

PASSION

CHIRURGIE

PANORAMA

CHIRURGISCHE AUS-
UND WEITERBILDUNG
BEI UNS UND UNSEREN
NACHBARN

im Fokus

ORTHOPÄDIE UND
UNFALLCHIRURGIE

04 | 2017

MITGLIEDERZEITSCHRIFT:
DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR CHIRURGIE
BERUFSVERBAND DER DEUTSCHEN CHIRURGEN





„Divide et impera“



PROF. DR. MED. JULIA SEIFERT

Vizepräsidentin des BDC
Unfallkrankenhaus Berlin
Klinik für Unfallchirurgie und
Orthopädie
Warenerstr. 7, 12683 Berlin
Julia.Seifert@ukb.de

Wir scheinen kleinteilig orientiert zu sein: aufgewachsen in einem Land mit föderalen Strukturen mit dem Vorteil basisnaher demokratischer Arbeit und den Nachteilen von z. B. ungleichen Bildungsstrukturen, mit Landesärztekammern, die, entgegen den Empfehlungen der Bundesärztekammer, inkompatible WBO schaffen, mit Fachgesellschaften und Berufsverbänden, die innerhalb der Gebiete der Weiterbildung keine einheitliche Auffassung zur Dauer der Weiterbildung generieren können, mit politisch implementierten allerhöchsten Qualitätsansprüchen, die dankbar aufgenommen zur Zergliederung, Subspezialisierung, Zertifizierung, Ab- und Ausgrenzung führen und vor allen Dingen eines bewirken: ein Auseinanderdriften eines großen Kollegiums, das in kleine Gruppen versprengt, wenig Einfluss und Wirkung erzielt. Ergebnis dieses Dilemma ist u.a. der Ruf nach personengebundenen Mindestmengen und einem eigenen Facharzt für Notfallmedizin.

Natürlich ist klar, dass der medizinisch technische und wissenschaftliche Fortschritt einen generalistisch agierenden Chirurgen fast unmöglich macht. Das aber ist nicht

gemeint. Vielmehr bedarf es bei allem, was wir tun, eines übergeordneten politisch nachhaltigen Denkens, in dem wir uns, eventuell auf wenige, aber gemeinsame Werte und Ziele besinnen und diese nach außen geschlossen kommunizieren.

Dieser Anspruch wird im vorliegenden Heft aufgegriffen, das zur aktuellen Berufspolitik im Fach Orthopädie und Unfallchirurgie ausführlich informiert, Weiterbildungsaktivitäten spiegelt und einen Rundumblick in die europäischen Nachbarländer wirft, um deren Weiterbildung und Berufsstrukturen im Gebiet Chirurgie zu beleuchten. Der Artikel zum Thema Radiusfraktur zeigt im Fazit auf, dass wir trotz moderner Implantat-Entwicklung keine wesentlichen Fortschritte in der Behandlung gemacht haben und das konservative Therapieren nicht verlernen dürfen, womit wir wieder das o. g. Thema des Generalisten aufgerufen hätten.

Das Team der Redaktion, die Autoren und ich wünschen Ihnen ausreichend Muße zum Lesen und Erkenntnisgewinn, 

Ihre Julia Seifert

Seifert J. Editorial „Divide et impera“. Passion Chirurgie. 2017 April; 7(04): Artikel 01.



WEITERE ARTIKEL ZUM THEMA
ORTHOPÄDIE & UNFALLCHIRURGIE
FINDEN SIE AUF BDC|ONLINE
(WWW.BDC.DE, RUBRIK WISSEN |
FACHGEBIETE|ORTHOPÄDIE/
UNFALLCHIRURGIE).

IMPRESSUM

CHIRURGIE

HERAUSGEBER

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

DGCH

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

BDC

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

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

REDAKTION

Prof. Dr. med. Dr. h.c. Hans-Joachim Meyer
Dr. med. Jörg A. Rüggeberg (dr.rueggeberg@t-online.de)
Dr. rer. pol. Ronny Dittmar (ronny.dittmar@bdc.de)
Karin Kammerer (Tel.: 030/28004-202 oder
passion_chirurgie@bdc.de)
Julia Weilbach

VERLAG

schafermueller publishing GmbH
Ifenpfad 2-4, 12107 Berlin
info@schafermueller.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 / badmanproduction | 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.

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleich-
zeitige Verwendung männlicher und weiblicher Sprachfor-
men verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten
gleichermaßen für alle Geschlechter.

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

08

**ANSPRUCH UND HERAUSFORDERUNGEN
DER UNFALLCHIRURGIE: HEUTE UND
MORGEN**

I. Marzi

12

DIE RADIUSFRAKTUR

C. Müller

20

**Chirurgische Aus- und Weiterbildung bei uns und
unseren Nachbarn**

J. Seifert, M.G. Ackerl

33

CHIRURGIE⁺

33

Training für Weiterbilder – Mastertrainer 2017

N. Hennes, M. Denkingen,
J. Ansorg, M. Siebolds

36

**Safety Clip: Ersteinschätzungssysteme in der
Notaufnahme**

F. Meilwes



54



92

- 40 Fortbildung zum Hygienebeauftragten Arzt mit neuem Blended-Learning-Konzept *R. Dittmar*
- 43 **Hygiene-Tipp:** Aufbereitung ausgewählter semikritischer Medizinprodukte
W. Popp, K-D Zastrow
- 45 **Rezension:** Schiffschirurgen – von Kolumbus bis Nelson: Vergessene Helden der Seefahrtgeschichte *H. Bauer*
- 48 **Recht & Ökonomie**
- 48 Der Kooperationsarzt – aus juristischer Sicht eine geeignete Alternative zum Belegarzt?
J. Heberer, O. Butzmann
- 51 **F&A:** Briefgeheimnis *J. Heberer*
- 53 **F&A:** GEZ-Gebührenpflicht in der Arztpraxis *J. Heberer*

