

PASSION

CHIRURGIE

GESUNDHEITSPOLITIK

32 THESEN ZUR GESUNDHEITS-
POLITIK NACH DER
BUNDESTAGSWAHL 2017

im Fokus

**ROBOTIK IN DER
CHIRURGIE**

02 | 2017

MITGLIEDERZEITSCHRIFT:
DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR CHIRURGIE
BERUFSVERBAND DER DEUTSCHEN CHIRURGEN





Es gibt bekanntlich mehrere Methoden, Fische zu fangen. Eine ist schon von Franz Schubert nach dem Gedicht von Christian F. D. Schubart in einer wunderbaren Vertonung bekannt. Da wird mit Geduld und List eine einzige Forelle gefischt. Die Methode des Angelns ist also eher etwas für den isolierten Fang. Gleichwohl empfindet jeder Angler nach langem Ansitzen eine gewisse Genugtuung, wenn denn etwas hängenbleibt.

Professioneller ist da eher der Fang größerer Mengen mit Netzen. Der bringt größeren Ertrag, ist aber durchaus mit Nachteilen wie Überfischung, Zerstörung des Meeresgrundes und unerwünschtem Beifang verbunden.

Was hat nun der Fischfang mit uns als BDC zu tun?

Auch wir sorgen für Sie als unsere Mitglieder dafür, dass Ihr Tisch gedeckt ist und Fisch gilt ja als nahrhaft. Also stehen wir vor der Frage: Angeln oder Fischen? Beides wird getan. In vielen persönlichen Einzelgesprächen und mit noch mehr Schriftsätzen kümmern wir uns wie ein geduldiger Angler darum, dass am Ende ein mehr oder weniger dicker Fisch an Land gezogen wird. Leider gelingt das nicht immer,

manchmal aber doch. Gelegentlich springt einem der Fisch im letzten Moment vom Haken, so wie es aktuell mit der Reform der Musterweiterbildungsordnung droht. Dann war alle Mühe umsonst. Andere Fische sind dennoch geborgen, so wie die Neustrukturierung unserer Akademie, die Weiterentwicklung der BDC-Satzung oder die Nachwuchsförderung. Das alles sind Dinge, die wir als BDC sozusagen in eigener Regie voranbringen und keine externen Partner im Boot benötigen.

Dagegen sind die wirklich großen Projekte nur in Gemeinsamkeit zu

stemmen. Dazu bedarf es fest geflochtener Netze und darin sehen wir als Ihre Repräsentanten eine wichtige Aufgabe für uns. Das Herstellen von Netzwerken, neudeutsch „Networking“ genannt, ist eine fundamentale Notwendigkeit, um in der Politik oder innerhalb der Selbstverwaltung überhaupt etwas erreichen zu können. So haben wir mehrere verbandsübergreifende Allianzen geschmiedet, teilweise auch mit Partnern, die nicht unmittelbar zu den üblichen Verdächtigen gehören. Natürlich haben wir verschiedene Gruppen, in denen Berufsverbände gemeinsam agieren, wie GFB, SpiFa oder auch die Allianz Deutscher Ärzteverbände. Selbstverständlich sind wir als BDC in den Gremien der KBV und der Bundesärztekammer regelmäßig vertreten und positionieren uns dort unter anderem zur Weiterentwicklung der GOÄ resp. des EBM. Wir sind beratend beim DIMDI und in vielen Institutionen tätig, die sich jeweils mit Einzelfragen im Gesundheitssystem befassen. In dieser Ausgabe der Passion Chirurgie finden Sie z. B. auch ein gemeinsames Thesenpapier, erstellt von BDC, BDI, dem Verband leitender Krankenhausärzte und (durchaus ungewöhnlich) dem Verband der Krankenhausdirektoren. Es verschafft einfach mehr Gehör bei den Adressaten, wenn sich mehrere teilweise auch sehr unterschiedlich ausgerichtete Verbände zu einer gemeinsamen Position zusammenfinden.

Das ist das, was mit Netzen gemeint ist. Es ist leider auch immer wieder nötig, die Netze zu flicken und das ist nur mit ständigem persönlichem Einsatz möglich. Gerne wird den Funktionären vorgehalten, auf allen möglichen Hochzeiten zu tanzen und kein Buffet zu verpassen. Bedenken Sie bitte, dass dies alles viel, viel Lebenszeit verschlingt und auch die Qualität des Essens keinesfalls den Verlust an Lebensqualität kompensiert.

Trotz allem machen wir es gerne, weil es dem übergeordneten Ziel dient, für Sie als unsere Mitglieder möglichst viele Fische zu fangen.



Dr. med. Jörg-Andreas Rüggeberg
Vizepräsident des BDC
Luisenstraße 58/59
10117 Berlin
dr.rueggeberg@t-online.de

Rüggeberg J.-A. Editorial: Enge Netze
fangen viele Fische. Passion Chirurgie.
2017 Februar; 7(02): Artikel 01.



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)
Katrín Kammerer (Tel.: 030/28004-202 |
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).

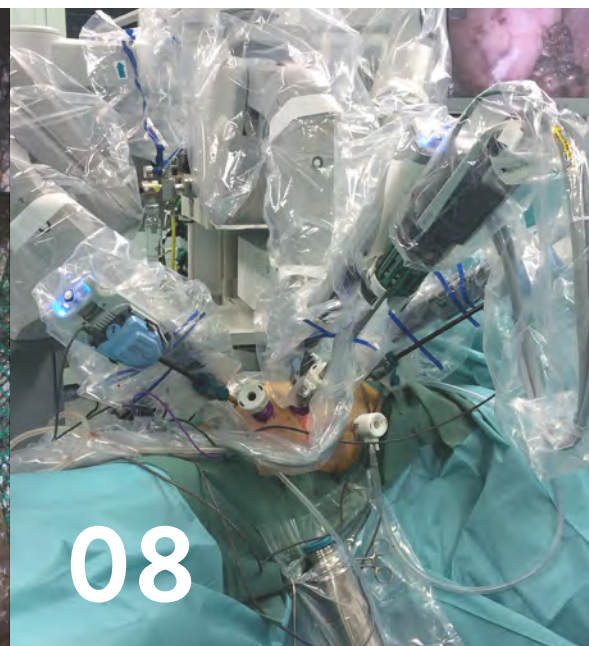
Der Bezug ist im Mitgliedsbeitrag des Berufsverbandes
der Deutschen Chirurgen e.V. und der Deutschen
Gesellschaft für Chirurgie enthalten und den Mitgliedern
vorbehalten.

EIGENTÜMER UND COPYRIGHT:

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

GERICHTSSTAND UND ERFÜLLUNGORT: BERLIN

BDC IM WEB 2.0:



INHALT

02 EDITORIAL

06 SCHAUFENSTER

08 CHIRURGIE

08

im Fokus ROBOTIK IN DER CHIRURGIE

S. T. Mees

13 CHIRURGIE⁺

13 Welche „Perspektiven“ hat die Universitätsmedizin?
H. J. Heinze

16 Integration ausländischer Assistenzärzte in die
chirurgische Weiterbildung
H. J. Kock
P. A. Haberland

20 Vorzeitiges Ende der Chefarztstätigkeit durch
Kündigung – aus der Sicht des Betroffenen

20

45

- 24 Safety Clip: Aufarbeitung ärztlicher Berufshaftpflichtschäden *S. Miller, N. Betke*
- 28 Hygiene-Tipp: Speisenkühlung *N. Parohl, W. Popp
K. D. Zastrow*
- 29 Hygiene-Clip: Get your Disinfection
- 30 Rezension: Handbuch UV-GOÄ
- 32 **Recht & Ökonomie**
DRG-Kodierung 2017 (Teil 2) *R. Bartkowski*
- 38 Merkblatt „Juristische Anforderungen an einen OP-Bericht“ *J. Heberer*
- 42 Befreiung vom KV-Bereitschaftsdienst wegen stationärer Tätigkeit *J. Heberer*
- 43 Gründung einer Firma zur Patientenvermittlung *J. Heberer*

45 GESUNDHEITSPOLITIK

- 45 TITELTHEMA
32 Thesen zur Gesundheitspolitik nach der Bundestagswahl 2017 *H. J. Meyer, H.-F. Spies,
J. Düllings, H.-F. Weiser*
- 51 Berufspolitische Überlegungen zur Weiterentwicklung der Viszeralchirurgie *H. J. Schlitt*
- 54 Aktuelle Meldungen

55 INTERN

- 55 **DGCH**
- 55 Einladung Jahreskongress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie
- 57 Einladung zur Mitgliederversammlung
- 60 Bausteine Langenbeck-Virchow-Haus
- 63 DGCH-Präsidium ab 1. Juli 2016
- 67 **BDC**
- 67 Gemeinsamer Bundeskongress Chirurgie 2017
- 69 BDC-Sitzungen auf dem Bundeskongress Chirurgie 2017
- 70 Einladung zur BDC-Mitgliederversammlung 2017
- 71 BDC-Sitzungen auf dem 134. Chirurgenkongress 2017
- 74 BDC|Berlin: Chirurgische Karriere auch mit Familie?
- 79 Pressespiegel
- 80 Termine | Meldungen | Personalia
- 89 Mitglieder-Fachexkursion nach Sri Lanka
- 91 BDC | Landesverbände

94 PANORAMA

- 94 Rentner in der Chirurgie *K. Rückert*

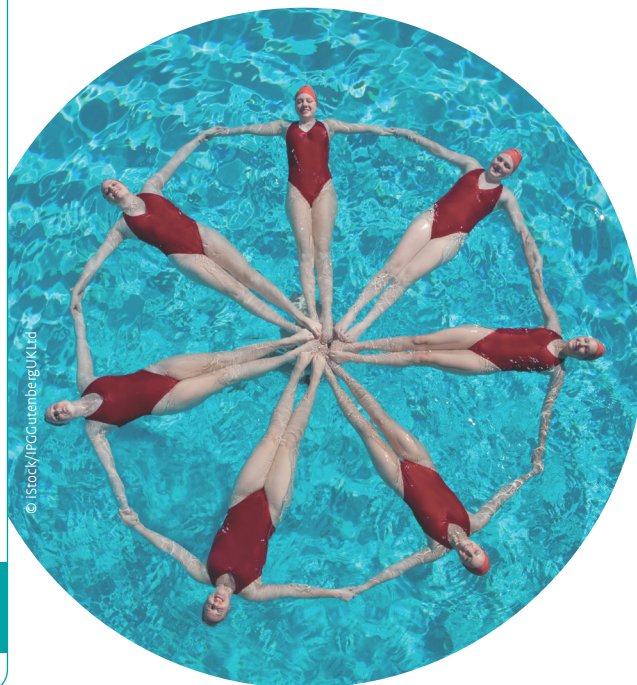
AKADEMIEN

DIE AKADEMIE DER CHIRURGIE IM ÜBERBLICK

Bei all den Fort- und Weiterbildungsangeboten kann man schon mal den Überblick verlieren. Deshalb finden Sie seit Anfang des Jahres einen Überblick der „Akademien der Chirurgie“ auf der DGCH-Homepage. Unter anderem sind die BDC|Akademie, das Weiterbildungsangebot der Deutschen Gesellschaft der Plastischen, Rekonstruktiven und Ästhetischen Chirurgen, die Private Akademie Deutsche Gesellschaft für Gefäßchirurgie und Gefäßmedizin und die Akademie für Kinderchirurgie vertreten.

HIER FINDEN SIE DIE AKADEMIE IM ÜBERBLICK.

[LINK: <http://dgch.de/index.php?id=142>]



STURZ DER TITANEN

SCHRAUBEN AUS STAHL UND TITAN BALD VERGANGENHEIT?



Wissenschaftler des Fraunhofer-Instituts für Fertigungstechnik und Angewandte Materialforschung (IFAM) haben nun offenbar gemeinsam mit Forschern der Unikliniken Bonn und Gießen-Marburg sowie der Uni Bremen eine Alternative gefunden. Es handelt sich um einen Schraubnagel aus biokeramischem Material, konkret: aus Kalziumphosphat oder Hydroxylapatit, beides Stoffe, die dem Knochengewebe sehr ähnlich sind. Dieser sogenannte „Schragel“ kann im Körper verbleiben und verwächst mit den Knochen, soll sogar auch das Knochenwachstum fördern können.

HIER FINDEN SIE MEHR ZUM THEMA.

[LINK: <http://www.chirurgie-suche.de/berichte/detail/15030>]

FORSCHUNGSPREIS

Berliner Chirurgische Gesellschaft
Vereinigung der Chirurgen Berlins und Brandenburgs



AUSSCHREIBUNG: FERDINAND-SAUERBRUCH- FORSCHUNGSPREIS 2017

Ziel ist die Anerkennung und Förderung herausragender wissenschaftlicher Arbeiten jüngerer Chirurgen (Assistenten und Oberärzte). Er wird jährlich im Rahmen der Berliner Chirurgentreffen vergeben und ist zurzeit dotiert mit 2500 Euro. Die Ausschreibung erfolgt jährlich. Soweit in der Ausschreibung nichts anderes bestimmt ist, sind Bewerbungen bis zum 31. März einzureichen. Näheres ist den Richtlinien zu entnehmen.

RICHTLINIEN

[LINK: <http://bchirg.de/preise/sauerbruchpreis/richtlinien/>]

LESERBRIEF



KOMMENTAR ZU „CHIRURGIE IN ZAHLEN“, PASSION CHIRURGIE IV/2016 (S. 9)

Seit den 80er Jahren wird ein Endoprothesenregister geplant und scheiterte sicher nicht an den Operateuren.

1989 hatte ich mich freiwillig an ein Register der Firma Aesculap in Tuttlingen angeschlossen, da es sonst kein offizielles Register gab.

Mit Einführung der DRGs wäre die Erweiterung in ein gesamtdeutsches Endoprothesenregister ohne weiteres verpflichtend möglich gewesen, warum wurde diese Möglichkeit nicht genutzt? Das Nicht-Ausfüllen der Prothesendokumentation wurde von den Krankenkassen mit einer Strafe geahndet. Warum haben die Krankenkassen mit den Fachverbänden diese verpflichtende Dokumentation nicht genutzt? In dieses Dokument bei der Erstimplantation und auch der Revision hätten ohne weiteres die Daten der verwendeten Implantate und z. B. auch Angaben zur Erstoperation bei Revision ohne weiteres eingefügt werden können.

Steckt gar die Industrie dahinter? Es wäre ja möglich, bei der Vielzahl von angebotenen Implantattypen, dass durch eine ordentliche Dokumentation z. B. häufiger Komplikationen oder vermehrten Revisionsraten, das ein oder andere Produkt vom Markt hätte genommen werden müssen, eventuell wäre auch so manches Krankenhaus ins nähere Visier gekommen!

Warum also gibt es dieses Endoprothesenregister nicht verpflichtend für Alle die Prothesen einbauen? Mir ist das nach all den Jahren (immerhin habe ich hier in Neuburg seit 1988 und schon vorher in Heidenheim Hüft- und auch Knieprothesen implantiert) noch immer nicht klar geworden, wo doch ansonsten in Deutschland fast alles bis ins Detail reguliert und kontrolliert ist.

Schande über die Deutsche Chirurgie bzw. auch Orthopädie!

Dr. Ludwig Krätzig, Neuburg

ludwig.kraetzig@t-online.de

„CHIRURGIE IN ZAHLEN“
[LINK: <https://www.bdc.de/?p=29407>]



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

IM FOKUS

Robotik

ROBOTIK IN DER CHIRURGIE

Seit den 80er Jahren des 20. Jahrhunderts werden minimal-invasive Techniken verwendet, um Patienten mit geringerem Trauma und daraus resultierender schnellerer Genesung zu operieren. Im Jahr 1983 erfolgte die erste laparoskopische Appendektomie durch den Kieler Gynäkologen Kurt Semm und 1987 führte der Franzose Philippe Mouret die erste laparoskopische Cholezystektomie durch [1]. Seither sind eine Vielzahl von weiteren OP-Indikationen sowie verschiedenste Techniken im Bereich der minimal-invasiven Chirurgie hinzugekommen.

Zu diesen Innovationen gehört die Roboter-Chirurgie. Das amerikanische Militär entwickelte einen OP-Roboter unter der Vorstellung, Patienten an entfernten Orten durch einen Spezialisten operieren zu können, zum Beispiel Soldaten in entfernten

Kriegsgebieten oder auf/unter See. Die erste Roboter-Operation mit dem Prototyp der Firma Intuitive Surgical (genannt Mona Lisa) war eine Cholezystektomie, welche im März 1997 durch Jacques Himpens in Dendermonde (Belgien) erfolgte. Im darauf folgenden Jahr 1998 wurde im Herzzentrum Leipzig durch Dr. Mohr eine Bypass-Operation durchgeführt.

Zum aktuellen Zeitpunkt existiert zur Operation an menschlichem Weichgewebe ein einziges Roboter-Operationssystem, das *da Vinci® Surgical System* der kalifornischen Firma Intuitive Surgical. Im September 2016 sind laut Firmenangaben weltweit 3.803 *da Vinci®* Systeme in Betrieb, davon 2.501 in den USA, 644 in Europa, 476 in Asien und weitere 182 in der restlichen Welt [2].

Weitere Firmen arbeiten an der Entwicklung bzw. Marktreife von vergleichbaren

**KORRESPONDIERENDER****AUTOR:****PD DR. SÖREN TORGE MEES**

Oberarzt

Facharzt für Chirurgie,

Viszeralchirurgie und Spezielle

Viszeralchirurgie

Klinik und Poliklinik für Viszeral-,

Thorax- u. Gefäßchirurgie

Universitätsklinikum Carl Gustav

Carus an der Technischen Universität

Dresden

Fetscherstraße 74, 01307 Dresden

soeren.mees@uniklinikum-dresden.de

<http://www.uniklinikum-dresden.de>

Systemen, doch momentan besteht für das *da Vinci®* System eine Monopol-Stellung als einzigem von der amerikanischen Food and Drug Administration (FDA) zugelassenem System.

Das *da Vinci® Surgical System* stellt ein Master-Slave-Operationssystem dar. Der Chirurg sitzt an einer Konsole (Surgeon Console = Master) und bedient den eigentlichen Operationsroboter (Patient Side Cart, PSC) mit vier Armen (= Slave). Der Operateur sieht in der Konsole ein variabel vergrößerbares 3D-Bild des Operationssitus und steuert mit seinen Handbewegungen die OP-Instrumente (Endowrist Instruments) tragenden Roboterarme in Echtzeit. Besonders hervorzuhebende Positivmerkmale des Roboters sind die exzellenten, dem menschlichen Organismus überlegenen Freiheitsgrade der Instrumente (die menschlichen Gelenke haben zumeist zwei bis drei Freiheitsgrade, die Roboter-Instrumente weisen dagegen sieben Freiheitsgrade auf), die optimierte Einsicht in den Situs (3D-Kamerasystem mit bis zu zehnfacher optischer und bis zu 40-facher digitaler Vergrößerung), der Ausgleich des natürlichen Tremors des Operateurs und die ergonomischen Vorteile für den Chirurgen. Kritische Aspekte sind neben einer relevanten Lernkurve zur Durchführung der Operationen die Kosten (Anschaffung, Instandhaltung, Verbrauchsmaterial) des OP-Roboters. Die Initialkosten der Anschaffung sind abhängig davon, welches System (ältere Generation: Si, neuste Generation: Xi) und welche Ausstat-

tung (zweite Konsole, Trainingsmodul, etc.) erworben wird. Grundsätzlich sind Kosten von ca. 1,5 bis 2 Mio. Euro für die Anschaffung und ca. 150.000 Euro pro Jahr für die Instandhaltung und Wartung zu kalkulieren. Die Kosten für Verbrauchsmaterialien schwanken je nach Einsatz der Instrumente, wobei ungefähre Kosten von 500 bis 1500 Euro (ohne Energy Device/Stapler) pro Operation anfallen.

EINSATZGEBIETE DES ROBOTER-OPERATIONSSYSTEM

Weltweit zeigt sich ein Trend an steigenden Operationszahlen durch den OP-Roboter. Es werden in den verschiedensten Fachgebieten sowohl benigne Erkrankungen als auch maligne Tumoren operiert [3].

In Deutschland führen multiple chirurgische Disziplinen in der heutigen Zeit Roboter-assistierte Operationen durch und es befinden sich zum Zeitpunkt Dezember 2016 insgesamt 88 Systeme in Deutschland im Einsatz. In der initialen Phase wurde das *da Vinci® Surgical System* federführend in der Urologie eingesetzt. Heutzutage erfolgen eine relevante Anzahl von Prostatektomien als auch weitere urologische Resektionen Roboter-assistiert. Der positive Roboter-Trend lässt sich an steigenden Zahlen der Roboter-assistierten Prostatektomien erkennen. Während im Zeitraum 2006 bis 2013 die Gesamtzahl an Prostatektomien um ca. 23 % abnahm, stiegen Roboter-Prostatektomien im Gegenteil dazu um 25 % an [4]. Ebenfalls

Mees S.T. / Kirchberg J. / Weitz J. Robotik in der Chirurgie. *Passion Chirurgie*. 2017 Februar, 7(02): Artikel 03.



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



gut etabliert ist die Roboter-Technik in der Gynäkologie, z. B. für Hysterektomien, pelvine Lymphadenektomien, etc.

In der Viszeralchirurgie werden Roboter-assistierte Operationen in einigen deutschen Kliniken durchgeführt, wobei es nur wenige Zentren mit größeren Fallzahlen bzw. langjähriger Expertise gibt. Einer kürzlich publizierten Umfrage zufolge liegt in der deutschen Viszeralchirurgie die jährliche Steigerungsrate der OP-Zahlen aktuell bei ca. 50 % [5].

EIGENE ERFAHRUNGEN IN DER KLINIK FÜR VISZERAL-, THORAX- UND GEFÄSSCHIRURGIE DES UNIVERSITÄTSKLINIKUMS DRESDEN

In unserer Abteilung wurden im Zeitraum 2013 bis 2016 über 80 Operationen mit dem *da Vinci® Surgical System* durchgeführt (Tab. 1). Es handelt sich hierbei ausschließlich um viszeralchirurgische Tumorresektionen. Während in der Initialphase vermehrt kolorektale Operationen erfolgten, liegt der aktuelle Schwerpunkt auf der Operation von Ösophagus- und Pankreastumoren.

Roboter-assistierte Operationen weisen eine Vielzahl von Besonderheiten auf, die prä- und intraoperativ bedacht werden müssen. Obwohl die Instrumente des OP-Roboters eine ausgezeichnete Flexibilität aufweisen, ist das Setup aufgrund der Größe des Ope-

rationsroboters (Patient Side Cart, PSC) und der fixen Verbindung der am Patienten ange-dockten Roboterarme in seiner Flexibilität limitiert. Dies bedeutet, dass der Lagerung und dem Aufbau der Technik ein besonderes Maß an Aufmerksamkeit vor der Operation

Tab. 1: Darstellung der mit dem *da Vinci® Surgical System* durchgeführten Operationen in der Klinik für Viszeral-, Thorax- und Gefäßchirurgie des Universitätsklinikums Dresden von 2013 bis 2016

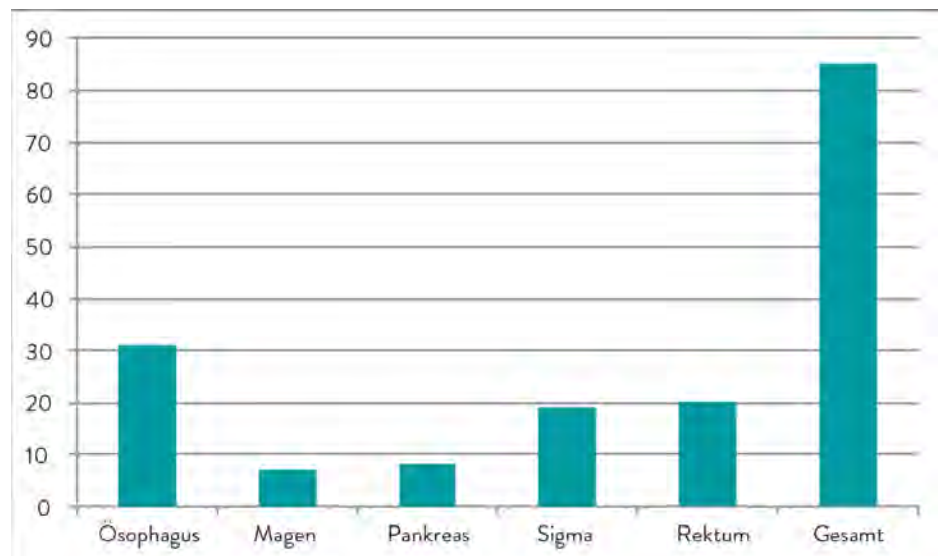




Abb. 1: Die Lagerung des Patienten spielt eine sehr wichtige Rolle. In diesem Fall kontrolliert der Chirurg die Armposition eines in modifizierter Seit-/Bauchlage liegenden Patienten zur Ösophagus-Resektion.



Abb. 2: Darstellung des Aufbaus des da Vinci® Surgical System: der Chirurg (links hinten im Bild) führt die Operation mittels Bedienung der Roboterarme durch, während der Assistent steril am OP-Tisch unterstützt.

zukunft kommen muss. Oftmals werden die Patienten im Vergleich zum laparoskopischen Vorgehen unterschiedlich gelagert. Diese Feinheiten müssen vom Team beherrscht werden und werden üblicherweise vom Operateur durchgeführt (**Abb. 1**). Die Lagerungskontrolle durch den Operateur gewinnt insbesondere in der Etablierungsphase dieser Operation an großer Bedeutung, um bei den längerdauernden Operation Lagerungsprobleme/-schäden zu vermeiden.

Wenn die Position des Patienten während der Operation verändert werden muss, ist ein Entfernen sämtlicher Instrumente aus dem Patienten sowie ein Abdocken der Roboterarme von den Ports notwendig. Die neueste Version des *da Vinci® Surgical Systems*, das sogenannte Xi System, trägt diesem Problem Rechnung und bietet die Option einen speziellen OP-Tisch zu erwerben, welcher diesen Vorgang überflüssig macht und sich synchronisiert mit den Roboterarmen intraoperativ bewegen lässt.

Entsprechend der vier Roboterarme ist es sinnvoll maximal vier *da Vinci* Ports (üblicherweise 8 mm wiederverwendbare Stahl-Ports) einzubringen. Hierbei sind die exakte Portpositionierung bzw. Mindestabstände zwischen den Ports und Roboterarmen zur Vermeidung von extrakorporalen Kollisionen der Hardware äußerst wichtig. Additiv zu den *da Vinci* Ports können handelsübliche Laparoskopie-Ports eingebracht werden, mit denen der Assistent den Chirurgen unterstützen kann, z. B. für Saugung, Retraktoren, moderne Energy Devices, etc. (**Abb. 2, 3**).

Die in unserer Klinik durchgeführten Roboter-assistierten Operationen stellen viszeralkirurgische Eingriffe dar, bei welchen die Vorzüge des Systems besonders zum Tragen kommen. Prinzipiell sind dies Operationen, bei denen die optimierte Darstellung des Situs durch das vergrößerte 3D-Bild des Roboters optimale Bedingungen zur Präparation und Schonung wichtiger anatomischer Strukturen ermöglicht. Dies betrifft beispielsweise die Präparation der Nerven bei der Rektumresektion (**Abb. 4**) oder die Lymphadenektomie inklusive Schonung des Nervus recurrens bei der Ösophagusresektion (**Abb. 5**).

Sehr vorteilhaft ist der Einsatz des OP-Roboters weiterhin beim intrakorporalen Nähen. Die vermehrten Freiheitsgrade der robotischen Endowrist-Instrumente erleichtern das Nähen von Anastomosen signifikant, was wir bei der Rekonstruktion nach einer Ösophagus- oder Pankreasresektion (**Abb. 6**) nutzen.

Im Fazit sehen wir für spezielle viszeralkirurgische Operation mit potenziell hoher Morbidität deutliche potenzielle Vorteile der Roboter-Chirurgie und versuchen diese durch

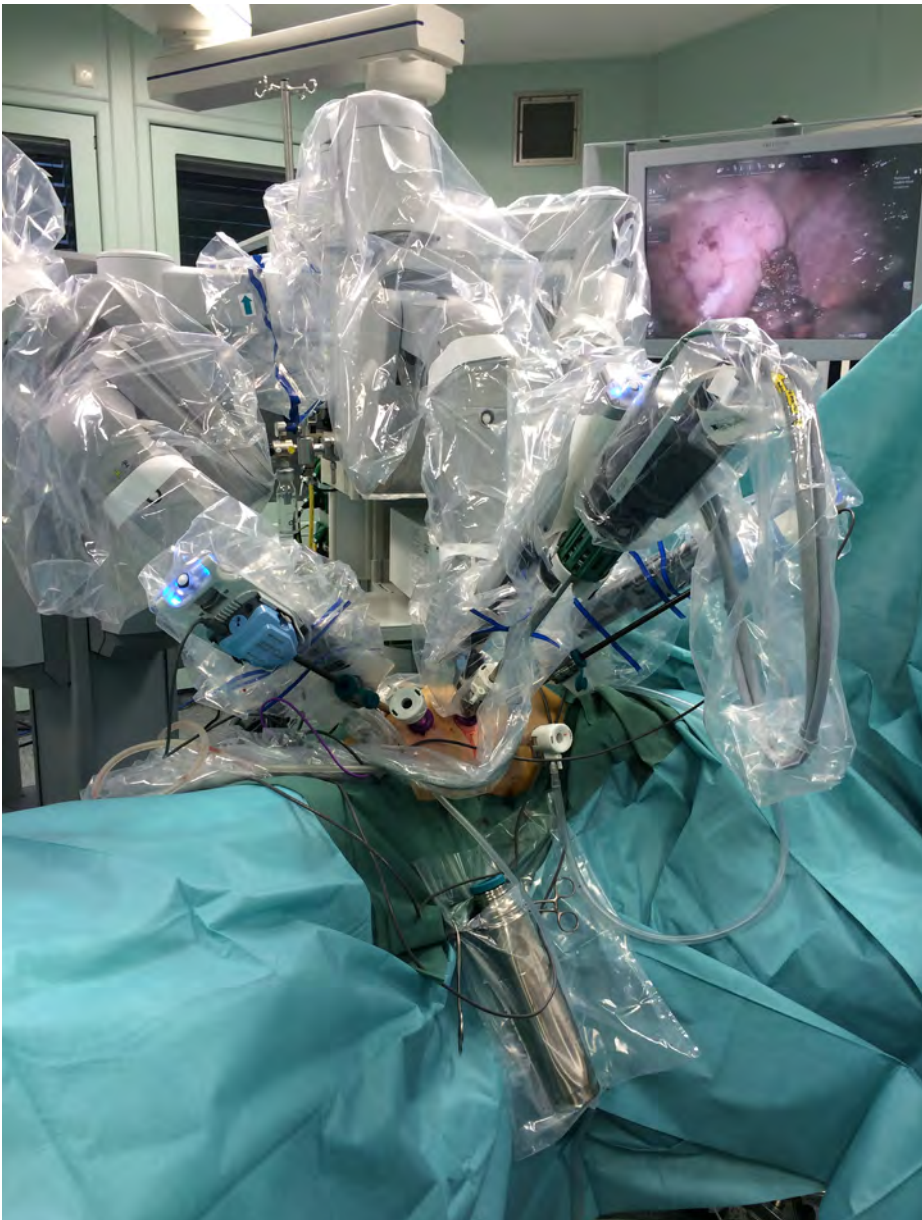


Abb. 3: Nahaufnahme der im Patienten befindlichen Ports und Roboter-Instrumente (Si-System).

