichtert die Entscheidung, ob eine Impfung erforderlich ist.

EXKURS: TETANUSIMMUNISIERUNG

Clostridium tetani, der Erreger des Wundstarrkrampfes, produziert unter anaeroben Bedingungen die Neurotoxine Tetanospasmin und Tetanolysin. Die Hauptsymptomatik besteht aus generalisierten und regionalen Muskelspasmen, Trismus und Risus sardonius. Beim generalisierten Tetanus beträgt die mittlere Inkubationszeit acht Tage. Erstsymptome

**DR. MED. VERENA ELLERKAMP**

Oberärztin der Abteilung
 Fachärztin für Kinderchirurgie
 Lehrbeauftragte Kinderchirurgie
 Universitätskinderklinik Tübingen
 Abteilung und Lehrstuhl für
 Kinderchirurgie & Kinderurologie
 Hoppe-Seyler-Str. 3, 72076 Tübingen
 Verena.Ellerkamp@med.uni-tuebingen.de

Ellerkamp V. Neues aus der Wundversorgung vom Neugeborenen bis zum Teenager. Passion Chirurgie. 2017 Januar, 7(01): Artikel 03_02.



LEITLINIE „ZUR BEHANDLUNG THERMISCHER VERLETZUNGEN IM KINDESALTER (VERBRENNUNG, VERBRÜHUNG)“



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

beim meist afebrilen Patienten sind Schmerzen und Steifigkeit der Muskeln, gefolgt von Trismus und Dysphagie. Alle Erkrankten müssen intensivmedizinisch behandelt werden. Unbehandelte Tetanus-Patienten sterben an Atemlähmung, da die Atemmuskulatur verkrampft und dadurch ausfällt. Trotz moderner Intensivmedizin ist die Sterblichkeit mit 10 bis 20 % hoch. Bei generalisiertem Tetanus müssen etwas 50 % der Patienten länger als 20 Tage beatmet werden, entsprechend häufig sind Trachostomien erforderlich. Supportiv symptomatisch wird eine Therapie mit Metronidazol zur Eradizierung empfohlen. Die Spasmen werden mit Benzodiazepinen, Baclofen, Dantrolen und ggf. nicht-depolarisierenden Muskelrelaxantien behandelt. Eine überstandene Erkrankung verleiht keine Immunität. Da es keinen natürlichen Schutz vor Tetanus gibt, besteht der einzige Schutz vor der Erkrankung in der Impfung. Weltweit treten nach Schätzungen der WHO jährlich etwa eine Million Todesfälle durch Tetanus auf. Häufigste Form ist hierbei der neonatale Tetanus, der vor allem in Ländern mit unzureichender medizinischer Versorgung und mangelnder Geburtshygiene bei Kindern von Müttern mit unzureichender Tetanusimmunisierung auftritt. In Mitteleuropa ist die häufigste Tetanusform der generalisierte Tetanus. Grund für die vergleichsweise niedrigen Erkrankungsraten in Deutschland (ca. 70 Fälle pro Jahr) sind allein die guten Durchimpfungsraten. Leider gibt es immer wieder Impfgegner, die Ängste gegen erforderliche Impfungen in der Bevölkerung schüren. Entsprechende Diskussionen mit den Familien können in Einzelfällen dann tatsächlich das Hauptproblem bei der Wundbehandlung darstellen. Die Kenntnis der o. g. Fakten kann bei der Diskussion hilfreich sein. Empfohlene Prophylaxe bei kontaminierter Wunde und unzureichendem Impfschutz ist die Neutralisierung der zirkulierenden Toxine und die Immunisierung durch Gabe von humanem tetanus-Immunglobulin (hTIG; 500 I.E. i.m.) und die aktive Immunisierung mit Tetanus Toxoid (TTX-Td). Die häufigsten Nebenwirkungen sind lokale Schmerzhaftigkeit nach der Injektion. Sehr seltene Komplikationen der Boosterung sind die Anaphylaxie mit

1,6/1 Mio. Impfdosen, eine Plexus-brachialis Neuropathie mit 10/1 Mio. Impfdosen und das Guillain-Barré-Syndrom mit < 0,4/1 Mio. Impfdosen.

BESONDERHEITEN BEI DER WUNDVERSORGUNG IM KINDESALTER

Die Prinzipien der Wundbehandlung sind beim Kind genauso wie beim Erwachsenen die Wiederherstellung der normalen Funktion, die Schmerzminimierung, die Reduktion des Infektionsrisikos sowie eine gute Kosmetik. Bei der Versorgung verletzter Kinder ist jedoch die Kooperation des Patienten maßgeblich von seinen Ängsten und seiner Aufregung und ggf. auch den Ängsten der Eltern abhängig. Die Schaffung einer ruhigen Atmosphäre gelingt weniger durch Überzeugung des aufgeregten kleinen Patienten als vielmehr durch das beruhigende und erklärende Gespräch mit den Eltern. Sind diese als entspannte Behandlungspartner gewonnen, überträgt sich deren Ruhe im Idealfall zumindest teilweise auch auf ihr Kind.

In Abhängigkeit von der Größe und Tiefe einer Wunde und deren Begleitumständen muss dann entschieden werden, ob eine ambulante Wundversorgung mit oder ohne Lokalanästhesie, Sedierung oder auch in Nar-kose durchgeführt werden kann.

Die häufig drängende Frage der Eltern nach bleibenden Narben muss dabei grundsätzlich mit „Ja“ beantwortet werden. Diese werden in Abhängigkeit vom Entstehungsmechanismus, dem Verlauf der Wunde zu den Spannungslinien der Haut nach der Abheilung mehr oder weniger sichtbar sein.

Nach Möglichkeit ist eine frühe Wundversorgung nach dem Trauma anzustreben; die primäre Wundversorgung kann jedoch noch innerhalb der ersten 19 Stunden nach dem Unfall erfolgen, im Gesicht noch nach 24 Stunden [3].

VORTEILE VON WUNDKLEBERN

Bei der Versorgung der häufigen Kopf- und Gesichtsplatzwunden ist regelhaft eine gute und stabile Wundrandadaptation mit Gewe-

bekleber auf Cyano-Acrylat-Basis möglich. Saubere, spannungsfreie Wundränder und eine geringe Wundtiefe sind hierfür Grundvoraussetzung. Vorteile dabei sind die Schnelligkeit der Versorgung und die geringen Schmerzen – allerdings kommt es in den ersten 30 bis 60 Sekunden nach Auftragen des Klebers zu einem sekundenlangen unangenehmen Brennen.

ADAPTIERTE ANALGOSEDIERUNG

Tiefere Wunden, die eine ausführliche Wundexploration und Säuberung des Wundgrundes erfordern, sollten in Abhängigkeit von der Kooperation des Patienten in Lokalanästhesie und ggf. mit zusätzlicher Sedierung versorgt werden. Zur Sedierung hat sich das rasch wirksame und nebenwirkungsarme Sauerstoff-Lachgas-Gemisch bewährt, das neben seiner schmerzsenkenden Eigenschaften auch stark angstlösend und sedierend wirkt. Lachgas – Distickstoffmonoxid (N_2O) – wirkt euphorisierend, somit angstmindernd und analgetisch. Nebeneffekte wie veränderte Geräuschwahrnehmung und Kribbeln der Gliedmaßen sind häufig. Seit Mitte des 19. Jahrhunderts bis heute wird Lachgas bei ängstlichen Patienten in der Zahnmedizin eingesetzt. Vorteilhaft ist auch das rasche Abklingen der Wirkung nach Beenden der Lachgaszufuhr.

Damit ist Lachgas sicherlich einer Sedierung mit Midazolam (nasal, rectal, oral oder intravenös) überlegen, da letzteres eine deutlich längere Überwachung erfordert und häufiger Nebenwirkungen beobachtet werden (Erbrechen, paradoxe Reaktion).

SPEZIELLE WUNDEN

Bei den nicht selten vorkommenden Verletzungen an Händen und Fingern ist vor jeder Versorgung eine genaue Prüfung der Beweglichkeit und Sensibilität der Finger am wachen Patienten Grundvoraussetzung. Je jünger der Patient und je ausgedehnter das Trauma, umso unzuverlässiger ist diese Beurteilung. Deshalb wird bei Verletzungen dieser Lokalisation, die die Haut überschreiten, die Indikation zur Wundexploration in Narkose

großzügig gestellt, um eventuelle Begleitverletzungen von Sehnen, Nerven und Gefäßen sicher auszuschließen oder entsprechend behandeln zu können. Eine traumatische Teildurchtrennung einer Beugesehne von bis zu 90 % kann in der Frühphase durch eine noch vermeintlich normale Beugung des betroffenen Fingers kaschiert werden.

Bei Verdacht auf verbliebene Fremdkörper kann eine Röntgenaufnahme helfen – häufig sind Fremdkörper jedoch nicht röntgendicht und eine Ultraschalluntersuchung zur Fremdkörpersuche ist wiederum von der Kooperation des Patienten abhängig.

Einen Sonderfall in der Wundversorgung nehmen die immer wieder auftretenden Bissverletzungen ein. Hier besteht durch die im Speichel des Tieres (und in seltenen Fällen auch des Menschen) befindlichen Mikroflora eine besonders hohe Infektionsgefahr – auch bei vermeintlich kleinen Wunden. So bergen beispielsweise die oft nur punktförmigen, aber tiefen Katzenbisswunden an Händen und Gesicht ein hohes Risiko für sich rasch entwickelnde, komplizierte Weichteilinfektionen. Daher gilt die grundsätzliche Empfehlung, Tierbissverletzung frühzeitig ärztlich vorzustellen, da häufig ein gründliches Wunddebridement mit Ausschneiden des verletzten Gewebes erforderlich sein kann. Zusätzlich ist eine Therapie mit Antibiotika zur Infektprophylaxe bei Bisswunden unbedingt anzuraten.

THERMISCHE VERLETZUNGEN

Eine weitere Sonderstellung muss den thermischen Verletzungen (Verbrennungen und Verbrühungen) eingeräumt werden. Thermische Verletzungen sind schwere Traumata, die aufgrund ihrer möglichen Folgen in Form von Narben zu lebenslanger Beeinträchtigung führen können. In Deutschland werden jährlich ca. 6.000 Kinder aufgrund von thermischen Verletzungen stationär behandelt (Quelle: Statistisches Bundesamt, 2014). Hinzu kommen noch geschätzte 50.000 ambulant behandelte Fälle. Ein Großteil der thermischen Verletzungen (50-80 %) im Kindesalter entfällt auf die Altersgruppen zwischen einem und fünf Jahren.

Aufgrund der altersabhängig deutlich dünneren Haut der Kinder im Vergleich zu Erwachsenen und der höheren Relation von Körperoberfläche zum Körpergewicht sind Kinder besonders gefährdet. Sogenannte „Bagatell“-Unfälle führen daher häufig zu relevanten Verletzungen mit bleibenden Narben.

Auch kleine Verbrennungswunden sollten bei ausbleibender Reepithelisierung innerhalb der ersten zwei bis maximal drei Wochen nach dem Trauma unbedingt in einer Spezialambulanz vorgestellt werden, da mit zunehmender Heilungszeit das Risiko zur Entwicklung hypertropher Narben exponentiell ansteigt.

Seit 2008 gibt es in Deutschland eine interdisziplinäre **S2k AWMF-Leitlinie** mit klaren Empfehlungen zur Behandlung thermisch verletzter Kinder. Neben konkreten Therapieempfehlungen wurden hier auch klare Richtlinien und Indikationen zur Vorstellung in einem Zentrum für brandverletzte Kinder formuliert. Sogenannte „Zentrumsindikationen“ sind vor allem abhängig von der Größe des thermisch verletzten Areals (gemessen in Relation zur gesamten Körperoberfläche des Patienten – VKOF [%]) und der Tiefe der thermischen Verletzung (Verbrennungsgrade 1 bis 4). Dabei ist das Ziel, die Versorgungsqualität fortlaufend zu verbessern und für den einzelnen Betroffenen das jeweils beste Therapieergebnis zu erzielen.

Darüber hinaus wurden neben den Zentren für brandverletzte Kinder in der überarbeiteten AWMF-Leitlinie von 2015 erstmals sogenannte spezialisierte Kliniken für brandverletzte Kinder eingeführt, die unterhalb der Zentrumsindikationen Hauptanlaufstelle für Kinder mit thermischen Verletzungen sein sollten. Neben einer kindgerechten Versorgung durch im Umgang mit kranken Kindern versiertes Pflegepersonal auf kindgerechten Stationen, bestehen höchste Ansprüche an die ärztlich-chirurgische Versorgung sowie die anästhesiologische und intensivmedizinische Betreuung. Außerdem muss eine kinderpsychologische Unterstützung im Bedarfsfall gewährleistet und eine etablierte ambulante Nachbetreuung gesichert sein. Die Organisation passender

Anschlussheilbehandlungen für die Patienten sollte zur Routine gehören. Kliniken, die Betten für schwerbrandverletzte Kinder vorhalten, verfügen über diese erforderlichen Ressourcen und qualitativen Voraussetzungen. Kinder, deren Ausmaß der Verletzung keine Indikation zur Behandlung in einem Zentrum für brandverletzte Kinder darstellen, sollen aber nicht minder schlecht versorgt werden.

Bei einem Vergleich der Daten des Bundesamtes für Statistik (Quelle: Statistisches Bundesamt Deutschland) mit den Daten der Deutschsprachigen Arbeitsgemeinschaft für Verbrennungsbehandlung (DAV) zeigt sich, dass im Jahresmittel knapp 5.500 Patienten unter 14 Jahren mit Verbrennungen und Verbrühungen stationär in Deutschland behandelt wurden. Allerdings erreichte nur ca. ein Viertel dieser Kinder eines der ausgewiesenen

Zentren für brandverletzte Kinder oder eine andere spezialisierte Klinik.

ZUSAMMENFASSUNG

Tatsächlich gibt es wenig echte Neuerungen – Wundkleber, Lachgassedierung, etc. – als vielmehr den fortwährenden Anspruch nach hochqualitativer Versorgung von Wunden im Kindesalter mit geringer Belastung für den Patienten, das kosmetisch beste Behandlungsergebnis sowie die Vermeidung von Komplikationen (Infektionen, Tetanus).

LITERATUR

- [1] Saß A.-C., Poethko-Müller C., Rommel A.: Das Unfallgeschehen im Kindes- und Jugendalter – Aktuelle Prävalenzen,

Determinanten und Zeitvergleich – Ergebnisse der KiGGS-Studie – Erste Folgebefragung (KiGGS Welle 1); Bundesgesundheitsbl 2014, 57:789-797, DOI 10.1007/s00103-014-1977-5

- [2] Holander J.E., Singer A. J.: Comparison of wound care practices in pediatric and adult lacerations repaired in the emergency department. Pediatr Emerg Care 1998; 14 (1): 15-18
- [3] Berk W.A., Osbourne D.D., Taylor D.D.: Evaluation of the 'golden period' for wound repair: 204 cases from a Third World emergency department. Ann Emerg Med 1988; 17 (5): 496-500. 



Safety Clip: OP-Sicherheitscheckliste und präoperative Checkliste – Nützlich oder lästig?



© iStock/WaD

UMSETZUNG UND NUTZEN IN DER TÄGLICHEN KRANKENHAUSPRAXIS

Die OP-Sicherheitscheckliste ist ein Instrument, das der Erhöhung der Patientensicherheit dient. Der Nutzen ist belegt. Im Rahmen von Studien [1, 2] hat sich gezeigt, dass die Nutzung einer OP-Sicherheitscheckliste die perioperative Morbidität und Mortalität nachweislich reduziert. Trotz heute vorliegender, gut nachvollziehbarer und einsichtiger Argumente, die für einen standardisierten Einsatz von Checklisten sprechen, werden OP-Sicherheitschecklisten in den Krankenhäusern nach wie vor in unterschiedlicher Form und in unterschiedlichem Umfang genutzt.

Einer der Gründe dafür könnte sein, dass viele Krankenhäuser bei der Einführung von OP-Sicherheitschecklisten den Schwerpunkt eher darauf legten, eine zusätzliche, die üblichen Abläufe ergänzende Maßnahme zu implementieren, als darauf, die Prozesse kontrolliert neu zu organisieren. Zudem wurde den beteiligten Mitarbeitenden nicht immer hinreichend deutlich vermittelt, welche Grundgedanken die Checkliste verfolgt, nämlich u. a. die Intensivierung der interprofessionellen Zusammenarbeit, unabhängig von der Stellung im hierarchischen Gefüge der OP-Abteilung bzw. des Krankenhauses.

Die Umsetzung der Checklistenvorgaben hängt stark davon ab, welche Leitungs- bzw. Kommunikationsstrukturen im Krankenhaus herrschen. Entsprechend unterschiedlich ist die Umsetzung der Checklistenvorgaben in den einzelnen Krankenhäusern ausgeprägt. Wie erwähnt, liegen die Gründe für eine unzureichende Nutzung der Checkliste häufig in

bereits vor ihrer Einführung existierenden Vorgehensweisen bei Arbeitsschritten, die in der Liste aufgeführt sind. Während die geforderte interprofessionelle Zusammenarbeit beispielsweise beim Part „Team-Time-Out“ in der Regel gut funktioniert, da sie für diesen Arbeitsschritt Voraussetzung ist, hapert es beim Part „Einschleusung des Patienten“ vielfach. Oft ist es auch nach Einführung der Checkliste üblich, dass nur ein einziger Mitarbeiter allein die Abfrage der definierten Kriterien vornimmt.

Die Praxis zeigt also, dass allein die Vorgabe an die Mitarbeitenden, die OP-Sicherheitscheckliste zu nutzen und auszufüllen, nicht zwingend dazu führt, eine erfolgreiche Umsetzung und damit die Optimierung der Patientensicherheit in der OP-Abteilung zu erreichen.

Wichtig ist es daher, allen Beteiligten bei Einführung der OP-Sicherheitscheckliste sowohl den mit dem Instrument verbundenen Grundgedanken der interprofessionellen Zusammenarbeit zu vermitteln als auch dessen Inhalte und das Handling. Berufsgruppenübergreifende Schulungssequenzen für die Mitarbeitenden sind hierfür empfehlenswert.

Im Zuge der GRB-Sicherheits- und Risikoanalysen fiel wiederholt auf, dass die Inhalte der – vielfach noch handschriftlich auszufüllenden – OP-Sicherheitschecklisten oft nicht vollständig und nachweisbar bearbeitet werden. Werden vorgegebene Standards nicht eingehalten, besteht jedoch das Risiko, dass im Falle einer späteren Anspruchsstellung eines Patienten der patientenbezogene Nachweis via Checkliste, wie beispielsweise vom

**KARIN HINKE**

Risikoberaterin, Risiko-Assessorin
GRB Gesellschaft für Risiko-
Beratung mbH
Klingenbergstr. 4, 32758 Detmold
khinke@grb.de

Aktionsbündnis Patientensicherheit empfohlen und zwischenzeitlich auch gefordert, nur bedingt oder gar nicht möglich ist. So wird mit Einführung der Checkliste unter Umständen das Gegenteil des ursprünglich angestrebten Ziels erreicht. Damit die OP-Sicherheitscheckliste ihrem präventiven Zweck gerecht werden kann, gilt es, entsprechende Reorganisationsmaßnahmen einzuleiten, wie in diesem Artikel beschrieben.

**PRO PATIENTENSICHERHEIT:
ARGUMENTE FÜR DEN
SYSTEMATISCHEN EINSATZ VON OP-
SICHERHEITSCHECKLISTEN UND
PRÄOPERATIVEN CHECKLISTEN
BZW. FÜR DIE FÖRDERUNG
DER INTERPROFESSIONELLEN
ZUSAMMENARBEIT AUF DEN STATIONEN
UND IN DER OP-ABTEILUNG**

Neben den genannten Gründen, die für den Einsatz von OP-Sicherheitschecklisten sprechen, wird an dieser Stelle u. a. auch ausgeführt, dass es sinnvoll ist, zusätzlich eine einheitliche präoperative Checkliste in den stationären Bereichen einzuführen. Ziel sollte es aus Sicht der Autorin sein, die beiden Listen in einem Dokument zusammenzuführen (Vorderseite präoperative Checkliste, Rückseite OP-Sicherheitscheckliste). Auf diese Weise lässt sich, ähnlich wie bei einem Staffellauf, die abgestimmte Zusammenarbeit zwischen den unterschiedlichen Arbeitsbereichen nachvollziehbar darstellen.

Ein weiterer Vorteil von Checklisten ist es, dass die einzelnen Inhalte der stark arbeitsteiligen Prozesse (Stationen und OP-Abteilung) bei konsequenter Abfrage der Checklisteninhalte arbeitsbereichsübergreifend hinterfragt und so Verbesserungspotenziale in der Praxis angestoßen werden können. Zudem gehen aus den Unterschriften der Mitarbeitenden zu den jeweiligen Abfragepunkten sowie aus den Vorgaben in Arbeits- oder Verfahrensanweisungen die Aufgabenteilung und die Verantwortlichkeiten klar hervor.

In den Checklisten ist die Anzahl der Abfragen so gering wie möglich zu halten. Außerdem ist es wichtig, die Inhalte der Checklisten an die Gegebenheiten im jeweiligen Krankenhaus anzupassen. So kann beispielsweise in einer neurochirurgischen Abteilung, in der

die Operationen in der Regel sehr lange dauern, die Prüfung der korrekten Lagerung des Patienten nach einem definierten Zeitraum als Bestandteil des Team-Time-Outs in die Checkliste aufgenommen werden. An die Praxis angepasste Checklisteninhalte haben zudem den Vorteil, dass die Nutzung der Liste nicht zur reinen Routine wird, sondern für die beteiligten Mitarbeitenden die Möglichkeit der aktiven Gestaltung besteht, was bei ihnen wiederum die Sensibilität für Aspekte erhöht, die – z. B. beim Team-Time-Out – für die Patientensicherheit relevant sind.

Ein entscheidender Punkt für einen erfolgreichen Einsatz ist, die Vertreter des Arzt- und Pflegedienstes in den stationären Bereichen und in der OP-Abteilung sowohl bei der Gestaltung als auch bei der praktischen Nutzung der Checklisten von Beginn an aktiv einzubeziehen. Der Arzt- und Pflegedienst ist außerdem dafür zu gewinnen, die Kolleginnen und Kollegen über die Nutzung in der Praxis zu informieren (z. B. via Schulungen).

Sowohl bei der Einführung als auch bei der Reaktivierung einer Checkliste sind alle Ideen und Innovationen unterstützend mit zu berücksichtigen. Neben den Basisinhalten der Checklisten ist das für deren Nutzung erforderliche Prozedere in einer Legende oder separaten Arbeitsanleitung verbindlich festzulegen. Das gilt vor allem für den Fall, dass Fehler bzw. Abweichungen in den Prozessen auftreten (Beispiel: Patient trifft ohne Kennzeichnung der OP-Seite an der OP-Schleuse ein – Was ist zu tun?). Umgekehrt sind in Verfahrensanweisungen zur Identitätssicherung und Vermeidung von Verwechslungen Hinweise auf die OP-Sicherheitscheckliste und die präoperative Checkliste als „zusätzlich relevante Unterlagen“ aufzunehmen.