54 GESUNDHEITSPOLITIK

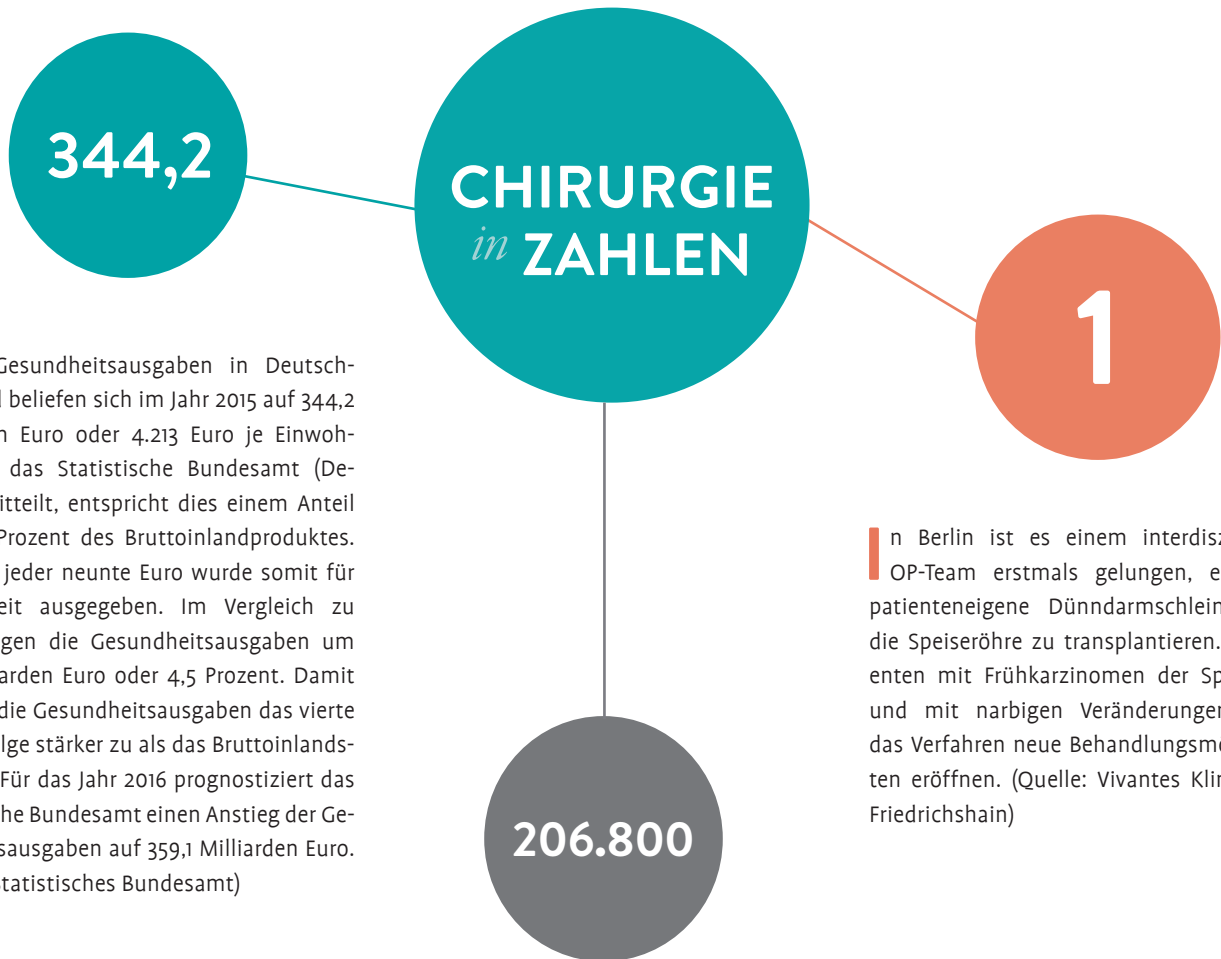
- 54 Zur Bedeutung der Berufspolitik in Orthopädie und Unfallchirurgie *D. Pennig*
- 57 Aktivitäten der Fachgesellschaften in Orthopädie und Unfallchirurgie *B. Kladny, R. Hoffmann*
- 60 Chirurgische Erkrankungen gehören in die Hand der Chirurgie
- 62 **Pressemitteilung:** Mindestmengenregelungen erneut in der Diskussion
- 63 Aktuelle Meldungen

65 INTERN

- 65 **DGCH**
- 66 Scholarship of the German Society of Surgery *V. Pecic*
- 68 Spendenaufruf und Bausteine Langenbeck-Virchow-Haus
- 72 DGCH-Präsidium ab 01. April 2017
- 76 **BDC**
- 77 Wolfgang Müller-Osten-Medaille verliehen
- 78 BDC | Landesverbände
- 80 **Pressemitteilung:** Neue Versorgungsmodelle – Krankenhäuser und chirurgische Praxen als Konkurrenten oder als Partner?
- 81 **Pressemitteilung:** Journalistenpreis der Deutschen Chirurgen würdigt „Ein krankes Haus“
- 82 BDC-Pressespiegel
- 83 Personalia
- 85 Termine BDC | Akademie
- 89 Veranstaltungshinweise
- 90 Lifestyle-Angebote im April

92 PANORAMA

- 92 Vom Chirurg zum Traumschiff-Doc *A. Müller*



Die Gesundheitsausgaben in Deutschland beliefen sich im Jahr 2015 auf 344,2 Milliarden Euro oder 4.213 Euro je Einwohner. Wie das Statistische Bundesamt (Destatis) mitteilt, entspricht dies einem Anteil von 11,3 Prozent des Bruttoinlandsproduktes. Mehr als jeder neunte Euro wurde somit für Gesundheit ausgegeben. Im Vergleich zu 2014 stiegen die Gesundheitsausgaben um 15,0 Milliarden Euro oder 4,5 Prozent. Damit nahmen die Gesundheitsausgaben das vierte Jahr in Folge stärker zu als das Bruttoinlandsprodukt. Für das Jahr 2016 prognostiziert das Statistische Bundesamt einen Anstieg der Gesundheitsausgaben auf 359,1 Milliarden Euro. (Quelle: Statistisches Bundesamt)

In Berlin ist es einem interdisziplinären OP-Team erstmals gelungen, erfolgreich patienteneigene Dünndarmschleimhaut in die Speiseröhre zu transplantieren. Für Patienten mit Frühkarzinomen der Speiseröhre und mit narbigen Veränderungen könnte das Verfahren neue Behandlungsmöglichkeiten eröffnen. (Quelle: Vivantes Klinikum im Friedrichshain)

206.800 Patientinnen und Patienten wurden im Jahr 2015 wegen einer Arthrose des Knie- oder Hüftgelenkes vollstationär in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen mit mehr als 100 Betten in Deutschland behandelt. Das waren rund 12 Prozent aller Behandlungsfälle. Die Hälfte der Behandelten mit diesem Erkrankungsspektrum war 70 Jahre oder älter. (Quelle: Statistisches Bundesamt)



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



Fortbildung unterwegs, im Büro und zuhause

Das [eCME-Center] ist die Fortbildungsplattform für Chirurgen und Orthopäden im Internet (www.ecme-center.org) mit einer Vielzahl von Fortbildungskursen und Lernpaketen aus allen Disziplinen.