Durchführung und Teilnahme an Studien zu belegen. In der Zukunft wird sich zeigen, ob die klinischen Vorteile des OP-Roboters die ökonomischen Zwänge übertreffen und sich Roboter-Chirurgie in der Viszeralchirurgie etablieren kann.

LITERATUR

[1] Spaner SJ, Warnock GL: A brief history of endoscopy, laparoscopy, and laparo-

scopic surgery. J Laparoendosc Adv Surg Tech A 1997, 7(6):369-373.

[2] <http://phx.corporate-ir.net/phoenix.zhtml?c=122359&p=irol-faq#22324>.

[3] Salman M, Bell T, Martin J, Bhuva K, Grim R, Ahuja V: Use, cost, complications, and mortality of robotic versus nonrobotic general surgery procedures based on a nationwide database. Am Surg 2013, 79(6):553-560.

[4] Groeben CK, R.; Baunacke, M.; Wirth, M.P.; Huber, J.: High volume is the key for

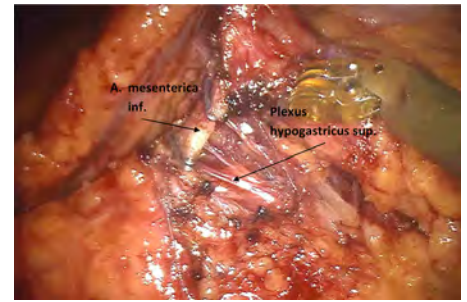


Abb. 4: Robotische Präparation der Arteria mesenterica inferior mit Darstellung der engen Lagebeziehung zum Plexus hypogastricus superior. (Foto aus [6])

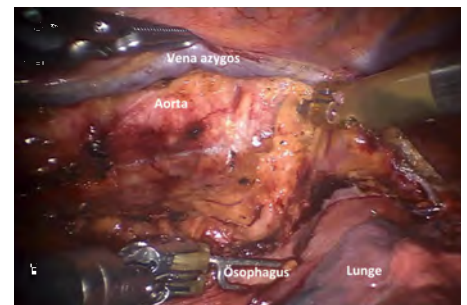


Abb. 5: Bei der Roboter-assistierte Ösophagusresektion ist sowohl die exzellente Sicht des Situs als auch das verbesserte Nähen der Anastomose durch den Roboter von großem Vorteil (Foto aus [6])

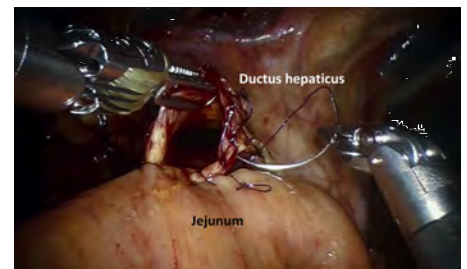


Abb. 6: Anlage einer Hepatikojejunostomie im Rahmen der Rekonstruktion einer robotischen Whipple-Operation. Sicht und minimal-invasiven Nähen der Anastomose werden durch den Roboter optimiert (Foto aus [6]).

improving in-hospital outcomes after radical prostatectomy: a total population analysis in Germany from 2006 to 2013. . World J Urol 2016, (in press).

[5] Kissler HJ, Bauschke A, Settmacher U: [First national survey on use of robotics for visceral surgery in Germany]. Chirurg 2016, 87(8):669-675.

[6] Kirchberg J, Mees T, Weitz J: [Robotics in the operating room : Out of the niche into widespread application]. Chirurg 2016, 87(12):1025-1032.

WELCHE „PERSPEKTIVEN“ HAT DIE UNIVERSITÄTSMEDIZIN?

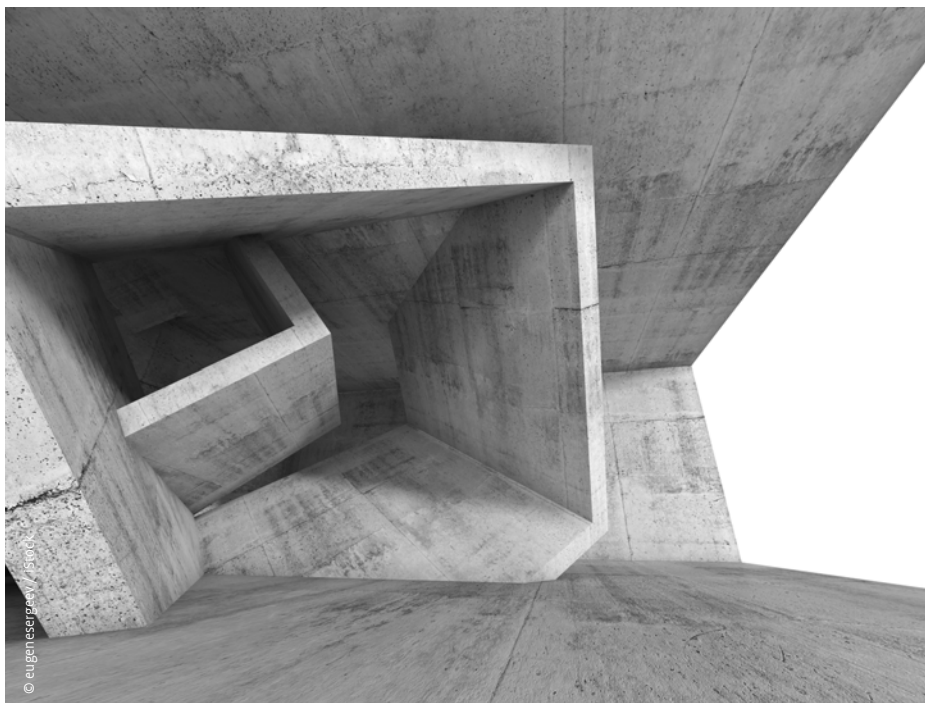
DER WISSENSCHAFTSRAT EMPFEHLT MEHR RESSOURCEN UND GRUNDLEGENDE STRUKTURVERÄNDERUNGEN

Das deutsche Gesundheitssystem steht vor einem umwälzenden Umbruch. Nicht nur demografische und epidemiologische Veränderungen stellen die Gesundheitsversorgung vor große Herausforderungen. Auch der wissenschaftlich-technologische Fortschritt, der sich immer weiter beschleunigt, wird die medizinische Versorgung grundlegend verändern. Vor allem die individualisierte Medizin hat große Entwicklungspotenziale und eröffnet die Chance, Wirksamkeit und Qualität von Therapien substanziell zu verbessern. Diese Entwicklungen voranzubringen, ist die zentrale Aufgabe der Universitätsmedizin an

der Schnittstelle von Forschung und Versorgung.

WARNUNG VOR NATIONALEM UND INTERNATIONALEM BEDEUTUNGSVERLUST

Allerdings verfügt die universitäre Medizin derzeit nicht über die Voraussetzungen, um den anstehenden Herausforderungen gerecht zu werden. In seinen jüngsten Empfehlungen zu den „Perspektiven der Universitätsmedizin“ stellt der Wissenschaftsrat gravierende Ressourcen- und Strukturdefizite fest. Beobachtet werden eine Dominanz der Versorgungsaufgaben, die an Umfang und Komplexität zunehmen und eine fortschreitende Marginalisierung der akademischen Zielsetzung. Angesichts dieser Entwicklun-



© eugenegerney / istock



PROF. DR. HANS-JOCHEN HEINZE

Direktor der Klinik für Neurologie am Universitätsklinikum Magdeburg
bis 2016 Vorsitzender des Ausschusses Medizin des Wissenschaftsrates
Haus 60b, Leipziger Str. 44, 39120, Magdeburg
hans-jochen.heinze@med.ovgu.de

Heinze H.J. Welche „Perspektiven“ hat die Universitätsmedizin? *Passion Chirurgie*. 2017 Februar, 7(02): Artikel 04_01.



DIE EMPFEHLUNGEN ZU DEN „PERSPEKTIVEN DER UNIVERSITÄTSMEDIZIN“ SIND AUF DER WEBSITE DES WISSENSCHAFTSRATES ZUM DOWNLOAD BEREITGESTELLT. ANFORDERUNG AUCH ÜBER POST@WISSENSCHAFTSRAT.DE
[HTTP://WWW.WISSENSCHAFTSRAT.DE/DOWNLOAD/ARCHIV/5663-16.PDF](http://www.wissenschaftsrat.de/download/archiv/5663-16.pdf).



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

gen warnt der Wissenschaftsrat vor einem Bedeutungsverlust der Universitätsmedizin auf nationaler und internationaler Ebene – mit negativen Folgen für die Qualität der medizinischen Versorgung und für den Medizinforschungsstandort Deutschland. Seine Empfehlungen richten sich folglich darauf, die Rahmenbedingungen und Ressourcen für Forschung, Lehre und Krankenversorgung in der Universitätsmedizin grundlegend zu verbessern.

Ressourcendefizite werden in beiden Aufgabenbereichen der universitären Medizin – im wissenschaftlichen und im Versorgungsbereich – festgestellt. Aus der spezifischen Funktion der Universitätskliniken im Gesundheitssystem ergeben sich fundamentale Unterschiede in der Versorgung, aber viele Besonderheiten ihres Leistungsspektrums finden im Vergütungssystem erst nach und nach Berücksichtigung. Es kommt hinzu, dass die Grundfinanzierung der wissenschaftlichen Aufgaben an vielen Standorten hinter den wachsenden Anforderungen in Forschung und Lehre zurückbleibt. Zukunftsfähige Lösungen für die adäquate Finanzierung beider Aufgabenbereiche sind dringend geboten.

Neben einer Steigerung der Grundmittel für Forschung und Lehre hält der Wissenschaftsrat daher insbesondere eine weitere sachgerechte Anpassung des Fallpauschalensystems für erforderlich. Er moniert, dass im Jahr 2015 vorgenommene gesetzliche Änderungen, die zu finanziellen Verbesserungen u. a. für die Hochschulambulanzen führen sollen, von der Selbstverwaltung bisher nicht umgesetzt wurden – eine positive Finanzwirkung ist also (noch) nicht erkennbar. Grundsätzlich muss sichergestellt sein, dass die spezifischen Mehrbelastungen, die aus den besonderen Aufgaben der Universitätskliniken resultieren, im System der Krankenhausfinanzierung Berücksichtigung finden. Es ist daher von großer Bedeutung, dass die Anliegen der Universitätsmedizin in den Gremien der Selbstverwaltung angemessen vertreten werden.

WEITERENTWICKLUNGEN IN ALLEN AUFGABENBEREICHEN

Eine aufgaben- und leistungsgerechte Finanzierung ist die Voraussetzung dafür, dass sich

die Universitätsmedizin an allen Standorten und in allen Aufgabenbereichen weiterentwickeln kann. Dazu gehören insbesondere die Rahmenbedingungen für den wissenschaftlich-ärztlichen Nachwuchs, der in der universitären Medizin unzureichende Entwicklungsmöglichkeiten findet. Eben solche *Clinician Scientists* sind aber für die Zukunft der klinischen Forschung entscheidend! Daher ist es aus Sicht des Wissenschaftsrates dringend erforderlich, forschenden Ärztinnen und Ärzten einen strukturierten Weiterbildungs- und Qualifizierungsweg als *Clinician Scientists* zu eröffnen, wie er von der DFG exemplarisch entwickelt wurde. Er schlägt vor, dieses Programm für fünf bis acht Prozent der an den Universitätskliniken tätigen Assistenzärztinnen und -ärzte vorzusehen. Daneben müssen auch für nichtärztlich tätige Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler, die wesentlich zur klinischen Forschung beitragen, strukturierte Karrierewege angelegt und mehr Zielpositionen definiert werden.

Handlungsbedarf erkennt der Wissenschaftsrat außerdem bei der Qualitätssicherung von Forschung und Lehre und beim Ausbau von forschungs- und informationstechnologischen Infrastrukturen. Zugleich muss das innovative Potenzial der Universitätsmedizin auf allen Ebenen der Krankenversorgung in größerem Umfang als bisher nutzbar gemacht werden. Alle empfohlenen Maßnahmen schaffen die Voraussetzungen dafür, dass die Universitätsmedizin ihrer Kernaufgabe Translation und ihrer Bedeutung für das Gesundheitssystem auch künftig gerecht werden kann.

WISSENSCHAFTLICHE DYNAMIK FORDERT INNOVATIVE STRUKTUREN

Allerdings: Angesichts der wissenschaftlichen Dynamik werden diese Maßnahmen nicht ausreichen, um die Universitätsmedizin auch im internationalen Wettbewerb zukunftsfähig zu machen. Der wissenschaftlich-technologische Fortschritt führt zu Differenzierungen innerhalb und zwischen den medizinischen Fachgebieten, die grundlegende Implikationen auch für die fachlichen Organisationsstrukturen haben. Diese müssen die Dynamik der innerfachlichen und

fachübergreifenden Differenzierungsprozesse angemessen abbilden und unterstützen. Erforderlich sind daher innovative Organisationsstrukturen, die es wissenschaftlich und klinisch tätigen Medizinerinnen und Medizinern ermöglichen, im klinischen Kontext an spezifischen fachbezogenen wie fächerübergreifenden Themen zu arbeiten. Dafür müssen verlässliche Bedingungen und langfristige Karriereperspektiven geschaffen werden – und dazu bedarf es arbeitsteiliger Strukturen, die sich durch flache Hierarchien und eine größere Anzahl von Leitungspositionen in Forschung und Klinik auszeichnen. Nur unter dieser Voraussetzung wird es gelingen, die besten Köpfe für die Universitätsmedizin zu gewinnen – und nur so können ihre innovativen Potenziale für die Gesundheitsversorgung erschlossen und ihre internationale Wettbewerbsfähigkeit sichergestellt werden.

NEUER ANSATZ: WETTBEWERB UM PROFILBEREICHE

Nun hat sich der Wissenschaftsrat (gemeinsam mit der DFG) bereits im Jahr 2004 für die Einführung arbeitsteiliger Strukturen (Departmentstrukturen) in der Universitätsmedizin ausgesprochen. Die Wirksamkeit der damaligen Empfehlung war allerdings – auch aufgrund der standort- und fachspezifisch sehr unterschiedlichen Voraussetzungen – begrenzt. Vor diesem Hintergrund hat der

Wissenschaftsrat einen grundlegend neuen Ansatz entwickelt, der dem *Bottom-up*-Prinzip folgt: Um die Universitätsmedizin zu den notwendigen Strukturreformen zu befähigen und dabei standort- und fachspezifische Varianzen angemessen zu berücksichtigen, hält er ein wettbewerbliches Verfahren für geeignet. Konkret empfohlen wird ein Wettbewerb um die Förderung zukunftsweisender Strukturen, die die genannten Anforderungen erfüllen. Solche Strukturen sollten in neu aufzubauenden sog. Profildbereichen etabliert werden. Die Ausgestaltung solcher Profildbereiche wird je nach den fachlichen und lokalen Bedingungen im Einzelnen variieren. Grundsätzlich aber müssen sie die Differenzierung und Entwicklungsdynamik der beteiligten klinischen und Grundlagenfächer bestmöglich strukturell abbilden und damit zugleich einen Rahmen für differenzierte Karrierewege in Wissenschaft und Klinik schaffen.

Diese zentrale Empfehlung des Wissenschaftsrates basiert auf dem Prinzip des „Forderns und Förderns“: Gefordert sind Konzepte für innovative Organisationsstrukturen, die die wissenschaftliche und klinische Leistungsfähigkeit stärken und diese auch in regelmäßigen Evaluationen nachweisen. Gefördert werden sollte die Umsetzung solcher Konzepte, die sich im Wettbewerb als zukunftsweisend qualifizieren. Die Förderung sollte thematisch offen und für alle Standorte

zugänglich sein, um die thematische und methodische Vielfalt der Universitätsmedizin in Deutschland weiter voranzubringen und dabei auch kleineren Standorten Entwicklungsmöglichkeiten zu eröffnen.

Mit Blick auf die Systemrelevanz der Universitätsmedizin für das deutsche Gesundheitssystem betrachtet der Wissenschaftsrat die Förderung solcher zukunftsfähigen Strukturen als eine überregional bedeutsame Aufgabe. Er hat daher Bund und Länder gebeten, einen Wettbewerb um die Förderung von Profildbereichen auszuloben. Ein Modell und eine Orientierungsgröße dafür können die Integrierten Forschungs- und Behandlungszentren (IFB) sein, die das BMBF mit bis zu 5 Mio. Euro jährlich fördert. Der Wissenschaftsrat verbindet mit dieser Empfehlung auch die Erwartung, dass erfolgreiche Profildbereiche als Nukleus für weitergehende Strukturveränderungen in der Universitätsmedizin wirksam werden. Der Aufbau von Profildbereichen ist somit ein Indikator für die Innovations- und Leistungsfähigkeit einzelner Standorte, aber auch der deutschen Universitätsmedizin insgesamt.

Bund und Länder haben diese Empfehlungen im Wissenschaftsrat mit erarbeitet und verabschiedet. Nun wird es auf ihre Bereitschaft zur Umsetzung ankommen – und auf die Bereitschaft der Universitätsmedizin, ihre Perspektiven mit kreativen Konzepten selbst zu gestalten. ○

INTEGRATION AUSLÄNDISCHER ASSISTENZÄRZTE IN DIE CHIRURGISCHE WEITERBILDUNG

EINE BESONDERE ERFAHRUNG

Auf den chirurgischen Kongressen der letzten Jahre wurde das Thema der Nachwuchsakquise in den chirurgischen Fächern häufig thematisiert, und die Veränderungen der chirurgischen Ausbildung durch die jungen Ärztinnen und Ärzte der Generation Y sind im klinischen Alltag bereits angekommen.

Ganz neue Erfahrungen ergeben sich seit einiger Zeit den chirurgischen Weiterbildnern in den strukturschwächeren Regionen Deutschlands, wenn sich dort auf vakante Weiterbildungsstellen ausschließlich Bewerber aus dem Osten Europas oder dem weiteren außereuropäischen Ausland bewerben. Nicht erst seit der humanitär katastrophalen

Situation in Folge der zahlreichen kriegsrischen Auseinandersetzungen im Mittleren und Nahen Osten hat die Zahl der sich auf freie Weiterbildungsstellen im deutschen Ärzteblatt bewerbenden Ärzte aus diesen Ländern stark zugenommen, und es finden sich in zunehmender Zahl bei der Besetzung vakanter Weiterbildungsstätten in manchen Regionen überhaupt keine deutschen Kandidatinnen und Kandidaten mehr.

Es zeichnet sich für diese chirurgischen Kliniken somit eine neue Herausforderung bei der schnell erforderlichen Integration dieser real verfügbaren Interessenten in die immer schneller steigenden Qualitätsanforderungen der aktuellen deutschen Kliniklandschaft ab,



**KORRESPONDIERENDER
AUTOR:**

**PROF. DR. MED. HANS-JÜRGEN
KOCK**

Klinikum Werra-Meissner
Abt. für Orthopädie und
Unfallchirurgie
Elsa-Brändström Str. 1, 37269
Eschwege
kock.da@t-online.de



PATRICK A. HABERLAND

Partner
DHR International Neumann
Hanauer Landstr. 151-153, 60314
Frankfurt am Main

und es bedarf einiger Anstrengungen seitens der Klinikträger und der Weiterbilder, um sich dieser Herausforderung erfolgreich anzunehmen.

KONZEPT FÜR LANGFRISTIGE INTEGRATIONSERFOLGE

Die Auswahl geeigneter ausländischer Weiterbildungskandidaten erfolgt in der Regel nach den Hauptkriterien

1. Vorhandensein einer Deutschen Approbation,
2. Nachweis ausreichender Deutschkenntnisse auf C1-Niveau und
3. persönlicher Eindruck des Bewerbers.

Hinzu kommen weitere Kriterien wie örtliche Verfügbarkeit, fachliche Motivation und sonstige Kriterien der persönlichen Eignung im Rahmen eines Vorstellungsgesprächs in der Klinik. An diesem sollte neben dem Leiter der Fachabteilung und einem Vertreter der Personalabteilung idealerweise auch ein Mitarbeiter der Arbeitnehmervertretung teilnehmen, um späteren Einwüfen von dieser Seite bei möglichen Integrationsproblemen ggf. entgegenhalten zu können.

WIE INTEGRATION GELINGT – EIN HANDLUNGSLEITFADEN

1. AUSWAHL DER BEWERBER(-INNEN)

Der persönliche Eindruck von der Motivation der Bewerberin oder des Bewerbers ist nach wie vor das entscheidende Kriterium für die Einstellung eines Weiterbildungsassistenten. Somit ist das klassische persönliche Vorstellungsgespräch, gerne anhand einer Kriterienliste der wichtigsten Einstellungsparameter, wie z. B. deutsche Approbation als Arzt, Deutschkenntnisse, Arbeitserlaubnis, andere berufliche Qualifikationen wie Fachkunde Strahlenschutz, Notfallmedizin, Sonographie, Intensivmedizin, Weiterbildungszeiten und Diensterfahrung etc., bewährt. Auch das Ziel der Weiterbildung zum Facharzt in einem der chirurgischen Kernfächer und die Bereitschaft zur längerfristigen Bindung der Familie an den Arbeitsort sind aus eigener Erfahrung wichtige Indikatoren für die Ernsthaftigkeit der

Aufnahme einer längerfristigen Weiterbildung im Rahmen des Bewerbungsgesprächs.

2. SPRACHLICHE VORAUSSETZUNGEN

Auch wenn erfolgreich absolvierte Sprachkurse und Zertifikate von Goethe-Instituten oder ähnlichen Institutionen im Ausland für einen gewissen sprachlichen Standard sprechen können, hat sich dies in der Praxis des Klinikalltags nicht immer als zutreffend für die Einsetzbarkeit in der chirurgischen Routine erwiesen. Als ad hoc-Maßnahme in den ersten Monaten der klinischen Tätigkeit hat es sich daher generell bewährt, einen berufsbegleitenden Sprachkurs und den ausländischen Ärztinnen und Ärzten in Weiterbildung einen persönlichen Tutor bzw. Mentor an die Seite zu stellen. Notfalls wurde bei sehr schlechten Sprachkenntnissen einzelnen Ärzten schon von manchen Klinikträgern auch für eine Übergangszeit, zusätzlich zu dem im Klinikalltag erfahrenen Kollegen, ein Dolmetscher zur Seite gestellt. Auch eine Arzthelferin kann bei sprachlichen Defiziten in der Anfangsphase der Integration bei der Erledigung von Arztbriefen und Telefonaten unterstützen und die Verwendung von Standardarztbriefen und Standard-Operationsberichten hat sich zumindest in der eigenen Klinik als flankierende Unterstützungsmaßnahme übergangsweise bewährt. Dennoch kann in den ersten Monaten nur auf die Notwendigkeit eines intensiven Sprachtrainings für den Erfolg der Weiterbildung und der Integration in das Klinikteam hingewiesen werden, da vor allem ältere Patienten und deren Angehörige ebenso wie Klinikmitarbeiter bei der ärztlichen Kommunikation ein Recht auf Verständlichkeit der sprachlichen Äußerungen einfordern. Bei anhaltenden ärztlichen Kommunikationsschwierigkeiten ist es mancherorts sogar schon zum patientenseitigen Abbruch der Behandlung und zum Verlassen der Klinik gekommen, was dann als ernstes Warnzeichen für das Misslingen der sprachlichen Integration gewertet werden muss.

3 INDIVIDUELLE KULTURELLE INTEGRATION

Hier sind den individuellen Ausgestaltungsmöglichkeiten der Klinikmitarbeiter im Rahmen der global üblichen Gastfreundschaft keinerlei Grenzen gesetzt. Ob individuelle

Kock H.-J. / Haberland P. Integration
ausländischer Assistenzärzte in die chirurgische
Weiterbildung – eine besondere Erfahrung.
Passion Chirurgie. 2017 Februar, 7(02):
Artikel 04_02



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

Einladungen zu gemeinsamen Rundgängen durch die Umgebung, Einladungen zum Essen und zu Familienfesten, gemeinsame Freizeitaktivitäten in Kultur und Sport – der Willkommenskultur in unserem Land sind hier keine Grenzen gesetzt, und gerade die dringend benötigten Weiterbildungsassistenten in den peripheren Krankenhäusern sind hier von großer Wichtigkeit, auch für den Beweis der Integrationsfähigkeit der deutschen Bevölkerung. Und wer als Stipendiat in der eigenen Weiterbildung oder danach als berufstätiger Chirurg bereits selbst im Ausland tätig gewesen ist, weiß aus eigener Erfahrung um die wohlthuende Wirkung von persönlichen Einladungen

zum fachlichen und privaten Austausch mit den dortigen Kollegen. Für die individuelle Integrationsmotivation der einzelnen Weiterbilder und deren Mitarbeiter heißt dies sicherlich manchmal auch ein wenig über den eigenen Schatten zu springen.

4 TUTOREN, LOTSEN UND PATENSCHAFTEN

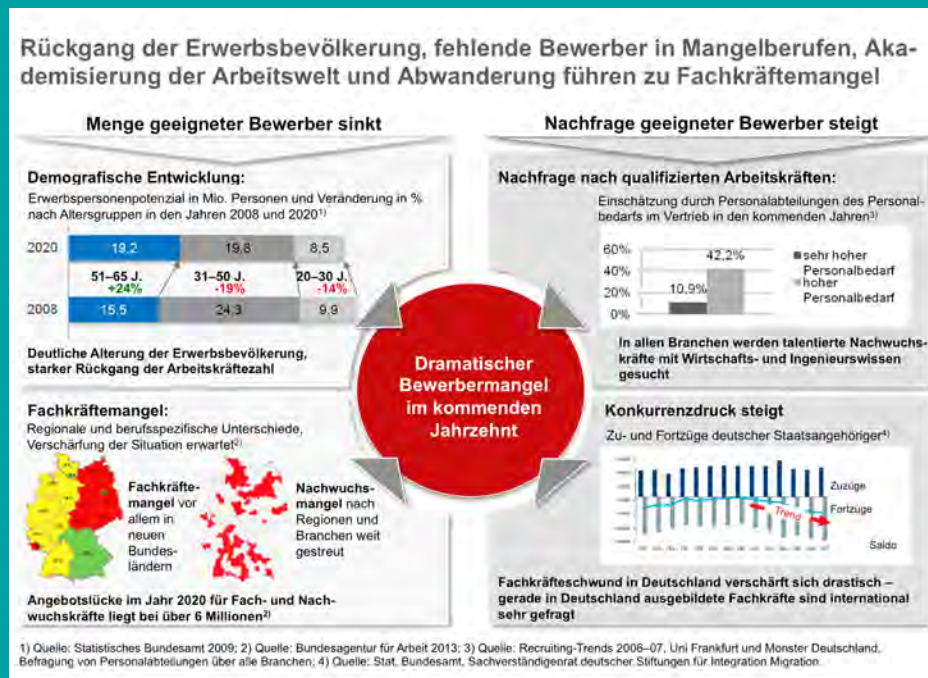
Nach Regelung der allgemeinen Einstellungsbedingungen und nach Vertragsunterschrift beginnt dann, nach den ersten Tagen in der neuen Arbeitsstätte, die eigentliche Integrationsarbeit der „Neuen“, was sich idealerweise durch Strukturierung z. B. der ersten 90 Tage anhand eines individuellen Einar-

beitungsplans gestalten lässt. Im Rahmen dieser ersten Einarbeitungsrunde erhält der oder die „Neue“ einen ersten Eindruck von den lokalen Gegebenheiten, und es zeigen sich häufig schon die ersten Anzeichen möglicher individueller Stärken und/oder Schwächen der Weiterbildungskandidaten in der Zusammenarbeit mit dem Stammpersonal der Abteilung in den jeweiligen Funktionen (Sekretariat, Ambulanz, Station und OP). Bereits in dieser frühen Integrationsphase empfiehlt es sich, auf die engmaschige Supervision durch einen menschlich und fachlich geeigneten Mentor für den Weiterbildungskandidaten zu achten, der mit dem/

STUDIE: GEWINNUNG UND INTEGRATION INTERNATIONALER FACHKRÄFTE – TREIBER UND HINDERNISSE

Autoren: Patrick A. Haberland, Dr. Jan Steffen Jürgensen

Die Studie will herausfinden, ob es objektive Maßstäbe gibt, die Unternehmen dazu befähigt, die Gewinnung und den Einsatz ausländischer Fachkräfte planbar und nachhaltig erfolgreich zu gestalten. Dabei werden sowohl die Treiber als auch die Hindernisse beleuchtet, mit denen sich ausländische Fachkräfte auseinandersetzen, die sich mit dem Gedanken tragen, eine Tätigkeit in Deutschland aufzunehmen.



© Abb. 2 Haberland/Jürgensen, Gewinnung und Integration internationaler Fachkräfte



HIER GEHT ES ZUR STUDIE „GEWINNUNG UND INTEGRATION INTERNATIONALER FACHKRÄFTE – TREIBER UND HINDERNISSE“ (BOOKS ON DEMAND)

der Weiterzubildenden engen Kontakt durch regelmäßige Gespräche hält.

UNTERSTÜTZUNGSANGEBOTE FÜR DIE WEITERBILDER

Hier ist Verbesserungsbedarf von dritter Seite dringend geboten. Zwar ist das Angebot von Volkshochschulen, Familienbildungswerken und auch von Selbsthilfeorganisationen mancherorts gegeben, eine durchgehende Organisation von Kursen und Veranstaltungen zum Thema der zügigen Integration von Ärzten in die hohen Anforderungen der Chirurgischen Weiterbildungscurricula in Deutschland findet sich bisher nur vereinzelt und sporadisch.

Hier wäre eine baldige „Integrationsinitiative“ der Berufsverbände und der Chirurgischen Fachgesellschaften sicherlich sinnvoll.

DER LANGE WEG IN DIE INTEGRATION

Sobald sich Kliniken und Weiterbilder dafür entscheiden, berufsqualifizierte ausländische Ärztinnen und Ärzte anzustellen, müssen sie nach Ansicht von Fachleuten einen langen Atem haben und auch Geld in die Hand nehmen. Da z. B. Flüchtlinge - aber auch andere ausländische Ärzte - oft zunächst über keine eigenen Finanzmittel verfügen, müssen potenzielle Arbeitgeber zumindest vorübergehend für die Anerkennungskosten

der Berufsqualifikation sowie für Sprachkurse etc. aufkommen.