**WIDERSTÄNDE DER MITARBEITENDEN
GEGEN DIE OP-SICHERHEITSCHECKLISTE,
DIE PRÄOPERATIVE CHECKLISTE UND
MÖGLICHKEITEN DER BEARBEITUNG FÜR
EINE ERFOLGREICHE UMSETZUNG**

Wenn Mitarbeitende des Arzt- und Pflegedienstes auf den Stationen und in der OP-Abteilung der Einführung zusätzlicher Checklisten und dem damit verbundenen Dokumentationsaufwand ablehnend gegenüberstehen, kann das verschiedene Gründe haben, etwa das

Hinke K. Safety Clip: OP-Sicherheitscheckliste und präoperative Checkliste – Nützlich oder lästig? *Passion Chirurgie*. 2017 Januar, 7(01): Artikel 04_01.



WEITERE ARTIKEL ZUM THEMA
FINDEN SIE AUF BDC|ONLINE
(WWW.BDC.DE, RUBRIK WISSEN |
QUALITÄT & PATIENTENSICHERHEIT).

Gewohnt sein an Prozesse, die viele Jahre lang gleich abgelaufen sind, oder der Wunsch nach ungestörter Eigenständigkeit, die keine Rücksicht auf Mitarbeitende anderer Berufsgruppen und Hierarchieebenen nehmen muss. Mitunter wird die Einführung der Checklisten und ihrer Inhalte auch als Ausdruck fehlender Wertschätzung gegenüber den bisherigen beruflichen und praktischen Erfahrungen der Mitarbeitenden empfunden. Aus diesem Grund ist es besonders wichtig, gerade auch langjährig erfahrene Mitarbeitende aktiv in die Einführung und Nutzung der Checklisten einzubeziehen (z. B. in die Gestaltung und die inhaltliche Anpassung der Checklisten, in die Organisation und Durchführung von Schulungen für Mitarbeitende). Gelingt es nicht, Mitarbeitende mit ablehnender Haltung zu überzeugen, besteht das Risiko, dass sie die standardisierten Abfragen monoton abarbeiten oder dass sie sich abweichend verhalten – mit der möglichen Folge, bei Patienten präoperativ bedeutsame Aspekte zu übersehen, weil die Sensibilität und Aufmerksamkeit für tatsächliche Risikopotenziale fehlt.

Von besonderer Bedeutung ist in diesem Zusammenhang die fortlaufende Unterstützung und Motivation der beteiligten Akteurinnen und Akteure vonseiten der Leitungsebene. Nur das konsequente Einfordern bei den Mitarbeitenden, die OP-Sicherheitscheckliste und die präoperative Checkliste zu nutzen (inklusive Kontrolle und Vereinbarung von Maßnahmen für den Fall des Nichteinhaltens bestehender Vorgaben) ist letztlich der Schlüssel zum Erfolg. Dauerhaft ist zu empfehlen, zur Beurteilung des Umsetzungsgrades stichprobenartig ausgefüllte OP-Sicherheitschecklisten und präoperative Checklisten zentral auszuwerten, die Mitarbeitenden über die Ergebnisse zu informieren und bei Auffälligkeiten die Verantwortlichen in den jeweiligen Abteilungen aufzufordern, Optimierungsprozesse einzuleiten.

Ein oft von Mitarbeitenden angeführtes Argument gegen die Nutzung der Checklisten lautet dahingehend, dass ja bereits im Vorfeld der OP, z. B. in den Arztbesprechungen, sicherheitsrelevante Aspekte wie die Festlegung der OP-Indikation abgeprüft würden, weitere Prüfschritte daher nicht notwendig seien.

Die Mitarbeitenden müssen überzeugt werden, dass es sinnvoll ist, patientenbezogene risikorelevante Aspekte nicht nur einmal, sondern mehrfach und in einem abgestuf-

ten Verfahren von Personen unterschiedlicher Berufsgruppen und Hierarchiestufen prüfen zu lassen. Denn: Wird das beschriebene Verfahren ernsthaft und nachhaltig in der Praxis verfolgt, verringert sich das Risiko, etwas zu übersehen, und das automatisierte sich aufeinander Verlassen der Mitarbeitenden wird durchbrochen.

Treten in der Praxis Situationen auf, die positive Effekte der Checklistenutzung wie die Aufdeckung eines Risikopotenzials zeigen, ist zu empfehlen, die Mitarbeitenden über den Erfolg der Prävention zu informieren.

STRUKTUR, INHALTE UND ERFASSUNG DER ABFRAGEN AUS OP-SICHERHEITSCHECKLISTE UND PRÄOPERATIVER CHECKLISTE

Wie oben erwähnt, ist es zielführend, OP-Sicherheitscheckliste und präoperative Checkliste auf der Vorder- und Rückseite eines einzigen Formulars anzuordnen. Grundsätzlich sind die Inhalte der Checklisten auf das notwendige Maß zu begrenzen. Detaillierte und operationsspezifische präoperative Vorbereitungen sind in gesonderten Standards schriftlich zu fixieren, auf die in den Listen ggf. Bezug genommen wird.

Es ist zu empfehlen, die Checklistenabfragen so präzise wie möglich zu formulieren (z. B. „OP-Einwilligung liegt mit den Unterschriften des Patienten und des Arztes vor“). Alternativ kann das zu den jeweiligen Abfragepunkten erforderliche Procedere in einer separaten Arbeits- oder Verfahrensanweisung detailliert beschrieben werden. In der Checkliste stünde dann z. B. die Formulierung „OP-Einwilligung gemäß Arbeits-/Verfahrensanweisung vorhanden/durchgeführt.“

Das Layout der Checklisten ist so zu gestalten, dass die Inhalte übersichtlich dargestellt sind. Die Ankreuz- bzw. Antwortmöglichkeiten sind beispielsweise durchgehend auf einer Seite und nicht auf wechselnden Seiten anzulegen. So wird u. a. sichergestellt, dass alle Fragen gesehen und schriftlich beantwortet werden.

Es ist darauf zu achten, dass die Antwortmöglichkeiten in den Checklisten selbsterklärend sind. Das bedeutet, dass bei den Abfragen – z. B. „Markierung der OP-Seite“ – neben den Antwortfeldern „ja“ und „nein“ zusätzlich ein Feld „nicht erforderlich“ oder „nicht notwendig“ in der Checkliste vorgesehen wird.

Im Falle der Anspruchsstellung eines Patienten kann es für die Nachweisführung vonseiten des Krankenhauses von Bedeutung sein, welches Vorgehen ein „Nein“ in der Checkliste in der Praxis nach sich zieht (z. B. bei fehlender Markierung der OP-Seite). Daher ist es sinnvoll, in einer Legende/Anweisung das jeweilige Vorgehen sowie die Verantwortlichkeiten bei der Bearbeitung der einzelnen Abfragen verbindlich zu beschreiben (beim genannten Beispiel einer fehlenden Markierung: „Mitarbeiter an der OP-Schleuse stoppt den Prozess ‚Einschleusen‘; der zuständige Operateur wird persönlich hinzugezogen und führt die Markierung der OP-Seite durch“).

Je nach Zuständigkeits- und Verantwortungsbereich sind für die Abfragen in den Arbeitsabschnitten der Checklisten Unterschriftenrubriken einzufügen, damit die handelnden Mitarbeitenden berufsgruppenspezifisch per Unterzeichnung die korrekte Durchführung der Abfrage bestätigen können.

In vielen Kliniken werden in der OP-Sicherheitscheckliste unter der Rubrik „Team-Time-Out“ zunächst die Personen, die sich im OP-Saal befinden, namentlich vorgestellt. Dieser Abfragepunkt stammt aus der ursprünglichen WHO-Vorlage für die OP-Sicherheitsliste. In den USA ist es von jeher üblich, dass die OP-Teams aus häufig wechselnden und auch aus externen Personen (z. B. Gastärzten) zusammengesetzt sind. Da dies bei der Einführung der OP-Sicherheitscheckliste vor Jahren für Deutschland eher untypisch war, wurde der Punkt damals vielfach kritisiert und belächelt, vor allem von Ärzten (häufiges Argument für die Ablehnung der Liste). Inzwischen hat sich durch den Einsatz von Honorarärzten und Leiharbeitskräften die Situation in den Krankenhäusern (und in den OP-Abteilungen) auch hierzulande geändert. Die Formulierung ist so zu wählen, dass zwei Antworten möglich sind (z. B. „Mitglieder der OP-Teams kennen sich“ oder „Mitglieder der OP-Teams haben sich mit Namen vorgestellt“).

In einigen Krankenhäusern werden die Abfragen der OP-Sicherheitscheckliste und der präoperativen Checkliste inzwischen auf den jeweiligen Patienten bezogen elektronisch erfasst. Die Erfahrungen der Mitarbeitenden mit einer solchen EDV-gestützten Erfassung sind durchaus positiv. Die gezielte Vorbereitung ist ebenso zu gewährleisten wie die an die Arbeitsprozesse angepasste EDV-gestützte Erfassung

der Abfragen (vom Startzeitpunkt der präoperativen Vorbereitung bis zum Zeitpunkt der Ausschleusung des Patienten aus der OP-Abteilung). Dafür ist krankenhausintern ein Projekt aufzulegen (falls erforderlich, mit Pilotphase zur inhaltlichen Anpassung des EDV-Programmes). U. a. ist die Installierung von Pflichtfeldern in der OP-Sicherheitscheckliste und der präoperativen Checkliste zu beachten. Außerdem ist dafür zu sorgen, dass eine ausreichende Anzahl von PCs/Notebooks auf den Stationen (zur Bearbeitung der präoperativen Checkliste) und an den verschiedenen Arbeitsplätzen in der OP-Abteilung (an der OP-Schleuse, in den OP-Vorbereitungsräumen usw.) vorhanden ist, damit die elektronischen Eingaben zu den einzelnen Abfragen direkt und auf kurzem Wege vorgenommen werden können.

Die Verantwortlichkeiten für einzelne in den jeweiligen Checklisten fixierte Arbeitsschritte sind in einer Arbeits- oder Verfahrensanweisung verbindlich zu beschreiben (Beispiel: „Der Operateur ist für die Durchführung des Team-Time-Out verantwortlich und der OP-Springer übernimmt die Dokumentation zu den Abfragepunkten im elektronischen System“).

Zusammenfassend lässt sich sagen: Es ist sehr empfehlenswert, die OP-Sicherheitscheckliste und die präoperative Checkliste als Instrumente für die Patientensicherheit konsequent in der praktischen Arbeit im Krankenhaus zu nutzen.

Patientensicherheitsziele können Krankenhäuser mit Hilfe von Kennzahlen festlegen und abprüfen lassen. D. h. der Umsetzungsgrad der Maßnahmen – z. B. der Einsatz von Checklisten – ist durch Kennzahlen verbindlich definiert und kann so in festgelegten Zeitintervallen geprüft und transparent gemacht werden. Die Ergebnisse der Auswertungen und daraus abzuleitende Konsequenzen sind gemeinsam mit den beteiligten Mitarbeitenden zu reflektieren. Bei der Nutzung von Instrumenten zur Erhöhung der Patientensicherheit ist es generell wichtig, den Mitarbeitenden zu vermitteln, dass dahinter immer die Philosophie der arbeitsbereichs- und berufsgruppenübergreifenden sowie hierarchiedurchdringenden Zusammenarbeit steht. Einzelne positive Praxisbeispiele für Situationen, in denen die Abfrage von Inhalten der OP-Sicherheitscheckliste die Schädigung eines Patienten verringert bzw. vermieden hat, sind zentral gesteuert an die Krankenhausmitarbeitenden

weiterzugeben, um ihnen den Nutzen des Vorgehens immer wieder vor Augen zu führen.

Der Erfolg der OP-Sicherheitscheckliste und der präoperativen Checkliste hat in vielen Krankenhäusern inzwischen Initiativen ausgelöst, auch für weitere Arbeitsbereiche, etwa die Endoskopie oder das Herzkatheter-Labor, spezifische Checklisten zu entwickeln und nutzbar zu machen.

LITERATUR

- [1] Treadwell JR, Lucas S, Tsou AY. Surgical checklists: a systematic review of impacts and implementation. *BMJ Qual Saf* 2013; 0:1-20
- [2] Borchard A, Schwappach DLB, Barbir A, Bezzola P. A Systematic Review of the Effectiveness, Compliance and Critical Factors for Implementation of Safety Checklists in Surgery. *Annals of Surgery* 2012; 256(6):925-33
- [3] „High 5s-SOP Vermeidung von Eingriffsverwechslungen“, Action on Patient Safety: High 5s = Internationales WHO-Projekt (High 5s, Aktionsbündnis Patientensicherheit, ÄZQ, gefördert durch das Bundesministerium für Gesundheit aufgrund eines Beschlusses des Deutschen Bundestages)

CHECKLISTE

RISIKOMANAGEMENT GRUNDSÄTZE DER PRÄVENTIONSMASSNAHME „OP-SICHERHEITSCHECKLISTE“

- Eine bedarfsgerecht entwickelte OP-Sicherheitscheckliste kommt zum Einsatz. Diese orientiert sich an anerkannten wissenschaftlich-medizinischen Empfehlungen.
- Bei Unstimmigkeiten/Unsicherheiten, die während des Sicherheitschecks via OP-Checkliste auffallen, wird immer das gesamte OP-Team verständigt und dann werden gemeinsam etwaige Änderungen/Recherchen veranlasst und dokumentiert. Falls erforderlich, wird der OP-Stopp ausgesprochen.
- Die anerkannten medizinischen Handlungsempfehlungen zur Vermeidung von Eingriffsverwechslungen in der Chirurgie sind bekannt und werden umgesetzt:
 1. Aufklärung und Identifikation des Patienten
 2. Markierung des Eingriffsortes
 3. Zuordnung des Patienten zum richtigen Saal
 4. Etablierung eines routinemäßigen Team-Time-Outs mit standardmäßigen Abfragepunkten unmittelbar vor Schnitt.
- Innerhalb des OP-Teams bestehen klare bzw. sichere Kommunikationsregeln, um Missverständnisse vor, während und nach der OP zu vermeiden. Elemente guter Kommunikation sind z. B.:
 1. Briefing/Team-Time-Out
 2. Aktives Nachfragen bei undeutlichen, missverständlichen Anweisungen
 3. Call-Recall-Methode (lautes Wiederholen von Anweisungen und Bestätigung bei Durchführung dieser)
 4. Reduzierung von „Seitengesprächen“
- Wird im OP-Saal eine Umlagerung des Patienten erforderlich, wird in diesem Augenblick der zu operierenden Seite nochmals besondere Aufmerksamkeit gewidmet und die Richtigkeit der OP-Seite im Rahmen des Team-Time-Outs von allen Beteiligten bestätigt.

Erste Hilfe  Notaufnahme

FEUERWEHR

Akademie aktuell: Notfallmanagement – Sicherheit im Berufsalltag durch Training



**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

Der Einstieg in den chirurgischen Berufsalltag ist nach wie vor eine der großen Herausforderungen für Newcomer. Sie haben es wirklich nicht leicht: Viel Fachwissen, aber wenig praktische Erfahrung im Umgang mit Patienten und deren komplexen Krankheitsbildern, eine immer höhere Schlagzahl an Aufnahmen und Entlassungen im Stationsalltag, zu allem Überfluss ein ausufernder Dokumentationszwang im nicht zu durchdringenden Dschungel des Gesundheitssystems, dazu die nicht gewohnte physische Belastung langer Arbeitstage und durchgemachter Nächte, das Ganze im Bewusstsein, auf der untersten Stufe der Hierarchie um seine Platz kämpfen zu müssen. Für Berufseinsteiger ist die Liste der zu überwindenden Hürden lang. Eine Mammutaufgabe, bei der chirurgische Newcomer immer noch zu wenig Unterstützung erfahren.

Fragt man den chirurgischen Einsteiger selbst, welches der vielen Themen ihm den größten Stress im Berufsalltag bereitet, dann stehen ganz oben auf der Liste immer wieder

die Notfälle. Mit einem vital bedrohten Patienten unvermittelt und wohlmöglich alleine konfrontiert zu werden, ohne über das notwendige Rüstzeug in klinischer Diagnostik und Therapie zu verfügen, ist der Albtraum für alle Beteiligten schlechthin.

Im Gegensatz zu anderen operativen Disziplinen wie der Gynäkologie und Urologie ist das Training auf der Intensivstation integraler Bestandteil der Weiterbildung im Common Trunk. Den Weiterbildungskommissionen und den Fachgesellschaften sei Dank, denn der Stellenwert dieser verpflichtenden sechs Monate ist nicht hoch genug einzuschätzen und oft prägend für ein ganzes Berufsleben. Hier wird nicht nur das technische Handwerkzeug für das Notfallmanagement erlernt, sondern – vielleicht noch wichtiger – der junge Chirurg wird geschult, einen kritisch kranken Patienten sicher zu identifizieren und die notwendigen Behandlungsmaßnahmen einzuleiten. Insofern gehört das Training in der Intensivmedizin und im Notfallmanagement für den Berufseinsteiger zwingend

Schröder W. Akademie aktuell:
„Notfallmanagement“ – Sicherheit im Berufsalltag
durch Training. Passion Chirurgie. 2017 Januar,
7(01): Artikel 04_02.



**PROGRAMM DER BDC|AKADEMIE
2017**



SEMINARE, WORKSHOPS UND
ZERTIFIKATE DER BDC|AKADEMIE
FINDEN SIE AUF BDC|ONLINE
(WWW.BDC.DE, RUBRIK
BDC|AKADEMIE).

zusammen, beide verfolgen das gleiche Aus-
bildungsziel: Sicherheit im Stationsalltag.

Auch für das Notfallmanagement gilt, was
in anderen Bereichen der Chirurgie selbstver-
ständlich geworden ist – die Verlagerung der
Lernkurven in den außerklinischen Bereich
der Trainingslabors. Das systematische Erlern-
en der „klassischen“ kardiopulmonalen
Reanimation entsprechend den leitlinienge-
rechten Algorithmen ist mittlerweile Stan-
dard. Darüber hinaus gibt es aber de facto
keinen chirurgischen oder medizinischen
Notfall auf Normal- oder Intensivstationen,
der nicht mittels digitaler Technologie am

Modell simuliert werden kann. Auch das gibt
Sicherheit für alle Situationen des Stations-
alltags.

Die BDC|Akademie hat in Ihrem Jahrespro-
gramm 2017 mit mehreren Seminaren zu die-
sem Thema einen Schwerpunkt gesetzt. Die
Workshops finden in modernsten Trainings-
zentren in Berlin, Tuttlingen und Potsdam
statt. Aber auch wenn der finanzielle und per-
sonelle Aufwand für die Veranstalter hoch ist,
sind sich alle Organisatoren einig, dass es ein
weiterer wichtiger Schritt ist, den Einstieg in
den so komplexen Berufsalltag der Chirurgie
leichter zu machen. ○

SEMINARE UND WORKSHOPS FÜR NOTFALLMANAGEMENT UND DAS CURRICULUM BASISCHIRURGIE



Termin Start	Termin Ende	Ort	Seminarnummer	Seminar	Seminarleiter	BDC-Mitglied	Nicht-Mitglied
24.02.17	25.02.17	Tübingen	21510	Workshop „Intensivmedizin“	Dr. med. Hans Fischer	€ 400.00	€ 600.00
24.03.17	25.03.17	Leipzig	21520	Seminar „Notfallmanagement im Bereitschaftsdienst“	Dr. med. Ehrhardt Weiß	€ 100.00	€ 200.00
28.04.17	28.04.17	Berlin	21525	Workshop „Simulationstraining Notfallmanagement“	Dr. med. Jan Baus	€ 450.00	€ 600.00
15.05.17	18.05.17	Tuttlingen	21663	Common Trunk	Prof. Dr. med. Michael Schäffer	€ 400.00	€ 600.00
18.05.17	19.05.17	Berlin	21509	Praktisches Seminar Orthopädie & Unfallchirurgie	Dr. med. Thomas Stoffels	€ 300.00	€ 500.00
15.06.17	17.06.17	Hamburg	21666	Common Trunk	Prof. Dr. med. Wolfgang Schwenk, Prof. Dr. med. H. Bernd Reith	€ 400.00	€ 600.00
16.06.17	17.06.17	Potsdam	21512	Workshop „Intensivmedizin & Reanimation“	Prof. Dr. med. habil. Frank Marusch	€ 500.00	€ 700.00
23.06.17	24.06.17	Tübingen	21511	Workshop „Intensivmedizin“	Dr. med. Hans Fischer	€ 400.00	€ 600.00
06.09.17	09.09.17	Braunschweig	21661	Common Trunk	Prof. Dr. med. Dr. h.c. Guido Schu- macher	€ 400.00	€ 600.00
22.09.17	22.09.17	Berlin	21526	Workshop „Simulationstraining Notfallmanagement“	Dr. med. Jan Baus	€ 450.00	€ 600.00
23.09.17	24.09.17	Leipzig	21521	Seminar „Notfallmanagement im Bereitschaftsdienst“	Dr. med. Ehrhardt Weiß	€ 100.00	€ 200.00
13.10.17	14.10.17	Potsdam	21513	Workshop „Intensivmedizin & Reanimation“	Prof. Dr. med. habil. Frank Marusch	€ 500.00	€ 700.00
09.11.17	11.11.17	Berlin	21503	Praktisches Seminar A, V & G	Dr. med. Jörg Sauer	€ 400.00	€ 600.00
27.11.17	01.12.17	Berlin	21664	Common Trunk	PD Dr. med. Stephan Gretschel, Dr. med. Christian Müller	€ 400.00	€ 600.00

Zur angemessenen Vergütung der angestellten Tätigkeit des niedergelassenen Chirurgen im Krankenhaus

Die Nebentätigkeit niedergelassener Chirurgen im Krankenhaus, die gleichzeitig über eine vertragsärztliche Zulassung verfügen, gehört inzwischen zum Alltag. Seit dem Inkrafttreten des sog. Anti-Korruptionsgesetzes im Juli 2016 mit dem §§ 229 a und 299 b StGB, die auch die Bestechlichkeit im Gesundheitswesen unter Strafe stellen, stellt sich für niedergelassene Ärzte im Allgemeinen und Chirurgen im Besonderen die Frage, welche Vergütung sie für ihre Tätigkeit im Krankenhaus verlangen können, ohne ein Strafbarkeitsrisiko einzugehen. Nach § 299 a StGB machen sich Ärzte u. a. dann strafbar, wenn sie im Zusammenhang mit der Ausübung ihres Berufs einen Vorteil für sich oder einen Dritten als Gegenleistung dafür fordern, sich versprechen lassen oder annehmen, dass sie einen anderen im inländischen Wettbewerb bei der Zuführung von Patienten in unlaute-

rer Weise bevorzugen. Vorteile im Sinne des § 299 a StGB können in vielfältiger Form gewährt werden (Zahlung einer überhöhten Vergütung für die ärztliche Leistung des niedergelassenen Chirurgen, „Freundschaftspreis“ für die Anmietung von Praxisräumen auf dem Krankenhausgelände, etc.).