Es erwarten Sie ein umfangreiches Angebot an E-Learning-Kursen aus allen chirurgischen Disziplinen in diversen Formaten, vom Lehrbuch über Vorträge bis hin zum Videokurs. Viele der Kurse sind CME-zertifiziert!

Mit dem [eCME-Center] holen Sie sich jetzt CME-Kurse, Videos und Podcasts auf Ihren PC, aufs Handy oder das Tablet. So können Sie Ihre Fortbildung dort machen, wo es für Sie am bequemsten ist, statt selbst zu Seminaren fahren zu müssen.

**Wir fangen da an, wo Lehrbücher
und Zeitschriften aufhören.**

Kursformate im Internet und für Tablets und Smartphones

-  **CME-Kurse in Textform**
Lehrbuchartige Kurse mit Grafiken, Tabellen und zahlreichen Abbildungen
-  **Videokurse**
Lernvideos in hoher Bildqualität
-  **Podcast**
Live-Vortragsaufzeichnungen mit Slideshow renommierter Chirurgen
-  **BDC|Mobile**
Kurs für Smartphone und Tablet verfügbar

Informieren Sie sich ausführlich unter:

www.ecme-center.org



* Wenn Sie Fragen oder Probleme haben, melden Sie sich bei uns, wir stehen gern zur Verfügung: Telefon 030/28004-100 oder per E-Mail ecme-center@bdc.de

** CME-Punkte sind nur ein Jahr ab Zertifizierung eines Kurses gültig (konkretes Ablaufdatum im eCME-Center ersichtlich). Der aktuelle Artikel ist bis drei Monate nach der Veröffentlichung für BDC-Mitglieder kostenlos ins Konto eingebucht. Eine spätere kostenfreie Nutzung ist mit dem angegebenen PIN (siehe Vorseite) möglich.



BDC Berufsverband der
Deutschen Chirurgen e.V.

Luisenstraße 58/59, 10117 Berlin
Tel.: 030/28004-100, Fax: 030/28004-108
E-Mail: ecme-center@bdc.de



© Saho_H/iStock

Anspruch und Herausforderungen der Unfallchirurgie: heute und morgen

Traumazentrum mit Notaufnahme, Intensivstation und Operationssaal, Notarzteininsatzfahrzeug oder Rettungshubschrauber, Poliklinik mit D-Arzt-Sprechstunde, Praxis oder Versorgungszentrum, Forschungslabor und Hörsaal, Gutachtenstelle und Rehabilitationsklinik – allein schon die zahlreichen Arbeitsstellen lassen auf die abwechslungsreiche Tätigkeit eines Unfallchirurgen schließen. Diese verschiedenen Positionen erfordern eine breite Weiterbildung – um allseits auf einem hohen Qualitätsniveau zu arbeiten – und weisen viele interdisziplinäre Schnittstellen auf. Der Alltag hängt darüber hinaus von der Ausrichtung der jeweiligen Einheit, dem individuellen Ausbildungsstand und der Funktion ab.

WELCHE KOMPETENZEN MUSS DER UNFALLCHIRURG ERWERBEN?

Lebensrettende Sofortmaßnahmen und Schockraummanagement des Polytraumas mit Entscheidung der individuellen Versorgungsstrategie in einem interdisziplinären Team gehören zur täglichen Arbeit. Dies erfolgt mit dem Hintergrundwissen der „Damage Control Surgery“ und „Definitive Surgical Care“, der operativen Expertise und der Kenntnis der konservativen Behandlungsverfahren. Hierzu gehört auch die kontinuierliche Betreuung der Traumapatienten auf der Intensivstation, der Intermediate Care- und der Normalstation sowie während der ambulanten Behandlung.

WIE WURDE UND WIRD MAN UNFALLCHIRURG?

Die meisten der aktuellen Chefärzte und noch ein großer Teil der Oberärzte in den Kliniken sowie der niedergelassenen Unfallchirurgen haben zuerst eine Weiterbildung zum Chirurgen absolviert, um sich danach im Schwerpunkt der „Speziellen Unfallchirurgie“ weiterzubilden. Im Rahmen der Übergangsregelung wurden sie Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie mit der Zusatzbezeichnung „Spezielle Unfallchirurgie“. Mit dieser Weiterbildung konnte man diese umfassenden Erfahrungen und Kenntnisse gut erreichen.



**UNIV.-PROF. DR. MED.
INGO MARZI**

Präsident der Deutschen Gesellschaft
für Unfallchirurgie
Direktor der Klinik für Unfall-, Hand-
und Wiederherstellungschirurgie
Universitätsklinikum
Goethe-Universität Frankfurt
Theodor-Stern-Kai 7,
60590 Frankfurt am Main
marzi@trauma.uni-frankfurt.de

Marzi I. Anspruch und Herausforderungen der
Unfallchirurgie: heute und morgen. Passion
Chirurgie. 2017 April, 7(04): Artikel 03_01.



WEITERE ARTIKEL ZUM THEMA
ORTHOPÄDIE & UNFALLCHIRURGIE
FINDEN SIE AUF BDC|ONLINE
(WWW.BDC.DE, RUBRIK WISSEN
| FACHGEBIETE | ORTHOPÄDIE/
UNFALLCHIRURGIE).

IM FOKUS

Orthopädie und Unfallchirurgie

WIE SIEHT DIE WEITERBILDUNG DERZEIT AUS?

Zwei Jahre „Common Trunk“, ein weiteres Jahr in einem chirurgischen Fach, drei Jahre Orthopädie und Unfallchirurgie. Das bedeutet, dass die breite Notfallbehandlung – von der Wunde bis zur Behandlung des Polytraumas, das klinische Arbeiten auf Station und die ambulante prä- und poststationäre Patientenbehandlung erlernt wird. In aller Regel können – ohne oder mit Rotation – die im Weiterbildungskatalog geforderten Operationsverfahren in Unfallchirurgie und Orthopädie gut vermittelt werden. Lücken im Rahmen der aktuellen Weiterbildung gegenüber der oben erwähnten klassischen chirurgischen Weiterbildung bleiben vor allem in der viszeral- und thoraxchirurgischen Notfallchirurgie sowie in der spezialisierten Intensivmedizin. Dies wird üblicherweise durch enge Zusammenarbeit mit der Allgemeinchirurgie und der Anästhesie kompensiert.