Dass trotz der Gutwilligkeit aller Beteiligten die Integration ausländischer Ärzte häufig besondere Schwierigkeiten beinhaltet und zunächst einiges an Zeit und Geld kostet, konnte unlängst in einer Studie zu dem Thema „Gewinnung und Integration internationaler Fachkräfte – Treiber und Hindernisse“ analysiert werden. Diese Studie ist zum Einstieg in die sich wohl auf längere Zeit im deutschen Gesundheitssystem bietende Herausforderung an die chirurgischen Weiterbilder und an die Krankenhausträger sehr lesenswert und kann über die Verfasser bezogen werden. ○

CME-ARTIKEL BEARBEITEN UND PUNKTE SAMMELN IM [ECME-CENTER]



Online-Fortbildung für Chirurginnen und Chirurgen

So einfach geht's:

Am PC:

Im Internet das [eCME-Center] unter www.ecme-center.org aufrufen und einloggen. Ihre Logindaten wurden Ihnen aus der BDC-Mitgliederverwaltung per Post zugesendet.*

Schauen Sie in „Mein Schreibtisch“ unter „Gebuchte Kurse“. Dort finden Sie Ihre kostenlosen Kurse.**

Auf einem mobilen Gerät:

Kostenlos **BDC|Mobile** aus dem **App Store** und bei **Google Play** laden und öffnen. BDC-Mitglieder loggen sich unter ZUGANGSDATEN einmal ein.*

Dann geht's über E-LEARNING in das mobile [eCME-Center] des BDC. Der aktuelle Artikel wurde Ihnen bereits in die App gebucht.**



[eCME-Center] ist Bestandteil von **BDC|Mobile**



VORZEITIGES ENDE DER CHEFARZTTÄTIGKEIT DURCH KÜNDIGUNG – AUS DER SICHT DES BETROFFENEN

Zu Beginn des 21. Jahrhunderts ist die Position des Chefarztes einer chirurgischen Klinik keine Lebensstellung mehr. Während die Kündigung eines chirurgischen Chefarztes vor 20 Jahren nur sehr selten erfolgte, wird die vorzeitige Beendigung des Arbeitsverhältnisses von Chefarzten seither immer häufiger beobachtet. Das Kündigungsschutzgesetz sieht Kündigungen aus betriebsbedingten, menschlichen und personenbedingten Gründen vor. Der Gesetzgeber hat die Hürden für den Erfolg einer Kündigung allerdings recht hoch gelegt und in den vergangenen Jahrzehnten Kündigungen keinesfalls erleichtert. Daher stellt sich die Frage, warum die Positi-

on des Chefarztes sich innerhalb weniger Jahre von einer sicheren Lebensstellung zu einer Anstellung mit relevantem Kündigungsrisiko verändert hat?

Der Wandel der Amtsdauererwartung für Chefarzte und die zunehmende Inzidenz von Chefarztkündigungen in den vergangenen Jahrzehnten ist natürlich nicht auf veränderte Rechtsgrundlagen zurückzuführen. Vielmehr hat sich die Bereitschaft erhöht, Chefarzte vorzeitig zu kündigen, wenn dies den Interessen des Klinikbetreibers entspricht. Daran hat auch die Grundsatzentscheidung des Bundesarbeitsgerichts nichts geändert, in der festgelegt wurde, dass Chefarzte keine

ANONYMUS

Der Autor ist der Redaktion bekannt,
möchte aber anonym bleiben

leitenden Angestellten sind (was Kündigungen erleichtern würde). Nachfolgend werden drei Chefaztkündigungen geschildert und die sich daraus ergebenden Verhaltenskonsequenzen dargelegt. Diese Berichte stehen stellvertretend für die Erfahrungen zahlreicher Chefaztkollegen, die in den letzten Jahren eine Kündigung erhielten.

Kasuistik 1: Der Chefarzt ist seit mehr als zehn Jahren bei einem großen kommunalen Betreiber beschäftigt und leitet eine Abteilung für Allgemein-, Viszeral-, Gefäß- und Thoraxchirurgie in einem Krankenhaus der Maximalversorgung. In dieser Zeit hat er im Einklang mit der Geschäftsführung durch medizinische, organisatorische und personelle Entwicklungen wesentlich dazu beigetragen, die Thoraxchirurgie und die Gefäßchirurgie als erfolgreiche eigenständige Abteilungen aus seiner Abteilung auszugliedern. Danach erhält er eine betriebsbedingte Kündigung. Offizieller Kündigungsgrund ist, dass die verbliebene Abteilung für Allgemein- und Viszeralchirurgie nun keinen Bedarf mehr für eine derart hoch qualifizierte Führungsperson hat.

Kasuistik 2: Der Chefarzt ist seit mehr als fünf Jahren als Chefarzt für Allgemein- und Viszeralchirurgie in einer Klinik der Maximalversorgung eines privaten Krankenhauskonzerns tätig. Zunächst erfolgt die Reduktion der Operationskapazitäten um 10 %, für das darauf folgende Jahr wird dann eine Steigerung der Bewertungsrelationen um 10 % erwartet. Als der Chefarzt erklärt, dass er diese Leistungssteigerung unter den gegebenen Rahmenbedingungen nicht versprechen kann, und die Leistungen um 5 % fallen, wird ihm die Beendigung seines Arbeitsverhältnisses mitgeteilt. Man wolle im Rahmen der Neubesetzung der Chefaztstelle Gastroenterologie auch die Viszeralchirurgie neu besetzen und so einen „Neustart“ in der Viszeralmedizin durchführen. Der chirurgische Nachfolger hat zu diesem Zeitpunkt bereits einen Arbeitsvertrag unterschrieben. Der gekündigte Chefarzt wird aufgefordert sofort einen Auflösungsvertrag zu unterschreiben, da man ihm sonst kündigen werde. Nachdem der Chefarzt seine Unterschrift verweigert hat, erhält er einige Tage später eine Kündigung.

Kasuistik 3: Der Kollege ist seit einigen Jahren bei einem kommunalen Krankenhaus

als Chefarzt für Allgemein- und Viszeralchirurgie tätig. Dieses Krankenhaus ist nicht in ausreichendem Umfang im Landesbettenplan abgebildet. Der Chefarzt wird von einem großen kirchlichen Krankenhausbetreiber aktiv angesprochen und als Chefarzt für ein Krankenhaus der Grund- und Regelversorgung abgeworben. Etwa ein Jahr nach Antritt der neuen Chefaztposition wird die - zuvor definitiv ausgeschlossene - Fusion des Krankenhauses mit einem anderen Klinikum durchgeführt. Dem Chefarzt wird mitgeteilt, dass für ihn in der neuen Klinik keine Position mehr besteht. Daraufhin bietet der Chefarzt an als Sektionsleiter Viszeralchirurgie in der chirurgischen Klinik des Fusionspartners unter der Leitung des dortigen Chefarztes tätig zu werden. Dieses Angebot wird von diesem Chefarzt abgelehnt. Die betriebsbedingte Kündigung folgt.

Diese Erfahrungsberichte von gekündigten Chefärzten der Allgemein- und Viszeralchirurgie sind in mehrfacher Hinsicht symptomatisch für die veränderte Amtsdauererwartung von Chefärzten in Deutschland:

- Vorzeitige Kündigungen des Arbeitsverhältnisses sind heute bei kommunalen, konfessionellen und privaten Krankenhausbetreibern ein probates Mittel der „Weiterentwicklung“ chirurgischer Kliniken. Diesbezüglich werden Chefärzte „gleichberechtigt“ mit Klinikgeschäftsführern behandelt, obwohl sie keine leitenden Angestellten sind.
- Verträge und Absprachen sind kein wirksamer Kündigungsschutz. Derartige Personalentscheidungen werden auch entgegen bestehender Vereinbarungen durchgeführt. Dabei spekuliert der Arbeitgeber darauf, dass mehr als 90 % aller Kündigungsschutzklagen nicht mit einer Wiedereinstellung, sondern mit einem Vergleich enden!
- Fachliche Reputation, berufspolitische Aktivitäten oder langjährige vom Betreiber ausdrücklich erwünschte Beratertätigkeit in Strukturen des Krankenhausträgers schützen natürlich nicht vor Kündigung.
- Unter Chefärzten für Chirurgie haftet der Kündigung auch heute noch der Makel des vermeintlichen fachlichen oder menschlichen Versagens an. Es

Anonymus. Vorzeitiges Ende der Chefazttätigkeit durch Kündigung - aus der Sicht des Betroffenen. Passion Chirurgie. 2017 Februar, 7(02): Artikel 04_07.



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

finden sich immer Kollegen, die das ja „haben kommen sehen“ oder die in der Kaffeepause auf Kongressen gerne „absolut vertrauliche“ Informationen zur Kündigung eines anderen Chefarztes in Umlauf bringen. Tatsächlich sagen diese Äußerungen mehr über die Kollegen als über den betroffenen Chefarzt aus.

- Leistungssteigerungen sind keine Garantie für den Stellenerhalt! Nach einer Kündigung werden oft vermeintliche Leistungsverluste als tatsächlicher Kündigungsgrund kolportiert. Die geschilderten Fälle zeigen, dass der Ausbau von Leistungen nicht vor einer Kündigung schützt und dass Leistungsveränderungen durch strukturelle Entscheidungen auch bewusst herbeigeführt werden können. Nebenbei bemerkt könnten fehlende Leistungen nur dann ein arbeitsrechtlich relevanter Kündigungsgrund sein, wenn diese Leistungen explizit im Arbeitsvertrag aufgelistet werden.
- Solidarität unter Chefarzten (und solchen die es werden wollen) gibt es nicht. Für Stellen in attraktiven Regionen werden sich immer „Kollegen“ finden, die bereit sind, Arbeitsverträge auch bei noch ungekündigtem Stelleninhaber zu unterzeichnen. Die üblichen Begründungen dieser Chirurgen lauten dann: „wenn ich es nicht getan hätte, hätte ein anderer unterschrieben“ oder „wenn ich den Stelleninhaber angerufen hätte, hätte das ja auch nichts geändert.“
- Im Kündigungsfall kann man Chefarzt-kollegen nicht vertrauen. Chefarzte benachbarter Abteilungen im Krankenhaus bieten sich nach freundschaftlich kollegialer Zusammenarbeit im Falle einer Kündigung gerne als Ratgeber an. Es soll dabei aber auch Kollegen geben, die sich vor allem das Anliegen der Geschäftsführung zu eigen machen. Die sogenannten Ratschläge dienen dabei vor allem dem Erhalt (oder der Ausweitung) der Position des „befeindeten Kollegen“. Spätestens nach einem „vertrauensvollen Einzelgespräch“ mit der Geschäftsführung werden die Chefarzte der Nachbarabteilungen ihre Position

zur Kündigung des Kollegen überdenken.

- Der Geschäftsführer ist kein guter Ratgeber! Vor allem nach langjähriger Zusammenarbeit geben Geschäftsführer gerne an, dass Sie selber die Entscheidung bedauern, die Abwicklung einer Chefarztkündigung aber leider auch zu ihren Aufgaben gehöre. Danach folgen dann „gut gemeinte Ratschläge von Mensch zu Mensch“, wie zum Beispiel einen Auflösungsvertrag zu unterschreiben um weiteren Ärger zu vermeiden. Der Geschäftsführer ist bei einer Kündigungsschutzklage übrigens häufig auch nicht Partei (also Kläger oder Beklagter) sondern Zeuge. Seine Aussagen werden daher anders gewichtet, als die des Chefarztes (also des Klägers).
- Mitarbeiter sollten nicht in den Konflikt mit der Geschäftsführung involviert werden. Solidaritätsbekundungen von Mitarbeitern der eigenen und benachbarten Abteilungen sind Balsam für die Seele des betroffenen Chefarztes. Solidaritätsbekundung, wie z. B. Streik oder Dienst nach Vorschrift können als Störung des Betriebsfriedens einen weiteren Kündigungsgrund für den Chefarzt darstellen. Langjährig tätige Mitarbeiter der Abteilung sind auf längere Sicht verständlicherweise vor allem darum bemüht, ihre eigene Position zu sichern. Der Chefarztwechsel macht diese Mitarbeiter betroffen und wird von diesen als ungerecht empfunden, aber schließlich als unvermeidlich akzeptiert.
- Der Betriebsrat vertritt auch Chefarzte! Betriebsräte werden von Chefarzten im klinischen Alltag eher aus dem Blickwinkel der Geschäftsführung und nicht aus der Perspektive eines Angestellten wahrgenommen. Der Betriebsrat muss zur Kündigung befragt werden. Er kann der Kündigung zustimmen, sie ablehnen oder sich neutral verhalten. Bei gerichtlichen oder außergerichtlichen Einigungen hat die Stellungnahme des Betriebsrates erhebliche Bedeutung, denn sie enthält manchmal Wahrheiten, die in den anderen Schriftstücken nicht

auftauchen (z. B. „Der Chefarzt wurde als störend empfunden, da er nicht bereit war rein ökonomisch getriebene Entscheidungen mit zu vertreten.“).

- In dieser Situation ist der wichtigste Ratgeber ein kompetenter Rechtsanwalt für Arbeits- und/oder Medizinrecht! Vor allem in den ersten Tagen nach Ankündigung oder Aussprache der Kündigung befinden sich die Betroffenen in einem emotionalen Schockzustand, dadurch drohen arbeitsrechtlich irreversible Fehler. Gerade wenn die juristische Position der Gegenseite schwach ist, gehört es zu ihrer Strategie, psychologischen Druck aufzubauen um Fehler zu provozieren. Ein erfahrener Rechtsanwalt ist jetzt gemeinsam mit dem unmittelbaren persönlichen Umfeld (Partner, Familie) der wichtigste Ratgeber des Chefarztes.

Aus den Erfahrungen betroffener Chefarzt-kollegen lassen sich für die unmittelbaren Stunden und Tage nach der Androhung oder dem Ausspruch einer Kündigung folgende einfache Regeln formulieren:

1. Entscheiden Sie in der akuten Situation nichts (außer siehe 5.).
2. Unterschreiben Sie in der akuten Situation nichts (außer der Quittung, dass Sie die Kündigung erhalten haben).
3. Wenn in einem Gespräch Druck ausgeübt wird, entziehen Sie sich der Situation, indem Sie das Gespräch beenden (z. B. mit dem Hinweis, dass Ihnen schlecht ist, weil Sie etwas Falsches gegessen haben).
4. Lehnen Sie, falls Sie sich dazu in der Lage fühlen, das vermeintlich großzügige Angebot „heute doch schon mal nach Hause gehen zu können, wenn es Ihnen nicht gut geht“ ab. Weisen Sie ausdrücklich darauf hin, dass Sie sich in der Lage fühlen ihren Dienstaufgaben weiter nachzukommen (es sei denn, es geht wirklich nicht).
5. Kontaktieren Sie sofort über Ihr privates Handy den Rechtsanwalt Ihres Vertrauens.
6. Reden Sie zunächst mit niemandem außer dem Anwalt!

7. Sichern Sie die Daten Ihres Rechners und kennzeichnen Sie die entsprechende Festplatte mit der Aufschrift „Privat“.
8. Schließen Sie private Laptops, Tablets, Handys und Datenträger in einen Schrank oder eine Schublade und versehen Sie diese mit der Aufschrift „Privat“.
9. Wenn eine Freistellung von den Dienstaufgaben droht, nehmen Sie alle persönlichen Gegenstände (z. B. Fotos, Bilder, Andenken, Urkunden) mit nach Hause. Bei Freistellung stehen Ihnen dazu eventuell nur 30 bis 60 Minuten zur Verfügung.
10. Verwenden Sie weder dienstliche E-Mail-Adresse noch Dienst-Handy für die Kommunikation zum Thema Kündigung.

11. Zwingen Sie sich dazu, sachlich zu sein und keinesfalls emotional zu reagieren. Bedanken Sie sich und seien Sie höflich zu den Gesprächspartnern, egal wie unangenehm das Gespräch auch ist.

Ein erfahrener Rechtsanwalt steht in der akuten Situation tatsächlich Tag und Nacht zur Verfügung und wird Sie optimal beraten. Zunächst geht es nur um taktische Maßnahmen, später folgt dann ein ausführliches persönliches Gespräch zur Verfahrensstrategie.

Die erwähnten Chefarzte haben in zwei Fällen Kündigungsschutzklage eingereicht. In einem Fall ist das Arbeitsgerichtsverfahren nach fast zwei Jahren weiter anhängig, eine Einigung steht aus. Ein Chefarzt hat nach mehr als einem Jahr Verfahrensdauer

unmittelbar vor dem öffentlichen Arbeitsgerichtstermin ein außergerichtliches Schlichtungsangebot des Arbeitgebers akzeptiert. Der dritte Kollege hat ohne Kündigungsschutzklage eine außergerichtliche Einigung mit dem Klinikbetreiber geschlossen.

Die Position des Chefarztes in einer Abteilung für Allgemein- und Viszeralchirurgie wird von allen Betroffenen als eine anspruchsvolle, verantwortungsreiche und ungemein erfüllende Tätigkeit empfunden. Keiner der oben erwähnten Chefarzte zweifelt im Geringsten daran, die richtige Berufswahl getroffen zu haben. Für alle ist chirurgischer Chefarzt nach wie vor ein Traumberuf – allerdings nicht mit der früher üblichen lebenslänglichen Arbeitszeiterwartung! ○

Akademie für chirurgische Weiterbildung und praktische Fortbildung



Berlin, 05. Mai 2017
13. Oktober 2017



MEDIZINISCHE KRISENKOMMUNIKATION

unter juristischen und medialen Aspekten

Empfohlen für Chefarzte
und Niedergelassene Ärzte



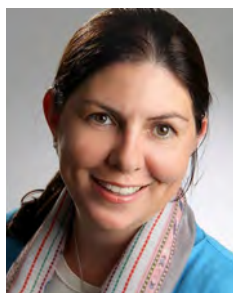
SAFETY CLIP AUFARBEITUNG ÄRZTLICHER BERUFSHAFTPFLICHTSCHÄDEN

MITWIRKUNG DES ARZTES BEDEUTEND

Immer häufiger müssen sich Ärzte damit auseinandersetzen, dass Behandlungen im Nachgang noch einmal überprüft werden, sei es auf Initiative des Patienten – ggf. mit rechtsanwaltlichem Beistand – oder auf Initiative der Sozialversicherungsträger, in letzterem Fall überwiegend in Form von Gutachten des medizinischen Dienstes der Krankenkassen.

GRÜNDE FÜR DIE ENTWICKLUNG

Diese für Ärztinnen und Ärzte negative Entwicklung hat verschiedene Gründe. Zum einen nimmt die Anspruchshaltung der Patienten zu, mitunter sensibilisiert durch die Berichterstattung in den Medien. Doch nicht nur die Patienten, sondern auch die Kosten-



**KORRESPONDIERENDE
AUTORIN:**

SANDRA MILLER

Ass.jur. bei der Ecclesia
Versicherungsdienst GmbH
Klingenbergstraße 4, 32758 Detmold
sandra.miller@ecclesia.de,
www.ecclesia.de



NADJA BETKE

Ass.jur. bei der Ecclesia
Versicherungsdienst GmbH
Klingenbergstraße 4, 32758 Detmold
nadja.betke@ecclesia.de,
www.ecclesia.de

Miller S. / Betke N. Safety Clip: Aufarbeitung
ärztlicher Berufshaftpflichtschäden: Mitwirkung
des Arztes bedeutend. Passion Chirurgie. 2017
Februar, 7(02): Artikel 04_03.



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

träger sind heute eher als noch vor einigen Jahren bereit, Entschädigungsansprüche geltend zu machen.

Zum anderen sind die Sozialversicherungsträger im Zuge der via Patientenrechtegesetz erweiterten Patientenrechte gehalten, ihre Mitglieder im Falle vermuteter Behandlungsversäumnisse zu unterstützen. Hinzu kommen eigene wirtschaftliche Interessen der Kostenträger. Ein weiterer Grund für die Zunahme von Patientenansprüchen liegt im medizinischen Fortschritt, der immer differenziertere – und damit risikoreichere – Behandlungsverfahren ermöglicht, wodurch sich zwangsläufig auch die Behandlungsfehlergefahr für Ärzte erhöht.

MOTIV FÜR DIE GELTENDMACHUNG VON SCHADENERSATZANSPRÜCHEN

Beweggründe für einen Patienten, Schadenersatzansprüche zu erheben, gibt es viele. Häufig aber ist gerade eine unzureichende Kommunikation zwischen Arzt und Patient der Auslöser für diese Entscheidung. Untersuchungen zeigen, dass Patienten häufig mit dem Umfang der erhaltenen Information unzufrieden sind. Als besonders negativ wird das Fehlen klarer und überzeugender Informationen empfunden, wenn der Patient mit dem Verlauf oder dem Ergebnis der Behandlung generell unzufrieden ist.

Die Erhebungen ergaben im Wesentlichen zwei Hauptgründe, die Patienten zu Schadenersatzforderungen motivieren:

1. Unzufriedenheit mit dem Umfang der Information und damit mangelhafte Verständlichkeit und Genauigkeit
2. Frustration über das Nichterhalten einer überzeugenden Erklärung für das Geschehen

Folgende Motivationen für eine gerichtliche Auseinandersetzung wurden im Rahmen der Erhebungen ermittelt (Mehrfachnennungen waren möglich):

- 50 % – Ermittlung der genauen Umstände des Geschehens
- 46 % – Wunsch nach Ausdruck des Bedauerns

- 38 % – Wunsch nach dezidiertem Erklärungs des Geschehens
- 33 % – Erzwingung einer Erhöhung der Qualitätsstandards
- 33 % – finanzielle Entschädigung

Die Daten verdeutlichen, dass bei betroffenen Patienten ein großes Bedürfnis besteht, nachvollziehen zu können, wie es zu der Komplikation bzw. zu dem Ausbleiben des gewünschten Erfolges kommen konnte.

BEKANNTWERDEN DES SCHADENFALLS

Bei Bekanntwerden eines Schadenfalls wendet sich der Patient – ggf. anwaltlich vertreten – oder die Krankenkasse in der Regel zunächst an den Arzt, fordert die Krankenunterlagen an und/oder bittet um Mitteilung der Daten des Berufshaftpflichtversicherers. Im Zuge dessen werden entweder sofort konkrete Ansprüche und Behandlungsfehler vorwürfe erhoben oder es wird pauschal der Verdacht eines Behandlungsfehlers ausgesprochen.

Was ist in solch einem Fall zu tun? Wird der betroffene Arzt von einem Versicherungsmakler vertreten, ist dieser unverzüglich zu informieren, damit er die weiteren Maßnahmen mit dem Haftpflichtversicherer absprechen kann. Besteht kein Maklerverhältnis, ist der zuständige Haftpflichtversicherer direkt zu kontaktieren. Keinesfalls ist es empfehlenswert, in einer solchen Situation selbstständig Kontakt zu der Patientenseite oder der Krankenkasse aufzunehmen.

REAKTION DER VERSICHERER AUF DIE NEGATIVE ENTWICKLUNG

Der beschriebene Negativtrend macht es der Ärzteschaft zunehmend schwer, in den Sparten Berufs- und Betriebshaftpflicht einen geeigneten Versicherer zu finden. Prämienhöhungen sind schon lange keine Seltenheit mehr, sondern die Regel.

Um stetig steigenden Prämien Einhalt zu gebieten, ist es u. a. wichtig, unnötige Kosten bei der Schadenbearbeitung zu vermeiden. Dies ist natürlich zum einen über eine effektive und zeitnahe Bearbeitung aufseiten des

Versicherers zu erreichen, aber auch der betroffene Arzt selbst kann etwas dafür tun, indem er den Sachverhalt sorgfältig aufarbeitet.

Aber was bedeutet sorgfältige Aufarbeitung des Sachverhaltes? Gemeint sind zum einen eine ärztliche Stellungnahme, mit der sich der betroffene Arzt mit den unterbreiteten Vorwürfen auseinandersetzt, sowie zum anderen die Aufarbeitung der Behandlungsdokumentation.

ERARBEITUNG EINER ÄRZTLICHEN STELLUNGNAHME

Für eine brauchbare Stellungnahme sollte der Arzt das Schreiben der Anspruchstellerseite sehr sorgfältig gelesen haben. Die Vorwürfe sollte er herausfiltern und sie unter Einbeziehung der Behandlungsdokumentation und seines Erinnerungsvermögens prüfen. Erst wenn der Arzt ein klares Bild vor Augen hat, sollte er seine Einschätzung schließlich in seiner Stellungnahme niederlegen.

ANFORDERUNG AN DIE STELLUNGNAHME

Die Stellungnahme sollte **realistisch** und **umfassend** sein. Wichtig ist, dass sie explizit auf alle Vorwürfe eingeht, aber die für den Sachverhalt irrelevanten Bestandteile des Behandlungsverlaufes außer Betracht lässt. Da der Versicherer für die Prüfung der ärztlichen Stellungnahme üblicherweise Juristen, also medizinische Laien, heranzieht, sollte die Stellungnahme **laienverständlich** verfasst werden. Auf medizinische Fachtermini ist also weitgehend zu verzichten. Lassen sie sich nicht vermeiden, sind dem Nichtmediziner die medizinischen Hintergründe verständlich zu erklären.

Zudem ist ein **zeitnahes Erstellen** des Dokuments dringend empfehlenswert, denn in den Anspruchsschreiben werden Fristen für die Rückmeldung des Versicherers gesetzt. In jüngerer Zeit ist zu beobachten, dass – wohl angestoßen durch die negative Berichterstattung – immer mehr Patientenanwälte dazu übergehen, in ihren Aufforderungsschreiben kurze Fristen zu setzen und obendrein einen verschärften Tonfall anzuschlagen. Die kurzen Fristen gelten sowohl für die Mitteilung der Versichererdaten als auch für die Mitteilung der Entscheidung des Versicherers. Verzögerungen verschärfen den anwaltlichen

Tonfall in der Regel noch mehr. Dem kann mit dem Einhalten der gesetzten Fristen entgegengewirkt werden.

Das FALLBEISPIEL 1 zeigt, dass sich eine zeitnahe Reaktion kostensparend auswirken kann.

Die ärztliche Stellungnahme sollte darüber hinaus eine **objektive** Bewertung des Sachverhalts beinhalten. Bei Beteiligung verschiedener Fachbereiche oder bei Inanspruchnahme von Vor- oder Nachbehandlern sollten Schuldvorwürfe vermieden werden.

Bestehen hinsichtlich der Behandlung Bedenken, sollten diese offen und ehrlich kommuniziert werden. Dies gilt nicht nur in Bezug auf die konkreten Vorwürfe, sondern auch, wenn sonstige Schwachstellen gesehen werden.

SONDERFALL: STELLUNGNAHMEN IM RAHMEN EINES GUTACHTER-/SCHLICHTUNGSVERFAHRENS VOR DEN GUTACHTERKOMMISSIONEN/SCHLICHTUNGSTELLEN

Die Landesärztekammern unterhalten Gutachterkommissionen/Schlichtungsstellen, bei denen Patienten Gutachterverfahren in Auftrag geben können. Da die Verfahrenskos-

ten vom Versicherer getragen werden, haben Patienten auf diesem Wege die Möglichkeit, ein kostenneutrales und unabhängiges Gutachten zu erhalten. Die Verfahren können dazu beitragen, den Streitfall zu deeskalieren. Die Teilnahme ist freiwillig. Eingehende Begutachtungsanträge sind dem Makler/Versicherer weiterzuleiten. Dieser prüft, ob das Verfahren durchgeführt werden soll.

Im laufenden Verfahren ersuchen die Gutachter-/Schlichtungsstellen den betroffenen Arzt um eine Stellungnahme, die dem Patienten und dem zu beauftragenden Gutachter zur Kenntnis gegeben wird. Um die Unvoreingenommenheit des Gutachters nicht zu gefährden, empfehlen wir dringend, in der Stellungnahme zum Behandlungsverlauf von Wertungen Abstand zu nehmen.

Das FALLBEISPIEL 2 verdeutlicht, dass eine nicht wertfreie Stellungnahme Komplikationen und unnötige Verzögerungen zur Folge haben kann.

BEHANDLUNGSDOKUMENTATION

Zu einer ordnungsgemäßen Aufarbeitung gehört auch die Prüfung der Behandlungsdokumentation und, sofern vorhanden, der bildgebenden Befunde. Die in der Stellungnahme genannten Aspekte müssen für den

FALLBEISPIEL 1

Während der Operation wird einer Patientin der Tubus mit Pflastern im Gesicht fixiert, obwohl sie im Vorfeld gegenüber dem Arzt angegeben hat, unter einer Pflasterallergie zu leiden. Die Folge sind deutlich sichtbare, große Hautläsionen auf beiden Wangen der Patientin. Vertreten durch eine Rechtsanwältin, fordert sie daraufhin 3.000 Euro Schmerzensgeld zum Ausgleich für die Beeinträchtigung. Zwar räumt der behandelnde Arzt die Vorwürfe im Rahmen der Stellungnahme eindeutig ein, dennoch kommt es durch eine Verkettung unglücklicher Umstände zu einer deutlichen Verzögerung bei der Bearbeitung. Als der Haftpflichtversicherer der Gegenseite sich schließlich mit 3.000 Euro als Schadenausgleich einverstanden erklärt, hat die Gegenseite bereits Klage eingereicht. Die Klägerin ist nur dann bereit, diese zurückzunehmen, wenn der Haftpflichtversicherer die zusätzlich angefallenen Kosten mit übernimmt. So kostet der Schadenfall den Versicherer am Ende 3.500 Euro statt 3.000 Euro.

Versicherer nachvollziehbar sein und mit der Behandlungsdokumentation konform gehen. Es versteht sich von selbst, dass die Stellungnahme nichts enthalten darf, das mit den Behandlungsunterlagen nicht im Einklang oder sogar im Widerspruch zu ihnen steht. Durch die medizinische Aufarbeitung sollte der Versicherer in die Lage versetzt werden, die Vorwürfe realistisch einschätzen zu können.

HANDLUNGSOPTIONEN DES VERSICHERERS

Nach Sichtung der vom Arzt eingereichten Unterlagen (Stellungnahme und Behandlungsunterlagen) entscheidet der Versicherer über das weitere Vorgehen. Dabei bieten sich ihm verschiedene Optionen.