Die Vergütung, die im Rahmen eines Kooperationsvertrages zwischen einem niedergelassenen Chirurgen und einem Krankenhaus gezahlt wird, ist somit nur ein Teilbereich des Gesamtrisikos, dass auf Ärzte und Krankenhäuser aufgrund des Anti-Korruptionsgesetzes zugekommen ist. Die Frage, welche Vergütung im Rahmen solcher Kooperationsverträge gezahlt werden kann, ist derzeit noch völlig offen. Die Meinungen auch unter Juristen gehen hier weit auseinander. So wird von einem Kreis von Anwälten, die alle Fachanwälte für Medizinrecht sind, im



**PAS DR. HAMMERL –
KOOPERATIONSPARTNER
DES BDC**

Sonderkonditionen für BDC-Mitglieder
in Klinik und Praxis
Informationsanforderung unter:
bdc@pas-hammerl.de

Rahmen einer sog. Würzburger Erklärung die Auffassung vertreten, dass im Rahmen eines Kooperationsvertrages auch eine Vergütung nach Maßgabe der Gebührenordnung für Ärzte vereinbart werden und man den Vergütungsrahmen der GOÄ (Einfach-3,5-fach) voll ausschöpfen könne. Einzelne Ärztekammern haben im Rahmen berufsrechtlicher Prüfungen bislang Verträge akzeptiert, wo die Vergütung des niedergelassenen Arztes aus der DRG-Fallpauschale erfolgt, und zwar in Höhe des für die tatsächlich erbrachte ärztliche Leistung kalkulierten Anteils. Zwischenzeitlich gibt es aber auch andere Ärztekammern im norddeutschen Raum, die die Meinung vertreten, dass eine solche Vergütung des Arztes aus der DRG-Fallpauschale gegen § 23 Abs. 2 der Musterberufsordnung (MBO) verstößt, der sich so in den Berufsordnungen aller Landesärztekammern findet. Danach darf der Arzt keine Vergütung vereinbaren, die ihn in der Unabhängigkeit seiner medizinischen Entscheidungen beeinträchtigt. Diese Ärztekammern sehen offensichtlich die Gefahr, dass sich Ärzte nach der Vereinbarung einer Vergütung aus der DRG-Fallpauschale bei der Einweisung von Patienten in das mit ihnen kooperierende Krankenhaus von anderen als medizinischen Erwägungen leiten lassen könnten.

Rechtssicherheit gibt es somit im Augenblick leider nicht, weshalb bei der Gestaltung der Vergütung in Kooperationsverträgen zwischen ambulant und stationär Vorsicht geboten ist. Ärzte und Krankenhäuser, die Rechtssicherheit wollen, sollten mindestens folgendes Bedenken:

- Bei allen Kooperationsverträgen sollte grundsätzlich nicht mehr als Vergütung vereinbart werden, als das, was der Krankenhausträger von dritter Seite (Kostenträger) für die ärztliche Leistung des niedergelassenen Chirurgen bekommt. Das Anti-Korruptionsgesetz kennt keine Bagatellgrenzen. Zahlt der Krankenhausträger dem niedergelassenen Chirurgen mehr, als er von Seiten der Kostenträger für seine ärztliche Leistung bekommt, muss dies erklärt werden können, wenn sich beispielsweise eine Staatsanwaltschaft aus welchen Gründen auch immer, für den Vertrag interessieren sollte.

- Wenn die Vergütung des niedergelassenen Arztes aus den von Seiten des Krankenhausträgers abgerechneten DRG-Fallpauschalen erfolgt, können nur die tatsächlich erbrachten ärztlichen Leistungen vergütet werden. In jeder abrechenbaren DRG-Fallpauschale entfällt ein Teil des Gesamtbetrages auf den ärztlichen Dienst, wobei meistens zwischen dem OP-Bereich, der Normalstation und der Anästhesiologie differenziert wird, teilweise aber auch andere ärztliche Bereiche ausgewiesen sind. Die Kalkulation, die durch das InEK erfolgt, basiert auf den Angaben der angeschlossenen Kalkulationskrankenhäuser zu ihren Personalkosten. Niedergelassene Chirurgen, die in ihrem Kooperationskrankenhaus als angestellte Ärzte auf Teilzeitbasis operativ tätig sind, können bei der Vereinbarung einer Vergütung auf den jeweils abrechenbaren DRG-Fallpauschalen zunächst den auf den OP-Bereich entfallenden Teilbetrag verlangen. Bei dem Betrag, der auf die Normalstation entfällt, kommt es darauf an, ob und inwieweit die niedergelassenen Chirurgen in die prä- und postoperative Betreuung des Patienten eingebunden sind, sodass dieser Betrag im Regelfall nicht in voller Höhe Teil der Vergütung des Arztes werden kann.
- Erfolgt die Vergütung des niedergelassenen Arztes nicht aus der DRG-Fallpauschale, sondern vereinbaren der Arzt und das Krankenhaus eine Abrechnung nach GOÄ, können ebenfalls nur die nach der GOÄ abrechenbaren und tatsächlich erbrachten ärztlichen Leistungen in Ansatz gebracht werden. Mit der Wahl dieser Vergütungsform und dem damit verbundenen Dokumentationsaufwand stellt sich die Frage, welcher Steigerungssatz berücksichtigt werden kann. Vereinbart man eine Vergütung nach dem GOÄ-Einfachsatz, dürfte der Betrag, den der Arzt bekommt, im Wesentlichen identisch mit der Summe sein, die bei einer Abrechnung nach der DRG-Fallpauschale von Seiten des Krankenhausträgers gezahlt werden müsste. Wird dagegen ein höherer Steigerungssatz (beispielsweise 2,3-fach) vereinbart,

Hammerl S. Zur angemessenen Vergütung der angestellten Tätigkeit des niedergelassenen Chirurgen im Krankenhaus. *Passion Chirurgie*. 2017 Januar; 7(1): Artikel 04_04.



WEITERE ARTIKEL ZUM THEMA
FINDEN SIE AUF BDC|ONLINE
(WWW.BDC.DE, RUBRIK VERGÜTUNG
| DRG/GOÄ).

dürfte die Vergütung des Arztes deutlich höher sein als der Betrag, den der Krankenhausträger von Seiten der Kostenträger für die ärztliche Leistung bekommt. Hier stellt sich dann wieder die Frage, wie dies Dritten im Konfliktfall erklärt

werden soll, weshalb zu dieser Form der Vergütung nicht unbedingt geraten werden kann. Vor Abschluss eines Kooperationsvertrages sollten alle Beteiligten in Erwägung ziehen, die jeweils zuständige Landesärztekammer um Prüfung

zu bitten (§ 24 MBO). Eine positive Stellungnahme der zuständigen Landesärztekammer führt zu einer massiven Verringerung des Strafbarkeitsrisikos für alle Beteiligten. ○



Die Berufs-Haftpflichtversicherung – ein schwieriger Patient

WELCHE THERAPIE HILFT CHIRURGEN UND ORTHOPÄDEN BEI STEIGENDEN BEITRÄGEN?

Ein schwer zu therapierender Patient macht Chirurgen und Orthopäden seit Jahren zu schaffen: Der Patient heißt *Berufs-Haftpflichtversicherung* und krankt an stetig steigenden Beiträgen. Die Gründe sind hauptsächlich in immer höheren Schadenkosten zu suchen. Besonders stark ins Gewicht fallen langfristig wirkende Schadenfolgen, etwa Erwerbsschäden, Pflegekosten oder Schmerzensgeldzahlungen, da diese der inflationären Entwicklung unterliegen. Mit einer einfachen Standardtherapie lässt sich den Problemen des Patienten *Berufs-Haftpflichtversicherung* sicherlich nicht beikommen. Gefragt ist vielmehr eine mehrdimensionale Lösung.

Der BDC-Versicherungsservice bietet Chirurgen und Orthopäden daher ein Versicherungsprodukt an, das gleich drei wesentliche Sicherheitskomponenten vereint: Absicherungs-, Schaden- und Risikomanagement. Ein perfekter Dreiklang für optimale Sicherheit.

1. ABSICHERUNGSMANAGEMENT

Der BDC-Versicherungsservice unterstützt Chirurgen und Orthopäden, indem er

zunächst die persönliche Risikosituation jedes/jeder Einzelnen ermittelt und darauf basierend ein adäquates Absicherungskonzept erstellt. Bei Bedarf stehen festangestellte Außendienstmitarbeitende für eine Beratung vor Ort zur Verfügung.

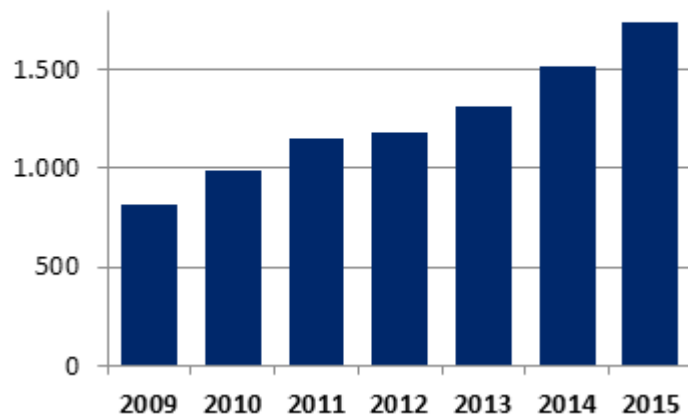
BDC-Mitglieder, die das Angebot nutzen, profitieren von marktführenden Versicherungskonzepten mit speziellen Leistungserweiterungen. Über den BDC-Rahmenvertrag, der stetig weiterentwickelt wird, können Chirurgen und Orthopäden umfassenden Versicherungsschutz zu attraktiven Preisen abschließen. Die BDC-Konditionen sind, anders als vergleichbare Rahmenvertragslösungen, absolut wettbewerbsfähig. Als im Rahmen einer Markterhebung die verschiedenen Vertragskonditionen von Ärzten (Stichprobe) miteinander verglichen wurden, schnitt das Preis-Leistungs-Verhältnis des BDC-Rahmenvertrags zur Berufs-Haftpflichtversicherung mit großem Abstand am besten ab.

Heute nutzen bereits über 1.500 Ärzte aus den Bereichen Chirurgie und Orthopädie den BDC-Rahmenvertrag – und es werden Jahr für Jahr mehr (**vgl. Abb.**). Gut so, denn der Zuwachs stärkt die Position gegenüber Versicherern für die gesamte Fachrichtung. So kann der Haftpflicht-Rahmenvertrag weiterentwickelt und die Absicherung immer

**MARCEL NUNNE**

Leiter Geschäftsfeld Ambulantes
Gesundheitswesen
Ecclesia Versicherungsdienst GmbH
BDC-Versicherungsservice
Telefon 0800 603 603 0
bdc-versicherungsservice@ecclesia.de

Vertragsanzahl des BDC-Haftpflicht-Rahmenvertrags



umfassender gestaltet werden. BDC-Mitglieder profitieren von den Verbesserungen. So wird beispielsweise in Kürze die Regelversicherungssumme für Personen- und Sachschäden von bisher 6 Mio. auf 7,5 Mio. € angehoben, natürlich kostenfrei.

2. SCHADENMANAGEMENT

Im Falle eines Falles steht die Schadenabteilung des BDC-Versicherungsservice mit 120 Mitarbeitenden für BDC-Mitglieder bereit und kümmert sich umgehend und gründlich um die Klärung des Sachverhaltes. Dabei helfen die Experten sowohl beim Zusammentragen der erforderlichen Informationen als auch beim Ausformulieren sachdienlicher Stellungnahmen.

Des Weiteren von Vorteil für BDC-Mitglieder ist die „Pufferfunktion“ des BDC-Versicherungsservice als Versicherungsmakler. So lassen sich vertragsbelastende Konstellationen wie Obliegenheitsverletzungen oder frühzeitige Reservestellungen umgehen. Im Versicherungsfall (Schaden) sind Versicherungsnehmer nämlich oft in einer Zwickmühle: Verstoßen sie gegen die Meldepflicht (jeder Schaden ist dem Versicherer umgehend anzuzeigen), kann das ihren Versicherungsschutz kosten. Melden Sie den Schaden, bucht der Versicherer automatisch eine Reserve ein, die sich mitunter erheblich auf den Versicherungsvertrag auswirkt.

Um dem Dilemma zu begegnen, hat der BDC-Versicherungsservice mit der Versicherungswirtschaft eine mitgliederfreundliche Klausel vereinbart, die besagt, dass Versicherungsnehmer, die einen Schadenfall

unverzüglich dem BDC-Versicherungsservice anzeigen, auch ihrer Meldepflicht dem Versicherer gegenüber Genüge tun.

Die Experten des BDC-Versicherungsservice sichten die eingehenden Meldungen und bewerten jede einzelne hinsichtlich der Notwendigkeit, ob bzw. wann sie dem Versicherer zu melden ist. BDC-Mitglieder müssen sich also keine Gedanken über Obliegenheitsverletzungen oder belastende Reservestellungen machen.

3. RISIKOMANAGEMENT

Das dritte Standbein der ganzheitlichen Dienstleistung ist das Risikomanagement. Der BDC-Versicherungsservice gibt Chirurgen und Orthopäden im Rahmen von Sicherheits- und Risikoaudits einen Maßnahmenkatalog zur Steigerung der Patientensicherheit in Klinik und Praxis an die Hand.

Im Krisenfall stehen BDC-Mitgliedern kompetente Ansprechpartner aus den Bereichen Schadenmanagement und Öffentlichkeitsarbeit zur Verfügung, die beraten und unterstützen, damit der Betrieb schnell wieder Fahrt aufnehmen kann und auch drohende Reputationsschäden möglichst gering gehalten werden.

Gerne stellt ein Ansprechpartner vor Ort Ihnen die Dienstleistungen detailliert und persönlich vor. Rufen Sie uns einfach an und vereinbaren Sie einen Termin unter 0800 – 603 603 0.

Übrigens: Auch Orthopäden und Unfallchirurgen können Mitglieder des BDC werden und so von den exklusiven und günstigen Konditionen zur Berufs-Haftpflichtversicherung profitieren! ○

Nunne M. Die Berufs-Haftpflichtversicherung – ein schwieriger Patient. *Passion Chirurgie*. 2017 Januar, 7(01): Artikel 04_05.



**ALLE VERSICHERUNGSANGEBOTE
FÜR BDC-MITGLIEDER AUF EINEN
BLICK**



WEITERE ARTIKEL ZUM THEMA
FINDEN SIE AUF BDC|ONLINE
(WWW.BDC.DE, RUBRIK WISSEN
| RECHT & VERSICHERUNG |
VERSICHERUNGSSCHUTZ).

**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



HYGIENE-TIPP: KRANKENHAUSHYGIENIKER – NEUE KAPAZITÄTSVORGABEN DER KRINKO

Im September 2016 erschien im Bundesgesundheitsblatt (2016, 59, 1183-1188) die neue KRINKO-Empfehlung **„Zum Kapazitätsumfang für die Betreuung von Krankenhäusern und anderen medizinischen Einrichtungen durch Krankenhaushygieniker/innen“**.

Mit dieser Empfehlung wird die 400-Betten-Grenze der 2009er Empfehlung aufgehoben, wonach ab 400 Betten ein hauptamtlicher Krankenhaushygieniker erforderlich sei. Stattdessen muss nun jedes Krankenhaus eine Bedarfsermittlung entsprechend den neuen Empfehlungen durchführen.

Beispielhaft wird eine Berechnung für ein 331-Betten-Haus durchgeführt, für das sich ein Bedarf von 0,28 Krankenhaushygieniker errechnet. Dieser Bedarf ist zu decken: Dies kann einerseits geschehen dadurch, dass ein Mitarbeiter curricular fortgebildet wird und

dann z. B. mit einer Drittel-Stelle (natürlich auch mehr) im Bereich der Krankenhaushygiene tätig ist. Dies kann aber auch durch die externe Betreuung einer entsprechend qualifizierten Person geschehen, die natürlich in dem errechneten Umfang tätig sein muss.

Nach der Empfehlung muss bei Kliniken der Maximalversorgung und Universitätskliniken die krankenhaushygienische Versorgung einschließlich des Stellvertreters durch einen Facharzt für Hygiene und Umweltmedizin bzw. für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie sichergestellt sein.

Nach der Empfehlung können curricular fortgebildeten Krankenhaushygieniker keine krankenhaushygienischen Labore leiten, keine Weiterbildung von Ärzten zum Facharzt durchführen sowie keine Ärzte

**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

in curricularer Fortbildung als Mentoren betreuen. Ferner führt die KRINKO aus, dass nur Fachärzte eine Supervision und Beratung curricular fortgebildeter Ärzte hinsichtlich besonderer Fragestellungen durchführen können. Konkret genannt wird hier z. B. technische Hygiene, spezielle Fragen der Wasser-, Luft-, Lebensmittel- und Bauhygiene, komplexe Bauvorhaben, Ausbruchsmanagement

mit komplexen Probenahme-, Interventions- oder Typisierungsanforderungen.

Im Endeffekt heißt dies, dass curricular fortgebildete Krankenhaushygieniker die vertraglich abgesicherte Möglichkeit haben müssen, auf einen Facharzt für Hygiene zurückzugreifen.

Der Kurztipp gibt die Meinung der Verfasser wieder.



Popp W. / Zastrow K.-D. Hygiene-Tipp:
Krankenhaushygieniker – neue Kapazitätsgaben
der KRINKO. *Passion Chirurgie*. 2017 Januar;
7(01): Artikel 04_06.



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

Rezension: App vom Arzt – Bessere Gesundheit durch digitale Medizin



REZENSION: APP VOM ARZT – BESSERE GESUNDHEIT DURCH DIGITALE MEDIZIN

Verlag Herder
1. Auflage 2016
virtuell (Internetdatei)
144 Seiten
ISBN: 978-3-451-80749-7
Geb. Ausgabe € 16,99 / eBook € 12,99

REZENSENT: PROF. DR. H. FEUSSNER

Klinikum rechts der Isar
Klinik und Poliklinik für Chirurgie
Technische Universität München
Ismaninger Straße 22
81675 München

Feußner H. Rezension: App vom Arzt – Bessere Gesundheit durch digitale Medizin. Passion Chirurgie. 2017 Januar; 7(01): Artikel 04_10.



WEITERE REZENSIONEN FINDEN SIE AUF BDC|ONLINE (WWW.BDC.DE, RUBRIK WISSEN | AUS-, WEITER- UND FORTBILDUNG).

Das Thema E-Health ist inzwischen auch in der Öffentlichkeit angekommen und wird in den Medien zunehmend diskutiert. Wie in der Welt vom 17. Oktober 2016 anhand einer Statistik gezeigt wurde, steht jedoch die Mehrheit der Bevölkerung der Entwicklung eher skeptisch gegenüber.

Kürzlich erschien im Deutschen Ärzteblatt ein Kommentar aus dem Wissenschaftlichen Institut der Techniker Krankenkasse zum Thema der Gesundheits- und Fitness-Apps, der in der Forderung gipfelte: „Gerade den Global Playern darf man das Feld der digitalen Gesundheit nicht überlassen. Eine Datenethik ist unabdingbar.“

Das Büchlein von Jens Spahn, Markus Müschenich und Jörg F. Debatin ist genau dieser Problematik gewidmet. Zunächst wird auf die ubiquitäre und quasi selbstverständliche Verwendung von Datendiensten im normalen „Consumer“-Umfeld hingewiesen, die häufig durch eine beeindruckende Sorglosigkeit der Individuen im Umgang mit ihren persönlichen Daten gekennzeichnet ist.

Anschließend wird am Beispiel der Gesundheitskarte erklärt, wie auch der Gesundheitsbereich im weitesten Sinne in der digitalen Welt ankommen soll. Das Großprojekt „Digitale Gesundheitsakte“ war einmal ein wegweisendes kühnes Konzept, dessen endgültige Realisierung nach eineinhalb Jahrzehnten immer noch nicht abgeschlossen ist – ein Projekt, das vielleicht etwas weniger teuer als der Berliner Flughafen ist, aber dafür umso länger dauert.

Dass es in Deutschland bisher nicht gelungen ist, die Möglichkeiten von E-Health zu nutzen, ist nicht ausschließlich, aber doch ganz wesentlich auf die diffuse Angst vor dem „gläsernen Patienten“ zurückzuführen. Das Buch hat es sich zum Ziel gemacht, aufzuzeigen, dass damit auch große Chancen für den Patienten vertan werden. Die Autoren bringen es auf die ebenso einfache wie griffige Formel: „Datenschutz ist nur etwas für Gesunde“. Im Folgenden werden dann die historische Entwicklung der digitalen Medizin und beispielhafte heute schon verfügbare erfolgreiche Anwendungen dargestellt. Einen breiten Raum nimmt nun die kenntnisreiche und plausible Skizzierung der künftigen Chancen und Möglichkeiten der digitalen Medizin ein. Nicht jeder wird die ausgesprochen positive Beurteilung der digitalen Medizin durch die Autoren uneingeschränkt teilen, aber das Büchlein ist zweifellos eine wichtige Orientierungshilfe für den medizinischen Laien, der unser Gesundheitssystem in der Regel nur als Patient kennenlernt.

Die pointierte Stellungnahme für die Medizin 4.0 hat einen besonderen Wert in einem gesellschaftlichen Diskurs, der heute eher von einem lautstarken technoskeptischen bis technophoben Mainstream bestimmt wird. Das Buch ist uneingeschränkt lesenswert, denn es hilft dem Leser, auch die großen Chancen der medizinischen Digitalisierung zu sehen.



FRAGE & ANTWORT



OPERATION DURCH OBERARZT STATT VOM CHEFARZT

FRAGE

Ein Chefarzt fragt an, mit welchen rechtlichen Konsequenzen er zu rechnen habe, wenn trotz bestehender Wahlleistungsvereinbarung, in der Chefarztbehandlung vereinbart wurde, dass nicht er, sondern sein stellvertretender Oberarzt eine Operation vornehme.

ANTWORT

Ein solches Vorgehen hat schwerwiegende Folgen. Im Falle einer Wahlleistungsvereinbarung mit Chefarztbehandlung willigt der Patient auch nur in die Behandlung durch den Chefarzt ein. In der Regel verspricht der Patient sich hiervon eine bessere und qualitativ hochwertigere Behandlung als durch nachgeordnete Ärzte. Im Umkehrschluss bedeutet das, dass er in eine Behandlung durch andere Ärzte als den benannten Chefarzt nicht einwilligt. Operiert nun aber der stellvertretende Oberarzt statt des in der Wahlleistungsvereinbarung benannten Chefarztes hat dies zur Folge, dass der operierende Oberarzt die Operation ohne Einwilligung des Patienten vornimmt, was wiederum zur Rechtswidrigkeit des Eingriffes führt. Kommt es anschließend zu gesundheitlichen Beeinträchtigungen, steht dem Patienten ein Schadensersatzanspruch zu, selbst wenn nachgewiesen werden kann, dass diese

gesundheitlichen Beeinträchtigungen auch eingetreten wären, wenn der Chefarzt selbst die Operation vorgenommen hätte und dem operierenden Oberarzt kein Behandlungsfehler unterlaufen ist.