WIE KANN MAN DIESE KENNTNISSE UND FERTIGKEITEN ZUR SICHERUNG EINER QUALIFIZIERTEN POLYTRAUMA- UND UNFALLBEHANDLUNG IN ZUKUNFT ERREICHEN?

Diese Thematik ist aktuell von großer Relevanz vor dem Hintergrund der anstehenden Novellierung der Weiterbildungsordnung. Auch weiterhin muss eine breite chirurgische Grundweiterbildung – der „Common Trunk“ mit Intensivmedizin und Notaufnahme – für das Fach Orthopädie und Unfallchirurgie gesichert sein, inklusive der damit einhergehenden horizontalen Flexibilität zwischen den chirurgischen Fächern. Jede Spezialisierung in Unfallchirurgie und Orthopädie muss auf dem Boden solider chirurgischer Kenntnisse erfolgen, da ansonsten die Gefahr einer Degradierung zu einem Operateur drohen würde und andere Disziplinen Indikationsstellung und perioperatives Management übernehmen könnten. In diesem Zusammenhang sollte erwähnt werden, dass der

weitaus größte Anteil der unfallchirurgisch-/orthopädischen Behandlungen – auch in der Primärversorgung – konservativ erfolgt bzw. mit der „kleinen Chirurgie“ gelöst wird. Der Anteil stationärer operativer Verfahren bei Vorstellung über die Notaufnahme liegt in unserer Klinik bei circa 12.000 Notfällen/Jahr beispielsweise bei 20 %!

Vom Grundverständnis versteht sich der Unfallchirurg als *Kümmerer* des Unfallverletzten, von der Aufnahme bis zur Wiedereingliederung in den Alltag. Gerade dieser Aspekt wird derzeit europaweit diskutiert mit dem Ziel einer ganzheitlichen Polytraumabehandlung, wie sie in Deutschland durch das Selbstverständnis der Unfallchirurgie glücklicherweise bisher stattfindet. Die enge Kooperation in Europa, hier vor allem innerhalb der European Society for Trauma and Emergency Surgery (ESTES) mit der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU)

als größte von 30 Mitgliedsgesellschaften, ist für die Weiterentwicklung der Traumaversorgung von großer Bedeutung. Auch im Hinblick auf die Kompetenzaneignung sind die international verfügbaren Kurse Definitive Surgical Trauma Care (DSTC), European Trauma Course (ETC) oder Modular Ultrasound Estes Course (MUSEC) ebenso wie die über die Akademie für Unfallchirurgie (AUC) angebotene Kurse, z. B. Advanced Trauma Life Support (ATLS), für die künftige Weiterbildung wesentlich.

Vor dem Hintergrund der zu erwartenden Neuordnung der Notfallbehandlung in ein möglicherweise drei-stufiges System – ähnlich wie in den Traumanetzwerken der DGU – ist langfristig von einer weiteren Konzentration der Polytraumaversorgung auszugehen. Das Traumanetzwerk mit insgesamt 649 zertifizierten Kliniken ist gegliedert in ca. 100 überregionale, ca. 200 regionale und

ca. 400 lokale Traumazentren, die auf hohem Niveau, inklusive Qualitätssicherung und Benchmarking, eng zusammen arbeiten. Dieses effiziente Netzwerk wird kontinuierlich weiterentwickelt und ist nicht zuletzt für die Katastrophenvorhaltung von herausragender Bedeutung. Langfristig ist nicht auszuschließen, dass die Schwerstverletzten überwiegend direkt in die überregionalen Traumazentren eingeliefert werden, die rund um die Uhr eine umfassende Versorgung ermöglichen. In den Niederlanden ist hier beispielsweise eine Zielgröße von 90 % anvisiert. Perspektivisch ist hierzu das pragmatische Erreichen eines Doppelfacharztes für die Unfallchirurgie von zukunftsrelevanter Bedeutung, bestehend aus Orthopädie/Unfallchirurgie plus Allgemein-/Viszeralchirurgie für die Tätigkeit an solchen Traumazentren, so wie die Bundeswehr diese bereits ausbildet. Auf der anderen Seite müssen dann