Hält der Versicherer nach eingehender Prüfung die Vorwürfe für unbegründet,

lehnt er die Haftung ab. Dies geschieht in schriftlicher Form und bestenfalls unter Berücksichtigung sämtlicher vom Anspruchsteller geäußerten Vorwürfe, um diesen nach Möglichkeit zu überzeugen. Kommt der Versicherer zu dem Schluss, dass eine Fehlbehandlung stattgefunden hat, wird er eine außergerichtliche Vergleichslösung anstreben und über die Höhe der Forderung verhandeln. Die Praxis zeigt immer wieder, dass besonders in Fällen, bei denen die Haftung eindeutig ist, eine zeitnahe Reaktion das Regulierungsklima begünstigt. Sind die Forderungen überschaubar, hat der Versicherer – auch wenn die Haftungsfrage noch nicht abschließend geklärt ist – die Möglichkeit, im Sinne einer zeitnahen und wirtschaftlichen Schadenbearbeitung einen Risikovergleich abzuschließen.

In Fällen mit komplexen Behandlungsabläufen empfiehlt es sich häufig, einen neu-

tralen Gutachter einzuschalten. Möglich ist auch das Einholen eines internen Gutachters. Alternativ kann dem Patienten eine gutachterliche Überprüfung durch die örtlich zuständigen Gutachter-/Schlichtungsstellen angeboten werden.

FAZIT

Es ist wichtig, den Versicherer durch vollständige und objektiv aufbereitete Unterlagen in die Lage zu versetzen zu entscheiden, welche weitere Vorgehensweise gegenüber dem Anspruchsteller optimal ist. Das sorgfältige Aufarbeiten des Behandlungsverlaufes gibt dem betroffenen Arzt die Möglichkeit, selbst einen erheblichen Einfluss auf den Verlauf zu nehmen. Unnötige Kosten für Prozesse und Gutachten lassen sich so in vielen Fällen vermeiden. ○

FALLBEISPIEL 2

Bei der ambulanten Operation einer fixierten Nabelhernie mit Reposition des Bruchsacks und Einlage eines Patches kommt es bei einem männlichen Patienten zu einer Darmläsion, die sich intraoperativ nicht gezeigt hat. Über das Risiko dieser Komplikation ist der Patient im Vorfeld aufgeklärt worden. Als entsprechende Symptome beim Patienten auftreten, unterzieht er sich elf Tage nach dem Ersteingriff einer Revisionsoperation, die ein folgenloses Ausheilen der Darmläsion sehr wahrscheinlich macht. Der Patient erhebt, vertreten durch einen Rechtsanwalt, Ansprüche gegenüber dem behandelnden Arzt.

Dieser stellt den Sachverhalt in einer Stellungnahme dar. Diese beinhaltet u. a. einen Passus, in dem der Arzt erklärt, es sei das erste Mal in seiner 25-jährigen Tätigkeit, dass es bei einer von ihm vorgenommenen Bruchoperation zu einer Dünndarmverletzung beim Patienten gekommen sei. Er halte in diesem Fall eine gütliche Einigung für angezeigt.

Der Berufshaftpflichtversicherer des Arztes, der den Fall anhand der ärztlichen Stellungnahme beurteilt, lehnt eine Haftung ab. Der Patient akzeptiert dies nicht und wendet sich an die Gutachterkommission. Auf deren Geheiß muss der Arzt nun noch eine weitere Stellungnahme verfassen. Im Vorfeld weist ihn der Makler/Versicherer ausdrücklich darauf hin, seine persönliche Einschätzung außen vorzulassen, damit der Sachverständige im Gutachterverfahren nicht beeinflusst wird.

HYGIENE-TIPP: SPEISENKÜHLUNG

DR. MED. VET. NINA PAROHL
Ärztliche Mitarbeiterin HyKoMed
GmbH



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

Parohl N. / Popp W. / Zastrow K.-D. Hygiene-
Tipp: Speisekühlung. Passion Chirurgie. 2017
Februar; 7(02): Artikel 04_04.



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

Immer wieder fällt bei Begehungen im Krankenhaus auf, dass Speisen ungekühlt – teilweise über Stunden – gelagert werden, weil die Patienten nicht auf Station sind. Dabei ist jedoch folgendes zu beachten:

- Speisen sollen mit einer Kerntemperatur von mindestens + 65° C ausgegeben werden.
- Die Aufbewahrung von bereits erhitzten Speisen muss bei > 65° C erfolgen und darf inklusive der Transportzeiten maximal drei Stunden betragen. Es ist daher nicht zulässig, dass bereits erhitzte/regenerierte Mahlzeiten ohne Heißhaltung zwischengelagert und später erneut erhitzt werden, beispielsweise in der Mikrowelle.
- Eine Wiedererwärmung in der Mikrowelle ist nur zulässig, wenn zwischenzeitlich korrekt und lückenlos gekühlt wurde. Damit verbunden ist ein schnelles Herunterkühlen der erwärmten Speisen. Innerhalb von 120 Minuten muss eine Kerntemperatur von max. + 10° C erreicht werden, nachfolgend eine Kühllagerung bei max. + 7° C. Mit herkömmlichen Kühlschränken wird diese Temperaturabsenkung im Allgemeinen kaum zu erreichen sein.

- Beim Cook & Chill-Verfahren sollte das Mittagessen, das zurückgestellt werden muss, daher bereits vor der Regeneration aus dem Essenswagen entnommen und direkt im Kühlschrank bei max. + 7° C zwischengelagert werden.
- Eine weitere Voraussetzung für die Erwärmung in der Mikrowelle sind hohe Wattzahlen sowie eine Temperaturkontrolle. Die Ausgabetemperatur muss ebenfalls mind. + 65° C (Kerntemperatur) betragen.
- Kalte Lebensmittel (beispielsweise Salate, Desserts, Aufschnitt) dürfen bis zur Abgabe bei höchstens + 7° C gelagert und müssen nach der Abgabe umgehend verzehrt werden. Die Kaltspeisenausgabe darf bei max. + 10° C erfolgen.

Grundsätzlich muss der Speisenversorger ein HACCP-Konzept (Hazard Analysis Critical Control Point = Risiko-Analyse Kritischer Kontroll-Punkte) bis zur Abgabe der Mahlzeiten an den Patienten erstellen. Dies muss auch den Umgang mit den Lebensmitteln auf der Station umfassen.

Der Kurztipp gibt die Meinung der Verfasser wieder.

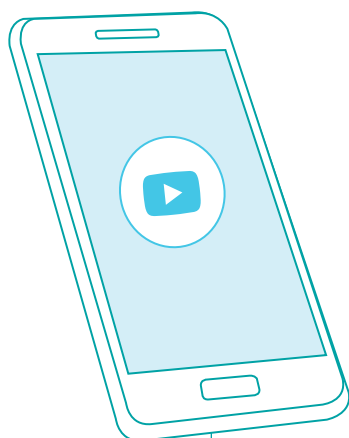


© iStock / jinglenmarket

HYGIENE CLIP

GET YOUR DISINFECTION

ERFOLGREICHE BUNDESWEITE
KAMPAGNE DES BDC
IN KOOPERATION
MIT DGKH UND BDH



Gute Chirurgie kann durch eine Infektion gefährdet werden. Es gibt vermeidbare und unvermeidbare Infektionen. Letztere sind schicksalhaft und kaum zu beeinflussen.

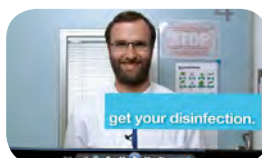
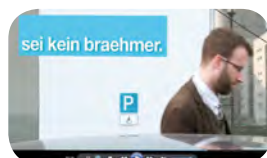
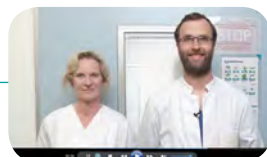
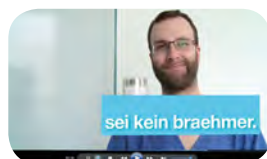
Der Berufsverband der Deutschen Chirurgen und die deutschen Hygieniker betreiben seit 2008 eine bundesweite Informationskampagne, die dazu beitragen soll, vermeidbare Infektionen in Klinik und Praxis zu reduzieren. Wir wissen, dass Sie als Chirurgin/Chirurg alles zur Infektophylaxe und Hygiene wissen. Wir wissen aber auch, dass Hygiene häufig nicht im erforderlichen Umfang stattfindet oder sich durch die tägliche Rou-

tine nicht kontinuierlich im Fokus des chirurgischen Bewusstseins befindet. Deshalb wollen wir mit dieser langfristigen Aktion Hygienefragen regelmäßig ins Bewusstsein von Ärzten und Pflegepersonal rücken.

Besondere Aufmerksamkeit widmen wir dabei der Händedesinfektion. Lassen Sie sich von lustigen Videos an die Bedeutung der Händedesinfektion vor und nach jedem Patientenkontakt erinnern.

Die Thematik Händedesinfektion wurde von vielen weiteren guten Projekten, wie der „Aktion saubere Hände“ aufgegriffen.

Auch wir produzieren ständig neue Video-clips und werden Ihnen diese in den kommenden Ausgaben vorstellen.



AUF YOUTUBE.DE FINDEN SIE ALLE
HYGIENEVIDEOS ÜBER DEN VIDEO-KANAL DER
PASSION CHIRURGIE.

PATIENTENSCHUTZ DURCH HYGIENE IST EINE
BUNDESWEITE KONZERTIERTE AKTION VON:

- BERUFSVERBAND DER DEUTSCHEN CHIRURGEN (BDC)
- BERUFSVERBAND DEUTSCHER HYGIENIKER (BDH)
- DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR KRANKENHAUSHYGIENE (DGKH)

REZENSION: HANDBUCH UV-GOÄ

Endlich ist es soweit. Darauf haben alle Ärzte, die nach der UV-GOÄ abrechnen dürfen, lange gewartet. Ein neuer Kommentar zur Gebührenordnung für die Behandlung von Unfallverletzten liegt jetzt vor. Bislang gab es neben der im Internet veröffentlichten Verlautbarung der UV-GOÄ insgesamt drei Kommentare, wobei einer von Mitarbeitern der DGUV herausgegeben wird, ein anderer von einem Allgemeinmediziner in Zusammenarbeit mit Mitarbeitern von zwei Unfallkassen und einem ehemaligen unfallchirurgischen Ordinarius und einer, der in seiner 56. Auflage eigentlich nur eine Wiedergabe des Wortlautes der UV-GOÄ darstellt.

Immer wieder wurde von den Ärzten, die Arbeits- und Schulunfälle behandeln dürfen, der Wunsch geäußert, endlich auch einmal einen Kommentar von Ärzten für Ärzte herauszugeben.

Diese Mammutaufgabe hat sich Frau Barbara Berner – Rechtsanwältin bei der KBV und

Verhandlungspartnerin der KBV in Gebührenverhandlungen mit der DGUV – jetzt gestellt.

Frau Berner hat eine Gruppe von einer ärztlichen Kollegin und sieben ärztlichen Kollegen gewinnen können, die allesamt erfahrene Chirurgen und Unfallchirurgen bzw. Orthopäden und Unfallchirurgen sind und neben ihren Praxistätigkeiten in Gremien der ärztlichen Selbstverwaltung oder als beratende Ärzte für Unfallkassen oder BG-Verwaltungen tätig sind und über fundierte und langjährige Erfahrungen in der Interpretation der UV-GOÄ verfügen.

In der ersten jetzt vorliegenden Auflage wurde mit der Kommentierung der Kapitel C und E begonnen. Die Kommentierung der weiteren Kapitel wird sukzessive mit den nächsten Auflagen folgen. Außerdem finden sich im vorliegenden Buch alle Gesetze und

Hinweise, die für eine richtige und rechtmäßige Zusammenarbeit der Ärzte mit den Unfallkassen/BG-Verwaltungen und einer



HANDBUCH UV-GOÄ ABRECHNUNG DER HEILBEHANDLUNG IN DER GESETZLICHEN UNFALLVERSICHERUNG

Barbara Berner (Bearb.)
Deutscher Ärzteverlag 2016
16,5 x 23,8 cm, broschiert
676 Seiten
ISBN 978-37691-3549-7
€ 69,99 €

REZENSENT:**DR. MED. WERNER BOXBERG**

Regionalvertreter Niedergelassene im

BDC|Landesverband Nordrhein

Geschäftsführender Arzt

Bundesverband der D-Ärzte e.V.

Friedrich-Ebert-Str. 128A

42117 Wuppertal

Boxberg W. Rezension: Handbuch UV-GOÄ.

Passion Chirurgie. 2017 Februar; 7(02):

Artikel 04_05.



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

richtigen Rechnungserstellung wichtig und maßgeblich sind.

Der Kommentar ist wie folgt aufgebaut: Nach dem offiziellen Ausdruck der jeweiligen Gebührensätze werden die jeweiligen Arbeits- hinweise der UV-Träger zitiert. Dann folgt bei Bedarf ein „Kommentar UV-GOÄ“ aus dem Autorenteam um Frau Berner.

Gerade dieses vorliegende Buch hat es sich zum Ziel gesetzt, Hinweise, Kommentierungen und Verbesserungen von Kollegen umzusetzen. Alle o.g. Kommentare und auch dieses Buch verfügen natürlich über keine Rechtssicherheit. Mit dem neuen UV-GOÄ Kommentar wird der Versuch unternommen, die vielleicht manchmal einseitige Diskussion zu ergänzen und zu erweitern, sodass die ärztlichen Kollegen sich verstanden fühlen.

Zusammen mit den vor ca. zwei Jahren eingeführten Clearingstellen kann dieser Kommentar der weiteren Befriedung zwischen Rechnungserstellern und -empfängern dienen.

Für die nächste Auflage sollte man überlegen, ob sämtliche Gesetzestexte und Hin-

weise im Hinblick auf eine Verschlankung und damit Preisreduktion des Buches nicht durch die jeweiligen Internethinweise ersetzt werden können.

Sehr gut und empfehlenswert sind die Informationen auf der dem Buch beiliegenden CD-ROM. Hier finden sich neben den Adressen der verschiedenen Verwaltungen auch Hinweise auf die Suche der jeweiligen BG-Verwaltung bei verschiedenen Berufen oder Berufsgruppen.

Der Inhalt der dem Handbuch beiliegenden CD-ROM ist so praktisch, dass er auf jeden Praxis-/Krankenhaus-/Ambulanzcomputer gehört.

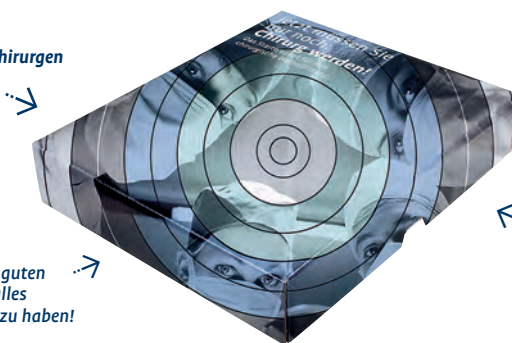
Es wäre wünschenswert, wenn der Deutsche Ärzteverlag dieses vorliegende Handbuch als Online-Version mit automatischen Updates zur Verfügung stellen und/oder den Praxis- Softwarehäusern anbieten würde, damit die jeweils aktuelle Version den D-Ärzten und allen Ärzten, die berechtigt sind nach der UV-GOÄ abzurechnen, diese jederzeit im Praxisalltag zur Verfügung haben. ○

Gute Anreize für neue Chirurginnen*!

* Und für Chirurgen natürlich auch.

Das Starterpaket des BDC ist das ›Rundum-Sorglos-Paket‹ für Ihre neuen Mitarbeiter in den ersten zwei Berufsjahren (Basischirurgie). Es bietet alles für die interne und externe Weiterbildung, von Seminaren und Kongressbesuchen über Logbücher und E-Learning bis hin zu wissenschaftlicher Literatur. **Das Berufsstarterpaket des BDC ist der ideale Willkommensgruß für Ihren chirurgischen Nachwuchs!**

Das ›Starterpaket‹
für Chirurginnen und Chirurgen
in Weiterbildung ...



Starten und Sparen:
Das Starterpaket kostet
1.450 € statt 1.850 €
(Summe der Einzelpreise)

Das Starterpaket enthält:
 > Weiterbildungsbuch Basischirurgie
 > Ergänzungslogbuch Facharztsäule
 > Wochenseminar Basischirurgie
 > weiterführenden Praxisworkshop (3 Tage)
 > Teilnahme am Bundeskongress Chirurgie
 > Zwei-Jahreslizenz E-Learning des BDC
 > 2-jährige BDC-Mitgliedschaft
 > Fachbuchgutschein

Mit dem guten
Gefühl, alles
bedacht zu haben!



Nähere Infos und Bestellung unter www.bdc.de/starterpaket. Alternativ senden Sie uns Ihre Bestellung an starter@bdc.de

DRG-KODIERUNG 2017 (TEIL 2)

CHIRURGISCH RELEVANTE ÄNDERUNGEN DES OPS

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

Auch im OPS werden zahlreiche Aktualisierungen ab 2017 verfügbar gemacht, mit denen Leistungen differenziert und sachgerecht abbildbar werden. Aktuell wurde bereits das Vorschlagsverfahren für 2018 eröffnet, sodass der Autor auch gern Anregungen für weitere Klarstellungen, Verbesserungen und Ergänzungen annimmt.

Als Druckausgabe sei auch in diesem Jahrgang auf die anwenderfreundliche Ausgaben der Klassifikationen ICD-10-GM und OPS Version 2017 verwiesen, die im Deutschen Ärzteverlag herausgegeben werden [1] bis [4].

VISZERALCHIRURGIE

Bei der Behandlung von lokoregionären Rezidiven nach einer Neck Dissection, z. B. bei einem Schilddrüsenkarzinom, war bisher die Reexploration und Tumorektomie im Halsbereich nicht aufwandsgerecht abbildbar. Hierfür steht künftig der Kode 5-408.7 „Revision nach einer zervikalen Lymphadenektomie mit

Entfernung von erkranktem Gewebe“ zur Verfügung. Dieser Kode steht aus Gründen der Systematik in der Kategorie „Andere Operationen am Lymphgefäßsystem“, obwohl ein lokales Tumorrezidiv nicht zwingend vom Lymphgewebe ausgeht. Korrespondierender Diagnosekode ist der ebenfalls 2017 neu eingeführte Kode C59.85 „Sekundäre bösartige Neubildung des Bindegewebes und anderer Weichteilgewebe des Halses“.

Beim Neuromonitoring des N. laryngeus recurrens wird künftig zwischen nicht kontinuierlichem (IONM) und kontinuierlichen (CIONM) unterschieden (Zusatzkodes 5-069.40 bzw. 5-069.41). Es ist darauf hinzuweisen, dass 8-925 „Intraoperatives neurophysiologisches Monitoring“ in diesem Zusammenhang nicht zu kodieren ist.

Für die Inzision und Drainage einer Lymphozele sind bereits 5-508.1 bzw. 5-408.2 verfügbar. Für die Resektion bzw. Teilresektion einer Lymphozele werden spezifische Kodes neu eingeführt: 5-408.80 für die offen chirurgische und 5-408.81 für die laparoskopische (Teil-) Resektion.

Bei Organresektionen, z. B. Dickdarmresektionen, wird das Ausmaß einer Lymphadenektomie durch die separate Kodierung der Lymphadenektomie abgebildet. Hierfür stehen Kodes für den offen chirurgischen und laparoskopischen Zugang zur Verfügung.

**DR. MED. ROLF BARTKOWSKI**

DRG-Beauftragter der DGCH und
des BDC

Mitglied des Kuratoriums für
Klassifikationsfragen am DIMDI
Forstweg 74, 13465 Berlin
bartkowski-berlin@t-online.de

Unterschieden werden bisher u. a. paraaortale, pelvine, obturatorische und iliakale Lymphknotenregionen. Für Lymphknoten entlang der A. gastrica, A. hepatica, A. gastroduodenalis, A. lienalis, A. coeliaca, A. mesenterica superior und inferior sowie perigastrische, periportale, kolische und rektosigmoidale Lymphknoten war jedoch bisher keine eigenständige Kategorie vorgesehen. Diese werden künftig als „abdominale“ Lymphknoten klassifiziert, wobei noch unterschieden wird, ob die Lymphadenektomie im Rahmen einer anderen Operation, z. B. Dickdarmresektion, oder als selbständiger Eingriff vorgenommen worden ist. Zurzeit besteht noch eine Inkonsistenz, da mit 5-406.9 bereits ein Code für die regionale Lymphadenektomie mesenterialer Lymphknoten im Rahmen einer anderen Operation existiert. Dieser Code sollte nicht mehr benutzt und durch die präziser gefassten neuen Codes 5-406.a und 5-406.b für „abdominale“ Lymphknoten ersetzt werden. Weitere Vereinheitlichungen dieser Kodierungen sind vorgesehen (**Tab 1**).

Die Verwendung von OTSC-Clips (ringförmige, auf ein Endoskop aufgesetzte große Clips) ist bereits an den Lokalisationen Ösophagus, Magen, Darm und Rektum mit eigenständigen Codes abbildbar. Künftig kann an diesen Lokalisationen auch die endoskopische Entfernung mittels elektrischer Desintegration spezifisch abgebildet werden (5-429.w Ösophagus, 5-449.u3 Magen, 5-469.u3 Dünn-/Dickdarm, 5-489.m Rektum)

Bei Endoskopien mit Push-and-pull-back-Technik werden durchgängig neben der Doppel-Ballon-Enteroskopie auch Single-Ballon-Enteroskopien berücksichtigt. Bei Exzisionen durch Push-and-pull-back-Technik wird für die Lokalisationen Dünndarm (5-451.8-) und Dickdarm (5-452.7-, bisher 5-452.2-) eine weitergehende Differenzierung auf der sechsten Stelle eingeführt, um Polypektomien unterschiedlichen Ausmaßes, Mukosaresektionen und am Dickdarm auch eine submukosale Dissektion abbilden zu können. Endoskopische Destruktionen am Dickdarm werden künftig mit 5-452.8 (einfach, Push-Technik) bzw. mit 5-452.9 (Push-and-pull-back-Technik) abgebildet, bisher 5-452.5-. Sollte ein anderer endoskopischer Eingriff in Push-and-pull-back-Technik durchgeführt werden, kann dies mit dem neuen Zusatzcode 5-469.v abgebildet werden.

Für Adhäsiolektomien am Darm wurde eine Klarstellung aufgenommen. Seromuskuläre Übernähtungen sind im Code 5-469.2 bereits enthalten und nicht separat zu kodieren. Nur bei akzidenteller Eröffnung des Darmlumens kann die Darmnaht, je nach Lokalisation, mit einem Code aus dem Bereich 5-467.0- zusätzlich angegeben werden (z. B. 5-467.02 Ileum). Die Darmläsion kann in diesem Beispiel mit S36.49 und T81.2 als Nebendiagnosen abgebildet werden!

Bereits in den vorangegangenen Revisionen des OPS wurden redundante Codes für Magen-, Kolon- und Rektumresektionen in

Tab. 1: Kodierschema „Viszerale Lymphadenektomie“

* Kodierung einer Markierung mit der sechsten Stelle: 0 – ohne, 1 – Radionuklid, 2 – Farbstoff, 3 – Radionuklid- und Farbstoff kombiniert, x – sonstige

Eingriff			abdo-minal	para-aortal	iliakal	pelvin
Exzision einzelner Lymphknoten	im Rahmen einer anderen OP oder als selbst. Eingriff	offen chir.	5-401.h	5-401.3*	5-401.4*	5-401.x
		laparoskop.	5-401.j	5-401.8*	5-401.9*	
regionale Lymphadenektomie (Ausräumung mehrerer LK einer Region)	im Rahmen einer anderen OP	offen chir.	5-406.a	5-406.2	5-406.3	5-406.5
		laparoskop.	5-406.b			
	als selbständiger Eingriff	offen chir.	5-402.g	5-402.2	5-402.3	5-402.5
		laparoskop.	5-402.h	5-402.7	5-402.8	5-402.a
radikale (systematische) Lymphadenektomie	im Rahmen einer anderen OP	offen chir.	5-407.6	5-407.2		5-407.3
		laparoskop.	5-407.7			
	als selbständiger Eingriff	offen chir.	5-404.m	5-404.d		5-404.f
		laparoskop.	5-404.n	5-404.e		5-404.g

Bartkowski R. DRG-Kodierung 2017 (Teil 2):
Chirurgisch relevante Änderungen des OPS.
Passion Chirurgie. 2017 Februar, 7(02): Artikel
04_06.



TEIL I WURDE IN DER QIV/2016
VERÖFFENTLICHT. ANDERE ARTIKEL
ZUM THEMA DRG FINDEN SIE AUF
BDC|ONLINE (WWW.BDC.DE, RUBRIK
WISSEN|VERGÜTUNG|DRG)

Verbindung mit der Resektion von Nachbarorganen eliminiert. Nun werden auch die noch verbliebenen Codes 5-485.1 und 5-485.3 (abdominoperineale bzw. abdominotranssakrale Rektumresektion mit Entfernung von Nachbarorganen) für die Verwendung im Geltungsbereich des DRG-Systems gesperrt und sind durch 5-485.0 bzw. 5-485.2 zu ersetzen, jeweils kombiniert mit den Codes für die resezierten Nachbarorgane. Wegen einer möglichen Relevanz im belegärztlichen Bereich (EBM) konnten sie jedoch nicht gänzlich gestrichen werden. Es ist daher unbedingt darauf zu achten, diese Codes nicht versehentlich zu benutzen, da sie bei der DRG-Gruppierung nicht berücksichtigt werden.

Bei der Behandlung der Stuhlinkontinenz wird neben den bereits abgebildeten hydraulischen und magnetischen künstlichen Analsphinktersystemen künftig auch Implantation, Wechsel und Entfernung von selbstexpandierenden Implantaten im intersphinkteren Raum berücksichtigt (5-496.c0, 5-496.c1 bzw. 5-496.c2).

Mithilfe neuer Implantate ist es möglich geworden, bestimmte Anastomosen im GE-Trakt endoskopisch vorzunehmen. Dementsprechend wurden bei einigen Verfahren, bei denen bisher nur der offen-chirurgische oder laparoskopische Zugang kodierbar war, der endoskopische Zugang ergänzt: 5-510.43 *Endoskopische Cholezystostomie*, 5-512.03 *Biliodigestive Anastomose zum Magen*, 5-512.13 *Biliodigestive Anastomose zum Duodenum*, 5-512.23 *Biliodigestive Anastomose zum Jejunum*.

Auch die transduodenale Drainage von Pankreaszysten ist mittlerweile endoskopisch möglich, ebenso wie die transduodenale Ausräumung von Pankreasnekrosen. Analog zu den transgastralen Verfahren wurden neue OPS-Kodes geschaffen:

5-529.r0	Transduodenale Drainage einer Pankreaszyste, offen chirurgisch
5-529.r1	Transduodenale Drainage einer Pankreaszyste, endoskopisch, ohne Stent
5-529.r2	Transduodenale Drainage einer Pankreaszyste, endoskopisch, mit nicht selbstexpandierendem Stent
5-529.r3	Transduodenale Drainage einer Pankreaszyste, endoskopisch, mit selbstexpandierendem Stent
5-529.s0	Endoskopische transduodenale Entfernung von Pankreasnekrosen ohne Stent
5-529.s1	Endoskopische transduodenale Entfernung von Pankreasnekrosen mit nicht selbstexpandierendem Stent
5-529.s2	Endoskopische transduodenale Entfernung von Pankreasnekrosen mit selbstexpandierendem Stent

Bei allen genannten Eingriffen ist zu beachten, dass 5-526.e0 „*Einlegen einer selbstexpandierenden Prothese in den Pankreasgang*“ nicht ergänzend kodiert werden darf. 5-529.r3 und 5-529.s2 lösen aber ebenfalls das ZE2017-54 aus.

Für eine „plastische Rekonstruktion der Bauchwand“ existiert bereits der Code 5-546.2. Neu wird jetzt die Verwendung von alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material mit einer sechsstelligen Differenzierung berücksichtigt: 0 – ohne Implantation von alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material, 1 – mit Implantation von alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material in onlay-Technik, 2 – mit Implantation von alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material in sublay-Technik. Zu beachten ist, dass diese Codes nicht bei der Versorgung von Bauchwand-, Nabel- oder Narbenhernien vorgesehen sind, für diese Indikationen existieren spezifische Codes. Typische Indikationen für 5-546.2- sind dagegen die Versorgung einer Rektusdiastase oder der Verschluss von kutanen Fisteln. Nicht selten wird zusammen mit dem Verschluss einer Bauchdeckenhernie auch eine Rektusdiastase versorgt. In dieser Situation können beide Eingriffe kombiniert kodiert werden. In jedem Fall ist zu beachten, dass ein Zusatzkode aus dem Bereich 5-932- für die Art des Gewebeersatzes ergänzend anzugeben ist.

Bei der Anlage oder dem Wechsel eines Systems zur endoluminalen Vakuumtherapie (5-916.a4 *endorektal* bzw. 5-916.a6 *endoösophageal*) ist künftig keine Betäubung erforderlich, um diese Codes angeben zu können.

OPERATIONEN AN HAUT UND UNTERHAUT/VAKUUMTHERAPIE

Zum „Incision management“ werden Verbandsysteme mit integrierter Sogbehandlung

verwendet. Sofern diese Systeme auf eine chirurgisch verschlossene Wunde (Primär- oder Sekundärnaht) aufgebracht werden, kann jedoch keine „*Vakuumtherapie an Haut und Unterhaut*“ im Sinne des Codes 5-916.a0 angewendet werden, da es sich nicht um eine „Weichteildeckung“ sondern um einen Verband handelt. Dies ist durch einen entsprechenden Hinweistext jetzt klargestellt worden. Kodiert werden können diese Systeme künftig mit dem neuen Codebereich 8-190.4- „*Kontinuierliche Sogbehandlung mit Pumpensystem bei einer Vakuumtherapie nach chirurgischem Wundverschluss (zur Prophylaxe von Komplikationen)*“. Mit der sechsten Stelle wird die Dauer der Sogbehandlung kodiert (0 – bis 7 Tage, 1 – 8 bis 14 Tage, 2 – 15 bis 21 Tage, 3 – mehr als 21 Tage).

Für die „temporäre Weichteildeckung mit hydrolytisch resorbierbaren Membranen“ (z. B. Suprathel®) sind jetzt auch bei Wunden (analog zu Verbrennungen) spezifische Codes eingeführt worden: 5-916.b- bei kleinflächiger ($\leq 4 \text{ cm}^2$), 5-916.c- bei großflächiger Anwendung.

UNFALLCHIRURGIE UND ORTHOPÄDISCHE CHIRURGIE

Das Problem, prophylaktische Osteosynthesen bei frakturgefährdeten Knochen sachgerecht zu kodieren, konnte mit der Schaffung des neuen Fünfstellers 7-789.b- gelöst werden. Mit der sechsten Stelle ist die Lokalisation gemäß der bei 5-78 angegebenen Liste zu kodieren. Das Osteosynthesematerial wird mit dem Codebereich 5-786- ergänzend angegeben.