Der Bundesgerichtshof hat in einem ähnlich gelagerten Fall jüngst entschieden, dass der Einwand rechtmäßigen Alternativverhaltens, der darauf abzielt, der Patient sei mit der Vornahme des Eingriffs durch einen anderen Operateur einverstanden gewesen, nicht erheblich sei, da dies dem Schutzzweck des Einwilligungserfordernisses bei ärztlichen Eingriffen widerspreche (vgl. BGH, Urteil vom 19.07.2016, Az.: VI ZR 75/15). Das Gericht führt hierzu aus, dass die Rechtsprechung seit jeher das Erfordernis der Einwilligung des Patienten in die Heilbehandlung zur Rechtfertigung des Eingriffs in die körperliche Integrität aus dem Recht auf körperliche Unversehrtheit nach Art. 2 Abs. 2 GG und seinem Selbstbestimmungsrecht als Ausfluss des Rechts auf Menschenwürde nach Art. 1 GG herleite und damit die Entscheidungsfreiheit des Patienten über seine körperliche Integrität geschützt werde, über die sich der Arzt nicht selbstherrlich hinwegsetzen dürfe. Erklärt der Patient also in Ausübung seines Selbstbestimmungsrechtes, dass er sich nur von einem bestimmten Arzt operieren lassen wolle, darf ein anderer Arzt den Eingriff nicht vornehmen.

Es kann daher nur dringend angeraten werden, dass der Patient rechtzeitig darüber aufgeklärt wird, wenn der Eingriff durch einen bestimmten Arzt (z. B. den Chefarzt) vereinbart oder konkret zugesagt wurde, dann aber ein anderer Arzt an die Stelle des vereinbarten Arztes treten soll. ○

Heberer J. Operation durch Oberarzt statt vom Chefarzt. *Passion Chirurgie*. 2017 Januar; 7(01): Artikel 04_08.



„CHEFARZTBEHANDLUNG:
EINHALTUNG DER VEREINBARUNG“,
ARTIKEL IN PASSION CHIRURGIE
10/2016



WEITERE FRAGEN & ANTWORTEN
FINDEN SIE AUF BDC|ONLINE
(WWW.BDC.DE, RUBRIK WISSEN |
RECHT & VERSICHERUNG | FRAGEN
UND ANTWORTEN).

FRAGE & ANTWORT



PROBLEME MIT DEM ANTIKORRUPTIONSGESETZ, WENN KRANKENHAUS- TRÄGER KOSTEN FÜR BELEGARZT ÜBERNIMMT?



Antworten von
DR. JUR. JÖRG HEBERER
Justitiar BDC Rechtsanwalt und
Fachanwalt für Medizinrecht
justitiar@bdc.de

Heberer J. Probleme mit dem
Antikorruptionsgesetz, wenn Krankenhaus-
träger Kosten für Belegarzt übernimmt? *Passion*
Chirurgie. 2017 Januar; 7(01): Artikel 04_07.



WEITERE FRAGEN & ANTWORTEN
FINDEN SIE AUF BDC|ONLINE
(WWW.BDC.DE, RUBRIK WISSEN |
RECHT & VERSICHERUNG).

FRAGE

Ist es unter Berücksichtigung des Antikorruptionsgesetzes problematisch, wenn seitens des Krankenhausträgers Kosten für den belegärztlichen Bereitschaftsdienst übernommen werden?

ANTWORT

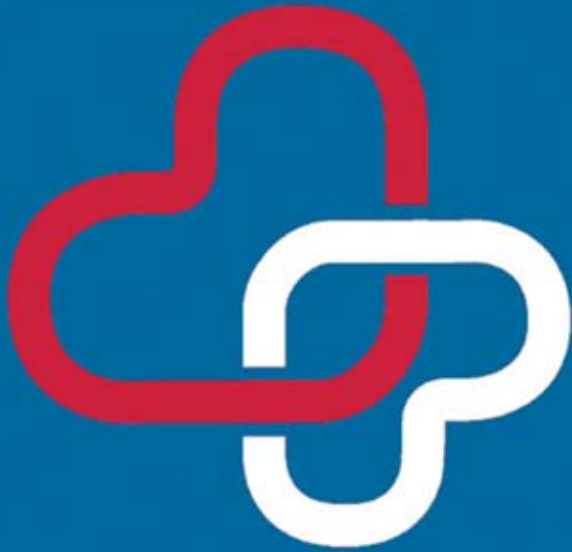
Nach der Legaldefinition des § 121 Abs. 2 SGB V sind Belegärzte nicht am Krankenhaus angestellte Vertragsärzte, die zwar vom Krankenhaus bereit gestellte Dienste, Einrichtungen und Mittel für ihre Patienten in Anspruch nehmen, aber vom Krankenhaus gerade keine Vergütung erhalten.

Des Weiteren regelt § 39 Abs. 6 Bundesmantelvertrag-Ärzte die Verpflichtung der Belegärzte, einen Bereitschaftsdienst für die Belegpatienten vorzuhalten und dass die Krankenkassen dem Belegarzt etwaige durch diesen Bereitschaftsdienst entstandenen Aufwendungen erstatten. Bei selbst wahrgenommenen Bereitschaftsdiensten entfällt eine solche Erstattung.

Die gesetzlichen und vertraglichen Regelungen sehen also nicht vor, dass seitens des Krankenhausträgers Kosten für den Bereitschaftsdienst übernommen werden. Werden solche Kosten dennoch übernommen, so ist es jedenfalls nicht ausgeschlossen, dass hierin letztendlich eine Zuweiserpauschale gesehen werden könnte, denn die vorgenannte gesetzliche Regelung sieht gerade zur Vermeidung derartiger Vorgänge vor, dass vom Krankenhaus kein Geld an den Belegarzt fließt.

Um in diesem Bereich derzeit eine größere Rechtsicherheit zu erhalten, wäre es möglich, die entsprechende Handhabung der zuständigen Ärztekammer zur Beurteilung vorzulegen. Sofern dort keine berufs- bzw. auch korruptionsrechtliche Bedenken geäußert werden, dürfte dies bei etwaigen nachfolgenden staatsanwaltschaftlichen Ermittlungen sehr gute Argumente liefern. ○

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



WIE EIN TRITT IN DEN Hintern ZUR VERJÄHRUNG FÜHRTE

KURIOSES VOM SAARLÄNDISCHEN OBERLANDESGERICHT

Es kommt wohl nicht häufig vor, dass der Satz „Dem gehört in den Arsch getreten“ Relevanz für die Entscheidung eines deutschen Gerichts hat. Eben diese Aussage wurde jedoch in einem Urteil des Saarländischen Oberlandesgerichts (OLG) ausschlaggebend für die Frage der Verjährungsfrist (Urteil vom 18.05.2016 – 1 U 121/15).

Für Ärzte ist das Thema Verjährung vor allem im Zusammenhang mit Behandlungsfehlervorwürfen relevant. Für die Anmeldung von Schadensersatz- und Schmerzensgeldforderungen gegen einen Arzt hat der Patient grundsätzlich drei Jahre Zeit. Diese Drei-Jahresfrist läuft aber erst dann, wenn der Patient „Kenntnis“ von den anspruchsbegründenden Umständen hat (oder grob fahrlässig nicht hat). In dem jetzt veröffentlichten Urteil geht das Saarländische OLG darauf ein, was das für Arzthaftungsverfahren bedeutet und ab

welchem Zeitpunkt von der „Kenntnis“ eines Patienten auszugehen ist.

DER FALL

In dem zur Entscheidung anstehenden Fall begab sich die Klägerin Ende 2009 in die Behandlung des später beklagten Augenarztes. Nach der Überweisung an eine Augenklinik wurde die Diagnose Hämangiom gestellt und regelmäßige Kontrollen im Hinblick auf eine mögliche Größenzunahme empfohlen. Bei einer Kontrolluntersuchung in der Praxis des Beklagten legte die Patientin im **Mai 2010** einen aktuellen MRT-Befund vor, der eine 9 x 4 mm große hypointense Formation der linken lateralen Retina beschreibt. Zu diesem Zeitpunkt leitete der Arzt jedoch noch keine weiteren Schritte oder Untersuchungen ein. Erst bei einer weiteren Kontrolluntersuchung im November 2010 äußerte er den Verdacht auf das Vorliegen eines Aderhauttumors. Daraufhin wurde die Klägerin an eine



RA DR. ALBRECHT WIENKE
 Fachanwalt für Medizinrecht
 Wienke & Becker – Köln®
 Rechtsanwälte
 Sachsenring 6, 50677 Köln
 awienke@kanzlei-wbk.de

Augenklinik überwiesen, wo Ende **November 2010** eine Bestrahlung des Tumors mittels der sogenannten Brachy-Therapie mit Ruthenium erfolgte. Ungeachtet dieser Behandlung ist die Patientin heute auf dem linken Auge erblindet.

Nach Einholung eines augenärztlichen Gutachtens erhob die Patientin im **April 2015** Klage gegen den erstbehandelnden Augenarzt und forderte 50.000 Euro Schmerzensgeld. Sie warf ihm vor, die deutliche Vergrößerung des Tumors nicht rechtzeitig festgestellt und damit die Überweisung an die Augenklinik verzögert zu haben. Bei einer rechtzeitigen Überweisung in die Augenklinik hätte es bessere Behandlungsmöglichkeiten gegeben. Der beklagte Arzt berief sich auf die Verjährung der mit der Klage verfolgten Ansprüche.

DIE ENTSCHEIDUNG

Das Saarländische OLG gab dem Arzt Recht und wies die Klage ab. Den Vortrag der Klägerin, entscheidende „Kenntnis“ habe sie erst 2012 mit Vorlage des augenärztlichen Gutachtens gehabt, wiesen die Richter zurück. Vielmehr sei auf den Zeitpunkt der Behandlung in der Klinik im **November 2010** abzustellen. Der dort nachbehandelnde Arzt habe sich zu der vorangegangenen Behandlung durch den Beklagten mit den Worten „Dem gehört in den Arsch getreten“ geäußert. Nach Auffassung des Gerichts habe diese – wenn auch sehr saloppe – Äußerung der Klägerin in einer „auch für den Laien hinreichend verständlichen Art und Weise“ deutlich machen müssen, dass der beklagte Augenarzt bei seiner Behandlung vom ärztlichen Standard abgewichen sei.

Um von der „Kenntnis“ des Patienten ausgehen zu können, genüge es grundsätzlich nicht, wenn dieser lediglich Kenntnis vom Misserfolg der Behandlung habe. Vielmehr müsse ein ärztliches Fehlverhalten bekannt sein. Das OLG betonte, dass es im vorliegenden Fall aber nicht erforderlich gewesen sei,

dass die Klägerin von bestimmten Untersuchungsmöglichkeiten, die zu einem frühen Zeitpunkt bestanden hätten, gewusst habe. Genauso wenig sei eine Gewissheit über etwaige Behandlungsfehler entscheidend gewesen.

Die Klägerin selbst hatte bei der Untersuchung in der nachbehandelnden Klinik angemerkt, der Beklagte habe „dieses Ding ja ein Jahr lang wachsen lassen“. Die Reaktion des nachbehandelnden Arztes („Dem gehört in den Arsch getreten“) konnte die Klägerin nach Auffassung des Gerichts nur so verstehen, dass der Augenarzt eine frühzeitigere weitere Diagnostik und Behandlung pflichtwidrig versäumt habe und dies die Ursache für den späteren Gesundheitsschaden gewesen sei. Damit habe die Patientin bereits **Ende 2010** die anspruchsbegründenden Umstände gekannt, sodass jegliche Ansprüche bereits Ende 2013 verjährt seien. Die im **April 2015** anhängig gemachte Klage sei damit erst nach Verjährungseintritt erhoben worden und daher von vornherein unzulässig gewesen.

FAZIT

Bei Schadensersatzforderungen, insbesondere aus länger zurückliegenden Behandlungsfällen, sollten Ärzte vorsorglich immer eine mögliche Verjährung der geltend gemachten Ansprüche bedenken und prüfen (Drei-Jahresfrist). Dabei ist zu bedenken, dass die für den Beginn der Verjährungsfrist maßgebliche Kenntnis nicht mit einer Gewissheit über das Bestehen etwaiger Behandlungsfehler und damit den Ausgang eines möglichen Gerichtsverfahrens gleichgesetzt werden kann.

Die Verjährung der Ansprüche beginnt nicht zwangsläufig erst mit der Vorlage eines entsprechenden ärztlichen Gutachtens. Das Urteil des Saarländischen OLG macht deutlich, dass es bereits genügt, wenn der nachbehandelnde Arzt dem Patienten zu verstehen gibt, dass die bisherige Behandlung nicht dem ärztlichen Standard entsprochen hat. ○

Wienke A. Wie ein Tritt in den Hintern zur Verjährung führte. *Passion Chirurgie*. 2017 Januar, 7(01): Artikel 04_09.



WEITERE ARTIKEL ZUM THEMA
 HAFTUNG FINDEN SIE AUF
 BDC|ONLINE (WWW.BDC.DE, RUBRIK
 WISSEN | VERSICHERUNG & RECHT |
 HAFTUNG).



© Istock / ElenaN...

AMBULANTE KINDERCHIRURGIE – AKTUELLER STAND

Die ambulante Durchführung ausgewählter Operationen gehört mittlerweile zum Standard jeder kinderchirurgischen Einrichtung, gleich ob Klinik oder Praxis. Gerade die Kinderchirurgie, mit einer hohen Zahl an Operationen mit kurzer OP-Dauer, praktisch keinem Blutverlust und einer geringen Komplikationsrate bietet ideale Voraussetzungen für die ambulante Durchführung dieser Eingriffe. Während die ambulante Kinderchirurgie bis in die späten 1980er Jahre mit „tagesstationärer“ Chirurgie am Krankenhaus gleichzusetzen war, wird sie heute neben den kinderchirurgischen Kliniken/Abteilungen auch in der breiten Fläche von niedergelassenen KinderchirurgInnen bundesweit angeboten.

Die Entwicklung begann Ende der 1970er Jahre, als u. a. am Dr. von Haunerschen Kinderspital der Universität München (damaliger Direktor Prof. Dr. W. Ch. Hecker) begonnen wurde, tagesstationäre Eingriffe durchzuführen. Diese Entwicklung wurde von einigen Direktoren kinderchirurgischer Kliniken mit Argwohn betrachtet und als Gefahr für die Zukunft der Kliniken verschrien. Doch der Trend konnte nicht aufgehalten werden, denn vieles sprach sowohl aus Sicht der Kinder als auch deren Eltern dafür. Es hat dann aber noch einige Jahre gedauert, bis sich die ersten „Mutigen“ – meist aus Oberarztpositionen heraus – in die Selbstständigkeit gewagt haben und die ersten Praxen für Kinderchirurgie gründeten, nicht immer zur Freude und

**DR. MED. ANDREAS SCHMIDT**

BDC-Referatsleiter Kinderchirurgie
Chirurgische Gemeinschaftspraxis
Dres. Herzog, Schmidt, Zeraï
Joseph-Mayer-Str. 1
86154 Augsburg
dr.andreas.schmidt@t-online.de

mit Zustimmung ihrer jeweiligen Chefs. Nach Ballungsräumen wie Berlin, Hamburg und München folgten rasch weitere Praxisgründungen – nach der Wende verstärkt auch in den östlichen Bundesländern – sodass heute in 15 Bundesländern 87 niedergelassene und sechs angestellte KinderchirurgInnen an der ambulanten – teilweise auch an der stationären – Versorgung von Kindern und Jugendlichen beteiligt sind (Die Zahlen beziehen sich nur auf die Mitglieder des BNKD).

Die Entwicklung der vergangenen 20 Jahre hat – durchaus gesundheitspolitisch gewollt – zu einer erheblichen Verlagerung von Operationen aus dem stationären in den ambulanten Bereich geführt. Angesichts dieser Entwicklung erscheint es umso wichtiger, Qualitätsstandards zu definieren, um das ambulante Operieren im Kindesalter so sicher wie möglich zu gestalten.

Das ambulante Operieren – im Krankenhaus wie in der niedergelassenen Praxis – wird im **§115b Abs.1 des SGB V – dem sogenannten AOP-Vertrag** – geregelt. Den Vertrag haben der GKV-Spitzenverband, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Kassenärztliche Bundesvereinigung geschlossen und er soll dazu dienen, einheitliche Rahmenbedingungen zur Durchführung ambulanter Operationen und sonstiger stationärsersetzender Eingriffe im niedergelassenen Bereich und im Krankenhaus zu schaffen und die Zusammenarbeit zwischen niedergelassenen Vertragsärzten und Krankenhäusern zu fördern. Dies umfasst auch die nach dem Vertragsarztrechtsänderungsgesetz und dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz zulässigen neuen Kooperationsmöglichkeiten. Ganz wesentlich ist die Regelung der Qualitätssicherung, wonach Leistungen des Katalogs nach § 115 b SGB V, für die Qualitätssicherungsmaßnahmen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung nach § 135 SGB V existieren, auch unter den gleichen Maßgaben im stationären Bereich zu erbringen sind. Umgekehrt gilt auch, dass für Operationen in der niedergelassenen Praxis die gleichen Qualitätskriterien gelten müssen, wie bei der Erbringung der gleichen Leistung im Krankenhaus. Es darf keine Qualitätsunterschiede je nach Erbringungsort einer Leistung geben. Deswegen ist es wichtig, klare Eingangs- und

Ausschlusskriterien zu definieren, deren strikte Einhaltung Grundvoraussetzung ist. Die Kriterien lassen sich in allgemeine und patientenbezogene Kriterien unterteilen.

Die allgemeinen Kriterien umfassen die fachliche, personelle, räumliche, technische und hygienische Ausstattung der operierenden Einrichtung, aber auch den Faktor „Eltern“ und „Kinderarzt/Hausarzt“. Die patientenbezogenen Kriterien beinhalten u. a. die Indikation zur Operation, die Patientenselektion aber auch die sogenannten „K.O.-Kriterien“, die eine ambulante Durchführung einer Operation aus medizinisch-fachlicher Sicht verbieten. All die genannten Faktoren greifen ineinander über und müssen daher stets gemeinsam betrachtet werden.

Gesetzlich klar definiert sind die personellen (Facharztstandard, qualifiziertes Pflegepersonal) und räumlich-technischen Voraussetzungen. Diese müssen von allen Einrichtungen, die ambulante Operationen durchführen, eingehalten werden. Weniger klar definiert sind die patientenbezogenen Eingangskriterien. Die meisten von Ihnen sind Empfehlungen, die auf Erfahrungswerten beruhen, nur die wenigsten sind wissenschaftlich belegt oder gar evidenzbasiert. Viele der Empfehlungen leiten sich aus der persönlichen Erfahrung der jeweiligen ambulanten Operateure/Anästhesisten ab und hängen zudem auch von den strukturellen Besonderheiten der operierenden Einrichtung ab. Besonders wichtig sind die sozialen Aspekte und die Umgebung, in die das ambulant operierte Kind entlassen wird. Sprachverständnis, Kenntnis über die erfolgte Operation sowie mögliche Frühzeichen einer sich anbahnenden Komplikation, Kompetenz der Eltern in der Versorgung ihrer Kinder (Schmerzmanagement, Verband etc.) sind nur einige Punkte, die berücksichtigt werden müssen und den Erfolg einer ambulanten Operation entscheidend beeinflussen können.

Parallel mit der Zunahme ambulanter Operationen hat auch die Erfahrung der Operateure und Anästhesisten zugenommen, sodass immer mehr Leistungen ambulant angeboten werden können. Das Spektrum reicht heute von der Operation einfacher oberflächlicher Neubildungen (Nävi, Hautanhängsel etc.) über die Hernienchirurgie bis hin zur Korrektur distaler Hypospadienformen

Schmidt A. Ambulante Kinderchirurgie – aktueller Stand. *Passion Chirurgie*. 2017 Januar, 7(01): Artikel 05_01.



WEITERE ARTIKEL ZUM THEMA
NIEDERLASSUNG ODER
KINDERCHIRURGIE FINDEN SIE AUF
BDC|ONLINE (WWW.BDC.DE, RUBRIK
WISSEN | FACHGEBIETE).

und anderen komplexeren Operationen. Jeder ambulante Operateur muss für sich – zusammen mit dem beteiligten Anästhesisten – entscheiden, welche Eingriffe ambulant durchgeführt werden können. Von Seiten der Kostenträger besteht ein erheblicher Druck, möglichst viele Operationen ambulant vorzunehmen. Auch der Wunsch der Eltern geht in diese Richtung und so kommt letztlich den Ärzten die Aufgabe zu, eine sorgfältige Indikationsabwägung vorzunehmen. Der Gedanke des „Fast Track“ hat auch die Kinderchirurgie erreicht und der Druck nimmt zu, auch komplexere Eingriffe mit immer kürzerer Liegedauer anzubieten. Zweifellos kommt das dem Gedanken einer kindgerechten chirurgischen Behandlung entgegen, sofern die Ergebnisse zeigen, dass eine für das Kind sichere Durchführung auch unter ambulanten Bedingungen realisierbar ist.

Der 1999 gegründete BNKD (Berufsverband der niedergelassenen Kinderchirurgen Deutschlands e.V.), in dem nahezu alle niedergelassenen KinderchirurgInnen Mitglied sind, unterstützt

neben dem BDC seine Mitglieder dabei, das Ziel einer patientenorientierten, nach Qualitätsstandards ausgerichteten ambulanten Kinderchirurgie auf hohem Niveau zu erreichen. Hierzu werden auf den Jahrestagungen auch gemeinsame Sitzungen mit den beteiligten Anästhesisten veranstaltet. Als ein wesentlicher Teil der gemeinsamen Qualitätskontrolle führt der BNKD seit seiner Gründung vor 18 Jahren – inzwischen mit online Dateneingabe – eine Operations- und Komplikationsstatistik, die auf der Jahrestagung den Mitgliedern vorgestellt und mit diesen kritisch diskutiert wird. Die Anonymität bleibt dabei gewahrt, jedes Mitglied kann nur seine eigenen Daten einsehen.