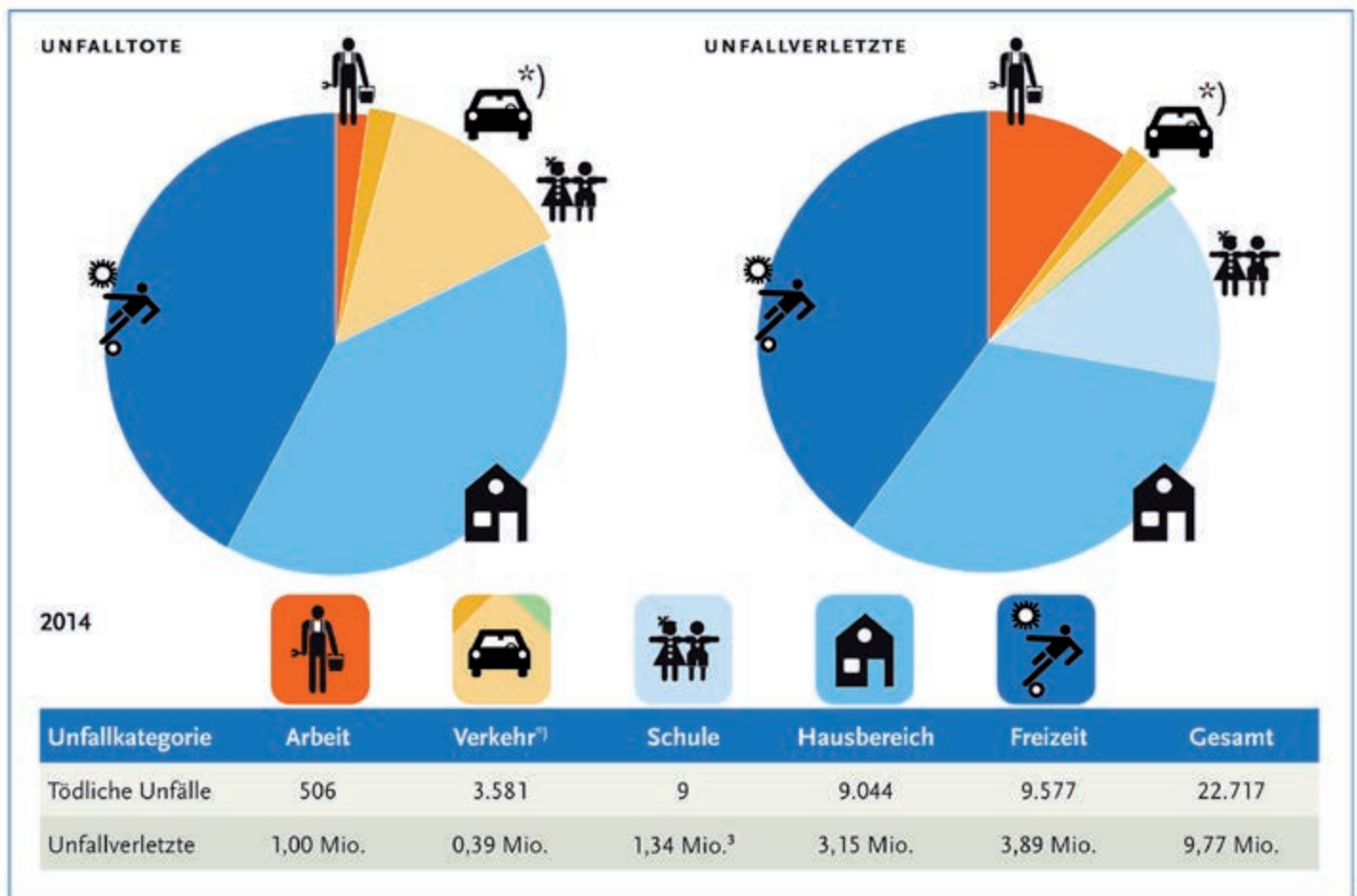


Abb. 1: Gesamtunfallgeschehen 2014 (Quelle: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA), <http://www.baua.de>)

aber auch in Zukunft angemessen dotierte Dauerpositionen für diese „Trauma-Team-Leader“ geschaffen werden.

WELCHE WEITEREN BERUFSFELDER UND ZUKUNFTSAUSSICHTEN GIBT ES DARÜBER HINAUS?

Unfälle wird es immer geben, auch wenn die Prävention in Europa bereits einen hohen Stellenwert erreicht hat, was man unter anderem am Rückgang der Todesfälle im Straßenverkehr sieht, während die Gesamtzahl der Verkehrsunfälle leicht ansteigt. Die Gesamtzahl der Unfälle im Jahr 2014 betrug circa 9,7 Millionen, davon ein Drittel im Hausbereich, über ein Drittel in der Freizeit und der Rest verteilt sich auf Arbeits- und Schulunfälle sowie den Straßenverkehr. Aber auch Infektionen, posttraumatische Fehlstellungen und Fehlbildungen sehen wir immer öfter, letztere auch durch die zunehmende Internationalisierung wie Migration, weltweite Konflikte und Patiententourismus.

Insgesamt sind die Erkrankungen des Bewegungsapparates einige der größten volkswirtschaftlich relevanten Krankheitsbilder, nicht zuletzt wegen der zunehmenden Alterung der Bevölkerung. Diese werden im großen Fach der Orthopädie und Unfallchirurgie mit

ihren Subdisziplinen behandelt und belegen die hervorragenden Berufsaussichten und Zukunftsperspektiven. Die umfassenden Forschungsfelder und innovativen biologischen Therapieverfahren bis hin zur Stammzelltherapie belegen die akademische Bedeutung der Unfallchirurgie eindrucklich. Eine aktuelle Übersicht über die umfassenden Aktivitäten der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU), der gemeinsamen Dachgesellschaft der DGO und der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC), die insgesamt über 12.000 Mitglieder aufweist, gibt der Beitrag der Generalsekretäre der DGOU in dieser Ausgabe.

FAZIT

Die Unfallchirurgie ist und bleibt ein hochattraktives, spannendes und vor allem positiv belegtes Fach, in welchem verletzte Patienten jeglichen Alters in den allermeisten Fällen wiederhergestellt werden können. Die Etablierung des Traumanetzwerkes Deutschland, die damit verbundene Qualitätssicherung sowie die Weiterentwicklungen in Richtung Kinder- und Alterstraumazentren sind von unschätzbarem Wert. Diese Ressourcen müssen auch weiterhin durch eine

vernünftige Weiterbildung personell gesichert werden.

LITERATUR

- [1] Marzi I, Rose S. Praxisbuch Polytrauma. Köln: Dt. Ärzteverlag; 2012, 1–397.
- [2] Probst J, Siebert H, Zwipp H. 60 Jahre Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie nach Wiedergründung, 2010, DGO:1–165.
- [3] Rommens PM. Which Future for Traumatology in Europe? Eur J Trauma Emerg Surg. 2010;36:85–8.
- [4] Trentz O, Woltmann A. Der Unfallchirurg zwischen Anspruch und Wirklichkeit. Trauma und Berufskrankheit. 2016.
- [5] <http://www.springer.com/medicine/journal/68>
- [6] <https://www.springermedizin.de/der-unfallchirurg/7947960>
- [7] <http://www.estesonline.org>
- [8] https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/2017/02/PD17_065_46241.html
- [9] <http://www.baua.de/de/Informationen-fuer-die-Praxis/Statistiken/Unfaelle/Gesamtunfallgeschehen/Gesamtunfallgeschehen.html> 



IM FOKUS

Orthopädie und Unfallchirurgie

Die Radiusfraktur

Die distale Radiusfraktur gehört zu den häufigsten Verletzungen des Menschen. Sie hat zwei Altersgipfel der erste mit Beginn der Schulzeit um das sechste Lebensjahr und der zweite Altersgipfel findet sich um das 70. Lebensjahr. Ab dem 50. Lebensjahr zählt sie zu den typischen Indikationsfrakturen einer Osteoporose.

Im zweiten Altersgipfel sind Frauen häufiger betroffen als Männer. Die Inzidenz reicht bei Männern von 79 bis 202/100.000 und bei Frauen von 309 bis 767/100.000 Einwohnern.

Die kindliche Radiusfraktur ist in der Regel eine unkomplizierte metaphysäre Stauchungsfraktur oder eine unkomplizierte Aitken 1 Fraktur, die sich gut konservativ durch Reposition und Ruhigstellung oder ggf. durch K-Draht-Osteosynthese behandeln lässt.