Leider ist es auch im diesjährigen Revisionsprozess nicht gelungen, den Codebereich 5-79a- und 5-79b- (bis auf 5-79b.h- für die offene Gelenkreposition) ersatzlos zu streichen. Osteosynthesen von Gelenkluxationen sind klassifikatorisch gar nicht möglich, temporäre Gelenkfixierungen sind dagegen mit 5-809.2- abzubilden. Dennoch konnte noch kein Konsens gefunden werden, diese Codebereiche zu eliminieren. Mit dem neuen Hinweis „*Exkl.: Reposition einer Luxationsfraktur*“ kann künftig wenigstens eine Indikation eindeutig ausgeschlossen werden. Es bleibt aber bei der Empfehlung der Fachgesellschaften, den Codebereich 5-79a- und 5-79b- (abgesehen von 5-79b.h-) nicht zu nutzen.

Insbesondere im Bereich des Kniegelenks kommen vermehrt patientenindividuell angefertigte Endoprothesen zum Einsatz. Bisher wurden diese, unabhängig von der Bauform, als „Sonderprothesen“ klassifiziert (CAD-CAM-Prothese). Künftig ist die Implantation einer patientenindividuell angefertigten Endoprothese für das Knie- oder Hüftgelenk nicht mehr als Sonderprothese sondern mit dem neuen Zusatzkode 5-829.p „Implantation von oder (Teil-)Wechsel in ein patientenindividuell angefertigtes Implantat ohne knöcherne Defektsituation oder angeborene oder erworbene Deformität“ in Verbindung mit dem Kode der entsprechenden Standardprothese abzubilden. Sollte eine knöcherne Defektsituation oder Deformität vorliegen, ist der bereits bestehende Zusatzkode 5-829.m anzugeben, der u. a. das Zusatzentgelt ZE2017-25 auslöst. Ein Totersatz des Kniegelenks mit einer zementierten patientenindividuellen Oberflächenersatzprothese (z. B. iTotal®) ohne Vorliegen einer Defektsituation oder von Deformitäten ist mit 5-822.h1 in Kombination mit 5-829.p abzubilden. Diese Kombination führt 2017 in der Regel zur DRG I43B, wie bisher die Sonderprothese. Ein zementierter patientenindividueller bikompartimenteller Gelenkersatz am Kniegelenk (iDuo®) wird mit 5-822.k1 in Kombination mit 5-829.p klassifiziert und führt künftig nur noch zu I44B. Eine unikondyläre Schlittenprothese wird mit I44C vergütet, auch bei patientenindividueller Anfertigung.

Für die Verwendung vollkeramischer Endoprothesen wird der Zusatzkode 5-829.q neu eingeführt.

Die Anwendung des Zusatzkodes 5-829.j- „Verwendung von beschichteten Endoprothesen“ wird auf beschichtete Abstandshalter erweitert. Wie bisher wird an sechster Stelle die Art der Beschichtung abgebildet: 0 – Medikamentenbeschichtung (z. B. Antibiotika), 1 – sonstige Beschichtung (z. B. Hydroxylapatit, Silber).

Die Verwendung von Faserverbundwerkstoffen (inkl. Carbonfaserverstärktem Material) bei Osteosynthesematerial oder Knochen-/Knorpelersatz kann ab 2017 mit dem Zusatzkode 5-931.2 abgebildet werden.

HAND- UND FUSSCHIRURGIE

Gelenkoperationen werden in den Codebereichen 5-80 (offen chirurgisch) und 5-81 (arthroskopisch) abgebildet. Für die Gelenklokalisationen, die in der Regel mit der sechsten Stelle verschlüsselt werden, gelten die Listen, die am Beginn der jeweiligen Codebereiche zu finden sind. Bei dem komplex aufgebauten Handgelenk und Ellenbogengelenk besteht die Besonderheit, dass entweder das Gelenk insgesamt oder eines oder mehrere Teilgelenke behandelt worden sind. Beim Ellenbogengelenk existierte allerdings bisher nur ein Lokalisationskode für das Humeroulnargelenk (4) und das proximale Radioulnargelenk (5). Neu eingeführt werden Lokalisationsschlüssel für das Humeroradialgelenk (s) und das Ellenbogengelenk in seiner Gesamtheit (t).

Bei Verletzungen des Bandapparates des Ellenbogengelenkes waren bisher Nähte bzw. Plastiken der Seitenbänder nicht spezifisch kodierbar, sondern ohne Berücksichtigung der Lokalisation den Kodes 5-807.0 bzw. 5-807.1 zugeordnet, somit nicht von Bandnähten an kleinen Gelenken wie z. B. Zehengelenken abgrenzbar. Mit dem neuen Codebereich 5-807.7- kann künftig die Versorgung des Seitenbandapparates des Ellenbogengelenks spezifisch abgebildet werden.

Die Kodierung von Arthrodesen der Fußwurzel war bereits mehrfach modifiziert worden. Mit einer neuen aufwandsgerech-

ten Einteilung und Definition der „Gelenkfächer“ wird die Verwendung des Codebereichs 5-808.a- präzisiert und die Arthrodesen von bis zu fünf Gelenkfächern spezifisch abbildbar. Als Gelenkfächer gelten die Tarsometatarsalgelenke 1-5, die intercuneiformen Gelenke, die naviculocuneiformen Gelenkfächer sowie die korrespondierenden Gelenkflächen zwischen Os cuneiforme mediale und Os naviculare, Os cuneiforme intermedium und Os naviculare sowie Os cuneiforme laterale und Os naviculare. Die knorpeligen Flächen zwischen den Metatarsalbasen werden dagegen nicht gezählt.

Bei der operativen Behandlung des Halux valgus war eine Klarstellung hinsichtlich der Doppelosteotomie (5-788.51) erforderlich. Als Doppelosteotomie ist nur eine kombinierte proximale und distale Osteotomie des Metatarsale I zu kodieren. Eine Keilosteotomie ist jedoch nur als „einfache“ Osteotomie zur Achskorrektur klassifizierbar. Neu aufgenommen wird der Kode 5-788.5e für die mehrdimensionale Osteotomie des Metatarsale I. Für diesen Kode wird die Korrektur in der sagittalen, frontalen und transversalen Ebene gefordert.

Die Versorgung von Läsionen der plantaren Platte von Metatarsophalangealgelenken, z. B. bei Krallenzeihen, war bisher nicht spezifisch kodierbar. Mit dem neuen Codebereich 5-788.7- können künftig Nähte und Plastiken spezifisch verschlüsselt werden.

Tab. 2: Kodierschema Ellenbogen-Bandapparat

Ellenbogengelenk	Bandnaht	Bandplastik (inkl. Augmentation)
medialer Kapselbandapparat	5-807.70	5-807.72
lateral Kapselbandapparat	5-807.71	5-807.73

Tab. 3: Kodierschema Plantare Platte Metatarsophalangealgelenk

Ellenbogengelenk	Naht	Plastik
medialer Kapselbandapparat	5-807.70	5-807.72
lateral Kapselbandapparat	5-807.71	5-807.73

Als neues Osteosynthesematerial für Arthrodesen wird der Code 5-786.9 für Transfixationsschrauben (inkl. „Bolts“ oder „Beams“) eingeführt. Für die Entfernung gilt der neue Codebereich 5-787.p- (Lokalisation an sechster Stelle).

Im Bereich des Ellenbogengelenkes werden weitere Prothesentypen in den OPS aufgenommen. Bei gekoppelten und ungekoppelten Totalprothesen (5-824.4- bzw. 5-824.5-) wird künftig auf der sechsten Stelle ein eventueller zusätzlicher Ersatz des Radiusköpfchens abgebildet (0 – ohne, 1 – mit Ersatz des Radiusköpfchens). Der bisherige Code 5-824.6 „Ersatz der distalen Humerusgelenkfläche“ wird weiter differenziert und umbenannt: 5-824.60 „Teilprothese im Bereich des distalen Humerus, Oberflächenersatzprothese“ (inkl. Teilersatz der distalen Humerusgelenkfläche) und 5-824.61 „Teilprothese im Bereich des distalen Humerus, schaftverankerte Prothese“. Für Wechseleingriffe bei einer Teilprothese im Bereich des distalen Humerus werden für alle möglichen Typen spezifische Codes eingeführt: 5-825.m0 „Wechsel in eine Oberflächenersatzprothese“, 5-825.m1 „Wechsel in eine schaftverankerte Prothese“, 5-825.m2 „Wechsel in eine gekoppelte TEP ohne Radiusköpfchen“, 5-825.m3 „Wechsel in eine gekoppelte TEP mit Radiusköpfchen“, 5-825.m4 „Wechsel in eine ungekoppelte TEP ohne Radiusköpfchen“, 5-825.m5 „Wechsel in eine ungekoppelte TEP mit Radiusköpfchen“, 5-825.m6 „Wechsel in eine TEP des Humeroradialgelenkes“. Die Entfernung einer Teilprothese im Bereich des distalen Humerus wird mit 5-825.n kodiert.

Neu aufgenommen werden Codes für die Ulnarkopfprothese, wobei 5-824.70 für Typen ohne Koppelung am Radius und 5-824.71 mit Koppelung am Radius verwendet wird. Für den

Wechsel einer Ulnarkopfprothese werden die Codes 5-825.p0 (ohne Koppelung am Radius) und 5-825.p1 (mit Koppelung am Radius) eingeführt. Die Entfernung einer Ulnarkopfprothese wird mit 5-825.q verschlüsselt.

Im Bereich der Handchirurgie ist künftig ein Codebereich für die „*Implantation von autogenem Material in ein Gelenk*“ verfügbar, wobei das betreffende Gelenk auf der sechsten Stelle nach dem bereits vorhandenen Lokalisationsschlüssel differenziert werden kann. Auch für Resektionsarthroplastiken mit Rekonstruktion durch xenogenes Material wird mit 5-847.7- eine Kodiermöglichkeit geschaffen, wobei die Lokalisation ebenfalls mit der sechsten Stelle spezifiziert werden kann.

WIRBELSÄULENCHIRURGIE

Bei der Kodierung von Osteosynthesen an der Wirbelsäule ist eine Klarstellung zur Zählung der Segmente erfolgt. Sofern dasselbe Osteosyntheseverfahren an unterschiedlichen Abschnitten der Wirbelsäule angewendet wird, ist dieses nur einmal zu kodieren, wobei aber alle einbezogenen Segmente summiert werden. Wenn beispielsweise ein Schrauben-Stab-System von Th10 bis Th12 und ein weiteres Schrauben-Stabsystem von L3 bis L5 eingesetzt wird, sind insgesamt vier Segmente versorgt worden, sodass 5-83b.53 zu kodieren ist. Für die Zugänge ist hier beispielsweise 5-031.01 und 5-032.01 anzugeben.

Bei einer ventral und dorsal kombinierten interkorporalen Spondylodese ist der Codebereich 5-836.4- nur anwendbar, wenn **alle** Segmente von einem ventralen und dorsalen Zugang aus in einer Sitzung versorgt worden sind. Sollte jedoch beispielsweise im Bereich

eines weiteren Segments nur vom dorsalen Zugang aus eine Spondylodese durchgeführt worden sein, so ist 5-836.4- gar nicht zu kodieren, sondern es sind alle von dorsal versorgten Segmente zu summieren (5-836.3-) sowie separat alle von ventral versorgten Segmente (5-836.5-).

Bei der Korrektur von Wirbelsäulendeformitäten (insbesondere bei einer Skoliose) können vertikal expandierbare prothetische Titanrippen (VEPTR) implantiert werden (5-838.d). Beim wachsenden kindlichen Skelettsystem kann es erforderlich werden, diese nachjustieren. Hierfür steht ab 2017 der Code 5-838.g „*Operative Verlängerung von vertikal expandierbaren prothetischen Titanrippen*“ zur Verfügung.

NEUROCHIRURGIE

Bei allen Eingriffen im Zusammenhang mit Neurostimulatoren werden im OPS einige Begriffe zur Klarstellung systematisch redaktionell bearbeitet: Ein „(Einzel-) Elektrodensystem“ wird künftig als „Elektrode“ bezeichnet, statt „Mehrelektrodensystem“ wird die Bezeichnung „mehrere Elektroden“ verwendet. „Einkanalsysteme bzw. Mehrkanalsysteme“ werden als „Einkanal- bzw. Mehrkanal-Stimulator“ bezeichnet.

Bei der Implantation, Wechsel, Revision und Entfernung von Elektroden für ein System zur Hypoglossusnerv-Stimulation (5-059.86, 5-059.94 bzw. 5-059.a4) wird der Hinweis ergänzt, dass sich diese Codes auch auf die entsprechenden Maßnahmen an einem Drucksensor zur Detektion des Atemsignals beziehen können. Grundsätzlich gilt bei der Stimulation peripherer Nerven, dass die Erst- bzw. Neueinstellung des Systems stets gesondert zu kodieren ist.

Bei verschiedenen Stimulationssystemen können zusätzlich bestimmte Messfunktionen vorhanden sein. Hier gilt künftig eine separate Kodierung der speziellen Messfunktion mit Zusatzcodes aus dem neu geschaffenen Bereich 5-059.h-. Die entsprechenden Differenzierungen bei 5-059.c4 „*kardiales Vagusstimulationssystem*“ und 5-059.c8 „*Vagusnervstimulationssystem*“ entfallen daher künftig (gestrichene Codes 5-059.c5, 5-059.c9 und 5-059.ca).

Tab. 4: Zusatzcodes für zusätzliche Messfunktionen bei Neurostimulatoren

Verwendung eines Neurostimulators zur Stimulation des peripheren Nervensystems mit zusätzlicher Mess- und/oder Stimulationfunktion	
5-059.h0	Mit Positionierung eines Sensors in der rechten Herzkammer
5-059.h1	Mit automatisierter täglicher Impedanzprüfung
5-059.h2	Mit herzfrequenzgestützter Erkennung zerebraler Anfälle und automatischer Stimulation
5-059.h3	Mit Positionierung eines interkostalen Drucksensors zur Detektion des Atemsignals
5-059.hx	Sonstige

Bei der Verwendung von MRT-fähigem Material ist der Zusatzkode 5-934.3 künftig bei allen Neurostimulatoren anwendbar (bisher nur bei epiduraler Rückenmarkstimulation). Allerdings wird künftig eine Ganzkörper-MRT-Fähigkeit gefordert. Der Zusatzkode 5-934.4 gilt künftig auch für mehrere Elektroden, er ist somit in diesen Fällen nicht mehrfach anzugeben.

GEFÄSSCHIRURGIE

Die Systematik der Implantation von endovaskulären Stent-Prothesen im Bereich des Abdomens (Aorta, Vena cava, Beckenarterien) wurde grundlegend überarbeitet. Die Codes sind sowohl bei offen chirurgischer Einlage als auch bei Einlage über großlumige Schleusensysteme zu verwenden. Die Aorta abdominalis, die bisher im Bereich 5-38a.1- klassifiziert wurde, ist künftig dem neuen Codebereich 5-38a.c- zugeordnet. Zur Abgrenzung der Regionen findet sich die Definition, dass eine Stentprothese, die kranial über den Truncus coeliacus hinausreicht, als „thorakoabdominal“ klassifiziert wird. Grundsätzlich werden mit den Codes der Kategorie 5-38a.- fertig konfektionierte Prothesen beschrieben. Sollte es sich um eine patientenindividuell gefertigte Prothese handeln, ist der Zusatzkode 5-35a.w anzugeben. Die bisherige Unterteilung anhand von Seitenarmen und/oder Fenestrierungen wird aufgegeben. Stattdessen werden nur „Öffnungen“ gezählt, wobei ein „Scallop“ nicht als Öffnung zählt. Jede eingesetzte Prothese wird separat kodiert, d. h. bei Verlängerung oder Besetzung von Seitenarmen (im Bereich der „Öffnungen“). Die Art des distalen Endes der Prothese wird gesondert kodiert, sodass zwischen einer Rohrprothese bzw. aortalen Stent-Prothese (5-35a.u0), einer aortomonoiliakalen Stent-Prothese (5-35q.u1) und einer aortobiliakalen Stent-Prothese (Bifurkationsprothese) unterschieden werden kann. Mit den Zusatzkodes 5-38a.v- kann die Zahl der insgesamt verwendeten aortalen Stentprothesen

abgebildet werden (0 – zwei aortale Stent-Prothesen, 1 – drei aortale Stent-Prothesen, 2 – vier oder mehr aortale Stent-Prothesen). Für die Versorgung der Gefäßabgänge in Chimney-Technik (inkl. Schnorchel-Technik, Periskop-Technik, Sandwich-Technik oder Parallelgraft-Technik) werden separate Codes eingeführt: An der Aorta thoracica für einen (5-38a.7e) oder mehrere (5-38a.7f) Gefäßabgänge, an der Aorta thoracoabdominalis für einen (5-38a.8g) oder mehrere (5-38a.8h) Gefäßabgänge, an der Aorta abdominalis für einen (5-38a.c4) oder mehrere (5-38a.c5) Gefäßabgänge und an der A. iliaca communis für einen (5-38a.42) Gefäßabgang (A. iliaca interna).

Die offen-chirurgische transluminale Implantation von Stent-Prothesen (gecoverte Stents) an anderen Lokalisationen als der Aorta sowie von (uncoverten) Stents wurde bisher mit den Kategorien 5-35.c- bis 5-35.e- abgebildet. Für vergleichbare Produkte existieren allerdings korrespondierende Codes im Bereich 8-84 (perkutan-transluminale Stentimplantation) mit z. T. weitergehender Differenzierung. Künftig ist dieser Bereich auch für die offen chirurgische transluminale Implantation freigegeben, sodass die Kategorien 5-35.c- bis 5-35.e- entfallen können. Auch die offen chirurgische transluminale Angioplastie (bisher 5-38f.-) und die offen chirurgische selektive Thrombolyse (bisher 5-38g.-) werden künftig mit den Codes 8-836.0- bzw. 5-836.7- verschlüsselt, die nicht mehr exklusiv dem perkutan-transluminale Zugang vorbehalten sind.

Bei der Anlage eines Venenbypass kann es erforderlich sein, das Bypassgefäß aus zwei oder mehreren Grafts zusammenzusetzen, wodurch ein zusätzlicher Aufwand entsteht. Dies soll mit dem neuen Zusatzkode 5-399.j „Zusammenfügen eines Venenbypass-Grafts aus mindestens zwei Teilstücken“ abgebildet werden.

Bei der Behandlung von Varizen kann es zu Rezidiven nach Crossektomie kommen. Um den besonderen Aufwand eines Rezidiveingriffs abzubilden, ist künftig der Codebereich

5-385.d- verfügbar. An sechster Stelle wird die Lokalisation abgebildet: 0 – Vena saphena magna, 1 – Vena saphena parva, 2 – Venae saphena magna et parva. Die Codes sind sowohl bei isolierter Rezidivcrossektomie als auch in Kombination mit weiteren Eingriffen anwendbar.

Die bereits vorhandenen Codes für die intraabdominale Shuntchirurgie (bei portaler Hypertension) werden mit 5-391.3 „Anlegen eines mesenterikoportalen Shunts“ ergänzt.

THORAXCHIRURGIE

Bei der Kodierung von Thoraxdrainagen bestehen gelegentlich Unklarheiten hinsichtlich der Unterscheidung zwischen groß- und kleinlumigen Systemen. Da es nicht als sachgerecht betrachtet werden kann, einen bestimmten absoluten Durchmesser als Kriterium anzugeben, wird klargestellt, dass zu den großlumigen Thoraxdrainagen die Systeme zählen, die in der Regel über eine Mini-Thorakotomie eingebracht werden (8-144.0). Bei Einführung über ein Hohlnadelsystem (bzw. in Seldinger-Technik) ist dagegen eine kleinlumige Drainage zu kodieren (8-144.2).

LITERATUR:

- [1] ICD-10-GM 2017 - Systematisches Verzeichnis, Deutscher Ärzteverlag ISBN 978-3-7691-3584-8
- [2] ICD-10-GM 2017 - Alphabetisches Verzeichnis, Deutscher Ärzteverlag ISBN 978-3-7691-3585-5
- [3] OPS 2017 - Systematisches Verzeichnis, Deutscher Ärzteverlag ISBN 978-3-7691-3586-2
- [4] OPS 2017 - Alphabetisches Verzeichnis, Deutscher Ärzteverlag ISBN 978-3-7691-3587-9
- [5] Deutsche Kodierrichtlinien 2017, http://www.g-drg.de/cms/G-DRG-System_2017/Kodierrichtlinien/Deutsche_Kodierrichtlinien_2017



MERKBLATT „JURISTISCHE ANFORDERUNGEN AN EINEN OP-BERICHT“



DR. JUR. JÖRG HEBERER
Justitiar
Berufsverband der Deutschen
Chirurgen e.V. (BDC)
Rechtsanwalt und Fachanwalt für
Medizinrecht
justitiar@bdc.de

ZWECK DER DOKUMENTATION

Nach ständiger Rechtsprechung ist erforderlich, dass medizinisch kundige Dritte und insbesondere der Weiter- oder Nachbehandler das Behandlungsgeschehen nachvollziehen können. Im Vordergrund stehender Dokumentationszweck ist damit die Sicherheit des Patienten. Die Dokumentation dient damit primär der

- *Therapiesicherung*, d. h. die sachgerechte Behandlung und Weiterbehandlung des Patienten muss gewährleistet werden, jeder mit- und weiterbehandelnde Arzt muss sich über die bisherigen Behandlungsmaßnahmen und Therapien informieren können,

- *Rechenschaftslegung*, d. h. Information des Patienten hinsichtlich der durchgeführten Maßnahmen,
- *ordnungsgemäßen Abrechnung* durch Nachweis der vollständigen Leistungserbringung.

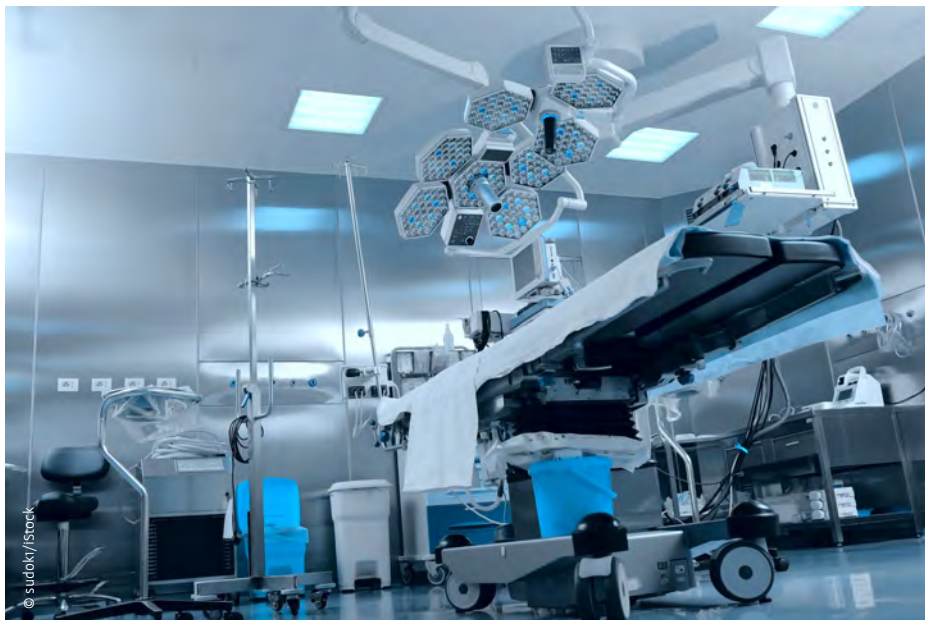
UMFANG DER DOKUMENTATION

Der Arzt schuldet aus Sicht der **BGH-Rechtsprechung** die **ausführliche, sorgfältige und vollständige Dokumentation der Operation einschließlich der pflegerischen Maßnahmen** (Erfüllung der Dokumentationspflicht durch gewissenhafte schriftliche Dokumentation).

Heberer J. Merkblatt „Juristische Anforderungen an einen OP-Bericht“. *Passion Chirurgie*. 2017 Februar, 7(02): Artikel 04_08.



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



Gegebenenfalls können sich unter Umständen aus geltenden Qualitätssicherungsrichtlinien oder ähnlichen Bestimmungen konkretere Anforderungen ergeben.

Beispielsweise findet sich in der Richtlinie der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung endoskopischer Eingriffe in Ziffer 3.3.2. Nr. 2 hinsichtlich der Sicherung der Prozessqualität lediglich, dass jeder Arzt, der einen endoskopischen Eingriff durchführt, einen ausführlichen Bericht über den endoskopischen Eingriff anzufertigen hat.

Das **LSG Baden-Württemberg** hat mit Urteil vom 25.09.2013 – L 5 KA 3347/11 entschieden, dass aus Qualitätssicherungsgründen die erforderliche Dokumentation ambulanter Operationen nur ihren Zweck erfüllen kann, wenn die Aufschriebe aus sich heraus verständlich sind, sodass es nicht genüge, wenn die Aufschriebe erst weiterer Erläuterungen durch den Vertragsarzt bedürfen. Die Dokumentation müsse selbsterklärend sein. Dies setze voraus, dass die **ambulanten OP-Berichte lesbar, in sich widerspruchsfrei und nachvollziehbar** seien.

INHALT DER OP-DOKUMENTATION

Maßgeblich nach ständiger Rechtsprechung ist die **medizinische Üblichkeit und Erforderlichkeit** für die Sicherheit des Patienten. Dies bedeutet, die Dokumentation muss aus medizinischer Sicht erforderlich sein, sodass die **wesentlichen medizinischen Daten und Fakten für den Behandlungsverlauf** sichergestellt werden müssen. Ist eine Dokumentation aus medizinischer Sicht nicht erforderlich, so ist sie aus Rechtsgründen auch nicht geboten. Entscheidend ist somit der therapeutische Nutzen der Aufzeichnungen, sodass eine Maßnahme dann zu dokumentieren ist, wenn dies erforderlich ist, um Ärzte und Pflegepersonal über den Verlauf der Krankheit und die bisherige Behandlung für ihre künftigen Entscheidungen ausreichend zu informieren (vgl. OLG Oldenburg, Urteil vom 30.01.2008 – 5 U 92/06).

Es müssen folglich **die wichtigsten diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen sowie die wesentlichen Verlaufsdaten** dokumentiert werden. Der

Operationsverlauf muss sich gut nachvollziehen lassen.

Hieraus ergibt sich nach dem derzeitigen Stand der Rechtsprechung insbesondere folgender notwendiger Inhalt eines OP-Berichts, der jedoch nicht abschließend ist:

- die wesentlichen, für eine spätere ärztliche Beurteilung voraussichtlich unerlässlichen Fakten über den Verlauf der OP, daher insbesondere regelmäßig Operationssitus, die angewandte Technik/OP-Methode mit stichwortartiger Beschreibung (vgl. OLG Oldenburg, a. a. O.), die wesentlichen Arbeitsschritte im Einzelnen, jede Abweichung vom Normalverlauf, Komplikationen, unerwartete Zwischenfälle, jede Besonderheit, Erweiterungen der OP
- Wechsel des Operators oder im OP-Team während der OP sowie Status bei Wechsel des Operators,
- eine etwaige spezielle Lagerung auf dem OP-Tisch,
- Gründe für das Abweichen von einer herkömmlichen OP-Methode,
- Befunde während des OP-Verlaufs; negative Befunde nur, wenn ein medizinischer Anlass dazu besteht,
- bei Anfängeroperationen ist eine möglichst umfassende Dokumentation vorzunehmen, insbesondere ist hier die Kontrolle des den Eingriff unter Aufsicht durchführenden Assistenzarztes zu dokumentieren sowie
- Anweisungen über postoperative Maßnahmen gegenüber den Pflegekräften.

Allerdings müssen erforderliche Routinemaßnahmen und aus ärztlicher Sicht selbstverständliche Bestandteile einer bestimmten klinischen Methode nicht im OP-Bericht aufgeführt werden. Hierzu zählen beispielsweise Routinekontrollen ohne Befund, die Einhaltung des üblichen Ausbildungsstandards, das Anlegen eines Druckverbandes oder die vor jeder Injektion durchzuführende Hautdesinfektion. Denn nach der Rechtsprechung ergibt sich schon aus dem Schweigen des OP-Berichts zu den üblichen, jedoch medizinisch unwesentlichen Zwischenschritten, dass diese unter Beachtung der erforderlichen

Sorgfalt durchgeführt worden sind (vgl. OLG Oldenburg, a. a. O., OLG Koblenz, MedR 2007, 305, 307).

Lediglich beim selbständigen Operieren eines sich noch in der Facharztausbildung befindlichen Arztes legt die Rechtsprechung allergrößten Wert auf die ausführliche Dokumentation sämtlichen, auch des routinemäßigen Vorgehens.

FORM DER DOKUMENTATION

Grundsätzlich genügt eine Dokumentation in Stichworten, zumindest bei standardisierten Eingriffen, sodass medizinisch kundige Dritte das Behandlungsgeschehen nachvollziehen können. Der OP-Bericht muss also selbsterklärend sein.

Der OP-Bericht sollte aber im Hinblick auf die vorgenannte Rechtsprechung des LSG Baden-Württemberg lesbar sein. Das LSG hat beispielsweise bei einem zunächst handschriftlich verfassten unlesbaren OP-Bericht, der nachträglich maschinengeschrieben übersetzt wurde, die ordnungsgemäße Dokumentation zum Zwecke der Qualitätssicherung im Zusammenhang mit der Abrechnung der Leistung verneint.

Zivilrechtlich wird die Dokumentation durch eine schwere Lesbarkeit zwar nicht entwertet, allerdings kann dies möglicherweise den Beweiswert beeinträchtigen, sodass mit der Sorgfalt auch der Beweiswert steigt.

Sinnvoll und zulässig aus juristischer Sicht sind heutzutage auch die zusätzlich zum OP-Bericht erstellte Dokumentation operativer Maßnahmen per Bild- oder Videoaufzeichnungen. Ebenso ist eine digitale Dokumentation grundsätzlich als zulässig anzusehen.

ZEITPUNKT DER DOKUMENTATION

Die Rechtsprechung geht einheitlich davon aus, dass die Dokumentation und damit auch der OP-Bericht möglichst zeitnah nach der OP zu erstellen ist.

Hierbei können vom Arzt zunächst handschriftliche, stichwortartige Aufzeichnungen während oder unmittelbar nach der OP zur Gedächtnisstütze gemacht werden, die dann nachträglich, ggf. Stunden oder einen

Tag nach der OP, übertragen werden. Ist eine skizzenhafte, unmittelbare Dokumentation nicht möglich, wie beispielsweise bei Notfalloperationen, so muss die nachträgliche Erstellung durch den Arzt kenntlich gemacht werden.

Erfolgt keine zeitnahe Dokumentation, z. B. bei erst nach Wochen oder Monaten stattfindender Erstellung des OP-Berichts, so besteht die Gefahr, dass die Dokumentation ihren Nachweiswert verliert.