Die ambulante Kinderchirurgie ist seit den 1970er Jahren auf stän-

digem Vormarsch und das zum Wohle unserer Patienten und deren Eltern. Dennoch liegen die Zahlen deutlich unter denen aus anderen hochentwickelten Ländern, vor allem aus den USA und Canada. Die Gründe hierfür sind sicherlich sehr vielfältig, einige von ihnen auch nicht unumstritten. Der ökonomische Aspekt ist dabei ein wichtiger Faktor. Trotz unbestrittener Verbesserungen in den vergangenen Jahrzehnten ist die ambulante Kinderchirurgie – wie auch andere Disziplinen mit ambulanten Operationen – immer noch unterfinanziert und viele der Standardoperationen im Kindesalter sind nicht kostendeckend zu erbringen. Besonders deutlich wird dieser Umstand bei den endoskopisch-minimal invasiven Eingriffen, die mit sehr hohen Investitionskosten verbunden sind. Krankenkassen, die über viele Jahre ambulante Operationen im Rahmen von Sonderprogrammen finanziell unterstützt haben, tun dies nicht mehr. Aus deren Sicht hat die Verlagerung von Operationen in den ambulanten Sektor nicht die erhofften Einsparungen im stationären Sektor gebracht. Auf der anderen Seite haben einige Kostenträger – durchaus innovativ – Verträge zur integrierten Versorgung auch mit ambulant operierenden Kinderchirurgen geschlossen, die

aber nur ein schmales Spektrum abdecken.

Die Entwicklung des ambulanten Operierens in der



Kinderchirurgie belegt zwar eindrucksvoll eine hohe Patienten- und Elternzufriedenheit, aber solange eine stationär operierte Leistenhernie wesentlich mehr Erlös bringt als die gleiche Operation unter ambulanter Durchführung, wird für Krankenhäuser auch weiterhin der Anreiz fehlen diese Operation in den ambulanten Sektor zu verlagern. Die Qualitätsanforderungen an das ambulante Operieren (Zertifizierung, Qualitätsmanagement, Hygiene, Validierung etc.) nehmen stetig zu, was zweifellos den Patienten zugutekommt, aber auch mit zunehmenden Kosten verbunden sind. Weder der einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM), noch die GOÄ nehmen darauf Rücksicht. Während Krankenhäuser das ambulante Operieren z. T. aus dem stationären Bereich quersubventionieren können, fehlt dem Niedergelassenen diese Möglichkeit.

Trotz der sehr positiven Entwicklung der ambulanten Kinderchirurgie ist die über mehr als zwei Jahrzehnte andauernde „Euphorie“ deutlich abgeflaut. Die Zahl der Neugründungen stagniert weitgehend und es wird zunehmend schwierig Nachfolger – auch für langjährig etablierte Praxen – zu finden. Die Gründe hierfür sind ebenso naheliegend wie vielfältig. Neben sinkender „Risikobereitschaft“, in der eigenen Praxis Verantwortung – auch finanziell – zu übernehmen, spielt sicherlich auch ein verändertes (besseres?) Verständnis des „Work-Life-Balance“ eine Rolle. Auch die Unsicherheit angesichts der sich ständig ändernden gesetzlichen Vorgaben, die stringente Budgetierung, die unbegrenzte Leistung aus begrenzten Mit-

teln verspricht und eine Leistungshonorierung, die der Personal- und Materialkosten stets hinterherhinkt, tragen zu einer zunehmenden Skepsis bei.

Die Entwicklung der letzten Jahre zeigt deutlich – und nicht nur in der Kinderchirurgie –, dass die klassische Einzelpraxis auf dem Rückzug ist. Vielmehr sind Kooperationen gefragt, z. B. in Form von Gemeinschaftspraxen, Praxisgemeinschaften oder Anstellungen. Aktuell existieren deutschlandweit 48 Einzelpraxen, während die Zahl der Gemeinschaftspraxen – z. T. mit drei und mehr KinderchirurgInnen – auf 19 (mit insgesamt 39 KinderchirurgInnen) zugenommen hat. Im Angestelltenverhältnis – vor wenigen Jahren noch unbekannt – befinden sich derzeit sechs KinderchirurgInnen (überwiegend in MVZs), sodass aktuell 87 Niedergelassene und sechs Angestellte in den Praxen tätig sind (BNKD 2016). Zur Förderung von sektorübergreifenden Kooperationsmodellen hat der Gesetzgeber Rahmenbedingungen geschaffen, die eine sehr vielfältige Zusammenarbeit zwischen Kollegen (auch anderer Disziplinen), aber auch zwischen Praxen und Krankenhäusern erlaubt. Auch eine Kooperation zwischen Kinderkliniken ohne eigene (Kinder)chirurgische Abteilung und niedergelassenen KinderchirurgInnen, z. B. im Rahmen von Belegarztverträgen ist ein guter Weg hin zu einer verbesserten Verzahnung zwischen ambulant und stationär. Auch andere Kooperationsverträge, wie z. B. eine Teilanstellung Niedergelassener an Kliniken ohne eigene kinderchirurgische Abteilung können ein Weg zu einer besseren sektorübergreifenden

Versorgung sein, ebenso wie die MVZs. Derartige Kooperationen steigern einerseits die Fachkompetenz und helfen andererseits die Ressourcen besser zu nutzen. Das macht sich besonders im Bereich des sehr kostenintensiven ambulanten Operierens bemerkbar.

Neben all den finanziellen Aspekten hat aber eine solide Weiter- und Fortbildung die oberste Priorität, damit die hohen Qualitätsstandards einer modernen Kinderchirurgie – wie in den Kliniken – auch in der niedergelassenen Praxis umgesetzt werden können. Auch in der Weiterbildung ist eine Intensivierung der Zusammenarbeit zwischen Klinik und Praxis vorstellbar und auch realisierbar, indem z. B. ein Teil der Weiterbildung in die ambulant operierende Praxis verlagert wird. So könnte man junge Kolleginnen/Kollegen frühzeitig für diesen wichtigen Teil der kinderchirurgischen Versorgung interessieren, klassische „Barrieren“ würden gar nicht erst entstehen und der Übergang von der Klinik in die Praxis wäre zu gegebener Zeit einfacher zu gestalten.

Die Entwicklung der vergangenen Jahre zeigt eindeutig, dass die Zukunftsprobleme der Kinderchirurgie nur unter Beteiligung aller an der Versorgung von Kindern Beteiligter zu lösen sind. Hier ist eine noch intensivere Kooperation der Fachgesellschaft mit den Berufsverbänden – BDC und BNKD – erforderlich, ein Weg, der bereits beschritten wurde.

Unter diesen Voraussetzungen ist zu hoffen, dass sich die ambulante Kinderchirurgie auch in den nächsten Jahren positiv weiterentwickeln wird. ○



KINDERCHIRURGEN PROGNOSTIZIEREN PLEITEWELLE BEI FRÜHCHEN-ZENTREN

EXPERTEN BIETEN UNTERSTÜTZUNG
FÜR GEORDNETEN ABBAU VON
ÜBERKAPAZITÄTEN AN

Berlin – Unter der Ökonomisierung der Medizin leiden Kinderkliniken besonders. Einer Umfrage zufolge mussten rund 40 Prozent ihre Betreuungskapazitäten in 2015 wegen Personalmangels reduzieren. Jetzt schreibt eine neue Qualitäts-Richtlinie eine hohe Fachkraftquote für die Frühgeborenen-Versorgung vor. „Angesichts der derzeitigen Finanzierungslage ist die Umsetzung einer solchen Vorgabe vollkommen unrealistisch“, erklärt Pro-

fessor Dr. med. Bernd Tillig, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Kinderchirurgie e. V. (DGKCH). Er prognostiziert in der Folge eine ungeordnete Pleitewelle und appelliert an den Staat, diesen Konzentrationsprozess planvoll zu gestalten. „Für ein solches Strukturprojekt bieten wir der Politik unsere Expertise an“, erklärte Tillig auf einer Pressekonferenz der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie e. V. (DGCH).

Einrichtungen der Kindermedizin sind seit Jahren vom ökonomischen Druck in besonderer Weise betroffen – Grund ist die vergleichsweise schlechte Abbildung der erbrachten

**PRESSESTELLE DER DEUTSCHEN
GESELLSCHAFT FÜR CHIRURGIE**

Pressestelle Deutsche Gesellschaft für
Chirurgie (DGCH)
Kerstin Ullrich
Postfach 30 11 20, 70451 Stuttgart
ullrich@medizinkommunikation.org
www.dgch.de

Leistungen im Krankenhaus-Finanzierungssystem DRG. „Zwar erhalten kindermedizinische Einrichtungen teilweise Zuschläge“, erläutert Tillig, Direktor der Klinik für Kinderchirurgie am Vivantes Klinikum Neukölln in Berlin. Aber sie reichen nicht aus, um die Zusatzkosten zu decken. „Wir nehmen ja häufig auch Eltern in die Klinik mit auf, benötigen neben speziellem technischem Equipment auch kindergerechte Ausstattung und Kinderbetreuung“, zählt der Kinderchirurg einige der kostenintensiven Extraposten auf.

Um die Deckungslücken zu schließen, sparen Klinikleitungen ganz überwiegend am Personal. Eine bundesweite Umfrage des Verbandes Leitender Kinder- und Jugendärzte und Kinderchirurgen (VLKKD) ergab, dass in 2015 rund 40 Prozent der Kinderkliniken ihre Bettenkapazität reduzieren mussten – zu 95 Prozent wegen Personalmangels, insbesondere in der Pflege. Aber die Einsparungen treffen auch den ärztlichen Bereich. „Kinderchirurgen können aufgrund zu geringer Personalkapazität häufig keine 24-Stunden-Dienste mehr vorhalten“, berichtet Tillig. Frisch operierte und verletzte Kinder werden dann von anderen Kinderärzten mit betreut, der Kinderchirurg nur noch bei Bedarf in die Klinik gerufen. Auch Rettungsstellen halten oft keine Kinderchirurgen mehr vor, sodass die jungen Patienten von Ärzten anderer Fachrichtungen behandelt werden müssen. „Die Mehrzahl der Kinderkliniken und kinderchirurgischen Einrichtungen arbeiten bereits defizitär“, so der DGKCH-Präsident.

Mit der Qualitätssicherungs-Richtlinie zur Frühgeborenen-Versorgung, die vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) auf den Weg gebracht wurde und im Januar 2017 verbindlich in Kraft treten soll, verschärft sich die Situation erheblich. Denn das neue Gesetz schreibt eine hohe Fachkraftquote für die neonatologische Intensivpflege sowie einen strikten Personalschlüssel für die Frühgeborenen-Versorgung vor – ohne ausreichende Finanzmittel zur Verfügung zu stellen. Laut einer aktuellen Umfrage des Deutschen Kran-

kenhausinstituts können derzeit nur gut ein Viertel der Perinatalzentren diese Anforderungen erfüllen.

Um die Personalvorgaben der Richtlinie vollumfänglich umsetzen zu können, ist bundesweit von einem personellen und finanziellen Mehrbedarf von bis zu 1750 Vollkräften – das entspricht einem Plus von 28 Prozent gegenüber dem derzeitigen Stand – beziehungsweise von mehr als 100 Millionen Euro auszugehen. „Diese Anforderungen sind nicht zu schaffen. Es werden in der Konsequenz Perinatalzentren untergehen“, prognostiziert Tillig. „Eine solche Marktbereinigung wird offenbar in einigen medizinischen Bereichen politisch bewusst in Kauf genommen, um Überkapazitäten abzubauen.“

Damit werde jedoch ein gefährlicher Weg beschritten, warnt Tillig. „Bei einer Marktbereinigung nach rein ökonomischen Kriterien bleiben schnell Qualität und Versorgungsaspekte auf der Strecke.“ Ein Konzentrationsprozess sollte in der Medizin nicht den Gesetzen der Marktwirtschaft und Zufällen überlassen bleiben, sondern anhand von klar definierten Kriterien strukturiert erfolgen – ähnlich wie es in der Transplantationsmedizin der Fall war. „Der Rückbau von Kapazitäten gehört in die Hände des Staates, er muss im Bereich der Gesundheit seiner Fürsorgepflicht gerecht werden“, betont der Kinderchirurg.

Die DGKCH bietet der Politik daher ihre Expertise und Unterstützung für ein transparent aufgesetztes Strukturprojekt zur bedarfsgerechten Neustrukturierung der konservativen und operativen Kinder- und Jugendmedizin sowie der Frühgeborenen-Medizin an. „Aus unserer Sicht sollte sich eine Neuordnung primär an der Versorgungsnotwendigkeit ausrichten“, so Tillig. „Dafür brauchen wir transparent hergeleitete Kriterien für eine Versorgungsplanung, die unter anderem Einwohnerzahl, Behandlungsmöglichkeiten, Fallzahlen, Erreichbarkeit und medizinische Qualität der Einrichtungen berücksichtigen und entsprechend gewichten.“

KCH Pressemitteilung: Kinderchirurgen
prognostizieren Pleitewelle bei Frühchen-Zentren.
Passion Chirurgie. 2017 Januar, 7(01): Artikel
05_02.



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

3. 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,

der 134. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie rückt schnell näher und ich lade Sie nochmals herzlich vom 21. bis 24. März 2017 nach München ein!

Das gewählte Motto: **VERANTWORTUNG, VERTRAUEN, SICHERHEIT – Chirurgie 2017** wird immer aktueller, da in chirurgischen Abteilungen zwischenzeitlich der Mangel an Pflegekräften und die weitergehende „Leistungsverdichtung“ ein tägliches Problem geworden ist. Es bestehen dadurch vielfach deutliche Einschränkungen bei der perioperativen Überwachung und Betreuung chirurgischer Patienten. Wir haben diesen Umstand zum Anlass genommen, insbesondere am ersten Kongresstag unter dem Überbegriff „Verantwortung“ mehrere Sitzungen zusammen mit Partnergesellschaften wie z. B. der DGA, dem deutschen Pflegerat 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 erkennen. Ich bitte daher schon jetzt um zahlreiche Teilnahme; es geht um Qualität und Sicherheit in der Behandlung 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 ganztägigem Seminar mit neuen Erkenntnissen 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. Im Rahmen des „Polytraumakurses“ wird auch erstmals ein Modul „ATLS-Refresher“ angeboten, um nach entsprechender Prüfung vor Ort, die persönliche, zeitlich begrenzte, ATLS Qualifikation zu verlängern.

Donnerstag und Freitag werden wir uns besonders dem chirurgischen Nachwuchs widmen. Da dankenswerterweise der BDC-Nachwuchskongress zur fachspezifischen Prüfungsvorbereitung der Abschlusssesster zum Chirurgenkongress verlegt wurde, erwarten wir deutlich mehr Studierende als Teilnehmer. Das bewährte DGCH-Studentenforum wird zusätzlich 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.

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

Bei der Programmgestaltung haben wir versucht, Redundanzen zu vermeiden, und ich bedanke mich schon jetzt für die große Unterstützung aller beteiligten Fachgesellschaften und Arbeitsgemeinschaften. Insbesondere die durchgängig markierten interdisziplinären Fortbildungssitzungen „Aktuelle Konzepte“ und „Tipps und Tricks“ sind für die qualifizierte Fortbildung äußerst attraktiv und vermitteln sehr kompakt Expertenwissen.

Wir freuen uns sehr, dass zwischenzeitlich auch unsere niedergelassenen Kollegen wieder mehr Interesse an unserem Kongress zeigen. Freitag werden wir daher besondere Angebote aus den Bereichen der ambulanten Chirurgie, der sektorenübergreifenden Versorgung und spezielle Fortbildungskurse anbieten. So besteht z. B. die Möglichkeit, den für die D-Arzt Tätigkeit wichtigen Kurs Reha-Medizin/Reha-Management mit anerkanntem Zertifikat zu absolvieren.

Auch unter dem Aspekt der immer wichtiger werdenden „sektorenübergreifenden Versorgung“ sollten wir das Konzept „Einheit der Chirurgie“ zügig vorantreiben. Erste Konzepte zur Realisierung einer „Doppelmitgliedschaft“ werden wir auf den Mitgliederversammlungen vorstellen. Ich bitte hierzu um Unterstützung!

Donnerstag werden wir zusammen mit der DGAV, DGKCH, DGG und DGT in das Münchner Hofbräuhaus zu einer zünftigen generationenübergreifenden Kongressparty einladen. Lassen Sie sich diese Gelegenheit nicht entgehen, buchen Sie frühzeitig, auch für Ihre Mitarbeiter, das Platzangebot ist limitiert. Ab 22:30 Uhr besteht danach noch die Möglichkeit, vergünstigt, ohne Essen, zur Party nachzukommen.

Als Festredner wird der ehemalige Ministerpräsident des Saarlandes und derzeitiger Richter am Bundesverfassungsgericht, Herr Peter Müller, uns das Spannungsfeld zwischen ärztlicher Therapiefreiheit und Patientenrechtsgesetz näher bringen und dabei neue und

überraschende Denkanstöße geben! Beachten Sie bitte den neuen Termin der Abschlussveranstaltung: Freitag, 13:00 Uhr.

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 würde mich auf alle Fälle freuen, Sie persönlich begrüßen zu können. ○

Bis dahin verbleibe ich mit herzlichen Grüßen
Ihr



Prof. Dr. med. Tim Pohlemann
Präsident DGCH 2016/2017

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

2. Einladung zur Mitgliederversammlung

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.

Dotations: 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/>

Berliner Chirurgische Gesellschaft
Vereinigung der Chirurgen Berlins und Brandenburgs



134. Kongress Deutsche Gesellschaft für Chirurgie

Präsident: Prof. Dr. med. Tim Pohlemann

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 Ludwиковski, E-Mail: ludnikowski@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.badowin@pgdiakonie.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: velth@mcn-nuernberg.de

Internet: www.mcn-nuernberg.de



www.chirurgie2017.de · info@chirurgie2017.de

Download Vorprogramm

www.chirurgie2017.de

Anmeldung

Kontakt



CHIRURGIE 2017

LESERBRIEF

FACHARZTSTANDARD IM NACHT- UND BEREITSCHAFTSDIENST

”

Der vorliegende Beitrag ist ein Leserbrief zu dem Artikel „Facharztstandard im Nacht- und Bereitschaftsdienst – Wann ist der Einsatz von Assistenzärzten erlaubt?“ von Wienke/Kuball, veröffentlicht in den „Mitteilungen“ der DGCH Ausgabe 3/2016, auf Seite 108.

Im Klinikalltag stehen nicht in ausreichendem Maße Fachärzte zur Verfügung. Das gilt insbesondere im Bereitschafts- und Nachtdienst und am Wochenende, also außerhalb der üblichen Dienstzeiten. Auf Grund von Personalmangel und Sparmaßnahmen wird in vielen Krankenhäusern der Wunsch nicht zu realisieren sein, in diesen Diensten stets Fachärzte einzusetzen. Die Kliniken sollen deshalb weitgehend auf den Einsatz von Weiterbildungsassistenten angewiesen sein [1].

Dies hat seit längerem zu Überlegungen geführt, in Zeiten außerhalb der üblichen Dienstzeiten Weiterbildungsassistenten (im Folgenden: Assistenzärzte) einzusetzen.

Dieser „Königsweg“ dürfte Grenzen haben.

In einer Klinik darf der Patient ebenso wie bei einem Facharzt erwarten, dass zu jeder Zeit der Facharztstandard eingehalten wird. Für Behandler und für Patienten ist es wohl selbstverständlich, dass die Behandlung

nach dem bestehenden allgemein anerkannten fachlichen, d. h. dem medizinischen Standard erfolgt, wie es die Rechtsprechung schon immer gefordert hat [2]. Was unter dem Begriff des medizinischen Standards oder unter dem Facharztstandard zu verstehen ist, ist im Gesetz nicht definiert.

Es gibt auch in der Medizin kein Regelwerk, aus dem sich zuverlässig der Standard ableiten ließe [3].

Der Begriff des Standards der medizinischen Wissenschaft wird häufig wie folgt beschrieben:

Standard ist das, was objektiv in der wissenschaftlichen Diskussion der beteiligten Fachkreise und in praktischer Bewährung als Erfolg versprechender Weg zum diagnostischen und therapeutischen Erfolg anerkannt ist und was subjektiv ein durchschnittlich qualifizierter, gewissenhafter und besonnener Arzt an



© iStock / ChertiesJD

LOTHAR JAEGER

Vors. Richter am OLG Köln a.D.

E-Mail via passion_chirurgie@bdc.de

Kenntnissen, Können, Aufmerksamkeit und Leistung auf der jeweiligen Versorgungsstufe erbringen kann und muss [4, 5].

Übernimmt ein Arzt eine Behandlung, muss er den Standard gewährleisten, auch am Wochenende, nachts oder an Feiertagen. Das gilt auch für Eil- und Notfälle. Das Krankenhaus muss dafür sorgen, dass ausreichend qualifizierte und leistungsfähige Ärzte für die Behandlung zur Verfügung stehen. Kann der geschuldete Standard durch das vorhandene Personal nicht gewährleistet werden, muss der Patient in eine leistungsfähige Klinik verlegt werden [6].

Jeder Verstoß gegen die Regeln und den Standard der ärztlichen Wissenschaft ist als Behandlungsfehler anzusehen. Ob dem Arzt selbst ein Behandlungsfehler anzulasten ist, ob ihn ein Übernahmeverschulden trifft, ist danach zu beurteilen, ob er nach den von ihm (jedem Arzt) zu fordernden medizinischen Kenntnissen und Erfahrungen im konkreten Fall diagnostisch und therapeutisch vertretbar und sorgfältig behandelt hat oder nicht, ob der sogenannte objektive Sorgfaltsmaßstab eingehalten wurde [7].

Da es **nicht entscheidend** darauf ankommt, ob der behandelnde oder operierende Arzt die **formelle Anerkennung als Facharzt** besitzt, sondern darauf, ob seine Kenntnisse und Erfahrungen für den durchzuführenden Eingriff ausreichen, muss auch der Arzt, der außerhalb der üblichen Dienstzeiten eingesetzt wird, kein Facharzt sein. Die Situation ist vergleichbar mit der Aufklärung des Patienten gemäß § 630e Abs. 2 Ziff. 1 BGB, die durch eine

Person, die über die zur Durchführung der Maßnahme notwendige Ausbildung verfügt,

erfolgen muss. Es besteht Einigkeit, dass dies auch ein Nicht-Facharzt, also auch ein Assistenzarzt sein kann, denn letztlich entscheidend ist stets, dass der Aufklärende die im Einzelfall, bezogen auf den jeweiligen Patienten erforderlichen aufklärungsrelevanten Informationen erteilen und hierzu vom Patienten gestellte Fragen sachgerecht beantworten kann [8]. Auch daraus folgt, dass Assistenzärzte außerhalb der üblichen Dienstzeiten eingesetzt werden dürfen, wenn der Facharztstandard gewährleistet ist.

Deshalb ist vor dem Einsatz eines Assistenzarztes sorgfältig zu prüfen, ob ihm z. B. ein operativer Eingriff zur selbständigen Durchführung übertragen werden kann, also ob er ausreichend qualifiziert ist. Ist er es nicht, fällt dem Krankenhaus ein Organisationsfehler zur Last, was der BGH [9] wiederholt für die Anfängeroperation und für die Anfängernarkose ausgesprochen hat [10]. Einzelheiten hierzu sind kommentiert bei § 630h Rdn. 38 ff. Den Arzt kann ein Übernahmeverschulden treffen. Diese Forderungen an die Befähigung des Assistenzarztes gelten sinngemäß auch für einen Einsatz außerhalb der üblichen Dienstzeiten.