**DR. MED. CHRISTIAN MÜLLER**

Sana Klinikum Lichtenberg
Klinik f. Orthopädie, Unfall-, Hand- u.
Wiederherstellungschirurgie
Fanningerstr. 32, 10365 Berlin
Christian.Mueller@sana-kl.de

Sehr viele Patienten im Erwachsenenalter, die eine distale Radiusfraktur erleiden, werden heute operativ mit Plattenosteosynthese behandelt. So wurden in Deutschland im Jahr 2012 nahezu 84.000 Patienten wegen einer distalen Radiusfraktur stationär behandelt. Mit einer weiteren Steigerung der Inzidenz von Radiusfrakturen ist bei steigendem Lebensalter zu rechnen.

Während im letzten Jahrhundert die konservative Therapie oder die Therapie durch minimalinvasive Osteosyntheseverfahren mittels K-Drähten die häufigste gebrauchte Therapieform auch bei den Erwachsenen war, hat sich seit gut 15 Jahren die palmare Plattenosteosynthese mit winkelstabilen Implantaten als Standardverfahren durchgesetzt, was zu den vielen stationären Behandlungen führt.

EINTEILUNG/KLASSIFIZIERUNG

Historisch werden die distalen Radiusfrakturen nach

- der Form des Bruches als Extensionsfrakturen nach Colles oder
- Flexionsfrakturen nach Smith eingeteilt.

Hinzu kommt eine Mitbeteiligung der Ulna und ob die Gelenkfläche betroffen ist oder nicht. Die heute übliche Klassifizierung sollte die AO-Klassifikation (Arbeitsgemeinschaft für Osteosynthesefragen) sein (**Tab. 1**). Hier gibt es

- die 23-A als extraartikuläre Fraktur,
- die 23-B als teilweise artikulär und
- die 23-C als komplett artikuläre Fraktur.

Auch die Mitbeteiligung der Ulna und die Heftigkeit der Zerstörung werden berücksichtigt. Weitere Klassifikationen der distalen Radiusfraktur sind beispielhaft die Barton-Klassifikation, Klassifikation nach Frykman, nach Melone, nach Mayo und nach Pechlaner. Ebenso entscheidend ist, ob es sich um eine offene oder geschlossene Fraktur handelt und ob Instabilitätskriterien vorliegen (**Tab.2**).

Zum weiteren Verständnis und der Therapieentscheidung wird mitunter das sogenannte Drei-Säulen-Modell nach Rikli und

Reggazoni (1996) (**Abb. 1**) herangezogen. Es ist das Resultat biomechanischer Versuche und teilt das Handgelenk in drei Säulen ein:

1. Die radiale Säule beinhaltet den Proc. Styloideus radii mit der Fossa scaphoidea,
2. die zentrale Säule läuft durch die Fossa lunata und die Facies articularis ulnae
3. und die ulnare Säule beinhaltet die distale Ulna mit dem ulnaren Bandkomplex.

DIAGNOSTIK

SYMPTOMATIK

Die Patienten klagten über Schmerzen und Funktionseinschränkungen im verletzten Handgelenk.

FEHLSTELLUNG

Es kommt zu einer typischen Fehlstellung des Handgelenkes bei den häufigen Extensionsfrakturen, der sogenannten Bajonett- oder Fourchette-Fehlstellung. Diese entsteht, wenn sich das distale Radiusfragment nach dorsal und speichenwärts verschiebt.

UNFALLMECHANISMUS

Welche Hauptfehlstellung resultiert ist abhängig von der Stellung der Hand beim Sturz auf das Handgelenk. Bei Extensionsstellung kommt es zur häufigen Extensionsfraktur



Abb.1: Drei Säulen-Modell n. Rikli und Reggazoni (1996)

Müller C. Die Radiusfraktur. Passion Chirurgie.
2017 April, 7(04): Artikel 03_02.



WEITERE ARTIKEL ZUM THEMA
ORTHOPÄDIE & UNFALLCHIRURGIE
FINDEN SIE AUF BDC|ONLINE
(WWW.BDC.DE, RUBRIK WISSEN
| FACHGEBIETE | ORTHOPÄDIE/
UNFALLCHIRURGIE).

Tabelle 1 AO-Klassifikation der distalen Radiusfraktur

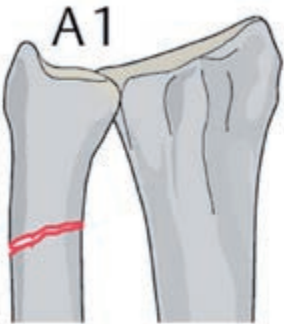
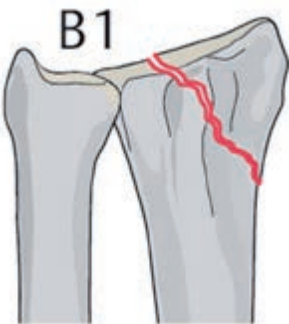
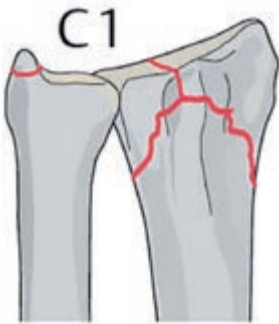
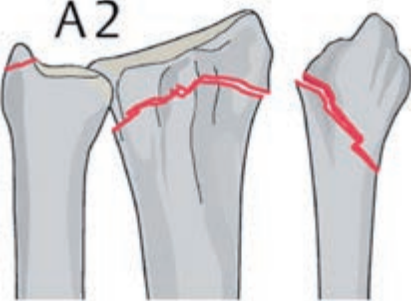
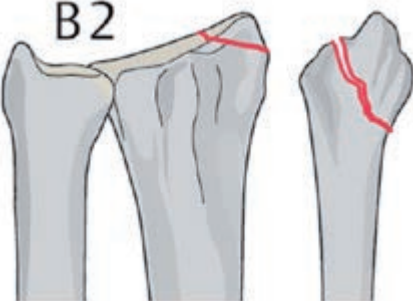
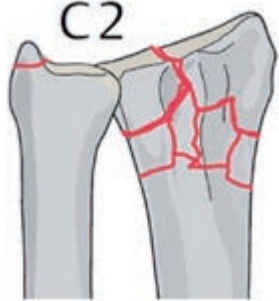
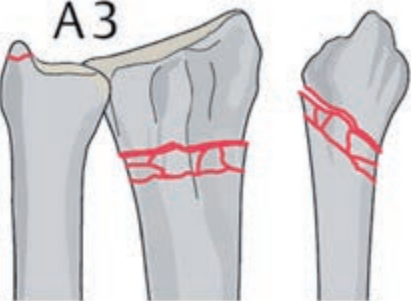
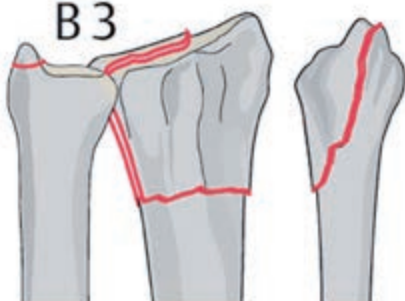
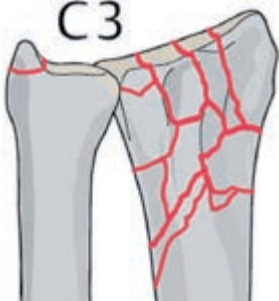
TYP A EXTRAARTIKULÄRE FRAKTUR	TYP B PARTIELLE GELENKS BETEILIGUNG	TYP C INTRAARTIKULÄRE FRAKTUR
A1 Fraktur Ulna	B1 sagittale Radiusfraktur (Chauffeurfraktur/Hutchinson-Fraktur)	C1 artikulär einfach, metaphysär einfach
		