Aus juristischer Sicht ist deshalb die zeitnahe Erstellung des OP-Berichts dringend zu empfehlen, allenfalls kann eine tageweise Verzögerung angeraten werden. ○



MERKBLATT „JURISTISCHE ANFORDERUNGEN AN EINEN OP-BERICH“ ZUM AUSDRUCKEN

MERKBLATT:

JURISTISCHE ANFORDERUNGEN AN EINEN OP-BERICH

- ❖ Zweck der Dokumentation: nach ständiger Rechtsprechung ist erforderlich, dass medizinisch kundige Dritte und insbesondere der Weiter- oder Nachbehandler das Behandlungsgeschehen nachvollziehen können. Im Vordergrund stehender Dokumentationszweck ist damit die Sicherheit des Patienten. Die Dokumentation dient damit primär der
 - *Therapiesicherung*, d. h. die sachgerechte Behandlung und Weiterbehandlung des Patienten muss gewährleistet werden, jeder mit- und weiterbehandelnde Arzt muss sich über die bisherigen Behandlungsmaßnahmen und Therapien informieren können,
 - *Rechenschaftslegung*, d. h. Information des Patienten hinsichtlich der durchgeführten Maßnahmen,
 - *ordnungsgemäßen Abrechnung* durch Nachweis der vollständigen Leistungserbringung.

- ❖ Umfang der Dokumentation: Der Arzt schuldet aus Sicht der **BGH-Rechtsprechung** die **ausführliche, sorgfältige und vollständige Dokumentation der Operation einschließlich der pflegerischen Maßnahmen** → Erfüllung der Dokumentationspflicht durch gewissenhafte schriftliche Dokumentation

Ggf. können sich unter Umständen aus geltenden Qualitätssicherungsrichtlinien oder ähnlichen Bestimmungen konkretere Anforderungen ergeben. Beispielsweise findet sich in der Richtlinie der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung endoskopischer Eingriffe in Ziffer 3.3.2. Nr. 2 hinsichtlich der Sicherung der Prozessqualität lediglich, dass jeder Arzt, der einen endoskopischen Eingriff durchführt, einen ausführlichen Bericht über den endoskopischen Eingriff anzufertigen hat.

Das **LSG Baden-Württemberg** hat mit Urteil vom 25.09.2013 – L 5 KA 3347/11 entschieden, dass aus Qualitätssicherungsgründen die erforderliche Dokumentation ambulanter Operationen nur ihren Zweck erfüllen kann, wenn die Aufschriebe aus sich heraus verständlich sind, sodass es nicht genüge, wenn die Aufschriebe erst weiterer Erläuterungen durch den Vertragsarzt bedürfen. Die Dokumentation müsse selbsterklärend sein. Dies setze voraus, dass die **ambulant OP-Berichte lesbar, in sich widerspruchsfrei und nachvollziehbar** seien.

- ❖ Inhalt der OP-Dokumentation: Maßgeblich nach ständiger Rechtsprechung ist die **medizinische Üblichkeit und Erforderlichkeit** für die Sicherheit des Patienten. Dies bedeutet, die Dokumentation muss aus medizinischer Sicht erforderlich sein, sodass die **wesentlichen medizinischen Daten und Fakten für den Behandlungsverlauf** sichergestellt werden müssen. Ist eine Dokumentation aus medizinischer Sicht nicht erforderlich, so ist sie aus Rechtsgründen auch nicht geboten. Entscheidend ist somit der therapeutische Nutzen der Aufzeichnungen, sodass eine Maßnahme dann zu dokumentieren ist, wenn dies erforderlich ist, um Ärzte und Pflegepersonal über den

Dr. jur. Jörg Heberer, Stand 11.11.2016

**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

FRAGE & ANTWORT



BEFREIUNG VOM KV- BEREITSCHAFTSDIENST WEGEN STATIONÄRER TÄTIGKEIT



**ANTWORTEN VON DR. JUR.
JÖRG HEBERER:**

Justitiar BDC
Rechtsanwalt und Fachanwalt für
Medizinrecht
justitiar@bdc.de

FRAGE

Ein als angestellter Arzt in einem MVZ teils-zeitig tätiger Chirurg ist gleichzeitig im Krankenhaus tätig und erbringt dort stationäre Leistungen. Er fragt an, ob er wegen dieser stationären Tätigkeit die Befreiung vom KV-Bereitschaftsdienst erreichen kann.

ANTWORT

Die Organisation der Bereitschaftsdienste obliegt den jeweiligen KVen, die hierzu Bereitschaftsdienstordnungen erlassen. Das MVZ erfüllt als zugelassener Leistungserbringer seine entsprechende Dienstverpflichtung

durch die bei ihm angestellten Ärzte und ist frei in der Auswahl zwischen diesen Ärzten.

Für die dort angestellten Ärzte besteht durch ihre Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung grundsätzlich die Verpflichtung zum Bereitschaftsdienst. Die Befreiung eines Vertragsarztes oder eines angestellten Arztes ist nach den KV-Vorgaben und der diesbezüglichen einschlägigen Rechtsprechung nur dann möglich, wenn „schwerwiegende Gründe“ vorliegen. Zu nennen sind hier insbesondere Fälle einer nachgewiesenen Erkrankung oder Behinderung, besondere familiäre Verpflichtungen, aber auch die Erfüllung eines besonderen Versorgungsauftrages zur Sicherstellung der (ambulanten) vertragsärztlichen Versorgung.

Bei der Beurteilung des Vorliegens eines solchen Befreiungstatbestandes steht der KV ein sogenannter Ermessensspielraum zu, der auch nur eingeschränkt überprüfbar ist. Eine gleichzeitige Tätigkeit im stationären Sektor dürfte nach diesen Vorgaben deshalb nicht dazu führen, dass die KV einem hierauf gestützten Antrag auf Befreiung vom vertragsärztlichen Bereitschaftsdienst zustimmt. ○

Heberer J. F+A: Befreiung vom KV-Bereitschaftsdienst wegen stationärer Tätigkeit. *Passion Chirurgie*. 2017 Februar; 7(02): Artikel 04_09.



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

FRAGE & ANTWORT



GRÜNDUNG EINER FIRMA ZUR PATIENTENVERMITTLUNG



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

Heberer J. F+A: Gründung einer Firma zur
Patientenvermittlung. *Passion Chirurgie*. 2017
Februar; 7(02): Artikel 04_10.



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

FRAGE

Ein niedergelassener Chirurg fragt an, ob es ihm erlaubt ist, eine Firma zur Patientenvermittlung zu gründen?

ANTWORT

Derartige Patientenvermittlungsagenturen sind aus Sicht des Verfassers als äußerst kritisch zu betrachten. Dies gilt sowohl in berufs- als auch strafrechtlicher Hinsicht.

Zwar ist Ärzten eine gewerbliche Tätigkeit nicht grundsätzlich verboten. Allerdings dürfen zum einen gemäß § 3 Abs. 2 M-BO gewerbliche Dienstleistungen im Zusammenhang mit der Ausübung der ärztlichen Tätigkeit nur erbracht werden, wenn die Dienstleistung wegen ihrer Besonderheiten notwendiger Bestandteil der ärztlichen Therapie ist.

Zum anderen ist vor allem auch § 31 M-BO, der die verbotene Zuweisung gegen Entgelt regelt, zu beachten. Hiernach sind regelmäßig jegliche Arten der Patientenvermittlung, für die der Arzt ein Entgelt oder einen sonstigen Vor-

teil erhält, rechtlich nicht zulässig. Dies folgt schon aus dem Schutzzweck der Vorschrift. Allerdings kann es hiervon unter Umständen eng begrenzte Ausnahmefälle geben, sodass anhand der jeweils konkreten Umstände im Einzelfall beurteilt werden müsste, inwieweit eine Patientenvermittlungsagentur unter § 31 M-BO fällt. Nach juristischer Auffassung des Verfassers sind Provisionszahlungen für die Zuweisung von Patienten sowie die Vereinbarung im Vermittlungsvertrag, dass ein bestimmter Prozentsatz vom Arzt- oder Krankenhaushonorar als Entgelt bezogen wird, jedenfalls grundsätzlich unzulässig. Das Gleiche gilt für die Vereinbarung eines Pauschalhonorars, das ärztliche Leistungen enthält.

Ferner ist in diesem Zusammenhang auch darauf hinzuweisen, dass Ärzte gemäß § 31 Abs. 2 M-BO ihren Patienten nicht ohne hinreichenden Grund bestimmte Leistungserbringer im Gesundheitswesen empfehlen oder an diese verweisen dürfen.

Im Hinblick auf den durch das Antikorruptionsgesetz neu geschaffenen Straftatbestand des § 299a StGB gelten diese Ausführungen natürlich entsprechend. Denn hiernach macht sich ein Arzt strafbar, wenn er im Zusammenhang mit der Ausübung seines Berufs einen Vorteil für sich oder einen Dritten als Gegenleistung dafür fordert, sich versprechen lässt oder annimmt, dass er bei der Zuführung von Patienten einen anderen im inländischen oder ausländischen Wettbewerb in unlauterer Weise bevorzugt. Der Vorteilsbegriff deckt sich mit dem in § 31 M-BO. Es muss somit zwingend vermieden werden, dass der Arzt einen wie auch immer gearteten Vorteil für eine etwaig unlautere Bevorzugung eines

Dritten erhält. Sinn und Zweck des Straftatbestandes ist entsprechend zu den berufsrechtlichen Vorschriften, dass die heilberuflichen Entscheidungen des Arztes unbeeinflusst von monetären Interessen gefällt werden.

Zudem könnte sich eine berufs- und wettbewerbsrechtliche Problematik ergeben, wenn

der Arzt für seine Patientenvermittlung wirbt. Denn nach § 27 Abs. 3 Satz 4 M-BO ist es dem Arzt untersagt, für eigene oder fremde gewerbliche Tätigkeiten im Zusammenhang mit seiner ärztlichen Tätigkeit zu werben. Ein Verstoß hiergegen könnte zu einer berufsrechtlichen Konsequenz nach sich ziehen. Zum anderen könnten wettbewerbsrechtliche

Sanktionen in Form von Unterlassungs- und Schadensersatzansprüchen drohen.

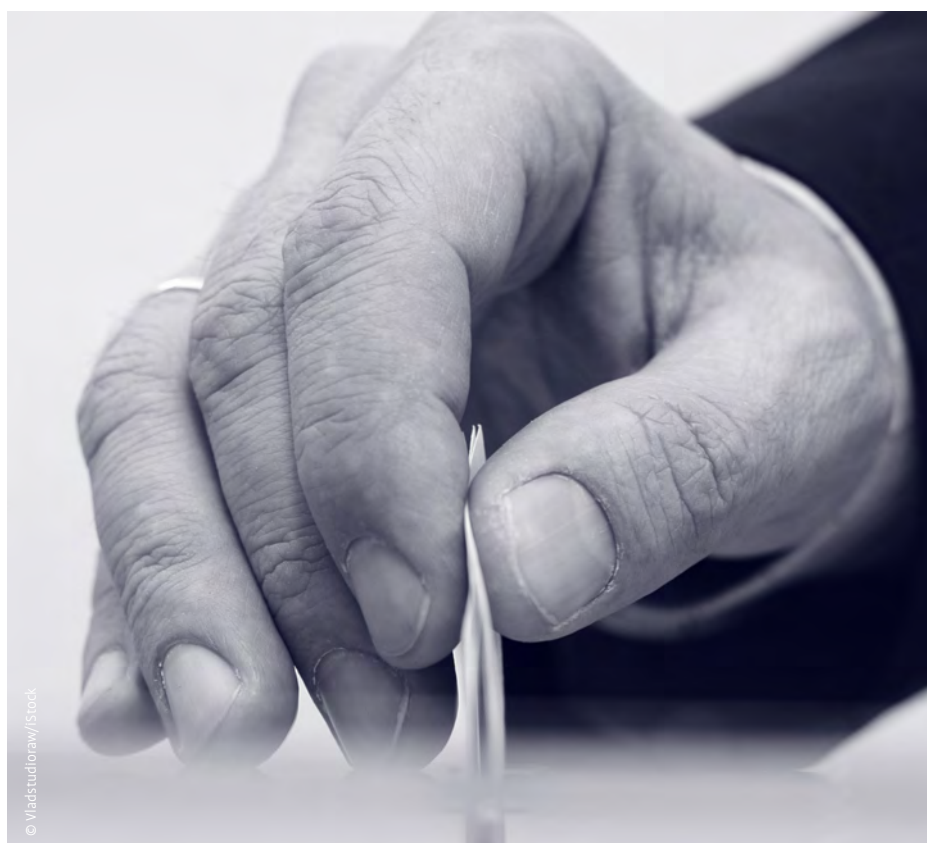
Alles in allem ist nach Einschätzung des Verfassers aufgrund der doch erheblichen Gefahrgeneignis die Gründung einer Patientenvermittlungsfirma aus juristischen Aspekten in der Regel nicht zu befürworten. ○

32 Thesen zur Gesundheitspolitik nach der Bundestagswahl 2017

BDC, BDI, VKD und VLK als Spitzenverbände maßgeblicher Berufsgruppen im Krankenhaus und in der ambulanten Versorgung stellen nachfolgend die aus ihrer Sicht zentralen Anforderungen an die Gesundheitspolitik nach der Bundestagswahl 2017 vor. Das Thesenpapier soll als Leitfaden für politische Gespräche der beteiligten Verbände mit Politikern dienen und zugleich eine schnelle Orientierung darüber geben, wo aus Sicht der unterzeichnenden Verbände Handlungsbedarf besteht.

NACH DER STANDORTBESTIMMUNG DES ETHIKRATES

1. In Übereinstimmung mit den Empfehlungen des Deutschen Ethikrates sind sich die beteiligten Verbände einig: Das leitende normative Prinzip der Gesundheitsversorgung muss wieder das Wohl des einzelnen Patienten sein.
2. Die dazu erforderliche Neugestaltung der Finanzierungssysteme (Betriebs- und Investitionsfinanzierung) muss dafür sorgen, dass die Ökonomie der



© Vladstudio/Stock

**PROF. DR. MED. DR. MED. H.C.
HANS-JOACHIM MEYER**

Präsident
Berufsverband der Deutschen
Chirurgen e.V.

DR. HANS-FRIEDRICH SPIES

Präsident
Berufsverband Deutscher Internisten
e.V.

DR. JOSEF DÜLLINGS

Präsident
Verband der Krankenhausdirektoren
Deutschlands e.V.

PROF. DR. HANS-FRED WEISER

Präsident
Verband der Leitenden
Krankenhausärzte Deutschlands e.V.

Patientenversorgung dient und nicht umgekehrt.

3. Über die Neugestaltung der Finanzierungssysteme muss die Behandlungsqualität des Patienten gefördert werden. Leistungserbringer dürfen nicht in Entscheidungssituationen gebracht werden, in denen ökonomische Vorgaben Vorrang vor medizinischen Notwendigkeiten gewinnen. Die Behandlungsqualität findet ihren Ausdruck insbesondere auch in einer verantwortungsvollen und nach den individuellen Gesundheitsbedürfnissen des Patienten abgewogenen medizinischen Indikationsstellung.
4. Eine Zuteilung von Ressourcen mit fehlender Effektivität und mangelnder Effizienz erzeugt Ungerechtigkeit mit Über- und Unterversorgung des Patienten. Sie ist daher nicht nur aus ökonomischen, sondern auch aus ethischen Gründen zu vermeiden.
5. Die Neugestaltung der Finanzierungssysteme muss dafür sorgen, dass Kommunikation und Zuwendung im Krankenhaus sowie eine sektorübergreifende Betreuung auch im ambulanten Bereich ausdrücklich Teil der Patientenversorgung werden. Der organisatorische Aufwand muss bei den Vorgaben des Vergütungssystems berücksichtigt werden. Im derzeitigen DRG-System sind die Komponenten auf der Bundesebene (Katalog der Bewertungsrelationen) und auf der Landesebene (Landesbasisfallwert) darauf eingestellt, die Vergütungsentwicklung unterhalb der Kostenentwicklung zu halten. Gleiches gilt für die strenge Budgetierung der niedergelassenen Vertragsärzte. Damit wird ein von Jahr zu Jahr steigender Rationalisierungsdruck auf die Patientenversorgung ausgeübt.
6. Die Verbände fordern eine intensive Diskussion über die Führungsstrukturen am Krankenhaus, zu welcher der Ethikrat ausführt: „Eine fachinklusive Leitungsstruktur am Krankenhaus, die kaufmännische Leitung, ärztliche Direktion und Pflegeleitung gleichberechtigt und unbelastet durch arbeitsrechtliche Sanktionsmöglichkeiten in der Krankenhausleitung zusammenführt, kann ein geeignetes Modell darstellen, um eine fachübergreifende Perspektive auf den Patienten auch strukturell abzubilden. Für die Sicherung der Transparenz ist auch die Einrichtung von Gremien im Krankenhaus denkbar, die als Beratungs- und Kommunikationsstellen fungieren und ggf. zwischen der Leitung und den Mitarbeitern vermitteln.“
7. Die Dokumentationspflichten sollten auf das Notwendige reduziert und nicht ständig erweitert werden. Dokumentation zur Transparenz der Qualität ist gut. Es darf jedoch nicht zum Aufbau einer „Qualitätsbürokratie“ kommen.
8. Zwischen ambulanter Versorgung im niedergelassenen Bereich und stationärer Versorgung im Krankenhausbereich erfährt der Patient regelhaft einen Bruch seiner Behandlungskette. Dies führt zu systemisch bedingten Informationsverlusten, Wartezeiten, Fehlerrisiken, Fehlzuweisungen, unnötigen Zusatzausgaben für die Krankenversicherung und Risiken einer schlechten Behandlungs- und Betreuungsqualität. Es ist dringend geboten, über die bisherigen gesetzlichen Vorgaben hinaus eine echte sektorübergreifende Versorgung einzurichten. Hierzu erwarten die Verbände Lösungen vom Gesetzgeber. Ein erster Schritt wäre die gemeinsame Sicherstellung der ambulanten Notfallversorgung durch Vertragsärzte und Krankenhäuser mit gleichen Rechten und Pflichten und angemessener Vergütung. Die bisherigen gesetzlichen Regelungen konnten diese für den Patienten belastende Versorgungslücke nicht schließen.
9. Eine echte sektorübergreifende Versorgung ist gekennzeichnet durch gemeinsame Betreuung eines individuellen Patienten je nach medizinischer Notwendigkeit des Einsatzes von Kompetenzen und Ressourcen. Zu einer sektorübergreifenden Versorgung gehört daher nicht nur der Austausch von Informationen, sondern auch eine gemeinsame Verantwortung für die Gesamttherapie einschließlich der damit verbundenen finanziellen Ressourcen.
10. In Deutschland gilt mit gutem Grund die freie Arztwahl durch den Patienten.

Meyer H.-J. / Spies H.-F. / Düllings J. / Weiser H.-F. 32 Thesen zur Gesundheitspolitik nach der Bundestagswahl 2017. *Passion Chirurgie*. 2017 Februar, 7(02): Artikel 05_01.



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

Das schließt im Falle einer stationären Behandlung auch die Freiheit ein, das Krankenhaus der eigenen Wahl, ggf. auf Empfehlung des behandelnden Arztes aufzusuchen.

11. Angesichts der zunehmenden Zahl von Behandlungen im ambulanten Bereich muss die fachärztliche Weiterbildung in allen Disziplinen in der ambulanten Praxis ermöglicht werden. Dies kann nicht auf ausgewählte Fachgebiete begrenzt werden. Im Besonderen muss eine Finanzierung von Weiterbildungsassistenten gewährleistet werden. In Weiterbildungspraxen müssen die Budgetgrenzen angepasst werden.
12. Angedachte Vergütungsmodelle unter dem Schlagwort „Pay for Performance“ müssen sich an plausibler und nachweisbarer Ergebnisqualität orientieren. Dies ist ohne adäquate Risikoadjustierung unter Einbeziehung ärztlichen Sachverständes nicht vorstellbar. Erfahrungen in den USA zeigen, dass hier

durch mangelnde Risikoadjustierung – insbesondere auf Grund der sozioökonomischen Faktoren der Patienten – und durch Förderung einer Qualitätsbürokratie die Negativeffekte überwiegen und die Versorgung dadurch nicht besser wird.

ANTIKORRUPTIONSGESETZ

13. Die Verbände stimmen vom Grundsatz her der Strafbewehrung korruptiven Verhaltens auch im ärztlichen Bereich zu. Es muss verhindert werden, dass Geldmittel der Sozialversicherung in Form von Prämienzahlungen fehlgeleitet werden.
14. Andererseits führt das aktuelle Gesetz zu erheblichen Verunsicherungen, weil die Straftatbestände nur sehr vage formuliert sind. Insbesondere fehlt eine eindeutige Regelung zu innerärztlichen und sektorübergreifenden Kooperationen.
15. Angesichts einer immer weiter fortschreitenden und im Sinne der Pati-

entenversorgung auch notwendigen Spezialisierung als Konsequenz aus dem medizinischen Wissensfortschritt ist es zwingend geboten, die Breite der Medizin durch Zusammenführung der einzelnen Spezialisten zu gewährleisten. Das betrifft sowohl ambulante Versorgungsstrukturen, beispielsweise in der Kooperation zwischen Operateuren und Anästhesisten, als auch die Kooperationsnotwendigkeit zwischen selbstständig tätigen Fachärzten und Krankenhäusern oder Krankenhausverbünden. Dazu gehört auch die Hinzuziehung selbstständig tätiger Spezialisten für bestimmte Leistungen am Krankenhaus.

16. Die genannten erforderlichen Kooperationen stehen allerdings prinzipiell unter Strafandrohung des Antikorruptionsgesetzes und werden deshalb aktuell in großem Umfang aufgelöst. Dies ist für die Patientenversorgung kontraproduktiv und bedarf einer umgehenden gesetzlichen Klarstellung.





QUALITÄTSSOFFENSIVE UND PLANUNGSRELEVANTE QUALITÄTSINDIKATOREN

Die Verbände unterstützen ausdrücklich eine sachgerechte und mit Augenmaß geführte „Qualitätsoffensive“, die zu einer Verbesserung der qualitativen Standards bei der Versorgung der Bevölkerung im stationären und ambulanten Bereich führen kann. Deren Erkenntnisse können eine Krankenhauspla-

nung unterstützen, dürfen aber nicht Vehikel einer verkappten Mengenbegrenzung sein.

Vor diesem Hintergrund haben die Verbände erhebliche – methodische und inhaltliche – Bedenken, dass dieser Weg auf der Basis des vom IQTIG vorgelegten Abschlussberichtes zur „Auswahl und Umsetzung planungsrelevanter Qualitätsindikatoren“ zielführend beschritten werden kann. Aus Sicht der Verbände sind hier folgende Kritikpunkte anzuführen:

17. Das Konzept „Patientengefährdung“ wurde als Konstrukt zur Legitimierung der Einschränkung der beruflichen Praxis in Planungsentscheidungen bei anhaltenden Qualitätsmängeln geschaffen. Es steht im Widerspruch zu dem international üblichen Prinzip der Patientensicherheit. Es stammt aus dem Katastrophenschutz und ist nach Expertenmeinung rechtsunsicher. Das moderne Fehlerverständnis bezieht sich nicht auf Gefahr, sondern auf die Analyse von Fehlerketten und hat Prävention als Ziel, nicht Strafe.
18. Um die Versorgungsqualität einer Abteilung beurteilen zu können, hat das IQTIG Indikatoren ausgewählt, die gemeinsam über die Hälfte der Fälle der Fachabteilung abdecken, das sogenannte „Repräsentationsprinzip“. Der Ansatz, Qualitätsindikatoren (esQS) nach dem Repräsentationsprinzip zu benennen, ist aber wissenschaftlich nicht belegt und führt zu einer Selektion von Indikatoren, die viele Fachbereiche gänzlich auslassen und bietet so keinen Ansatz zur Bewertung einer Klinik als Ganzes.
19. Vor dem Hintergrund existenzbedrohender Konsequenzen der Anwendung der planungsrelevanten Qualitätsindikatoren für die Krankenhäuser ist für die Rechtssicherheit vor allem eine hohe Evidenzstufe nötig. Der Nachweis des Zusammenhangs zwischen Qualitätsmängeln und potentiellern Schadensereignis muss demnach wissenschaftlich hochgradig abgesichert sein. Dies ist bei den ausgewählten esQS nur sehr bedingt gegeben.
20. Bei der Validierung der von den Krankenhäusern an die Daten-Annahme-Stelle gelieferten Daten dürfen durch den MDK nur Fachärzte und – wo entsprechend der Weiterbildungsordnung gegeben – Fachärzte mit Schwerpunkt des betroffenen Gebietes eingesetzt werden.
21. Die als Kommentierungsverfahren inklusiver fachlicher Klärung bezeichnete abschließende Stellungnahme des IQTIG von auffälligen Leistungserbringern bedarf einer Klärung hinsichtlich der Einbindung eines Teams medizinischer

Fachexperten. Sie müssen einerseits vor jeder planungsrelevanten Entscheidung zwingend hinzugezogen werden, andererseits bedarf es eines Besetzungsrechts durch die Fachgesellschaften (mindestens 50 Prozent). Im Abschlussbericht wird argumentiert, dass Fachexperten durch ihre Zugehörigkeit zu den Leistungserbringern nicht frei von Interessenskonflikten seien und daher nicht beteiligt werden können. Dies geht an der Sachnotwendigkeit einer qualifizierten Evaluation vorbei und wird deshalb strikt abgelehnt. Mit dieser Argumentation wäre keines der in der Qualitätssicherung erfolgreich eingeführten Peer Review-Verfahren mehr möglich.

22. Stellungnahme der Einrichtung: Das IQTIG lässt keine Einzelfallanalysen zu, sondern nur Ausnahmekonstellationen zu spezifischen Risikokonstellationen einer Klinik, die nicht in der Risikoadjustierung berücksichtigt sind, da alle anderen Faktoren in den statistischen

Verfahren bewertet seien. Diese Argumentation ist abzulehnen, da die Risikoadjustierung der esQS unzureichend ist. Es sollen nur systematische Einflüsse erfasst werden, die es aber bei der Bewertung von Komplikationen häufig nicht gibt, insbesondere wenn diese selten auftreten. Hier ist die medizinische Konstellation des Einzelfalles mit all seinen Facetten entscheidend für die Bewertung, wie sie heute üblicherweise in Peer Review-Verfahren bewertet wird. Eine solche Berücksichtigung muss auch bei der Bewertung planungsrelevanter Indikatoren erfolgen.

23. Die für den Bereich der Frauenheilkunde und Geburtshilfe vom IQTIG empfohlenen Qualitätsindikatoren waren zum Teil bereits als esQS Indikatoren umstritten und sind erst recht für den geplanten Zweck der Planungsrelevanz von geringer Aussagekraft und Relevanz. Sie beinhalten zusätzlich im Bereich der Geburtshilfe einen hohen Fehlanreiz z. B. zu einer Steigerung der Kaiserschnitte.

24. Keinesfalls dürfen ungeeignete esQS aus dem Fachbereich Gynäkologie und Geburtshilfe nur deshalb zum Einsatz kommen, um unverantwortlich kurze Zeitvorgaben des GBA und des KHSG einzuhalten und eine Art Testlauf für planungsrelevante Qualitätsindikatoren zu ermöglichen, der die Übertragung in andere Fachbereiche vorbereitet.

ZWISCHENFAZIT

Nach Auffassung der Verbände kann die vorgenannte Zielstellung einer sachgerechten „Qualitätsoffensive“ – nämlich die Verbesserung der qualitativen Standards bei der Versorgung der Bevölkerung im stationären Bereich – nachhaltig nur durch folgende Vorgehensweise erreicht werden:

25. Es müssen aussagefähige Indikatoren für die Bewertung der Ergebnisqualität der Krankenhausleistungen entweder aus dem Pool der esQS-Daten entnommen oder anderenfalls neu erarbeitet bzw.



durch Verknüpfung mit Sozialdaten er-
tichtigt werden. Neue Indikatoren zur Er-
gebnisqualität, die wissenschaftlich fun-
diert und rechtssicher entwickelt werden,
sind nicht im Schnellverfahren bereitzu-
stellen, sondern erfordern einen Zeitraum
von Jahren. Sie müssen manipulations-
und rechtssicher sein und einen mög-
lichst geringen Fehlanreiz bieten.

26. Sollten in Zukunft Indikatoren zur
Struktur- und Prozess-Bewertung von
Krankenhausleistungen herangezogen
werden, kann das nur bei gesicherter Ge-
genfinanzierung erfolgen. Bei diesen In-
dikatoren werden aller Voraussicht nach
kostenintensive Vorgaben im Personal-
und Sachkostenbereich durch den G-BA
vorgegeben, die vor dem Hintergrund
der seit Jahren zu konstatierenden Un-
terversorgung der Krankenhäuser im Be-
triebskostenbereich und vor allem auch
im Bereich der Investitionsfinanzierung
nur schwer erfüllt werden können.
27. Zum Nachweis der Effizienz und Validi-
tät der planungsrelevanten Qualitätsin-
dikatoren und zur frühzeitigen Erken-
nung zu erwartender Fehlanreize ist
eine Begleitforschung zwingend nötig.
28. Das gesamte Verfahren im GBA und IQ-
TIG bedarf dringend einer Transparenz.
Es liegen von 51 Fachgesellschaften und
Verbänden Stellungnahmen zu dem
Vorbericht des IQTIG vor, die konkrete,

wissenschaftlich begründete Einwände
gegen das jetzt geplante Verfahren ent-
halten. Sie sollen beim IQTIG bis zur Ab-
schlussentscheidung in der Sache beim
GBA unter Verschluss bleiben. Dies ver-
hindert jeden konstruktiven Dialog in
diesem komplexen Verfahren zwischen
den medizinischen Fachleuten und dem
GBA/IQTIG in der entscheidenden Phase
der Entwicklung. Dies ist nicht zu ak-
zeptieren, da es zu unausgewogenen
Entscheidungen vor allem bei den Mehr-
heitsverhältnissen im GBA führt.

MDK – FEHLSTEUERUNGEN DES ABRECHNUNGSSYSTEMS

29. Das derzeitige System der Abrechnungs-
prüfung durch den MDK enthält aus
Sicht der Krankenhäuser nicht akzeptable
Fehlsteuerungen. Die Trägerschaft
des Medizinischen Dienstes durch die
Krankenkassen erweckt zumindest den
Anschein fehlender Neutralität und po-
tenzieller Ungerechtigkeit gegenüber
Krankenhäusern. Es entsteht der Ein-
druck, dass der MDK beauftragt wird,
unter dem Deckmantel der Rechnungs-
prüfung größere finanzielle Volumina
von den Krankenhäuser zurückzuho-
len – teilweise mit dem Risiko von Ver-
stößen gegen eine leitliniengerechte
Medizin. Zudem kommt es auf beiden

Seiten zum „Wettrüsten“ und damit zu
einer Verschwendung von Ressourcen,
die der Patientenversorgung fehlen.