Die Frage, ob es zulässig sein kann, im Einzelfall einen Assistenzarzt für diese Dienste einzuteilen, wollen *Wienke/Kuball* [1] dadurch lösen, dass dem einzelnen Assistenzarzt vor dem Einsatz per Formular bescheinigt wird, „dass er im Rahmen seiner bisherigen Weiterbildung umfangreiche theoretische Fachkenntnisse und praktische Fertigkeiten in seinem Fachgebiet erworben hat, die ihn befähigen, die Patienten der Abteilung, auf der er eingesetzt werden soll, weitgehend ohne fachärztliche Aufsicht zu versorgen“. Weiter heißt es, dass durch den Einsatz dieses Weiterbildungsassistenten der Facharztstandard gewahrt werde. „Der Weiterbildungsassistent sei fachlich und unter Berücksichtigung seiner klinischen Erfahrung und spezifischen Persönlichkeit befähigt, im Bereitschafts- bzw. Notdienst für“ sein Fachgebiet im o.g. Umfang teilzunehmen.

Dieses Formular soll verwendet werden, wenn nicht mit dem Auftreten besonderer Komplikationen zu rechnen sei und sämtliche Umstände für einen ruhigen und normalen Dienstablauf sprächen, was wohl nur in kleinen Häusern gelegentlich der Fall sein dürfte.

Natürlich ist dem bescheinigenden Chefarzt/Oberarzt (CA/OA) bekannt – und darauf weisen *Wienke/Kuball* [1] auch hin – dass auf Grund der aktuellen stationären Behandlungsfälle immer damit zu rechnen sei, dass während des Bereitschaftsdienstes Situationen auftreten könnten, die ein noch nicht abschließend weitergebildeter Arzt nicht beherrschen könne.

Wenn nun schon ein solches Formular verwandt werden soll, müsste es Tag genau

Jaeger L. Leserbrief: Facharztstandard im Nacht- und Bereitschaftsdienst. *Passion Chirurgie*. 2017 Januar, 7(01): Artikel 06a_02.



MITTEILUNGEN DER DGCH AUSGABE 3/2016



WEITERE ARTIKEL ZUM EINSATZ VON ASSISTENZÄRZTEN FINDEN SIE AUF BDC|ONLINE (WWW.BDC.DE, RUBRIK PASSION CHIRURGIE | ASSISTENZÄRZTE IM CHIRURGISCHEN ALLTAG 08/2013).

feststellen, welche Patienten mit welchen Risiken auf der Station betreut werden. Der CA/OA müsste dann bescheinigen, dass „bei keinem derzeit zu versorgenden Patienten ein Eingriff vorgenommen wurde, dessen denkbare/mögliche Komplikationen der Assistenzarzt auf Grund seiner theoretischen und praktischen Fähigkeiten möglicherweise noch nicht beherrscht“. Es bleibt jedoch die Frage, ob nicht immer damit gerechnet werden muss, dass doch etwas Unvorhergesehenes eintreten kann, auch wenn sämtliche Umstände für einen ruhigen und normalen Dienstablauf sprechen.

Dem glauben *Wienke/Kuball* [1] dadurch begegnen zu können, dass das Formular den Zusatz enthält: „Der Weiterbildungsassistent wurde angewiesen, bei Bedarf, insbesondere in Zweifelsfällen bzw. bei unerwarteten schweren Komplikationen, unverzüglich den rufdiensthabenden Arzt zu kontaktieren“, der jeweils mit Namen und Telefonnummer im Formular angegeben wird. Dadurch soll gewährleistet sein, dass der Assistenzarzt jederzeit einen Facharzt kontaktieren kann und darf, der im Zweifelsfall innerhalb kürzester Zeit die Klinik aufsuchen kann, woraus der Assistenzarzt keine negativen fachlichen oder persönlichen Folgen soll fürchten müssen.

Dieses Verfahren begegnet durchgreifenden Bedenken.

Abgesehen davon, dass das Formular in der Regel weder vom CA/OA persönlich ausgefüllt, sondern vom Assistenzarzt vorbereitet werden wird, müsste dieser selbst seinen Ausbildungsstand, seine medizinischen Fähigkeiten und seine charakterliche Eignung bewerten und zusätzlich die Situation auf der Station medizinisch zutreffend beurteilen können. Es bestehen erhebliche Zweifel, ob gerade der Arzt, der noch nicht Facharzt ist, in der Lage ist, sämtliche Komplikationen und möglichen Zwischenfälle vorzusehen, zumal solche selbst für einen Facharzt mitunter überraschend auftreten können. Ob Unvorhergesehenes z. B. im Nachtdienst vom Assistenzarzt zutreffend erkannt und beurteilt werden wird, ist zweifelhaft und nicht zuverlässig vorherzusagen.

Aber selbst wenn dies der Fall sein sollte und der Assistenzarzt auf den Facharzt in

Rufbereitschaft zurückgreifen kann, ohne in einem solchen Fall negative fachliche oder persönliche Folgen fürchten zu müssen, ist nicht auszuschließen, dass der Assistenzarzt die Rufbereitschaft nicht immer sofort in Anspruch nehmen wird, obwohl dies geboten wäre. Zweifel bestehen insbesondere dann, wenn der Assistenzarzt den Zwischenfall nicht zuverlässig beurteilt und/oder wenn er die Rufbereitschaft an diesem Tag, in dieser Nacht, an diesem Wochenende schon häufiger und vielleicht auf Grund unzutreffender Beurteilung unnötigerweise in Anspruch genommen hat. Es wäre menschlich verständlich, wenn er dann zögert oder seine Zweifel gar unterdrückt, für den Patienten wäre dies möglicherweise fatal.



Das sehen auch *Wienke/Kuball* [1], die eindringlich darauf hinweisen, „dass das Ausfüllen des Formulars nicht von vornherein belege, dass der jeweilige Facharztstandard auch tatsächlich eingehalten werde. Das Formular stelle vielmehr ein Indiz dafür dar, dass sich der diensteinteilende Chef- bzw. Oberarzt mit den Kenntnissen und Fähigkeiten des jeweiligen Assistenzarztes im Einzelfall auseinandergesetzt habe. Es belege zudem, dass er sich davon überzeugt habe, dass der Assistenzarzt tatsächlich schon fachlich und persönlich bereit sei, eine derart verantwortungsvolle Tätigkeit zu übernehmen. Die... Bescheinigung dürfe

deshalb nicht bei allen Assistenzärzten ausgefüllt werden.“

Diese Indiz-Wirkung kommt dem Formular nicht zu. Erst recht kann aus dem letzten Satz, dass dieser „Persilschein“ nicht allen Assistenzärzten ausgestellt werden dürfe, nicht gefolgert werden, dass der Facharztstandard in allen Fällen gewahrt würde. Das Formular wird zwar helfen, den CA/OA gegenüber der Klinik zu entlasten, es kann den Patienten aber nicht sicher vor einem Behandlungsfehler und den Arzt und die Klinik nicht sicher vor der Haftung gegenüber den Patienten schützen.

Kommt es außerhalb der üblichen Arbeitszeit zu einem Gesundheitsschaden eines Patienten und rügt dieser die Verletzung des Facharztstandards, muss er grundsätzlich zusätzlich darlegen und beweisen, dass der Gesundheitsschaden auf einem Behandlungsfehler beruht. Wird der Facharztstandard des außerhalb der üblichen Dienstzeiten tätigen Assistenzarztes vom Patienten gerügt, was nach Einsicht in die Patientenakte, aus der sich der behandelnde (Nichtfach-) Arzt ergibt, sehr naheliegt, muss die Klinik zur Einhaltung des Facharztstandards schlüssig vortragen. Das wird in der „Papierform“ meist gelingen, sodass ein etwaiger Behandlungsfehler vom Patienten nur mit Hilfe eines Sachverständigen nachgewiesen werden kann. Ein solcher Sachverständiger wird allerdings das Formular zum Anlass nehmen müssen, den Ablauf der Behandlung sehr kritisch zu hinterfragen. Alle Auffälligkeiten könnten zu Lasten der Klinik gehen.

Die Bestimmung des Facharztstandards und die Frage, ob er eingehalten wurde, ist aber gerade im Arzthaftungsprozess eines der besonders heiklen Probleme [11].

Hier sind Parteien und Richter abhängig von der Beurteilung durch medizinische Sachverständige, weil die Beantwortung der Frage, ob ein Arzt gemäß medizinischem Standard behandelt hat, nach ständiger Rechtsprechung nur durch einen Sachverständigen in einem Gutachten geklärt werden kann [12]. Was im Zeitpunkt der zu **beurteilenden Behandlung** Facharztstandard ist oder war, kann der Sachverständige in vielen Fällen nur mit persönlicher Erfahrung oder unter Bezugnahme auf ein von ihm für maßgeblich

erklärtes Lehrbuch begründen, sodass der Richter nur selten eine Plausibilitätsprüfung anstellen kann.

Kommt der Sachverständige allerdings zu dem Ergebnis, dass der Assistenzarzt noch nicht ausreichend qualifiziert war, hat dies alleine weder für die Klinik, noch für den Patienten unmittelbare Konsequenzen. Eine Haftung der Klinik kommt nur in Betracht, wenn es beim Patienten auf Grund der fehlenden Qualifikation des Assistenzarztes zu einem Gesundheitsschaden gekommen ist.

Steht ein Gesundheitsschaden fest, ist der Nachweis der Kausalität des Einsatzes eines Nicht-Facharztes für diesen Gesundheitsschaden für den Patienten allerdings keine besondere Hürde. Ihm hilft das Gesetz. In § 630h Abs. 4 BGB heißt es:

War ein Behandelnder für die von ihm vorgenommene Behandlung nicht befähigt, wird vermutet, dass die mangelnde Befähigung für den Eintritt der Verletzung, des Lebens, des Körpers oder der Gesundheit ursächlich war.

Der Kausalitätsnachweis kann auch nicht daran scheitern, dass der Sachverständige einen schicksalhaften Verlauf als wahrscheinlich Ursache für den Gesundheitsschaden sieht. Die gesetzliche Vermutung wird dadurch nicht widerlegt.

Für den Patienten kann auch der weitere Behandlungsablauf wichtige Indizien ergeben. Wurden im Normalbetrieb, also nach Wiederbeginn der üblichen Dienstzeiten,

Befunde erhoben, die Anlass zu weiteren Behandlungsmaßnahmen gaben, kann möglicherweise mit Hilfe eines Sachverständigen festgestellt werden, dass diese Befunde schon im Nacht- oder Bereitschaftsdienst hätten erhoben werden müssen. Dann liegt ein einfacher, möglicherweise sogar ein grober Befunderhebungsfehler vor, der ohne weiteres ebenfalls zur Umkehr der Beweislast zugunsten des Patienten führen kann.

Im Ergebnis wird die von *Wienke/Kuball* [1] vorgeschlagene Verfahrensweise für die Klinik ein Weg zur Kosteneinsparung sein. Zur Haftung wird es vorerst wohl nur bei eindeutigen und schwerwiegenden Verstößen gegen den Facharztstandard oder bei einem Befunderhebungsfehler kommen.

LITERATUR

- [1] (*Wienke/Kuball*, Facharztstandard im Nacht- und Bereitschaftsdienst – Wann ist der Einsatz von Assistenzärzten erlaubt? *Chirurgie* 2016, 108)
- [2] BGH, Urt. vom 27.9.1983, VI ZR 230/81, BGHZ 88, 248 ff. = *VersR* 1984, 60; BGH, Urt. vom 10.2.1987, VI ZR 68/86, *VersR* 1987, 686 = *NJW* 1987, 1479; BGH, Urt. vom 10.3.1992, VI ZR 64/91, *VersR* 1992, 745; BGH, Urt. vom 21.11.1995, VI ZR 341/94, *VersR* 1996, 330 = *NJW* 1996, 779
- [3] vgl. etwa *Hart*, Ärztliche Leitlinien – Definitionen, Funktionen, rechtliche Bewertungen, *MedR* 1998, 8; *Katzenmeier* in *Laufs/Katzenmeier/Lipp*, *Arztrecht* 6. Aufl. 2009, Kap. X Rn. 6 ff., S. 316; *Geiß/Greiner*, *Arzthaftpflichtrecht* 6. Aufl. 2009, Kap. B Rn 1 ff., S. 59 ff
- [4] *Katzenmeier* S. 278 f.; *Carstensen* DÄBl 1989, 1736; *Kullmann* *VersR* 1997, 529; *Rumler-Detzel*, Budgetierung – Rationalisierung – Rationierung, Einflüsse auf die medizinische Leistungsfähigkeit oder Senkung des medizinischen Standards?
- [5] *VersR* 1998, 546, 547; *Erman/Rehborn/Gescher*, 14. Aufl. 2014, § 630a Rn 36
- [6] BGH, Urt. v. 07.12.2004 – VI ZR 212/03, *VersR* 2005, 408
- [7] OLG Stuttgart, Urt. v. 04.06.2002 – 14 U 86/01, *VersR* 2003, 253, 254; OLG Brandenburg, Urt. v. 09.10.2002 – 1 U 7/02, *VersR* 2004, 199, 200
- [8] *Erman/Rehborn/Gescher*, a.a.O., § 630e Rn. 21; NK-BGB/Voigt § 630e Rn 8
- [9] Urt. v. 15.06.1993 – VI ZR 175/92, *VersR* 1993, 1231; Urt. v. 16.03.1999 – VI ZR 34/98, *VersR* 1999, 716
- [10] vgl. auch *Quaas/Zuck* § 13 Rn. 134
- [11] *Thurn*, Das Patientenrechtegesetz – Sicht der Rechtsprechung, *MedR* 2013, 153, 154
- [12] vgl. BGH, Urt. v. 27.03.2001 – VI ZR 18/00, *VersR* 2001, 859 = *NJW* 2001, 2791; BGH, Urt. v. 27.04.2004 – VI ZR 34/03, *VersR* 2004, 909 = *NJW* 2004, 2011



NACHRUF

IN MEMORIAM PROF. DR. JOSÉ GIRONA – PIONIER DER KOLOPROKTOLOGIE IN DEUTSCHLAND (*26.1.1933 † 07.08.2016)



Prof. Girona wurde in Barcelona geboren, wuchs dort auf mit dem ersten Berufswunsch eines Konzertpianisten. Dies wurde von seiner Mutter aber als „brotlose Kunst“ abgelehnt. Das Klavier spielen blieb aber lebenslang ein liebes Hobby. Er studierte in seiner Heimatstadt Humanmedizin mit dem Staatsexamen 1958. Während der gesamten Schul- und Studienzeit musste er sich durch verschiedene Jobs das Geld für die entsprechenden Gebühren selbst verdienen. Nach dem Studium wurde er zum Militärdienst als Arzt eingezogen, lehnte aber eine Beförderung in einen Offiziersrang ab. Er entwickelte zunächst ein spezielles Interesse für die Unfallchirurgie und trat seine erste Stelle im Unfallkrankenhaus Graz unter dem damals berühmten Unfallchirurgen Prof. Ehalt an. Es schloss sich eine weitere Ausbildung in Bochum, im St. Josefs-Hospital, unter Prof. Rosenthal an. Von 1962 bis 1964 war er im Vinzenz-Krankenhaus in Altena (Sauerland) unter Dr. Kickstein tätig. Er kehrte schließlich als Oberarzt 1964 zu Prof. Rosenthal nach Bochum zurück und blieb dort bis 1969. In dieser Zeit hatte er häufig Kontakt zu dem nie-

dergelassenen Kollegen Dr. Herbert Schüler, der in Bochum eine der ersten rein proktologischen Praxen gegründet hatte. Es entstand daraus eine fruchtbare Zusammenarbeit, die schließlich sogar zu einem Mitwirken in der Praxis von Herrn Dr. Schüler führte.

Am 16. Februar 1970 wurde er in der Chirurgischen Klinik des Prosper-Hospitals als Oberarzt unter Herrn Dr. Hammerschlag eingestellt. Sein Hauptinteresse galt weiterhin eher der Unfallchirurgie einschließlich des Schreibens einer Promotion 1971 über „Osteosyntheseverfahren von Unterschenkelbrüchen“. Da er sich jedoch dort unfallchirurgisch nicht weiterentwickeln konnte, beschäftigte er sich mehr und mehr mit der Koloproktologie und dies führte schon 1972 zur Gründung der ersten Spezialklinik für Proktologie in Deutschland. Obwohl von Anfang an auch große Kolon- und Rektumresektionen in dieser Klinik durchgeführt wurden, durfte erst ab ca. 1980 offiziell eine Benennung in „Klinik für Koloproktologie“ erfolgen. Die bereits zu Bochumer Zeiten bestehenden Kontakte zu Sir Alan Parks aus dem St. Marks Hospital in London führten zu wechselseitigen Besuchen in London und Recklinghausen. Daraus resultierte, dass z. B. die erste Proktokolektomie und Ileum-pouchanale-Anastomose in Deutschland von beiden zusammen 1979 in Recklinghausen durchgeführt wurde.

Ab 23. Januar 1979 war er Mitbegründer und jahrelang tätig im Vorstand des Berufsverbandes der Koloproktologen; insbesondere wurden die Koloproktologietage, damals noch in Bad Homburg, von ihm aktiv mitgestaltet. Sein besonderes Interesse galt der kontinenzhaltenden Therapie der Analfisteln. Beeinflusst von Parks, entwickelte er ein eigenes schließmuskelschonendes OP-Verfahren und hierüber verfasste er eine Habilitationsschrift („Neue Erkenntnisse in der Genese der Analfistel und neue Wege in der Behandlung“) für die er am 08.07.1987 die Venia Legendi für Koloproktologie an der Ruhr-Universität in Bochum erhielt mit Ernennung zum außerplanmäßigen Professor

am 06.10.1993. Kontinenzverlust war für ihn auch ein wichtiges Thema in der Behandlung des Rektumkarzinoms. Insbesondere übernahm er von Parks, die von diesem entwickelte transanale Durchzugsoperation (Sleeve-Anastomose). Frühzeitig setzte er auch das SPTU-Klammernahtgerät für tiefe Anastomosen ein, welches auf abenteuerliche Weise aus der damaligen UdSSR geschmuggelt wurde. Schon 1981 berichtete er über 260 Klammernahtanastomosen mit einem Vergleich zwischen SPTU- und EEA-Geräten. Ein weiteres Hauptinteresse galt den chronischen Entleerungsstörungen. Hier gab es einen regen Gedankenaustausch mit Prof. Ahmed Shafik aus Kairo, der mehrfach in Recklinghausen seine anatomischen Vorstellungen und OP-Methoden demonstrierte. Weitere OP-Workshops wurden mit Prof. Bill Heald, Basinkstoke, zur TME und mit Prof. Core Baeten aus Maastricht zur Gracilisplastik durchgeführt.

Nach seinem Ausscheiden als Chefarzt aus dem Prosper-Hospital zum 31.12.1997 war er noch als Gastoperateur an der Uni-Klinik in St. Gallen (Prof. Lange), in Hagen (Dr. Mölle), in Dornbirn, Österreich (Prim. Univ. Prof. Stoß) und den Kliniken St. Antonius Wuppertal (Prof. Prohm) tätig. Außerdem verfasste er mit Prof. Jochen Lange und Dr. Bernward Mölle ein sehr aufwendig gestaltetes Lehrbuch der chirurgischen Proktologie.

Mit Prof. Girona ist einer der Pioniere der Koloproktologie in Deutschland von uns gegangen, der ungemein viel für die Anerkennung und Entwicklung dieses Faches getan hat.

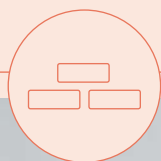
Wir werden ihm ein ehrendes Andenken bewahren. ○

Dr. Eugen Berg
Chefarzt Koloproktologie, Prosper-Hospital Recklinghausen

Danksagung: Mit freundlicher Unterstützung von Montserrat Girona-Johannkemper.

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 Mury, 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
Herr Prof. Dr. med. Alois Fürst
Herr Dr. med. Arthur Heiligensetzer
Herr Dr. med. Peter Sauer
Herr Dr. med. Bernfried Pikal
Herr Dr. med. Johannes Winfried Pruy
in memoriam Prof. Dr. med. Johannes
Christian Dobroschke, Regensburg

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 Schwemmle,
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 Bünthe,
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
Herr Dr. med. Christoph Bubb, Landshut

BAUSTEIN IN BRONZE

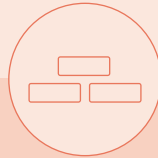
Herr Dr. med. Holger Barenthin, Celle
 Herr Prof. Dr. med. Gernot Feifel, Homburg
 Herr Prof. Dr. med. Alfred Lamesch,
 Gotzingen / Luxemburg
 Herr Prof. Dr. med. Dr. h. c. Jakob R. Izbicki,
 Hamburg
 Herr Prof. Dr. med. Hans Zwipp, Dresden
 Herr Dr. med. Dusan Dragojevic, Isernhagen
 Herr Prof. Dr. 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.
 – Geschäftsstelle –
 Luisenstraße 58/59
 10117 Berlin

**DEUTSCHE GESELLSCHAFT
 FÜR CHIRURGIE e. V.**

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 an die

☐ Praxis-/Klinikadresse

☐ Privatadresse

Ich bin tätig als:

☐ Ärztlicher Direktor

☐ Chefarzt

☐ Niedergelassener Chirurg

☐ Oberarzt

☐ Assistenzarzt

☐ Belegarzt

☐ Student

☐ Ich lebe im Ruhestand 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

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..... bis Uhr |
| ☐ Mittwoch, 22. März | von..... bis Uhr |
| ☐ Donnerstag, 23. März | von..... bis Uhr |
| ☐ Freitag, 24. März | von..... bis Uhr |

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!

Einladung zur BDC-Mitgliederversammlung 2017



**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

Sehr geehrte Frau Kollegin,
sehr geehrter Herr Kollege,

hiermit lade ich Sie satzungsgemäß zur Mit-
gliederversammlung (Zutritt nur mit gültiger
Mitgliedskarte) des BDC ein.

Termin: Mittwoch, den 22. März 2017, 19:00 –
20:00 Uhr

Ort: Internationales Congress Center
München (ICM München), Saal 126 ,
im Rahmen des 134. Chirurgenkon-
gresses

ZU TOP 5 – SATZUNGSÄNDERUNG

Die vorgesehene Satzungsänderung beinhal-
tet Veränderungen in der Struktur der Gremien
des BDC mit dem Ziel einer Verschlingung
bei gleichzeitiger Professionalisierung. Nach
intensiver Diskussion im Präsidium ist beab-
sichtigt, aus den bisher dual vorgehaltenen
geschäftsführenden und erweiterten Präsi-
dium ein gemeinsames Präsidium zu bilden
und dafür den dreiköpfigen (geschäftsfüh-
renden) Vorstand mit einem erweiterten Vor-

stand mit Ressortzuteilung für die jeweiligen
Geschäftsbereiche zu unterstützen. Es bleibt
bei Landesverbänden als Untergruppierung
auf regionaler Ebene und der Repräsentanz
der verschiedenen chirurgischen Fächer im
Präsidium. In Zukunft sollen alle Mandats-
träger im Präsidium von der Mitgliederver-
sammlung gewählt bzw. bestätigt werden.
Weitere Änderungen sind dann redaktionell.