A2 Fraktur Radius einfach	B2 Fraktur dorsaler Rand (Barton-Fraktur)	C2 artikulär einfach, metaphysär Mehrfragmentfraktur
		
A3 Fraktur Radius mehrfach	B3 Fraktur palmarer Rand (umgekehrte Barton-Fraktur)	C3 Komplex (Mehrfragmentfraktur)
		

Tabelle 2 Radiologische Instabilitätskriterien

Parameter	Wert
radialer Höhenverlust	> 2 mm
Änderung der radialen Inklination	> 5°
Verlust der Palmarkippung	> 20°
artikuläre Stufe	> 1–2 mm
Inkongruenz im DRUG	> 1 mm

(Colles) bei Flexionsstellung zur Flexionsfraktur (Smith).

BEGLEITVERLETZUNGEN

Bei der Untersuchung muss auf die typischen Begleitverletzungen geachtet, bzw. nach diesen geforscht werden, da sie die Therapie erheblich beeinflussen.

Assoziierte Verletzungen können sein:

1. karpale Instabilität durch Ruptur des scapholunären Bandes (SL-Band) oder Ruptur des lunotriquetralen Bandapparates
2. Instabilität des distalen Radioulnargelenkes (DRUG). Hier ist die dislozierte Fraktur des Proc. styloideus ulnae hinweisend auf eine TFCC-Läsion
3. auch die Galeazzi-Fraktur als Sonderform mit Luxation des Ulnakopfes und Zerreißung der Membrana interossea sollte nicht übersehen werden
4. letztlich sollte auch die begleitende Scaphoidfraktur nicht übersehen werden

BILDGEBENDE DIAGNOSTIK

RÖNTGEN

Mit zwei Röntgenaufnahmen des Handgelenkes in zwei Standardebenen, anterior-posterior und seitlich, erhält man in den meisten Fällen alle notwendigen Informationen über die vorliegende Radiusfraktur.

COMPUTERTOMOGRAFIE

Eine CT ist immer dann sinnvoll und auch notwendig, wenn es sich um komplexe auch die Gelenkfläche betreffende Frakturen handelt. Hierdurch ist die präoperative Planung besser durchführbar, die Wahl des Zuganges kann festgelegt werden. Im Falle einer

Scaphoidfraktur oder auch nur des Verdachts darauf ist eine Dünnschicht-CT zur sicheren Abklärung erforderlich.

MAGNETRESONANZTOMOGRAFIE

Die MRT ist keine Standarddiagnostik der distalen Radiusfraktur, kann aber zur Beurteilung ligamentärer Verletzungen manchmal hilfreich sein.

ARTHROSKOPIE

Die Arthroskopie kann als zusätzliche Darstellung intraartikulärer Fragmente in der Therapie genutzt werden. Sie stellt jedoch kein Standardverfahren dar und ist sicher eher speziellen Zentren vorbehalten. In der Routineversorgung spielt sie z. Zt. keine Rolle.



THERAPIE

Ziel der Behandlung sollte die schmerzfreie volle Funktion des Handgelenkes sein. Auch die Funktionalität der Hand sollte voll erhalten bleiben oder wieder hergestellt werden.

THERAPIEENTSCHEIDUNG – WELCHE THERAPIE

WIRD NUN WANN VERWENDET?

Grundsätzlich unterscheidet sich eine konservative von einer operativen Therapie. Die Leitlinie der AWMF gibt hierzu ein Schema nach der AO-Klassifikation vor. Allerdings kann diese nicht als wirkliche Therapieempfehlung gelten, da noch andere wesentliche Faktoren eine Rolle spielen. Neben den knöchernen Verletzungsmustern müssen ebenso die Begleitverletzungen insbesondere die ligamentären Begleitverletzungen aber auch die Weichteilsituation, Alter des Patienten, Knochenverhältnisse und auch der Wunsch des Patienten berücksichtigt werden.

KONSERVATIVE THERAPIE

Die konservative Therapie besteht aus der Reposition und der Anlage einer dorsoradi- alen Unterarmgips- schiene. Nach Abschwel- len oder nach nicht mehr zu befürchtender Schwellneigung kann eine zirkuläre Gipsan- lage erfolgen. Die Stellung der Hand bzw. des Handgelenkes erfolgt in Funktionsstellung



Abb. 2, 3: Aushang im Mädchenfänger

also ca. 20° Dorsalkippung. Die Fingergrundgelenke bleiben frei, ebenso sollte der Ellenbogen frei beugbar sein. Die Dauer der Ruhigstellung richtet sich nach Alter des Patienten und der Knochenqualität und liegt zwischen vier bis sechs Wochen.

Die Reposition erfolgt in ausreichender Analgesie entweder durch Dauerzug im Aushang (**Abb. 2 und 3**) oder durch Zug und Gegenzug über ein Hypomochlion. Die Art der Reposition hat keinen Einfluß auf das Ergebnis. Wichtig ist, dass sich die Fraktur in reponierter Stellung verhakt und durch den Gipsverband halten lässt.