30. Abrechnungsprüfungen sind grund-
sätzlich erforderlich und werden auch
von Krankenhauseite unterstützt. Ziel
muss die korrekte Abrechnung sein.
31. Dazu sollte eine neue unabhängige In-
stitution geschaffen werden, die den
Auftrag hat, Abrechnungen der Kran-
kenhäuser allein sachbezogen und
neutral zu prüfen. Statt einer weiteren
Erhöhung der Prüfquote sollte je Kran-
kenhaus eine nach statistischen Kri-
terien repräsentative Stichprobe von
Abrechnungen erhoben und geprüft
werden. Eine Stichprobe von fünf Pro-
zent ist dazu völlig ausreichend, wenn
sie statistischen Anforderungen genügt.
32. Krankenhäuser, die nachweislich und
regelmäßig zu hoch abrechnen, müs-
sen die Beträge zurückzahlen und sich
zusätzlich einem Review-Verfahren
unterziehen mit dem Ziel, das Abrech-
nungsverhalten gegen Auflagen an zu
definierende Standards für korrekte
Abrechnung anzupassen. Vorsätzliche
Falschabrechnung ist als Straftat zu
werten. Krankenhäuser, die zu wenig
abrechnen, sollten darüber informiert
werden. Die zu wenig gezahlten Erlöse
sollten im Interesse der Fairness ausge-
glichen werden. ○



BERUFSPOLITISCHE ÜBERLEGUNGEN ZUR WEITERENTWICKLUNG DER VISZERALCHIRURGIE

VISZERALCHIRURGIE FRÜHER UND HEUTE

Wer heute Viszeralchirurgie betreibt, sieht sich mit einem Umfeld konfrontiert, das sich über die letzten 15 Jahre gravierend geändert hat. Wer vor 15 bis 20 Jahren „Viszeralchirurgie“ machen wollte, wurde zunächst Facharzt für Chirurgie, eine Ausbildung die relativ breit war und immer auch mindestens ein Jahr Rotation in der Unfallchirurgie und ggf. auch eine Rotation in der Herz-/Thorax/Gefäßchirurgie erforderte. Damit waren im Laufe der Ausbildung vielfältige Möglichkeiten gegeben, sich noch umzuorientieren – und auch

sich später niederzulassen, z. B. wenn man sich relevante unfallchirurgische Kenntnisse angeeignet hatte.

Der heutige „Viszeralchirurg“ ist hingegen wesentlich fokussierte und spezialisierter: Er hat während seiner Ausbildung in den meisten Fällen nie intensiveren Kontakt zur Unfallchirurgie oder zur Gefäßchirurgie gehabt und ist damit sehr viel eingeschränkter in seinem Wissen und seinen chirurgischen Möglichkeiten. Insbesondere die Option einer Niederlassung ist für den Viszeralchirurgen de facto nicht mehr gegeben, da sein Erfahrungsspektrum keine ökonomisch tragfähigen



PROF. DR. MED. HANS J. SCHLITT ML
 FRCS(Eng) FACS FEBS FICS MHM
 BDC|Referatsleiter Viszeralchirurgie
 Klinik und Poliklinik für Chirurgie,
 Universitätsklinikum Regensburg
 Universitätsklinikum Regensburg
 Franz-Josef-Strauss-Allee 11, 93053
 Regensburg
 Hans.Schlitt@klinik.uni-regensburg.de

Möglichkeiten im rein ambulanten Bereich erlauben. Somit bleibt dem Viszeralchirurgen nur die Option einer dauerhaften Tätigkeit in einem Krankenhaus – oder die einer späten „Umschulung“.

Es sind vermutlich

1. die notwendige sehr frühe Festlegung auf das Fach „Viszeralchirurgie“,
2. die relativ begrenzten Langzeit-Perspektiven (nur Klinik!) und
3. die insgesamt hohe Arbeitsbelastung in chirurgischen Fächern insgesamt, die die Zahl der inländischen Interessenten für dieses Fach über die letzten zehn Jahre deutlich hat abfallen lassen.

Während in Universitätskliniken in der Regel die meisten Stellen noch mit inländischem Nachwuchs – oft auch mit eigenen Doktoranden – besetzt werden können, ist es mit abnehmender Größe der Kliniken (und auch mit zunehmender Entfernung von einer größeren Stadt) immer problematischer viszeralchirurgischen Nachwuchs zu gewinnen, sodass hier zunehmend oft auf ausländische Bewerber zurückgegriffen werden muss.

FRAUEN IN DER VISZERALCHIRURGIE

In der Viszeralchirurgie findet sich – wie in den meisten anderen medizinischen Fachrichtungen – eine zunehmende Zahl von weiblichen Kollegen, bedingt durch die seit einigen Jahren und auch sicher weiterhin deutliche Mehrheit von weiblichen Medizinstudenten. Dadurch wird es zunehmend notwendig sein, neue Arbeitszeitmodelle zu entwickeln, die in der Viszeralchirurgie sinnvolle Teilzeitarbeit ermöglichen, einerseits um die Vereinbarkeit von Beruf und Familie zu fördern und andererseits um die Potenziale der oftmals schon gut ausgebildeten weiblichen Chirurgen auch nach einer Familiengründung und den damit im Zusammenhang stehenden Belastungen weiter zu nutzen. Wie dies in der Viszeralchirurgie in der Breite optimal umgesetzt werden kann, ist allerdings noch nicht klar.

Am ehesten gelingen Teilzeitarbeits-Modelle an kleineren oder mittleren Kliniken, an denen schwerpunktmäßig eher kürzere und planbaren sowie sehr standardisierten allgemein- und viszeralchirurgischen Eingriffen durchgeführt werden (z. B. Leistenhernien, Cholezystekto-

mien, Hemikolektomien, Schilddrüsenoperationen etc.). In diesem Setting können gut ausgebildete Chirurginnen auch in Teilzeitmodellen hervorragend „eingeplant“ werden, sodass einerseits ihre chirurgischen Qualifikationen im OP genutzt werden können und andererseits eine verlässliche Zeitplanung für die Mitarbeiterinnen resultiert (z. B. für Abholen von Kindern etc.). Wesentlich schwieriger ist dies z. B. an Universitätskliniken umzusetzen, insbesondere an Kliniken, die sich vorwiegend auf komplexe „high-end“ Chirurgie spezialisiert haben. Hier gibt es viel mehr kurzfristig geplante und komplexe, lange Eingriffe, die für Teilzeit-Mitarbeiter(innen) wesentlich schwieriger zu organisieren sind. Da die Chirurginnen während ihrer Ausbildung an solchen Kliniken natürlich vor allem diese „große Chirurgie“ gelernt haben – und dies dann auch sehr gut und sehr gerne machen, resultiert aus diesem Dilemma häufig Frustrationen bei einer späteren Teilzeit-Tätigkeit. Diese Teilzeit-Chirurginnen dann vorwiegend für (planbare) Stationsarbeit, Konsile und Ambulanzen einzusetzen, entspricht sicher nicht deren Wünschen und auch nicht ihren chirurgischen Qualifikationen.

Schließlich ist im universitären Bereich die wissenschaftliche Karriere – zusätzlich zu der klinischen Tätigkeit – für viele Chirurginnen initial ein wichtiges Thema, weshalb sie sich zur Ausbildung an eine Universitätsklinik gegangen sind. Allerdings ist diese wissenschaftliche Tätigkeit dann später in Kombination mit der Familienplanung und ggf. einer Teilzeit-Tätigkeit praktisch nicht mehr weiterzuführen. Das ist sehr schade, da viele der Chirurginnen initial oft mit sehr viel Engagement (experimentell-) chirurgische Forschung mit großem Erfolg betreiben. Letztlich bedeutet dies, dass sich Chirurginnen unter Berücksichtigung ihrer Familien-Planungs-Intentionen schon zu Beginn ihrer Karriere sehr genau überlegen müssen, wie die klinische (und ggf. wissenschaftliche) Ausbildung und auch die längerfristige Perspektive in der Viszeralchirurgie für sie aussehen soll.

INTERDISZIPLINÄRE VERNETZUNG: „VISZERALMEDIZIN“

Schließlich muss in der Zukunft immer mehr der fachlichen Vernetzung zwischen der Viszeralchirurgie, der Gastroenterologie und

Schlitt H. J. Berufspolitische Überlegungen zur Weiterentwicklung der Viszeralchirurgie. *Passion Chirurgie*. 2017 Februar, 7(02): Artikel 05_02.



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

der gastroenterologischen Onkologie, die in vielen Fällen für eine optimale Patientenversorgung notwendig ist, Rechnung getragen werden. Um eine bestmögliche Behandlung sicherzustellen, besteht hier zunehmend die Notwendigkeit, über die eigenen Fachgrenzen hinauszudenken und – im Idealfall – auch Erfahrungen in den angrenzenden Gebieten zu haben. Dies auch insbesondere, da das Durchschnittsalter von Patienten (mit zunehmender Lebenserwartung) ansteigt und damit die „internistischen“ Komorbiditäten zunehmen. Um solche interdisziplinären Strategien im Alltag umzusetzen, wurden bereits an einigen Kliniken innerhalb von „Viszeralzentren“ interdisziplinäre Stationen gegründet, die gemeinsam von Chirurgen und Internisten geleitet werden. Alternativ wäre es allerdings auch vorstellbar, dass im Rahmen der Ausbildung die Fächergrenzen etwas aufgebrochen werden und verschiedene Ausbildungsinhalte eines Nachbarfaches als „Module“ – je nach Interessen – mit in die Ausbildung des Visceralchirurgen eingebracht werden. Hieraus könnte in Zukunft dann u. U. ein „Viszeralmediziner“ resultieren, der sich mit einem Spezialbereich übergreifend befasst: z. B. Schwerpunkt „Entzündliche Darmerkrankungen“ mit entsprechenden Operationen, aber auch inklusive der Kolos-

kopie und koloskopischer Interventionen sowie medikamentöser Behandlungsverfahren, oder z. B. Schwerpunkt „Gastro-Ösophageale Erkrankungen“ mit den entsprechenden Operationen incl. der oberen Intestinoskopie sowie interventioneller endoskopischer Verfahren in diesem Bereich und medikamentöser Behandlungen. Hier sind durchaus weitere Schwerpunktbereiche vorstellbar (Leber-/Gallenwege, Pankreas, Schilddrüse/Nebenschilddrüse etc.), die so abgebildet werden könnten. Neben der Versorgung der Patienten „aus einer Hand“ würde sich mit solchen Modellen für den Visceralchirurgen/Viszeralmediziner auch wieder die Möglichkeit einer Niederlassung ergeben, die derzeit dem Visceralchirurgen praktisch verwehrt ist.

Dies ist sicher ein heikler Bereich, da es innerhalb der derzeitigen Facharzt-Schienen sicher zu sehr intensiven Diskussionen führen wird. Ähnliches betrifft aber nicht nur die Visceralmedizin, sondern auch eine Reihe anderer Bereiche, bei denen sich neue Konzepte entwickeln werden. Ähnliche Probleme und Entwicklungen finden sich z. B. auch in der „Gefäßmedizin“ mit Überlappungen zwischen der Gefäßchirurgie, der Angiologie und der interventionellen Radiologie: Hier ist es ja bereits jetzt schon so, dass viele Gefäßchirurgen angiologische Diagnostik betreiben

und dass Angiologen therapeutische Katheter-Interventionen an Gefäßen durchführen. Eine ähnliche Entwicklung wäre auch für die Visceralmedizin sicher attraktiv. Hierzu müssen jedoch intensive Abstimmungen zwischen den verschiedenen Disziplinen und den Berufsverbänden stattfinden, damit sich keines der „Fächer“ benachteiligt fühlt.

AUSBLICK

Zusammenfassend zeigt sich, dass die Visceralchirurgie ein Fach ist, das sich über die letzten zehn bis 20 Jahre deutlich verändert hat und das derzeit mit vielen Problemen kämpfen muss. Eine Entwicklung mit fachübergreifenden Perspektiven hin zu einer integrierten „Viszeralmedizin“ bzw. von Spezialbereichen innerhalb der Visceralmedizin ist aus vielerlei Hinsicht ein sinnvoller und (sowohl für Ärzte wie auch für Patienten) attraktiver Ansatz, der intensiv verfolgt werden sollte. Eine solche Entwicklung würde das Fach auch für den weiblichen Nachwuchs mit deutlich verbesserten Teilzeit-Möglichkeiten sowie auch mit vielfältigeren Entwicklungsperspektiven für den Einzelnen bzw. die Einzelne (z. B. Schwerpunkt-Spezialisierung innerhalb der Visceralmedizin, Möglichkeiten der Niederlassung etc.) wieder interessanter machen. ○

AKTUELLE MELDUNGEN

Terrorgefahr: Mediziner fordern Ausstattung von Rettungswagen mit Tourniquets

https://www.bdc.de/terrorgefahr-mediziner-fordern-ausstattung-von-rettungswagen-mit-tourniquets/?parent_cat=186

24.01.2017 Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie e.V., Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin e.V.

BDC⁺ Ist der G-BA ausreichend legitimiert?

https://www.bdc.de/ist-der-g-ba-ausreichend-legitimiert/?parent_cat=186

23.01.2017 Presseagentur Gesundheit

BDC⁺ Gefährliche Libertinage – Ergebnisse des WIdO-Qualitätsmonitors 2017

https://www.bdc.de/gefaehrliche-libertinage-ergebnisse-des-wido-qualitaetsmonitors-2017/?parent_cat=186

18.01.2017 H. Laschet

Überblick der KBV: Neuerungen und Änderungen 2017

https://www.bdc.de/ueberblick-der-kbv-neuerungen-und-aenderungen-2017/?parent_cat=186

13.01.2017 Kassenärztliche Bundesvereinigung

Das Programm steht: Workshop “Musterweiterbildungsordnung im Fokus”

https://www.bdc.de/das-programm-steht-workshop-musterweiterbildungsordnung-im-fokus/?parent_cat=186

12.01.2017 DGCH, BDC

BDC⁺ G-BA: Personalschlüssel in Perinatalzentren

https://www.bdc.de/g-ba-personalschluesel-in-perinatalzentren/?parent_cat=186

11.01.2017 Presseagentur Gesundheit

BDC⁺ Reformstau in Krankenhäusern?

https://www.bdc.de/reformstau-in-krankenhaeusern/?parent_cat=186

09.01.2017 Presseagentur Gesundheit

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


 AUS DER
DGCH

Einladung Jahreskongress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie



**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 Abschlussemester 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

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, oder 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:

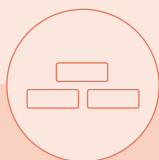
Prof. Dr. Thomas Steinmüller
DRK Kliniken Berlin | Westend
Chirurgische Klinik
Spandauer Damm 130
14050 Berlin
<http://bchirg.de/preise/sauerbruchpreis/>

Berliner Chirurgische Gesellschaft
Vereinigung der Chirurgen Berlins und Brandenburgs



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 Ärztekasse 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

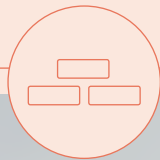
Generalsekretär

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

Schatzmeister

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 Böhler,
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.
Herr Prof. Dr. med. E. Ulrich Voss,
Karlsruhe
in memoriam
Prof. Dr. med. Jörg F. Vollmar

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
Herr 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 Bunte,
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. Dr. h.c. Wolfgang Köle, Graz
in memoriam Prof. Dr. med. Adolf
Winkelbauer und Prof. Dr. med. Franz
Speth

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, Höchstadt /
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

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

Mobitelnummer

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!



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



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



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.


 AUS DEM
BDC

BDC-Sitzungen auf dem Bundeskongress Chirurgie 2017

Verleihung der Wolfgang-Müller-Osten-Medaille am 10. März 2017, um 14.30 Uhr in der Saal Tokio.

Verleihung des Journalistenpreis am 11. März 2017, um 13.00 Uhr in Raum Tokio.

Rechtsberatung von Dr. Heberer nach Absprache (Anmeldung am BDC-Stand) in der Galileo Lounge.

Versicherungsberatung von Ecclesia vom 10. bis 12. März 2017 nach Absprache (Anmeldung am BDC-Stand) in der Galileo Lounge.

Freitag, 10 März 2017

15.00-17.30	Raum Shanghai	Chirurgen im Kontext der aktuellen Berufspolitik
		Moderation: Ralf Schmitz (Kiel), Peter Kalbe (Rinteln)
15:00-15:15		Zweitmeinungsverfahren Christoph Jaschke (Freiburg)
15:15-15:25		Diskussion Christoph Jaschke (Freiburg)
15:25-15:40		Terminservice-Stellen – erste Erfahrungen Dirk Farghal (Schweinfurt)
15:40-15:50		Diskussion Dirk Farghal (Schweinfurt)
15:50-16:05		Bereitschaftsdienst und Portalpraxen Jerzy Wielowiejski (Lünen)
16:05-16:15		Diskussion Jerzy Wielowiejski (Lünen)
16:15-16:30		Förderung der fachärztlichen Weiterbildung Peter Kalbe (Rinteln)
16:30-16:40		Diskussion Peter Kalbe (Rinteln)
16:40-16:55		Sektorenübergreifende Qualitätssicherung Christoph Schüürmann (Bad Homburg)
16:55-17:05		Diskussion Christoph Schüürmann (Bad Homburg)
17:05-17:20		Arbeitsgemeinschaft Beleg- und Honorarärzte im BDC Dirk Farghal (Schweinfurt)
17:20-17:30		Diskussion Dirk Farghal (Schweinfurt)

Samstag, 11. März 2017

14:00 - 16:30	Raum Riga	Neues von der „Gebührenfront“ (BDC)
		Moderation: Jörg A. Rüggeberg (Berlin), Peter Kalbe (Rinteln)
14:00-14:20		Gebührenkommission DGUV-KBV Claudia Haisler (Berlin)
14:20-14:30		Diskussion Claudia Haisler (Berlin)
14:30-14:50		Erfahrungen aus den BG-Clearingstellen Werner Boxberg (Wuppertal)
14:50-15:00		Diskussion Werner Boxberg (Wuppertal)
15:00-15:20		EBM-Reform – aktueller Stand Peter Kalbe (Rinteln)
		Peter Kalbe (Rinteln)
15:20-15:30		Diskussion
15:30-15:50		GOÄ-Reform Jörg A. Rüggeberg (Berlin)
15:50-16:00		Diskussion Jörg A. Rüggeberg (Berlin)
16:00-16:20		Sonderverträge in Baden-Württemberg Frido Mütsch (Heilbronn)
16:20-16:30		Diskussion Frido Mütsch (Heilbronn)



BUNDESKONGRESS CHIRURGIE 2017

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	

BDC-SITZUNGEN AUF DEM 134. CHIRURGENKONGRESS 2017

Mittwoch, 22 März 2017		
15.30 - 17.00	Saal 21	Ambulante Versorgung: Wo geht der Weg hin? Die Not der Notaufnahmen
17.30 - 19.00	Saal 21	Antibiotika up-date in der Chirurgie
19.00 - 20.00	Saal 126	BDC-Mitgliederversammlung
Donnerstag, 23. März 2017		
10.30-12.00	Saal 21	Chirurgische Nachwuchsarbeit: Zwischen Personalakquise und Talentförderung
10.30 - 12.00	Raum Schliersee	Workshop: Antikorruptionsgesetz
14.00 - 15.30	Raum Schliersee	Workshop: Vorbereitung auf die Niederlassung Teil 1: chirurgisch-fachliche Möglichkeiten in der Praxis
15.30 - 17.00	Raum Schliersee	Workshop: Vorbereitung auf die Niederlassung Part 2: Zulassung und Vertragsgestaltung
Freitag, 24. März 2017		
08.30-10.00	Saal 2	Zukunft der Chirurgie: Macher oder Dienstleister
10.30-12.00	Saal 2	Brauchen wir wirklich Choosing wisely / Klug entscheiden?
15.00-16.30	Saal 2	Zukunftschancen in den chirurgischen Fachgebieten
16.30-18.00	Saal 1	Profit Center Chirurgie: Wie soll sich alles rechnen?

Der Nachwuchs-Kongress ›Staatsexamen & Karriere‹

Optimale Vorbereitung auf die 3. ärztliche Prüfung
in Chirurgie und Innerer Medizin

München, 23.-24. März 2017



134. CHIRURGENKONGRESS MIT
PROGRAMM UND ANMELDUNG
([HTTP://CHIRURGIE2017.DE/](http://chirurgie2017.de/))

DIE BDC-GESCHÄFTSSTELLE: RÜCK- & AUSBLICK

In diesem Jahr wollen wir Ihnen einen Jahresrück- und -ausblick über die Projekte unserer Berliner Geschäftsstelle geben. 2016 ist einiges passiert, wir konnten einige Projekte erfolgreich abschließen und nahmen neue Vorhaben für 2017 in Angriff.

Um Ressourcen optimal zu nutzen, haben wir bereits im vergangenen Jahr begonnen, unsere Geschäftsstelle besser mit den Geschäftsstellen anderer Berufsverbände und Fachgesellschaften zu vernetzen. Beispielsweise wird in 2017 die Pressearbeit der DGCH und des BDC gemeinsam umgesetzt.

VERÖFFENTLICHUNG DER GEMEINSAMEN PASSION CHIRURGIE

Im gleichen Atemzug kann die Zusammenführung der Mitgliederzeitschriften der DGCH

und des BDC genannt werden. Nach einigen Monaten der Vorbereitung und Zusammenarbeit konnte pünktlich zu Weihnachten 2016 die neue Passion Chirurgie an die Mitglieder der DGCH und des BDC ausgeliefert werden. Mit frischem Layout und selbstverständlich Raum für interne Mitteilungen beider Vereinigungen. Die Mitgliederzeitung wird auch weiterhin monatlich als eMagazin und quartalsweise im Druck erscheinen. Im Zuge der gemeinsamen Zeitschrift wurde auch die BDC|Mobile-App aktualisiert. Nun werden Sie über das Erscheinen einer neuen Ausgabe per Push-Benachrichtigung auf ihrem Gerät sofort informiert. Mehr dazu finden Sie auf **BDC|Online**.





DR. RER. POL. RONNY DITTMAR

Geschäftsführer
Berufsverband der Deutschen
Chirurgen e.V. (BDC)
Luisenstraße 58/59
10117 Berlin
Ronny.Dittmar@bdc.de

WEITERER AUSBAU VON BDC|ONLINE

Nachdem unsere neue Homepage Anfang 2016 online ging, war die Arbeit nicht getan. Unser Anspruch war und ist es, ein umfassendes Archiv chirurgischer Informationen vorzuhalten. Es hat deshalb noch einige Monate gedauert, alle Inhalte der letzten Jahrzehnte von der alten Homepage zu übertragen. Gerade der weitere Ausbau der internen Chirurgen-Community **myBDC** – besonders für die Arbeit innerhalb der Landesverbände – wird neben der täglichen Pflege unserer Homepage in den kommenden Monaten im Vordergrund stehen.

UMSETZUNG DES NEUEN CORPORATE DESIGN

Mit der Neugestaltung unserer Homepage haben wir auch begonnen, unser Corporate Design „zu verjüngen“ und moderner zu gestalten. Stück für Stück werden unser Kongressstand, Imagebroschüre und Flyer angepasst. In 2017 wurde im Zuge des Updates der BDC|Mobile App zum Beispiel das Design der App bereits überarbeitet. Auch das Gesamtprogramm der BDC|Akademie wurde schon modernisiert.

HERAUSFORDERUNG „HERNIE KONKRET“

Für die BDC|Akademie war es rückblickend eine Herausforderung, neben den knapp 100 bestehenden Seminaren, die zusätzliche Veranstaltungsserie **„HERNIE konkret“** umzusetzen. In knapp 20 Zentren wurden rund 40 Hospitationstermine angeboten, die den Teilnehmern die Möglichkeit eröffnet, fünf Operationstechniken der Hernienversorgung live zu erleben. Dieses Projekt wird aufgrund der positiven Resonanz auch in diesem Jahr in Zusammenarbeit mit der Deutschen Herniengesellschaft weitergeführt und sogar erweitert.

WEBINARE IM FOKUS

Das Thema Webinare wird künftig an Bedeutung in der Weiter- und Fortbildung gewinnen. In 2017 soll ein erstes Webinarangebot geschaffen werden, das die Seminare und Workshops der BDC|Akademie um weitere Themen ergänzt. Über die Angebote werden wir Sie in den nächsten Monaten weiter auf dem Laufenden halten.

GROSSER ZUSPRUCH FÜR HBA

Knapp 1.000 Ärzte haben bereits unser Blended-Learning-Angebot zur Erlangung der Zusatzqualifikation **„Hygienebeauftragter Arzt“ (HBA)** genutzt. Dabei war auch die Vernetzung und Kooperation mit anderen Berufsverbänden entscheidend. Diesen Erfolg wollen wir auch in 2017 fortführen und haben das E-Learning-Konzept des Kurses gemeinsam mit Partnern überarbeitet und deutlich anwenderfreundlicher gestaltet.

NACHWUCHSFÖRDERUNG ALS KERNAUFGABE

Die Förderung des chirurgischen Nachwuchses war und wird immer eine der Kernaufgaben des BDC bleiben: Das Workshop-Angebot der Nachwuchskampagne **„Nur Mut! ChirurgIn werden“** wurde daher für 2017 ausgebaut und die Angebote werden regional gut verteilt in den meisten Teilen Deutschlands stattfinden können.

Sie sehen, es gibt auch im neuen Jahr neben unserem Tagesgeschäft einiges zu tun, auch um unsere Leistungen für Sie weiter auszubauen und unseren Berufsverband für die Chirurgen von morgen attraktiv zu gestalten. ○

Dittmar R. Die BDC-Geschäftsstelle: Rück- & Ausblick. *Passion Chirurgie*. 2017 Februar, 7(02): Artikel 07_03.



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

BDC | BERLIN: CHIRURGISCHE KARRIERE AUCH MIT FAMILIE?

BERICHT VON DER HERBSTTAGUNG DES BDC/LANDESVERBANDES BERLIN

Am 09. November 2016 fand im Langenbeck-Virchow-Haus die Herbsttagung des BDC-Landesverbandes Berlin statt. Das Thema der diesjährigen Herbsttagung „Chirurgische Karriere und Familie“ wurde vor allem im Rahmen einer Podiumsdiskussion von Chirurgeninnen und Chirurgen aus Klinik und Praxis intensiv diskutiert.

Zunächst erläuterte Frau Dr. Fritze-Büttner (Ltd. OÄ Sana Klinikum Lichtenberg) die bestehenden gesetzlichen Regelungen bezüglich des Mutterschutzes/der Elternzeit und stellte anschließend die Umfrage des BDC in Kooperation mit der DGAV sowie BVOU zum

„Operieren in der Schwangerschaft - OPIDS“ sowie die aktuellen Zwischenergebnisse der Umfrage vor. Anschließend schilderte Frau Dr. Antje Koch (ÄK Berlin, Koordinierungsstelle Weiterbildung) die derzeitigen Möglichkeiten der Facharztweiterbildung u. a. in Teilzeit.

Als Teilnehmer der Podiumsdiskussion waren eingeladen:

- Prof. Dr. Marc Jansen, FA für Viszeralchirurgie, Chefarzt - Helios Klinikum Emil von Behring
- Dr. Antje Koch, FÄ für Allgemeinmedizin, Ärztekammer Berlin, Koordinierungsstelle Weiterbildung
- Dr. Frauke Fritze-Büttner, FÄ für Viszeralchirurgie, Leitende Oberärztin - Sana Klinikum Lichtenberg





**KORRESPONDIERENDE
AUTORIN
IRA KLINK**

2. Vorsitzende des BDC|Landesverband
Berlin

Sana Klinikum Lichtenberg
Fanninger Strasse 32, 10365 Berlin



DR. RALPH LORENZ

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

- Dr. Corinna Langelotz, MBA, FÄ für Viszeralchirurgie, Oberärztin- Charité/Campus Mitte
- Dr. Thomas Stoffels, FA für Orthopädie/Unfallchirurgie, Oberarzt Unfallkrankenhaus Berlin/MVZ
- Dr. Natalie Pirkham, FÄ für Orthopädie/Unfallchirurgie, Assistenzärztin Unfallkrankenhaus Berlin Handchirurgie
- Karen Hartwig, Fachärztin für Chirurgie, FÄ für Orthopädie und Unfallchirurgie, Angestellte Ärztin im MVZ Praxis Spreebogen

Einen Großteil der Diskussion mit dem Publikum nahm zunächst das Thema „Operieren in der Schwangerschaft“ ein, wobei es zwischen den Generationen zum Teil kontrovers diskutiert wurde. Die anwesenden Chirurgen berichteten von ihren Erfahrungen bezüglich des Arbeitens in der Schwangerschaft. Es wurde u. a. die Frage aufgeworfen, ob das Mutterschutzgesetz in seiner bestehenden Form noch zeitgemäß ist, ob Änderungen notwendig seien und wie diese aussehen könnten. Die Ergebnisse der Umfrage „Operieren in der Schwangerschaft“ und das daraus resultierende Stimmungsbild werden dabei mit Spannung erwartet.

Weiterhin wurde in der Runde diskutiert, welche Schwierigkeiten auftreten können, wenn Vollzeit mit Familie gearbeitet wird. Diesbezüglich erklärte Prof. Jansen (Chefarzt im Helios-Klinikum Emil von Behring), dass in seiner Klinik Fach- und Oberärzte auch in Teilzeit tätig seien und dabei keine Einschränkungen auftreten würden. Frau Dr. Pirkham aus dem Unfallkrankenhaus Berlin schilderte ihre Erfahrungen zum Teil angestellt in einer Klinik sowie parallel zum Teil in einer Praxis zu arbeiten. Grundsätzlich scheint jedoch Teilzeitarbeit in der Chirurgie derzeit noch eher eine Ausnahme zu sein.

Professor Jansen berichtete außerdem von einem chirurgischen Weiterbildungskurs, bei dem die Frage in die Runde geworfen wurde, wie viele der jungen Chirurgeninnen und Chirurgen an einer Karriere interessiert seien: Dazu war nur ein verschwindend geringer Anteil bereit. Das wirft die Frage auf, ob das an den derzeitigen Arbeitsbedingungen und der zum Teil schwierigen Vereinbarkeit von Beruf und Familie liegt und wie chirurgischer Nachwuchs für eine Karriere gewonnen werden kann. Vielfach scheint für die nachfolgende junge Generation an ChirurgenInnen eine geregelte Arbeitszeit wichtiger zu sein als der Wunsch nach Karriere. Ebenso scheinen die



Lorenz R. / Klink I. BDC|Berlin: Chirurgische
Karriere auch mit Familie? Passion Chirurgie. 2017
Februar, 7(02): Artikel 07_04.



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

derzeitigen Hierarchiemodelle häufig nicht mehr erwünscht.