Am Mittwoch, den 22. März 2017, 13:00 bis
17:00 Uhr, findet eine Rechtsberatung für BDC-
Mitglieder mit dem BDC-Justitiar, Dr. Jörg Heber-
er, im Raum Büro 0.336 statt. Eine Anmeldung
via justitiar@bdc.de ist erforderlich.

Ich wünsche Ihnen eine angenehme
Anreise.

Prof. Dr. med. Dr. h.c. Hans-Joachim Meyer

Präsident
Berufsverband der Deutschen Chirurgen e.V.
(BDC) ○

TAGESORDNUNG

TOP 1	Bericht des Präsidenten	Meyer
TOP 2	Bericht des Schatzmeisters	Mayer
	Antrag auf Entlastung	
TOP 3	Bericht des Justitiars	Heberer
TOP 4	Satzungsänderung	Rüggeberg
TOP 5	Weiterbildungskommission	Seifert
TOP 6	Aktuelle Probleme in der Berufspolitik	Mitglieder des Präsidiums
	Sie Fragen, wir antworten	
TOP 7	Verschiedenes	



Gemeinsamer Bundeskongress Chirurgie 2017 – Fortbildung und Erfahrungsaustausch

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege!

Vom 10. bis 12. März 2017 findet in Nürnberg wieder der gemeinsame Bundeskongress Chirurgie statt. Wie in den letzten Jahren bietet dieses Treffen der Chirurgen aus Praxis und Kliniken ein Forum für Informationen aus erster Hand und für den kollegialen Erfahrungsaustausch.

Im Mittelpunkt der berufspolitischen Diskussion werden die Programme der Parteien zur zukünftigen Gesundheitspolitik stehen. Im Bundestags-Wahljahr dürfte somit der traditionelle politische Vormittag am Samstag eine besondere Brisanz entwickeln. Schon am Freitag werden die beteiligten Verbände ihre Erwartungen an die Gesundheitspolitik darstellen.

Auch Auswirkungen der aktuellen Gesetzgebung im Hinblick auf Terminservicestellen, Zweitmeinungsverfahren und Einrichtung von Portalpraxen in Krankenhäusern werden thematisiert und diskutiert. Breiten Raum wird die sektorenübergreifende Versorgung einnehmen – dieses Mal in Form einer speziellen Sitzung mit der

Vorstellung erfolgreicher Modelle am Freitagvormittag. Hier bewährt sich das Konzept des Nürnberger Kongresses, Chirurgen aller Versorgungsbereiche zusammenzuführen. Diese Beispiele haben besondere Aktualität angesichts der sinkenden Attraktivität der Niederlassung als Chirurg und den zunehmenden Schwierigkeiten, Nachfolger für chirurgische Praxen zu finden. Die Fachvorträge decken einen breiten Bereich der Viszeral-, Hand-, Venen- sowie proktologischen Chirurgie ab. Die Unfallchirurgie fokussiert 2017 Verletzungen der unteren Extremitäten sowie die Endoprothetik am Hüft- und Kniegelenk.

Über den Stand des BDC können persönliche Beratungsgespräche zu Karrierefragen, zur Niederlassung, zu rechtlichen Problemen und zu allen Aspekten des Arbeitsalltags vereinbart werden. Am Nachbarstand steht auch wieder unser Versicherungspartner Ecclesia für alle Fragen und Wünsche zum Thema Versicherungen zur Verfügung.

Wie in allen Jahren zuvor wird der spezifischen und zertifizierten Fortbildung im Rahmen des Kongress breiter Raum eingeräumt. Die Durchgangsärzte haben die Möglichkeit, an der DGUV-zertifizierten Fortbildung „Kindertraumatologie“ und am Gutachten-Seminar teilzunehmen und damit wesentliche Anteile der vorgeschriebenen D-Arzt-Fortbildungen nachzuweisen. Auch die Auffrischung der Fachkunde im Strahlenschutz sowohl für die Ärzte als auch das radiologische Fachpersonal ist nach

BUNDESKONGRESS CHIRURGIE 2017

BNC · BDC · BAO

GEMEINSAM STARK

vom 10. bis 12. März 2017

im NCC Ost, Nürnberg

Sie können sich unter www.bundeskongress-chirurgie.de anmelden.

**DR. MED. PETER KALBE**

Leiter des Referats Niedergelassene
Chirurgen im BDC
kalbe@bdc.de

**PD DR. MED. CARSTEN J. KRONES**

Beauftragter für Nachwuchsförderung
im Präsidium des BDC
ckrones@bdc.de

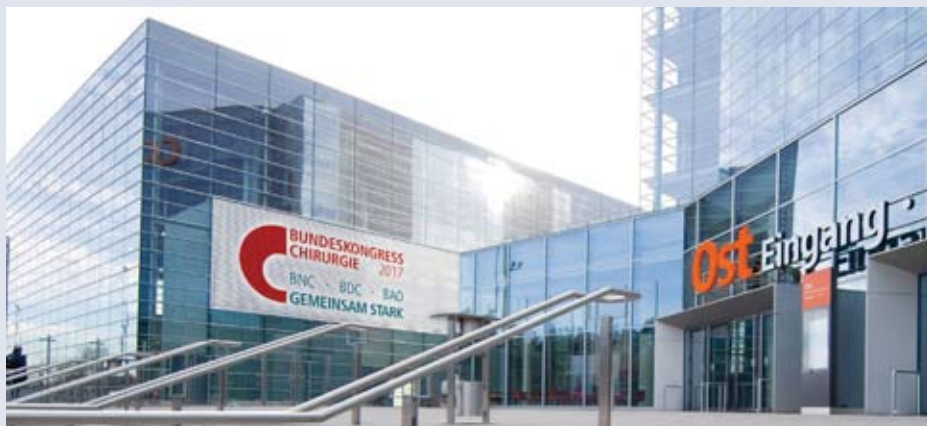
**DR. MED. MICHAEL BARTSCH**

Kongressleiter Bundeskongress
Chirurgie 2017
dr.michaelbartsch@t-online.de

Bartsch M. / Kalbe P. / Krones C. J. Gemeinsamer
Bundeskongress Chirurgie 2017 – Fortbildung
und Erfahrungsaustausch. 2016 Oktober; 6(10):
Artikel 03_01.



ALLE INFORMATIONEN ZUM
BUNDESKONGRESS CHIRURGIE
2017 FINDEN SIE AUF
WWW.BUNDESKONGRESS-
CHIRURGIE.DE.



vorheriger Anmeldung möglich. In zahlreichen Workshops werden praktische Tipps für den Alltag der niedergelassenen und klinisch tätigen Chirurgen angeboten. Die Industrieausstellung bietet wieder einen Überblick über Neuheiten und Bewährtes für den Arbeitsalltag.

Neben den Aktivitäten auf dem Messegelände wird aber auch der informelle persönliche Austausch unter Kolleginnen und

Kollegen nicht zu kurz kommen. Die bekannte fränkische Gastlichkeit in der Nürnberger Altstadt bietet ebenso wie der Gesellschaftsabend genügend Gelegenheit zu Gesprächen im kleinen Kreis.

Wir freuen uns darauf, Sie im Frühjahr 2017 in Nürnberg begrüßen zu dürfen.

Dr. Peter Kalbe

PD Dr. Carsten Krones

Dr. Michael Bartsch



SAVE THE DATE



WORKSHOP

„Musterweiterbildungsordnung im Fokus“

DGCH und BDC veranstalten einen gemeinsamen Workshop zum aktuellen gesundheitspolitischen Brennpunkt „Musterweiterbildungsordnung im Fokus“. Unter der Einbeziehung von kammeraktiven Mitgliedern sollen Informationen über die Standpunkte der verschiedenen regionalen Vertretungen zur Kenntnis gebracht und diskutiert werden.

Wann? 08. Februar 2017, 11.00 – 15.00 Uhr

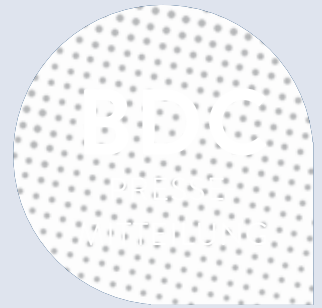
Wo? Langenbeck-Virchow-Haus, Luisenstr. 58/59, 10117 Berlin

Anmeldung via mail@bdc.de

Hier finden Sie mehr Informationen: <http://bdc-newsblog.blogspot.de/>

www.bdc.de

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:

Beleg- und Kooperationsärzte fordern mehr Rechtssicherheit

BDC-Pressemitteilung vom 04.11.2016

BSG-Urteil gefährdet chirurgische Versorgung

BDC-Pressemitteilung vom 14.10.2016

■ 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.

PRESSESPIEGEL

30.12.2016 Pressespiegel

Gehetzte Mitarbeiter in langen gängen, die sich nicht mehr verantwortlich fühlen

Der Mangel an ärztlichem Fachpersonal nimmt innerhalb der deutschen Krankenhäuser seit Jahren dramatisch zu. Dr. Andreas Fiehn, MBA, Ärztlicher Leiter der Diakonie-Kliniken Kassel, fehlt eine gelebte Leitbildkultur in vielen Häusern...

24.11.2016 Ärzteblatt

Gemeinsames Thesenpapier benennt Handlungsbedarf im Gesundheitssystem

Ein gemeinsames Positionspapier „32 Thesen zur Gesundheitspolitik nach der Bundestagswahl 2017“ haben der Berufsverband der Deutschen Chirurgen (BDC), der Berufsverband Deutscher Internisten (BDI), der Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands (VKD) und der Verband der Leitenden Krankenhausärzte Deutschlands (VLK) vorgestellt...

04.11.2016 Ärzteblatt

Beleg- und Kooperationsärzte fordern mehr Rechtssicherheit

Die Arbeitsgemeinschaft für Beleg- und Kooperationsärzte (AG BeKo) im Berufsverband der Deutschen Chirurgen (BDC) hat bessere rechtliche Rahmenbedingungen für die Zusammenarbeit mit Kliniken gefordert. Besonders das kürzlich in Kraft getretene Anti-Korruptionsgesetz berge Probleme für die Vertragsgestaltung der Beleg- und Kooperationsärzte, so die Chirurgen...

04.11.2016 ÄrzteZeitung

Honorärärzte vermissen klare Hinweise

Die zum 1. Oktober gegründete Arbeitsgemeinschaft für Beleg- und Kooperationsärzte (AG BeKo) im Berufsverband der Deutschen Chirurgen fordert bessere rechtliche Rahmenbedingungen für die Zusammenarbeit zwischen niedergelassenen Chirurgen und Krankenhäusern. Insbesondere durch das Anfang Juli in Kraft getretene Korruptionsstrafrecht für Heilberufler Sorge für erhebliche Verunsicherung, heißt es.

<http://www.academicworld.net/artikel-allgemein/article/gehetzte-mitarbeiter-in-langen-gaengen-die-sich-nicht-mehr-verantwortlich-fuehlen/>

<http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/71643/Gemeinsames-Thesenpapier-benennt-Handlungsbedarf-im-Gesundheitssystem>

<http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/71276/Beleg-und-Kooperationsaerzte-fordern-mehr-Rechtssicherheit>

http://www.aerztezeitung.de/praxis_wirtschaft/klinikmanagement/article/922980/korruption-honoraerzte-vermissen-klare-hinweise.html

AKTUELLE MELDUNGEN

14,6 Prozent der Ärzte sind in Ärztehäusern tätig

https://www.bdc.de/146-prozent-der-aerzte-sind-in-aerztehaeusern-taetig/?parent_cat=186

03.01.2017 Deutsche Apotheker- und Ärztebank

BDC+ AMNOG-Novelle: Behelfsbrücken auf der Baustelle

https://www.bdc.de/amnog-novelle-behelfsbruecken-auf-der-baustelle/?parent_cat=186

20.12.2016 Pharma- und Medizinprodukte

Alles wie immer?

https://www.bdc.de/h-j-meyer-j-a-rueggeberg/?parent_cat=186

19.12.2016 H.-J. Meyer, J.-A. Rüggeberg

Kinderchirurgen prognostizieren Pleitewelle

https://www.bdc.de/kinderchirurgen-prognostizieren-pleitewelle/?parent_cat=186

12.12.2016 Deutsche Gesellschaft für Kinderchirurgie

BDC+ 11 Prozent Gesundheitsausgaben ist spitze

https://www.bdc.de/11-prozent-gesundheitsausgaben-ist-spitze/?parent_cat=186

08.12.2016 Presseagentur Gesundheit

Medizin am Limit: Chirurgie braucht mehr Zeit für den Patienten

https://www.bdc.de/medizin-am-limit-chirurgie-braucht-mehr-zeit-fuer-den-patienten/?parent_cat=186

07.12.2016 Deutsche Gesellschaft für Chirurgie e.V.

BDC+ Sicherstellungszuschläge versus Qualitätsversorgung

https://www.bdc.de/sicherstellungszuschlaege-versus-qualitaetsversorgung/?parent_cat=186

05.12.2016 Presseagentur Gesundheit

Bundessozialgericht bestätigt: Kein Streikrecht für Ärzte

https://www.bdc.de/bundessozialgericht-bestaetigt-kein-streikrecht-fuer-aerzte/?parent_cat=186

02.12.2016 Kassenärztliche Bundesvereinigung

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

FACHARTZVORBEREITUNG							
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
27.02.17	03.03.17	Augsburg	2017-22580	Facharztseminar – Allgemein- und Viszeralchirurgie	Prof. Dr. Matthias Anthuber	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 Rütger; 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		
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	Hamburg	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		
12.05.17	13.05.17	Berlin	2017-27832	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
- Abschlusscolloquium & Testat
- Teilnahmezertifikat
- 2 Jahre Learning Community - Ärzte



eCME-center.org[®]
continuing medical education

continuing medical education

meduplus

60 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.

Veranstaltungshinweise

DATUM		ORT	SEMINARTITEL	LEITER	PREIS MITGLIED	PREIS NICHT-MGL
21.01.17	21.01.17	Leipzig	Training event: Kompetenz-Basiertes Training in der Chirurgie Achtung: dieser Kurs findet an zwei Terminen statt: Der zweite Teil findet am 11.03.2017 von 09:00 bis 18:15 statt.	Innovative Surgical Training Technologies – ISTT	200,00	200,00
27.01.2017	28.01.17	Düsseldorf	Chirurgie Update	med update GmbH	500,00	500,00
15.02.17	17.02.17	Gießen	38. Handchirurgischer Operationskurs mit Arthroskopie-Workshop „Die traumatisierte Hand“	Klinik und Poliklinik für Unfall-, Hand- und Wiederherstellungschirurgie, Universitätsklinikum Gießen und Marburg GmbH, Standort Gießen in Zusammenarbeit mit dem Institut für Anatomie und Zellbiologie der Justus-Liebig-Universität Gießen und der AIOD Deutschland	500,00	500,00
16.02.17	18.02.17	Münster	Refixation Update 2017 – XV. Schulteroperationskurs			
17.02.17	18.02.17	Berlin	Chirurgie Update	med update GmbH	500,00	500,00
18.02.17	20.02.17	Wendisch Rietz	Crurale Chirurgie (GCC)	Medizinisches Kompetenzzentrum c/o HCx Consulting GmbH	850,00	850,00
23.02.17	25.02.17	Würzburg	13. Schulter- und Ellenbogenkurs Würzburg – Essen	Intercongress GmbH		
09.03.17	11.03.17	Berlin	DGOOC Kurs 2017 – Knie	Intercongress GmbH		
10.03.17	11.03.17	Kiel	Kieler Arthroskopiekurs 2017			
10.03.17	11.03.17	München	Munich Elbow 2017	Intercongress GmbH		
10.03.17	10.03.17	Köln	KV-Honorarbescheide: Richtig lesen und verstehen!	Frielingsdorf Consult GmbH	390,00	490,00
13.03.17	18.03.17	Köln	Zertifizierter 1-wöchiger Fortbildungsgang: „MVZ-Geschäftsführer/in (IHK)“	Frielingsdorf Consult GmbH	3.320,10	3.689,00
16.03.17	17.03.17	Wendisch Rietz	Viszeralchirurgie kompakt (VCK)	Medizinisches Kompetenzzentrum c/o HCx Consulting GmbH	525,00	525,00
17.03.17	18.03.17	Bamberg	Ostetomiekurs Bamberg	Intercongress GmbH		
17.03.17	18.03.17	Köln	Teamentwicklung: Gemeinsam auf dem Weg zum Dream-Team in Arztpraxis/MVZ	Frielingsdorf Consult GmbH	390,00	490,00
25.03.17	25.03.17	Düsseldorf	12. Jahrestagung der Sektion Handchirurgie der DGU	Intercongress GmbH		
20.04.17	22.04.17	Berlin	DGOOC Kurs 2017 – Schulter	Intercongress GmbH		
05.05.17	06.05.17	München	Munich Shoulder Fracture Course 2017	Intercongress GmbH		
08.05.17	12.05.17	Köln	Zertifizierter 1-wöchiger Fortbildungsgang: Praxismanager/in (IHK)	Frielingsdorf Consult GmbH	2.266,95	2.499,00
12.05.17	13.05.17	München	Komplexe Hüftchirurgie 2017	Intercongress GmbH		
12.05.17	12.05.17	Köln	Betriebswirtschaftliche Praxisführung	Frielingsdorf Consult GmbH	390,00	490,00
13.05.17	14.05.17	Wendisch Rietz	Aufbauseminar intensivmedizinische Fachpflege (AFI)	Medizinisches Kompetenzzentrum c/o HCx Consulting GmbH	540,00	540,00
17.05.17	20.05.17	Ulm	30. Jahrestagung der Deutschsprachigen Medizinischen Gesellschaft für Paraplegie e. V.	Conventus Congressmanagement & Marketing GmbH		
18.05.17	20.05.17	Berlin	DGOOC Kurs 2017 – Fuß	Intercongress GmbH		

DATUM		ORT	SEMINARTITEL	LEITER	PREIS MITGLIED	PREIS NICHT-MGL
18.05.17	20.05.17	Ludwigs- burg	24. Jahreskongress der Deutschen Vereinigung für Schulter- und Ellenbogenchirurgie	Intercongress GmbH		
19.05.17	20.05.17		26. Thüringer Unfallchirurgisch-Orthopädisches Symposium (VLOU) 2017			
24.05.17	26.05.17	Bad Neus- tadt an der Saale	Internationales Symposium mit Workshop – 25 Jahre Klinik für Handchirurgie Bad Neustadt	Intercongress GmbH		
08.06.17	10.06.17	Wendisch Rietz	Grundlagen der Intensivmedizin (GIN)	Medizinisches Kompetenzzentrum c/o HCx Consulting GmbH	1.250,00	1.250,00
08.06.17	09.06.17	Zürich	Schulthess Clinic Academy: The Knee	Intercongress GmbH		
10.06.17	11.06.17	Wendisch Rietz	Intensivmedizinische Techniken kompakt (GIT)	Medizinisches Kompetenzzentrum c/o HCx Consulting GmbH	675,00	675,00
23.06.17	24.06.17	Berlin	32. Jahreskongress der GOT	Intercongress GmbH		
24.06.17	25.06.17	Wendisch Rietz	Grundlagen der Beatmung (BEA)	Medizinisches Kompetenzzentrum c/o HCx Consulting GmbH	625,00	625,00

SAVE THE DATE:

Workshop

“Musterweiterbildungsordnung im Fokus”






PERSONALIA



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

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. med. Alexander Adelhelm ist seit dem 01.11.2016 neuer ärztlicher Leiter der Notfallambulanz des Friedrich-Ebert-Krankenhauses in Neumünster.

Prof. Dr. med. Karl-Heinz Bauer, Ärztlicher Direktor des Klinikums Westfalen und Chefarzt der Chirurgischen Klinik am Knappschafts Krankenhaus Dortmund in Brackel, ist neuer Präsident der Vereinigung Niederrheinisch-westfälischer Chirurgen.

Dr. med. Lars Brinkmann leitet seit September 2016 die Abteilung Allgemein-, Viszeral- und Minimalinvasive Chirurgie des St. Vinzenz-Krankenhauses Hanau.

Dr. med. Dirk Ernst ist seit dem Januar 2017 neuer Chefarzt der Chirurgie des Krankenhauses Roding. Er folgt in dieser Funktion Dr. Bernhard Palmer der sich nach einer gemeinsamen Übergangszeit Ende Februar in den Ruhestand verabschiedet.

Dr. med. Thomas Gehrke, Chefarzt der Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Thoraxchirurgie des Kreisklinikums Siegen sowie sein Kollege, Oberarzt und Leiter der Proktologie, **Dr. med. Guido Weyand**, wurden von der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie (DGAV) für ihre jahrelangen besonderen Leistungen in der Viszeralchirurgie ausgezeichnet. Die Siegener Chirurgen haben als eines der ersten Zentren deutschlandweit die Qualitätssicherung in den von ihnen zu verantwortenden Spezialgebieten vorangetrieben.

Dr. med. Matthias Goos leitet seit Anfang Oktober 2016 die Abteilung Allgemein- und Viszeralchirurgie an der HELIOS Klinik Müllheim. Neben seinem bisherigen Behandlungsspektrum möchte er an der Klinik ein Netzwerk für Viszeralmedizin und ein Beckenbodenzentrum aufbauen.

Dr. med. Andreas Gussmann wechselte vom Helios-Klinikum Bad Saarow nach Berlin-Buch. Dort übernahm er zum Anfang des Jahres das Amt des Ärztlichen Direktors des Helios-Gefäßzentrums sowie die Position des Chefarztes der Klinik für Gefäßchirurgie.

Dr. med. Saleem Hefni ist seit Oktober 2016 der neue Chefarzt der Klinik für Orthopädie, Unfall- und Viszeralchirurgie im Jüdischen Krankenhaus Berlin.

Dr. med. Mark Jäger übernahm die Leitung der Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Minimal-Invasive-Chirurgie am Städtischen Klinikum Wolfenbüttel. Sein Ziel ist die Etablierung von minimal-invasiven Eingriffen in der gesamten Bauchchirurgie.

Dr. med. Gerhard Schüder ist seit Anfang Januar 2017 neuer Chefarzt der Abteilung Allgemein- und Viszeralchirurgie am Krankenhaus Tauberbischofsheim.

Dr. med. Tilmann Steins wechselte zum 01. Oktober 2016 vom Jung-Stilling-Krankenhaus in Siegen in die Klinik für Orthopädie, Unfall-, Handchirurgie und Sportverletzungen des St. Marien-Krankenhauses Siegen. Auch dort ist er als Oberarzt tätig. 