Ein schriftlicher Kommentar nach der Veranstaltung kam von Herrn Kollegen Dr. Kuhlmann (FA für Chirurgie) aus der Schlossparkklinik, dessen Anmerkungen zum Thema folgendermaßen zusammengefasst werden können:

- Je kleiner eine Abteilung ist, umso schwieriger scheint eine Teilzeitarbeit umsetzbar insbesondere dann wenn die betreffende Person fachspezialisiert arbeitet. Ein befristetes Job Sharing scheint dagegen selbst in kleineren Abteilungen gut realisierbar.
- Auch Männer haben es heutzutage schwer vom Team anerkannt zu werden, wenn der Wunsch nach Kinderbetreuung und Elternzeit besteht.
- Langfristigere Arbeitsverträge mit der Option der Integration von Kinderer-

ziehungszeiten könnten sicher eine gewisse Absicherung für den Einzelnen schaffen.

- Obwohl bei elektiven Eingriffen nur eine sehr geringe Gefahr für Mutter und Kind zu bestehen scheint und die meisten Frauen in der Schwangerschaft auch gerne weiter operieren würden, regieren viele bzw. die meisten Betriebsärzte bei Schwangerschaft mit einem Beschäftigungsverbot. Etwas mehr Mitsprachemöglichkeit und Eigenverantwortung des Einzelnen wären hier wünschenswert

FAZIT

Es finden sich vor allem in den Kliniken noch Strukturen, die eine gute Vereinbarkeit von Beruf und Familie erschweren sowie einer chirurgischen Karriere mit Familie nicht för-

derlich sind. Um eine Karriere mit Familie insbesondere für Frauen zu erleichtern, gilt es künftig alternative und flexiblere Arbeitsmodelle zu entwickeln. Teilzeitmodelle ohne daraus resultierende Einschränkungen für den beruflichen Erfolg sollten gefördert werden und zeitgleich auch strukturelle Verbesserungen der Weiterbildung in den Kliniken vorgenommen werden.

Ein Überdenken der tradierten Hierarchiemodelle in der Chirurgie mit einem besseren Mitspracherecht aller am System Beteiligten und mit mehr Eigenverantwortung wäre genauso sinnvoll wie die Abschaffung der bisherigen starren Beschäftigungsverbote bei Schwangerschaft.

Die Chirurgie ist und bleibt ein spannendes Fach und sollte in Zukunft vor allem auch für die nächste Generation vielfältige Beschäftigungsmöglichkeiten bieten. ○



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

NEUE BDC | SERVICE-LEISTUNG:

SPRACHEN LERNEN & COACHING



Sei es im Behandlungszimmer, bei der Patientenaufnahme oder während der Kommunikation mit Patienten am Telefon – mit dem „Praxis-Special“ bringen Sie das Englisch Ihres Praxis-Teams auf Vordermann. Unsere Partner bieten auch spezielle Karrieretrainings für Ärzte an.

HIER GEHT ES ZU DEN ANGEBOTEN.

STARKES NETZWERK



BDC AUF WACHSTUMSKURS

17.448 Mitglieder zählt der BDC zum Stichtag 31.12.2016. Im gesamten vergangenen Jahr durften wir 614 Neumitglieder begrüßen. Die zahlenmäßig stärkste Gruppe innerhalb des BDC bilden Chirurgeninnen und Chirurgen, die sich auf dem Weg zum Facharzt befinden bzw. die Facharzt Ausbildung (Gruppe Assistenzärzte) abgeschlossen haben.

ALLE STRUKTURDATEN ZU DEN AKTUELLEN MITGLIEDERZAHLEN – ALSO WIE VIELE CHEFÄRZTE, OBERÄRZTE, ASSISTENZÄRZTE U.S.W., DIE TEIL UNSERES NETZWERKS SIND – FINDEN SIE HIER.

HYPERLINK <https://www.bdc.de/der-bdc-2/aufgabenziele/>

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.

HIER GEHT ES ZUM ITUNES-STORE.

LINK: <https://itunes.apple.com/de/app/bdc-mobile/id694044486?mt=8>

HIER GEHT ES ZUM GOOGLE PLAY-STORE.

LINK: <https://play.google.com/store/apps/details?id=de.thecode.bdcmobile&hl=de>

LINK: <https://itunes.apple.com/de/app/bdc-mobile/id694044486?mt=8>



WEITERE ARTIKEL FINDEN SIE AUF
BDC|ONLINE (WWW.BDC.DE,
BDC-NEWS).

BDC-PRESSESPIEGEL

20.01.2017 verbaende.com

Debatte um Krankenhaushygiene: Diskreditierung statt Patientenaufklärung

<http://www.verbaende.com/news.php/Debatte-um-Krankenhaushygiene-Diskreditierung-statt-Patientenaufklaerung?m=113786>

Chirurgen kritisieren die Berichte des Recherchenetzwerkes „Correctiv“ und des ARD-Magazins „Plusminus“ zur Hygiene in deutschen Krankenhäusern.

10.01.2017 Ärzte Zeitung

„In der Fläche fehlen Konzepte“

http://www.aerztezeitung.de/praxis_wirtschaft/junge-aerzte/article/926537/weiterbildung-flaeche-fehlen-konzepte.html

Warten auf Kammern und Politik? Wer trotz widriger Rahmenbedingungen eine gute Weiterbildung bieten will, muss auch selbst aktiv werden. Ein Trainingskonzept bietet Weiterbildern hier praktische Hilfe.

30.12.2016 Pressespiegel

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

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

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...

BDC-Pressemitteilungen und das Medienecho
finden Sie auf BDC|Online im Bereich Presse.



PRESSE-KONTAKT BDC:
JULIA WEILBACH, TELEFON
030/28004-200, HYPERLINK
"MAILTO: PRESSE@BDC.DE"

Termine BDC | Akademie

CURRICULUM BASISCHIRURGIE							
DATUM		ORT	KURS-NR.	SEMINARTITEL	WISSENSCHAFTLICHER LEITER	PREIS MITGLIED	PREIS NICHT-MGL
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	450,00	600,00
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
15.06.17	17.06.17	Hamburg	2017-21666	Common Trunk	Prof. Dr. Wolfgang Schwenk	400,00	600,00
16.06.17	17.06.17	Potsdam	2017-21512	Workshop "Intensivmedizin & Reanimation"	Prof. Dr. habil. Frank Marusch	500,00	700,00
23.06.17	24.06.17	Tübingen	2017-21511	Workshop "Intensivmedizin"	Dr. Hans Fischer	400,00	600,00

FACHARTZTVORBEREITUNG							
DATUM		ORT	KURS-NR.	SEMINARTITEL	WISSENSCHAFTLICHER LEITER	PREIS MITGLIED	PREIS NICHT-MGL
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
12.06.17	16.06.17	Hamburg	2017-23820	Facharztseminar – Orthopädie / Unfallchirurgie	Prof. Dr. Wolfgang Rüther; Prof. Dr. Markus Kröber	300,00	500,00
19.06.17	23.06.17	Erfurt	2017-23670	Facharztseminar – Viszeralchirurgie	Prof. Dr. Albrecht Stier	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
02.03.17	03.03.17	Berlin	2017-22403	CAMIC 2: Endoskopische Hernienchirurgie	Prof. Dr. Ferdinand Köckerling	400,00	600,00
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 Springfield; 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
14.06.17	16.06.17	Berlin	2017-23678	Kolorektale Chirurgie	Prof. Dr. med. Martin Kreis; Prof. Dr. med. Johann Pratschke; PD Dr. med. Felix Aigner	250,00	450,00
21.06.17	23.06.17	Berlin	2017-23671	Hepatobiliäre Chirurgie	Prof. Dr. Johann Pratschke; PD Dr. Robert Öllinger; PD Dr. Moritz Schmelzle	250,00	450,00
28.06.17	30.06.17	Köln	2017-23677	Oberer Gastrointestinaltrakt	Prof. Dr. Wolfgang Schröder; Prof. Dr. Christiane Bruns	250,00	450,00

SOFTSKILL- & MANAGEMENTSEMINARE

DATUM		ORT	KURS-NR.	SEMINARTITEL	WISSENSCHAFTLICHER LEITER	PREIS MITGLIED	PREIS NICHT-MGL
23.03.17		München	2017-27836	Vorbereitung auf die Niederlassung (auf DGCH-Kongress)	Dr. Jörg-A. Rüggeberg		
29.04.17		Berlin	2017-26535	Chirurginnen auf dem Weg nach oben Modul 5	Dr. Gunda Leschber; Sabine Schicke	300,00	500,00
12.05.17	13.05.17	Berlin	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

SOFTSKILL- & MANAGEMENTSEMINARE

DATUM	ORT	KURS-NR.	SEMINARTITEL	WISSENSCHAFTLICHER LEITER	PREIS MITGLIED	PREIS NICHT-MGL
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	Abrechnungseminar EBM	Dr. Jörg-A. Rüggeberg	140,00	240,00
10.06.17	Berlin	2017-27701	Abrechnungseminar GOÄ und BG	Dr. Peter Kalbe	140,00	240,00

FACHÜBERGREIFENDE SEMINARE

DATUM		ORT	KURS-NR.	SEMINARTITEL	WISSENSCHAFTLICHER LEITER	PREIS MITGLIED	PREIS NICHT-MGL
03.03.17	04.03.17	Berlin	2017-24620	Update Perioperative Medizin	Prof. Johann Pratschke; Prof. Wolfgang Schwenk; Dr. Magnus Kaffarnik	350,00	450,00
30.06.17	01.07.2017	Berlin		Mastertrainer BDC/BDI/BVOU für die Strukturierte Facharztweiter- bildung	Dr. Jörg Ansorg; Prof. Michael Denking; Dr. Norbert Hennes; Prof. Dr. Marcus Siebolds	200,00	350,00

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

meduplus

60
CME-
Punkte!

Jetzt anmelden:

www.ecme-center.org/hba



B|BRAUN
SHARING EXPERTISE

ETHICON
PART OF THE Johnson & Johnson FAMILY OF COMPANIES

Medtronic

smith&nephew

STORZ
KARL STORZ – ENDOSKOPE

Takeda



Partner des BDC für chirurgische Weiter- und Fortbildung

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

Dabei achtet der BDC traditionell auf höchste Qualität aller Angebote bei konstant günstigen Preisen und kommt nicht umhin, die Akademie jedes Jahr zu subventionieren. Dennoch wäre das Programm der BDC|Akademie ohne finanzielle und materielle Unterstützung der medizintechnischen und pharmazeutischen Industrie nicht realisierbar. Als Anbieter innovativer medizinischer Produkte haben einige Unternehmen ihre Verantwortung für die chirurgische Weiter- und Fortbildung – besonders auch für junge Chirurgen – erkannt und nehmen diese durch eine enge Kooperation mit der BDC|Akademie wahr.

Die Arbeit des BDC an modernen und zukunftsorientierten Projekten der chirurgischen Weiter- und Fortbildung wird gezielt gefördert. Die Kooperation zeichnet sich durch eine langfristige und nachhaltige Unterstützung aus, die über das Sponsoring von Einzelveranstaltungen weit hinaus geht – beispielsweise durch die Unterstützung des berufspolitischen Engagements für hohe Weiterbildungsqualität sowie die Nachwuchsakquise mittels unserer Kampagne „Nur Mut!“.

Der BDC 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	Datum	Kurs-Nr.	Seminartitel	Wissenschaftlicher Leiter	PREIS MITGLIED	PREIS NICHT-MGL
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		
06.03.17	07.03.17	Berlin	Personalführung und Motivation	AESULAP AKADEMIE GMBH	530,00	580,00
06.03.17	08.03.17	Tuttlingen	Aufbaukurs Laparoskopische colo-rectale Chirurgie	AESULAP AKADEMIE GMBH	740,00	790,00
06.03.17	09.03.17	Bochum	Basiskurs Laparoskopische Chirurgie	AESULAP AKADEMIE GMBH	585,00	650,00
09.03.17	11.03.17	Berlin	DGOOC Kurs 2017 - Knie	Intercongress GmbH		
09.03.17	12.03.17	Tuttlingen	Faszination Viszeralchirurgie	AESULAP AKADEMIE GMBH	950,00	950,00
10.03.17		Köln	KV-Honorarbescheide: Richtig lesen und verstehen!	Frielingsdorf Consult GmbH	390,00	490,00
10.03.17	11.03.17	Kiel	Kieler Arthroskopiekurs 2017			
10.03.17	11.03.17	München	Munich Elbow 2017	Intercongress GmbH		
11.03.17		Leipzig	Training event: Kompetenz-Basiertes Training in der Chirurgie	Innovative Surgical Training Technologies - ISTT	200,00	200,00
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	Berlin	DRG Intensivschulung für Orthopädie und Unfallchirurgie	AESULAP AKADEMIE GMBH	390,00	390,00
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		
03.04.17	06.04.17	Tuttlingen	Basiskurs Laparoskopische Chirurgie	AESULAP AKADEMIE GMBH	585,00	650,00

Datum	Datum	Kurs-Nr.	Seminartitel	Wissenschaftlicher Leiter	PREIS MITGLIED	PREIS NICHT-MGL
07.04.17		Halle/ Saale	5. Symposium der Klinik für Plastische- und Handchirurgie und Brandverletztzentrum	Klinik für Plastische- und Handchirurgie/Brandverletztzentrum und Klinik für Unfall- und Wiederherstellungschirurgie BG Klinikum Bergmannstrost Halle/Saale		
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		
06.05.17		Berlin	Aktuelle Proktologie	MCE Medical Congresses & Events e.K.	20,00	20,00
08.05.17	11.05.17	Bochum	Basiskurs Laparoskopische Chirurgie	AESULAP AKADEMIE GMBH	585,00	650,00
08.05.17	12.05.17	Köln	Zertifizierter 1-wöchiger Fortbildungsgang: Praxismanager/in (IHK)	Frielingsdorf Consult GmbH	2.266,95	2.499,00
17.05.17	20.05.17	Ulm	30. Jahrestagung der Deutschsprachigen Medizinischen Gesellschaft für Paraplegie e. V.	Conventus Congressmanagement & Marketing GmbH		
19.05.17	20.05.17		26. Thüringer Unfallchirurgisch-Orthopädisches Symposium (VLOU) 2017			
24.06.17	25.06.17	Wendisch Rietz	Grundlagen der Beatmung (BEA)	Medizinisches Kompetenzzentrum c/o HCx Consulting GmbH	625,00	625,00

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. Marcus Albert wechselte zum 01.01.2017 von der Lungenklinik in Hemer in die Klinik für Thoraxchirurgie des Klinikums Dortmund.

Dr. med. Georgios Adamidis geht nach 23 Jahren am Städtischen Krankenhaus Pirmasens in den Ruhestand. Seine Funktion als Chefarzt übernahm zum 01.01.2017 **Dr. med. Harald Schultz** der zuvor die Chirurgie am Nardinklinikum in Landstuhl leitete. Bis April 2018 bleibt Adamidis jedoch noch Ärztlicher Direktor in Pirmasens.

Dr. med. Susanne Born ist neue Chefarztin der Allgemein-, Viszeral- und Kinderchirurgie am St. Clemens-Hospital in Geldern. Sie übernimmt diese Funktion von **Dr. med. Siebert Walter**, an dessen Seite sie seit 1990 arbeitete. Dr. Walter verabschiedete sich nach fast 20 jähriger Chefarztstätigkeit im Hospital zum Ende des Jahres 2016 in den Ruhestand.

Dr. med. Jens Burkhardt wechselte zum 01.01.2017 als Chefarzt von Rüdersdorf an das Vivantes Klinikum Kaulsdorf und leitet dort die Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie.

Prof. Dr. med. Emilio Dominguez führt seit Anfang des Jahres als Chefarzt die Allgemein-, Viszeral- und Gefäßchirurgie am Helmut-G.-Walther-Klinikum in Lichtenfels.

Dr. med. Horst Gellner verließ nach 25 Jahren Chefarztstätigkeit die Orthopädie und Unfallchirurgie am Helios in Blankenstein

und erweitert als niedergelassener Arzt das Team der Orthopädie Centrums Weimar.

Dr. med. Martin Gerdes ist seit dem 01.01.2017 an zwei Standorten als Chefarzt verantwortlich. Neben der Leitung der Allgemein-, Viszeral- und Unfallchirurgie im Krankenhaus St. Raphael in Ostercappeln, führt er nun zusammen mit **Dr. med. Maximilian Karbowski** das chirurgische Team im Marienhospital Ankum-Bersenbrück.

Prof. Dr. med. Werner Hartwig, zuvor Oberarzt am Klinikum der LMU München-Großhadern, ist seit dem 01.01.2017 Chefarzt der Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Gefäßchirurgie des Evangelischen Krankenhauses Düsseldorf.

Dr. med. Jens Kühn führt seit dem 01.01.2017 gemeinsam mit der Angiologin, Dr. med. Irina Schöffauer, die Klinik für Gefäßmedizin in Bad Saarow. Kühn war zuvor bereits 30 Jahre im Bad Saarower Klinikum tätig, davon elf Jahre als Leitender Oberarzt.

Dr. med. Matthias Lenk ist seit Januar 2017 Chefarzt der Gefäßchirurgie der HELIOS-Klinik Sangerhausen.

PD Dr. med. Jörn Maroske, Ärztlicher Direktor und Chefarzt der Allgemein-, Viszeral- und Gefäßchirurgie ist nach dem Ausscheiden von **Dr. med. Peter Skorepa**, der seine klinische Arbeit beendete, die Gesamtleitung der Chirurgie der Klinik Rothenburg.

Die fachliche Leitung der Unfallchirurgie wird seit dem 01. Januar von **Rainald Kiene** übernommen, während für Endoprothetik, Orthopädische Chirurgie und Fußchirurgie **Tomás von Koschitzky** zuständig ist.

PD Dr. med. habil. Lutz Mirow folgte zum Jahreswechsel **Dr. Gernot Heiland** als Chefarzt der Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Kinderchirurgie am Heinrich-Braun-Klinikum in Zwickau. Dr. Heiland ging nach 42 Jahren am Klinikum in den Ruhestand. Mirow leitet weiterhin auch die Klinik für Minimalinvasive Viszeralchirurgie und Proktologie in Kirchberg.

Prof. Dr. med. Arash Moghaddam-Alvandi, ehemals Oberarzt an der Uniklinik Heidelberg, leitet in Funktion des Chefarztes seit dem 01.01.2017 das Zentrum für Unfallchirurgie und Orthopädie am Klinikum Aschaffenburg.

Farssa Rastani übernahm zum Anfang des Jahres 2017 die neu entstandene Unfallchirur-

gie des Krankenhauses Tauberbischofsheim. Rastani war bisher leitender Oberarzt der Chirurgie des Hauses.

Prof. med. Katja Schlosser leitet als weitere Chefarztin seit dem 01.12.2016 die Klinik für Allgemein-, Viszeral-, Endokrine und Gefäßchirurgie am Agaplesion Evangelisches Krankenhaus Mittelhessen und verantwortet den Bereich Endokrine- und Gefäßchirurgie.

PD Dr. med. Wolfgang Schlosser, zuvor Chefarzt in Zweibrücken, hat zum 01.12.2016 die Leitung der Allgemein- und Viszeralchirurgie des Caritas-Krankenhauses Lebach übernommen.

Dr. med. Lorand-Alin Stoica, Chefarzt der Chirurgie der OsteMed Klinik Bremervörde ist seit Januar auch im OsteMed Klinikum in Kleve tätig. Zusammen mit seinem Chefärztkollegen **Dr. med. Matthias Schacht** sichert er damit den Erhalt und die Weiterent-

wicklung der ländlichen Krankenhausversorgung im Landkreis Rotenburg.

Dr. med. Andreas Thannheimer übernahm zum 01.01.2017 die Leitung der Unfallchirurgie und Sportorthopädie des Klinikums Garmisch-Partenkirchen. Sein Vorgänger **Dr. med. Peter Gutsfeld** verließ nach 24 Jahren das Klinikum und wechselte als Oberarzt in den Rehabereich der Ohlstadt-Klinik.

Dr. med. Marc Voshege ist seit dem 01. Januar 2017 als niedergelassener Chirurg im Chirurgisch-Orthopädischen Zentrum Dinslaken (COZD) tätig. Seine Schwerpunkte sind die Gefäßchirurgie, Phlebologie und Endovaskuläre Chirurgie.

PD Dr. med. Stefan Welter ist seit Anfang dieses Jahres Chefarzt der Abteilung für Thoraxchirurgie der Lungenklinik in Hemer. ○

LIFESTYLE- ANGEBOTE IM FEBRUAR 2017

%

20 %



OUTFITTER:
BIS ZU 20 % FÜR BDC-MITGLIEDER

7 %



DREAMLINES:
7 % FÜR BDC-MITGLIEDER

15 %

Käfer

FEINKOST KÄFER:
BIS ZU 15 % RABATT FÜR BDC-MITGLIEDER

14 %

**JOCHEN
SCHWEIZER**
Du bist, was du erlebst.

JOCHEN SCHWEIZER:
14 % RABATT 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.



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. ○



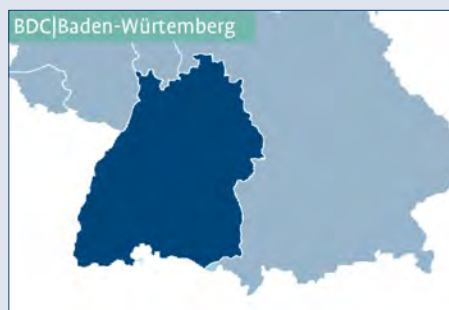
BDC | LANDESVERBÄNDE



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



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



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



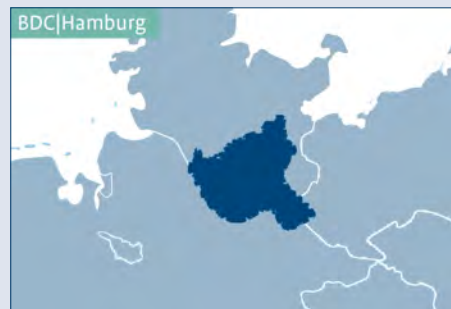
https://www.bdc.de/der-bdc-2/struktur/bdc-landesverbaende/?association_id=304



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



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

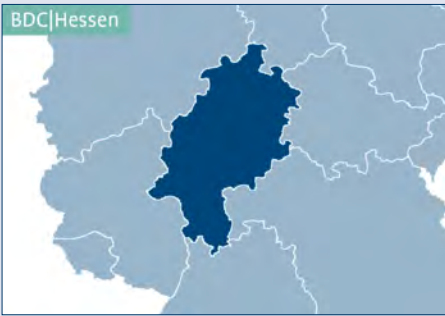


https://www.bdc.de/der-bdc-2/struktur/bdc-landesverbaende/?association_id=301



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

BDC|Hessen



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

BDC|Mecklenburg-Vorpommern



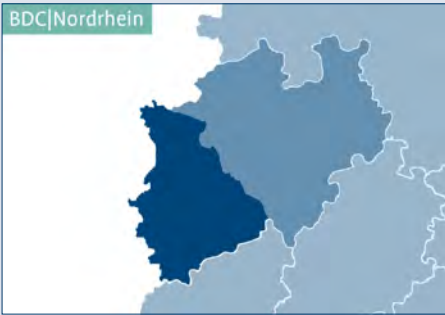
https://www.bdc.de/der-bdc-2/struktur/bdc-landesverbande/?association_id=302

BDC|Niedersachsen



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

BDC|Nordrhein



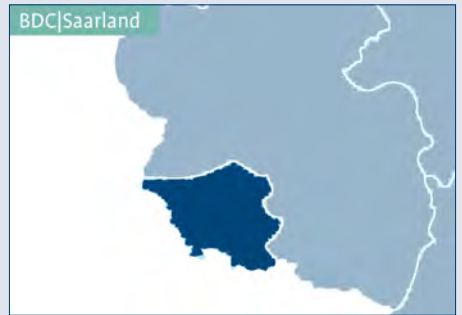
https://www.bdc.de/der-bdc-2/struktur/bdc-landesverbande/?association_id=299

BDC|Rheinland-Pfalz



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

BDC|Saarland



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

BDC|Sachsen



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

BDC|Sachsen-Anhalt



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

BDC|Schleswig-Holstein



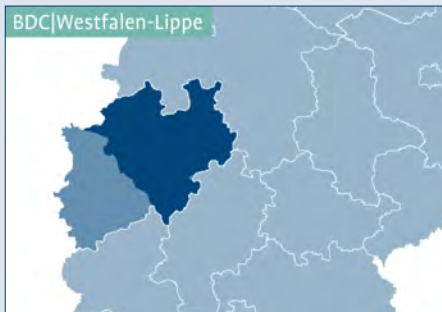
https://www.bdc.de/der-bdc-2/struktur/bdc-landesverbande/?association_id=303

BDC|Thüringen



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

BDC|Westfalen-Lippe



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



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



DVD zur Sonderausgabe
Passion Chirurgie 2016 - Hygiene

Willy Seidenberger

Hygiene-Management in der ambulanten Chirurgie

Diese DVD vermittelt praxisnah und anschaulich das komplette Spektrum der Hygiene in der chirurgisch tätigen Arztpraxis.

- idealer Praxis-Leitfaden auf DVD
- auf die interne Schulung des gesamten Praxisteams ausgerichtet
- hilft dabei, hygienebedingte Risiken in der Praxis zu minimieren.

Inhalt:

- Vorbereitung
- Vorbereitung zur Operation
- Nach der Operation
- Reinigung und Desinfektion
- Sterilisation und Lagerung
- Reinigung

€ 24,-





PANORAMA



Rentner **in der** Chirurgie

Die Neubesetzung des Chefarztpostens in einer chirurgischen Abteilung ist für alle Beteiligten mit Risiken versehen. Der Hintergrund zur Neubesetzung einer Chefarztstelle stellt sich in unterschiedlicher Weise dar.

Im eigenen Fall war mit dem Alter von 65 Jahren plus einem Monat als Chefarzt einer chirurgischen Abteilung in einem großen Krankenhaus einer Großstadt das vorgesehene Ende der beruflichen Tätigkeit erreicht.

In dieser Situation der Neubesetzung gibt es verschiedene Modelle:

1. Der Chefarzt geht nach zehn bis 25-jähriger Tätigkeit geplant in Rente.
2. Eine Weiterbeschäftigung im eigenen Haus für eine Übergangszeit bis ein neuer Chef da ist oder eine Weiterbeschäftigung im eigenen Hause nach Einstellung eines neuen Chefarztes zur Einarbeitung des neuen Kandidaten.
3. Weiterbeschäftigung mit einem Co-Chefarztmodell problematisch: Wer ist der Chef – Entscheidung über OP-Indikationen müssen rasch gefällt werden, Visiten, Entscheidungen im OP selbst und Probleme für Mitarbeiter im Co-Chefarztmodell
4. Ein neuer Weg ist das Partnerschaftsmodell der Schön Kliniken: Senior-Partner und Junior-Partner. Der Junior-Partner ist der neue Chefarzt mit allen Aufgaben bezüglich der Abteilungsleitung administrativ und Personalverantwortung. Der Senior-Partner ist mit beratender und unterstützender Supervisor-Funktion tätig, keine normale Arbeitswoche, sondern z. B. drei Tage pro Woche.

**PROF. DR. KLAUS RÜCKERT**

Scheidereye 15 A
22359 Hamburg
dr.klausrueckert@alice-dsl.net

VORAUSSETZUNG FÜR DAS FUNKTIONIEREN DES MODELLS

Die Partner müssen sich kennen, gegenseitig schätzen und in ihrer Funktion respektieren. Günstig ist zum Beispiel, wenn der Junior-Partner früher Oberarzt beim Seniorpartner war, dann selbständig in leitender Funktion in einer anderen Institution tätig war, sich die Personen kennen und die chirurgische Schule ähnlich ist. Eine weitere Voraussetzung ist, dass der Seniorpartner sich im Klaren sein muss, dass er nicht mehr alleiniger Chefarzt ist – wie früher – und er muss sich zurücknehmen.

Der Juniorpartner muss bereit sein, Rat und Empfehlungen anzunehmen sowie durchzuführen. Bei unterschiedlichen Schwerpunkten in der Chirurgie lässt sich das Spektrum in der Abteilung kompetent vergrößern. Die beiden Chefärzte müssen partnerschaftlich zusammenarbeiten, d. h. der Senior muss sich zurücknehmen und darf den Junior nicht wie einen Oberarzt behandeln.

Entscheidungen, die wichtig für die Abteilung sind, wichtig für die Geschäftsführung und wichtig für die Mitarbeiter werden zwischen Junior und Senior gemeinsam abgestimmt und entschieden; nach außen immer Einstimmigkeit in der ärztlichen Leitung herstellen.

Selbstverständlich ist es hilfreich, wenn eine ähnliche chirurgische Schule besteht. Bei Privatpatienten besteht eine gegenseitige Vertretung der Chefarztpartner, die Oberärzte bleiben sowohl dem Junior wie dem Senior verantwortlich und sind ebenfalls Vertreter.

Die Vergütung des Seniors ist unabhängig von der des Juniors. Der Senior wird nach seiner Arbeitszeit bezahlt, z. B. drei Tage pro

Woche oder vier Tage pro Woche etc. Leistungsvergütungen werden gesondert und unabhängig voneinander vereinbart.

Für den Krankenhausträger vermindert sich durch dieses Modell das Risiko bei der Neueinstellung eines Chefarztes (Junior-Partner).

Im Gegensatz zu früher ist die heutige Erfahrung „einmal Chefarzt – immer Chefarzt“ nicht mehr bindend. Ein nicht zu vernachlässigender Anteil der jungen Chefärzte scheitert schon in der Probezeit (weniger am chirurgischen Unvermögen, sondern meist an der fehlenden sozialen Kompetenz und am Umgang mit der Geschäftsführung).

Allerdings ist die mittlere Verweildauer der jeweiligen Geschäftsführung bei privaten Klinikträgern deutlich kürzer, als die mittlere Verweildauer der Chefärzte.

FAZIT

Unter den o. g. Voraussetzungen bietet das Modell Junior-/Senior-Partner mehr Sicherheit für neue Chefärzte:

Der Senior (der nicht aufhören kann) nimmt den Jungen keine Stelle weg, sondern bietet eine angemessene Unterstützung mit Einbindung der Erfahrung aus vielen Jahren chirurgischer Tätigkeit – ohne Besserwisserei.

Die persönliche Entscheidung für das o. g. Modell war geprägt durch die Erfahrung von drei Jahren Ruhestand und das Faktum, dass hier ein Teil-Ruhestand weiter genossen werden kann. Der Einsatz ist zeitlich begrenzt (zwei Jahre). Ich wurde von außen gebeten, Hilfe und Unterstützung zu geben in einer besonderen Situation für den Klinikträger.

Attraktiv ist der zeitlich limitierte Einsatz (drei Arbeitstage pro Woche) und die reduzierte Last der Verantwortung. ○

Rückert K. Rentner in der Chirurgie. Passion Chirurgie. 2017 Februar, 7(02): Artikel 08.



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



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