LIFESTYLE- ANGEBOTE IM JANUAR 2017

%



13 %

ADLER:
13 % FÜR BDC-MITGLIEDER



42 %

CENTERPARKS:
BIS ZU 42 % FÜR BDC-MITGLIEDER



20 %

DEUTSCHE SEE:
20 % RABATT FÜR BDC-MITGLIEDER



20 %

JUNIQUE:
20 % RABATT FÜR BDC-MITGLIEDER



15 %

TAUSENDKIND:
15 % FÜR BDC-MITGLIEDER



35 %

SENNHEISER:
BIS ZU 35 % 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.



© iStockphoto/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. ○



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



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



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



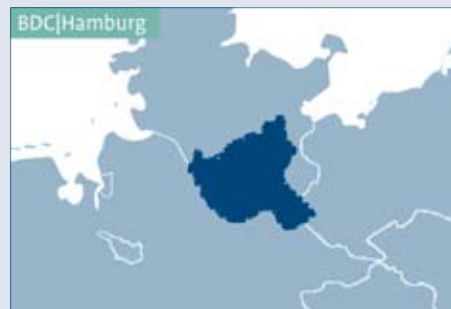
https://www.bdc.de/der-bdc-2/struktur/bdc-landesverbände/?association_id=304



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



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



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



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



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/>





© xme / iStock

DER EINE UNTER DEN VIELEN - WIE IST EIGENTLICH DER BLICK VON AUSSEN AUF DEN CHIRURGEN?

Man liest und hört es zurzeit überall: Der Mediziner bangt um seinen Status als „Halbgott in Weiß“. Ärzte sorgen sich um das Ansehen ihrer Profession und sehen sich selbst zunehmend in der Rolle von Dienstleistern, die stetig anspruchsvoller werdenden Patienten sowie einem System, in dem nur noch ökonomisch und profitorientiert argumentiert wird, gegenüberstehen. Wer das zu pauschalisierend findet, dem kann man nicht

widersprechen. Sicher, unser Gesundheitssystem ist heterogen und geprägt von ganz unterschiedlichen Menschen. Nicht alles und jeder lässt dich da über einen Kamm scheren. Das gilt gerade auch für die Vielzahl an unterschiedlichen Ärzte-Typen. Es gibt nicht nur große Gegensätze zwischen den zahlreichen Fachrichtungen, sondern ebenso nicht den typischen Internisten, Orthopäden oder eben „den“ Chirurgen. Kinderchirurgen etwa

LUCIA SCHMIDT

Journalistin und Redakteurin
Frankfurter Allgemeine Zeitung GmbH
Hellerhofstraße 2-4
60327 Frankfurt am Main

arbeiten grundverschieden zu Unfallchirurgen, beide müssen fachlich wie menschlich andere Herausforderungen und Situationen bewältigen.

Ein Artikel, der den Blick „von außen“ auf „den Chirurgen“ zum Inhalt hat, kommt deshalb nicht daran vorbei, subjektive Seiten, persönliche Erfahrungen und Eindrücke einzubeziehen. Er muss mit Verallgemeinerungen arbeiten, abstrahieren und auch pauschalisieren. Was in diesem Artikel zur Sprache kommt, setzt sich zusammen aus Gesprächen am Abendbrottisch, aus Diskussionen mit Kollegen und Freunden, aus Kommentaren, die auf Stehpartys, Zugfahrten und Spaziergängen gefallen sind. All dies mündet in die erste Einschätzung: Wenn es eine Fachrichtung gibt unter den Mediziner, die es doch geschafft hat, sich in dem wandelnden System und ungeachtet des Zerfallens gesellschaftlicher Gemeinsamkeiten viel von dem Bild des sprichwörtlichen „Halbgotts in Weiß“ zu erhalten, dann sind es die Chirurgen.

Dass Mediziner im Allgemeinen entgegen des eingangs benannten Bangens immer noch zu den angesehensten Berufsgruppen in unserer Gesellschaft zählen, belegen Umfragen Jahr für Jahr. Gerade Kinderärzte und Hausärzte sind für viele wichtige Vertrauenspersonen. Doch Chirurgen tragen gegenüber

anderen Ärztegruppen einen nochmals anderen Status. Warum ist das so?

Manch einer meiner Gesprächspartner meint: „Das liegt daran, dass dann, wenn der Chirurg zum Einsatz kommt, es wirklich schlimm um den Patienten steht.“ Zum Hausarzt, Dermatologen oder Augenarzt gehe man regelmäßig, zum Chirurgen aber nur, wenn etwas „Besonderes“ anliege.

Ein operativer Eingriff ist in den Augen vieler Patienten eine Art Ultima Ratio. Kommt es zur Operation, gibt es kaum eine andere ärztliche Behandlung, bei der sich der Patient einem Mediziner so ausgeliefert fühlt wie unter der Narkose. Was zwischen Einleitung und Aufwachraum passiert, kann sich der Patient nur erklären lassen. Er ist gefühlt nicht dabei und muss damit dem Chirurgen ein ganz besonderes Vertrauen entgegenbringen. Für den Patienten bleibt die Zeit im gekachelten Operationssaal etwas Abstraktes, der Operationsvorgang manches Mal gar ein Enigma oder Mysterium – wird er etwas durch den Eingriff von einem schweren Tumor, einem komplizierten Bruch oder einer akuten Entzündung geheilt. Doch unabhängig von dem Grund für den Eingriff: Was dem Patienten nach der Operation bleibt, ist „nur“ eine Narbe. Sie ist ein stiller Zeuge von dem, was mit dem eigenen Körper geschah, während der Patient ohnmächtig schlief. Zum

Schmidt L. Der Eine unter den Vielen – Wie ist eigentlich der Blick von außen auf den Chirurgen? Passion Chirurgie. 2017 Januar, 7(01): Artikel 07_01.



WEITERE ARTIKEL ZUM THEMA
KINDERCHIRURGIE FINDEN SIE
AUF BDC|ONLINE (WWW.BDC.DE,
RUBRIK WISSEN | FACHGEBIETE |
FACHÜBERGREIFEND).



Bild des Chirurgen zählt damit etwas Unergründliches.

„Der Chirurg hat von mir mehr gesehen und berührt als ich selbst. Ich weiß nicht, wie meine Schilddrüse aussieht und sich gar anfühlt“, sagte mir ein anderer Bekannter, den ich nach seinem Bild von einem Chirurgen fragte. Auf einer Party schnappte ich die Aussage auf: „Chirurgen überschreiten jeden Tag natürliche Integritätsgrenzen, indem sie andere Körper öffnen.“ Manch einen, der mit am Stehtisch stand, erfüllt diese Vorstellung mit Faszination, einen anderen mit Widerwillen gegen die darin liegende Distanzlosigkeit bis hin zu Ekel.

Chirurgen haben Einblicke in den Menschen, die anderen, darunter dem Betroffenen selbst, verwehrt sind. Darm, Milz und Leber in der Hand zu halten, an winzigen Gefäßen zu manipulieren oder zersplitterte Sprunggelenke wieder zusammenzufügen, wird von vielen als etwas fassungslos Staunenswertes, gar Übermenschliches, als ein Stück Schöpfungsakt empfunden – weitere Eindrücke, die das Bild des Chirurgen formen.

Darüber hinaus gilt der Chirurg bei vielen als der Macher unter den Ärzten, als letztmöglicher Problemlöser. In der Wahrnehmung von Laien macht der Chirurg – zumindest derjenige, der in einer Klinik arbeitet – wenig Diagnostik. Da wird nicht wochenlang eine Creme angewendet oder ein Medikament gegeben, das am Ende doch keine Abhilfe leistet, sondern da wird geschnitten, genagelt und genäht – und das mit höchster Präzision und Konzentration.

Das Wissen um und auch die Hochachtung vor dem handwerklichen Geschick des Chirurgen führen zu einer besonderen Erwartungshaltung an sein Tun und addieren sich

zu seinem Ansehen als Mediziner. Denn dem Laien ist durchaus bewusst: Über einen operativen Erfolg oder Misserfolg können wenige Millimeter, feste Knoten, schwindende Konzentration oder müde Hände entscheiden. Der Patient weiß, wenn bei dem Eingriff etwas schief läuft, kann das besonders schwerwiegende Folgen für ihn haben. Im Bild des Chirurgen bündeln sich damit auch Nervenstärke, Konzentrationsmeisterschaft, Exaktheit und feinstmotorisches Geschick.

Doch auch „Furcht vor ihm“ gehört zum Bild des Chirurgen. Sie reicht in der Spannweite von Ehrfurcht bis Angst. In die Furcht mischt sich bei manch einem beim Blick auf

„DAS LIEGT DARAN, DASS DANN, WENN DER CHIRURG ZUM EINSATZ KOMMT, ES WIRKLICH SCHLIMM UM DEN PATI- ENTEN STEHT.“

den Chirurgen das Gefühl von Abgebrühtheit. Der Mediziner mit Mundschutz und grüner Haube gilt bei einigen meiner Gesprächspartnern als gefühllos, unempathisch, in dessen Berufsauffassung die persönliche Bedeutung einer Operation für den einzelnen Patienten und dessen Leid keinen Platz haben. Operiert der Chirurg tagtäglich, mehrere hundert Mal

im Jahr, kann eine Operation nicht selten die Zeitrechnung für den Patienten auf den Kopf stellen. Für den Erkrankten gibt es dann nur noch die Zeit vor der Operation und die danach.

Operationen sind einzigartige Erlebnisse im Leben eines Einzelnen. Mehr Verständnis dafür wünscht sich manch einer von den Chirurgen. Der Chirurgen ist eben der „harte Hund unter den Ärzten“ fasst es ein Freund auf einer Zugreise zusammen. Zu dieser Feststellung trägt auch die Wahrnehmung bei, dass die Chirurgie – mehr als andere Fachrichtungen – noch immer von starken Hierarchien geprägt ist. Dass am Operationstisch häufig ein durchaus strenger, manchmal gar rauer Ton zwischen leitenden Ärzten und Assistenten gebräuchlich ist, hat sich bis zu den Laien rumgesprochen.

Was bleibt nun, wenn man all diese Aussagen, Charaktereigenschaften und Wahrnehmungen zu einem Bild des Chirurgen formen will: Den Status eines „Halbgottes“ hat er sicher für die meisten wirklich nicht (mehr) inne, viele sehen aber den Chirurgen durchaus an einer Schnittstelle zwischen Realität und Unbegreiflichem arbeiten. In den Augen der Öffentlichkeit ist der Chirurg eine eigene Spezies unter den Mediziner. Sein Image umgreift die Spannweite von Faszination über Bewunderung bis zu Widerwillen und Furcht. Spricht man über „den Chirurgen“ entsteht ein vielfältiges Gesamtbild, dessen einzelne Mosaikstück sich nicht ausschließen. Chirurg – vielleicht liegt das Faszinierende an dieser Tätigkeit für viele gerade in den Widersprüchen, die sich integral in einem Berufsbild verbinden. ○

PANORAMA



Welcome Back Home – Das Mammakarzinom Projekt in Mazar-e Sharif

**DR. GERHARD STAUCH**

Parkstr 62, 26605 Aurich
gerhardstauch@web.de

Abb. 1: Fortgeschrittenes Mammoma in der FNA-Ambulanz in Mazar-e Sharif 2014

Abb. 2: Morgenbesprechung

Abb. 3: Patientenzimmer

Abb. 4: Patientinnen im Wartezimmer

Stauch G. Welcome Back Home – Das Mamma Carcinom Projekt in Mazar-e Sharif. Passion Chirurgie. 2017 Januar, 7(01): Artikel 07_02.



WEITERE ARTIKEL ZUM THEMA KINDERCHIRURGIE FINDEN SIE AUF BDC|ONLINE (WWW.BDC.DE, RUBRIK WISSEN | PANORAMA | ENTWICKLUNGSHILFE).

Nach dem erneuten Angriff der Taliban auf Kunduz und den bisher andauernden Stellungskämpfen um die Stadt Mitte 2016, hat sich die Sicherheitslage im gesamten Norden Afghanistans verändert und besonders in dem bisher ruhigen Mazar-e Sharif dramatisch verschlechtert. Zusätzlich ist in der Stadt durch Rückzug der deutschen Isaf-Truppen der größte Arbeitgeber der Nordprovinz weggefallen. Außerdem hat die Flucht junger und ausgebildeter Afghanen 2015 die Situation weiterhin verschlechtert. Die Instabilität der politischen und ökonomischen Situation hat aufgrund der Schwäche der Zentralregierung in Kabul mit dem Bruch zahlreicher Wahlversprechen und einer ausufernden Korruption zugenommen. Die Bevölkerung ist zunehmend mutlos und resigniert. Vor diesem Szenario ist die Implementierung neuer humanitärer Projekte sehr fragwürdig. Jedoch sind diese Projekte nötig, setzen sie doch Hoffnung auf eine bessere Zukunft und können selbst als Mikroprojekte einen Beitrag zur Stabilisierung der Gesellschaft leisten.

Im Rahmen des Wiederaufbaus des durch Brand zerstörten Zentralkrankenhauses in Mazar-e Sharif hat der Autor seit 2010 in zahlreichen mehrwöchigen Arbeitsaufenthalten in Afghanistan ein Labor für Pathologie mit angeschlossener zytologischer Ambulanz etabliert. Wegen der ausufernden Korruption der damaligen Entscheidungsträger wurde zwei Jahre später das regierungseigene Labor durch ein Privatlabor unter der Leitung von

Dr. Rauofi Rokai – einem vertrauenswürdigen Chirurgen – ergänzt. Die zunehmende Zahl der Einsendungen der letzten Jahre und eine zunehmende Akzeptanz vorwiegend ambulant tätiger Ärzte bestätigt die Notwendigkeit einer morphologischen Diagnostik vor Ort. Der mangelnden Erfahrung der afghanischen Pathologen wegen wurde deshalb ein Telepathologie Service durch deutsche Experten via Internet etabliert.

Die Häufigkeit der diagnostizierten Mammakarzinomen bestätigte die von der UICC erhobenen Daten der Prävalenz der Tumoren in der weiblichen afghanischen Bevölkerung. Sowohl die bildgebende Diagnostik wie auch die Therapie benignen und malignen Mamma Tumoren sind im Land nur ansatzweise vorhanden. Mammographie und Ultraschalluntersuchungen werden häufig ungenügend oder falsch interpretiert, mit der Konsequenz der Verunsicherung der Patientinnen. Morphologische Diagnostik mit Fine-Needle Aspiration, Core-Needle Biopsy und offenerer Biopsie sind bisher im Land nicht bekannt. Die meisten malignen Tumoren werden daher erst im fortgeschrittenen T3/ T4 N+ Stadien erkannt (**Abb. 1**). Die operative Therapie beschränkt sich zumeist auf incisionale Biopsien. Radio- und Chemotherapien sind zum jetzigen Zeitpunkt nicht verfügbar. Patientinnen müssen zur kurativen oder meist palliativen Therapie ins Ausland reisen: Pakistan oder Indien, was für viele nicht finanzierbar ist.

**Abb. 1****Abb. 2**

STAND DES PROJEKTS

Seit 2011 haben Dr. Rauofi Rokai und seine Mitarbeiter begonnen, sich auf die Diagnostik von Mammaläsionen mit besonderem Schwerpunkt der ultraschallgestützten Feinnadelpunktionen zu spezialisieren. Die Technik ermöglicht eine zeitnahe Diagnostik, die Vorteile im ambulanten Bereich zeigt.

Bei positiven zytologischen Ergebnissen erfolgen im Bedarfsfall Core-needle-Biopsien, jedoch genügt bei fortgeschrittenen Stadien die Tripeldiagnostik. Die Diagnostik wird durch europäische Experten via Skypekonferenzen unterstützt.

Gleichzeitig wird zur Sensibilisierung der Risikogruppen eine Aufklärungskampagne in lokalen Fernsehprogrammen platziert, nach Rücksprache und Zustimmung der örtlichen Geistlichkeit.

2014 wurde begonnen eine Basis Therapie mit einfachen Mastektomien mit axillarer Dissektion unter Anleitung eines deutschen Facharztes einzuführen. Eine lokale Tumorektomie kann bei fehlender postoperativer Radiatio nicht durchgeführt werden, gleichzeitig wurde der Aufbau eines stationären Zentrums für Mammatumoren in Mazar-e Sharif begonnen, bestehend aus Ambulanz, Mammographieabteilung und operativer Einheit. Dieses Zentrum ist mit dem bereits bestehenden Cyto- und Histopathologischen Labor verbunden.

Im Oktober 2016 wurde das Family Health Hospital (FHH) eröffnet, eine Privatklinik mit 20 Betten, das Projekt wurde mit 20.000 € aus Privatmitteln gefördert. Im November wird ein 20ft-Container mit Sachspenden deutscher Kliniken zur Ergänzung der Basisausstattung von Hamburg via Herat nach Mazar-e Sharif transportiert.

PROJEKTZUKUNFT

Geplant ist die Verbindung des Hospitals mit deutschen Institutionen:

Durch einen Vertrag zwischen dem Kirchenkreis Aurich der Evangelisch lutherischen Kirche, der die weitere Verwaltung der Geld- und Sachspenden garantiert, erfolgt im Gegenzug eine Gewinnbeteiligung des Kirchenkreises, dessen Ertrag für die Behandlung bedürftiger Patientinnen eingesetzt wird.

Die Verbindung der Klinik mit dem Klinikum Bamberg wird im Projekt des BMZ „Klinik Partnerschaften-Partner stärken Gesundheit“ angestrebt. Außerdem soll das Projekt „Hospitalationen auf Kurzzeit“ mit dem Klinikum Bamberg fortgesetzt werden, mit dem Ziel die Ausbildung von Ärzten und Fachpersonal zu fördern.

Dr. Rokai ist bereits Juniormitglied des Berufsverbandes deutscher Pathologen. Weitere Aufnahmen anderer afghanischer Kollegen in weiteren deutschen Fachgesellschaften wären wünschenswert und könnten zur Stabilisierung der Beziehung beitragen.

Im Routinebereich werden spezielle Tumorkonferenzen via Internet und Skype aufgebaut (sogenannte Hybridtechnik wegen der geringen Bandbreite und Instabilität des afghanischen Netzes.) Es wird in diesen Kon-

ferenzen nicht nur das Wissen europäischer Experten vermittelt, sondern auch interdisziplinäre Kommunikation im Land selbst gefördert.

FAZIT

Trotz der ungünstigen Situation vor Ort, schlechter Sicherheitslage und Korruption bei politischen Entscheidungsträgern ist der Aufbau eines privaten Medizinprojektes als Mikroprojekt erforderlich, um die medizinische Versorgung der afghanischen Frauen zu verbessern, das heißt die Angst vor einem fatalen Schicksal zu nehmen und Hoffnung zu wecken. Zum anderen kann das Projekt eine Leuchtturmfunktion zur Etablierung neuer Medizinstrukturen übernehmen.

Abb. 3

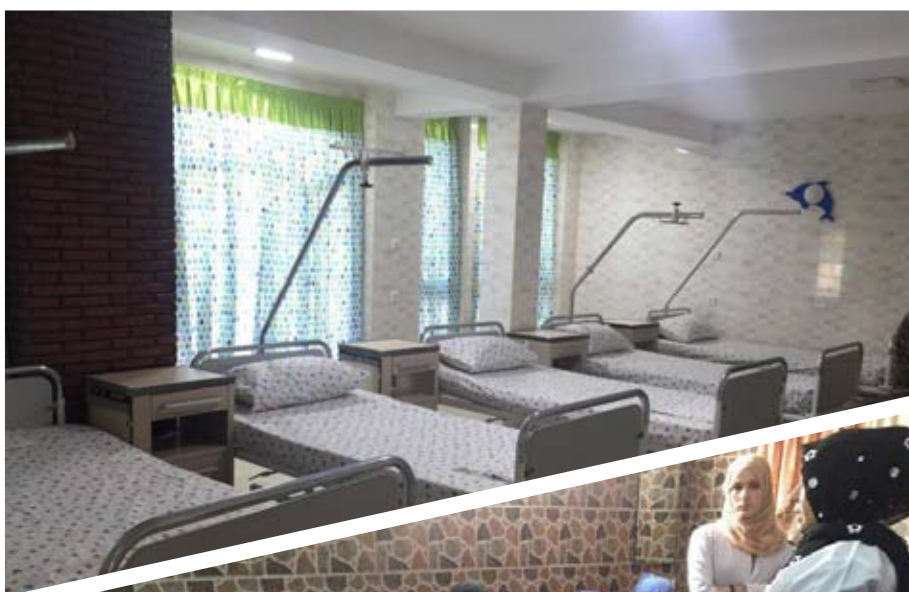


Abb. 4

Nachtrag

Der Titel des Artikels fußt auf einem persönlichen Erlebnis des Autors: Bei der letzten Einreise in Mazar-e Sharif fielen dem Beamten an der Passkontrolle die häufigen Visa-Einträge für Afghanistan auf, sodass der freundlich lächelnde Beamte mit einem „Welcome back home“ den Pass zurückreichte, ein afghanischer Lichtblick!

Danksagung

Mohammad Rafi, Rafi trading & shipment Hamburg

Harald Beenen Beenen GmbH & Co. KG
Willm Ihnen, Stahlbau Ihnen Aurich GmbH & Co. KG

Gerd Schaper, Agaplesion Klinikum Rotenburg

Wilhelm Wolken, Ludmillenstift Rotenburg

Markus Winkler, Sozialstiftung Bamberg
Thomas Hippen, Ubbo Emmius Klinik Aurich/ Norden
Monika Hubler IPATH NETWORK Basel 



Abb. 5: Spendenmaterial für FHH in Hamburg



Abb. 6: Operationssaal des FHH

SPENDENAUFTRUF

**SACH- UND
GELDSPENDEN ZUR
ERGÄNZENDEN
AUSSTATTUNG DER
KLINIK WERDEN
DRINGEND BENÖTIGT!
SPEZIELLE ANFRAGEN
KÖNNEN AN DEN
AUTOR GERICHTET
WERDEN.**

Sachspendenliste:

- Fachbücher in englischer Sprache
- Bipolar couter
- Bipolar scissor
- Bipolar pincette
- Surgical instrument set for abdominal surgery
- Surgical instrument set for Gynecology surgery
- Surgical instrument set for Cesarean section surgery
- Surgical instrument set for Orthopedic surgery
- Surgical instrument set for vascular surgery
- Surgical instrument set for Breast surgery
- Laser scalpel
- Urologic instrument set
- Endoscopic set
- Infusion warmer
- Spinal Catheter set
- Autoclave small
- Hysteroscopy set
- Colposcopy set
- CTG machine
- Doppler machine
- Larynscope
- Laryngoscope
- Endoscope
- Flexible Endoscope

Über Geldspenden freuen wir uns sehr, bitte überweisen Sie an*:
Evangelisch lutherische Kirchengemeinde in Aurich / Sparkasse Aurich-Norden
IBAN DE41 2835 0000 0000 0905 06
BIC BRLADE21ANO
Spendenkonto: Brustzentrum Mazar e Sharif

*Eine Spendenquittung erhalten Sie nach Eingang der Spende auf dem Konto.



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