Indikationen zur konservativen Therapie sind stabile extraartikuläre Frakturen und nicht oder gering dislozierte intraartikuläre Frakturen. Kontraindikationen gegen eine operative Therapie sind ebenfalls eine Indikation für konservativ. (**Tab. 3**)

Relative Indikationen zur konservativen Therapie sind reponier- und retinierbare Frakturen mit Instabilitätskriterien und der Patientenwunsch (**Abb. 4**).

OPERATIVE THERAPIE

Als operative Therapieverfahren kommen in Frage die Kirschner-Draht-Osteosynthese, Schraubenosteosynthese, Fixateur externe auch in Kombination mit anderen Verfahren und heute als Goldstandard die winkelstabile palmare Plattenosteosynthese. (**Abb. 5**)

Indikationen für eine operative Therapie sind die üblichen absoluten Indikationen wie OP-pflichtige Begleitverletzungen, offene Frakturen und irreponible Frakturen.

Relative Indikationen sind beidseitige Frakturen, Mehrfachverletzungen, Mehretagenverletzungen der oberen Extremität, ausdrücklicher Patientenwunsch. (**Tab.4**)

NOTFALLVERSORGUNG DISTALER

RADIUSFRAKTUREN

Handelt es sich um eine nicht oder nur gering verschobene Fraktur reicht die Ruhigstellung in der dorsoradialen Gipsschiene aus.

Bei dislozierten Frakturen erfolgt die Reposition in ausreichender Analgesierung. Im eigenen Vorgehen hat sich die Bruchspaltanästhesie als sehr gut erwiesen. Etwaige Meinungen, dass hier aus einer geschlossenen eine offene Fraktur gemacht wird; ist nicht hinreichend belegt. Auch ein vermehrtes

Tabelle 3 Indikationen zur konservativen Therapie der distalen Radiusfraktur

etablierte Indikationen	• stabile extraartikuläre Fraktur • nicht/gering dislozierte intraartikuläre Fraktur • lokale/allgemeine Kontraindikationen gegen eine OP
relative Indikationen	• primär reponier- und retinierbare Frakturen mit Instabilitätskriterien (Tab. [2]) • Ablehnung der vorgeschlagenen operativen Therapie durch den Patienten.

Tabelle 4 Indikationen zur operativen Therapie der distalen Radiusfraktur

absolute OP-Indikationen	• offene Fraktur • instabile Fraktur (hierzu zählen alle Trümmerfrakturen und dislozierten Flexionsfrakturen) • dislozierte intraartikuläre Fraktur • irreponible Fraktur • sekundär dislozierte Fraktur • begleitende Nervenverletzung • begleitende Gefäßverletzung • Durchblutungsstörungen nach Reposition • komplexe Begleitverletzungen der Handwurzel und des Handgelenks
relative OP-Indikationen	• beidseitige Frakturen • Mehretagenverletzung der oberen Extremität • operationspflichtige lokale Zusatzverletzungen • Mehrfachverletzungen • ausdrücklicher Patientenwunsch, etwa aufgrund spezieller beruflicher oder funktio-neller Anforderungen



Abb. 4: Instabile Radiusfraktur mit anatomischer Reposition

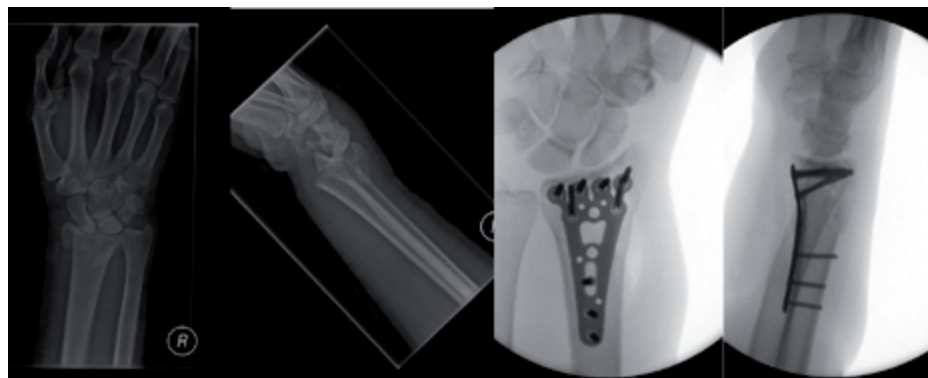


Abb. 5: Instabile Radiusfraktur mit palmarer winkelstabiler Plattenosteosynthese

Aufkommen an Infektionen durch Bruchspaltanästhesie in korrekter Technik angewendet ist nicht belegt.

Nach Reposition erfolgen die Anlage der dorsoradialen Gipsschiene und die Röntgenkontrolle.

Im eigenen Vorgehen heißt es auch: **Einen Repositionsversuch hat jede Radiusfraktur verdient!** Selbst wenn eine Indikation zur operativen Therapie besteht ist es durchaus sinnvoll groteske Fehlstellungen zu beseitigen. Dadurch können fehlerstellungsbedingte Weichteilschäden vermieden und die Schmerzen reduziert werden.

DISKUSSION

Nach Einführung der winkelstabilen palmaren Plattenosteosynthese und den Berichten über eine hohe Zahl schlechter Ergebnisse der Behandlung von Radiusfrakturen durch die bis dahin üblichen Methoden der konservativen Therapie und/oder Kirschner-Draht-Osteosynthesen, ist die Zahl der Plattenosteosynthesen deutlich gestiegen.

Es bleibt die Frage, ob sich durch die vermehrte Anwendung winkelstabiler Platten-systeme das Outcome der Patienten wirklich verbessert hat. Abgesehen von kindlichen Radiusfrakturen, die keinem wesentlichen Therapiewandel unterzogen wurden, bleibt also zu klären, ob die Patienten des zweiten Häufigkeitsgipfels, Patienten älter als 60 Jahre, von der vermehrten winkelstabilen Plattenosteosynthese profitieren.

In diesem Patientengut sind nach neueren Studien zumindest Zweifel angebracht, dass eine dislozierte intraartikuläre distale Radiusfraktur immer einer operativen Therapie mittels winkelstabiler palmarer Plattenosteosynthese bedarf.

Die Gruppe um Diaz-Garcia RJ. (2011) hat in einer Übersichtsarbeit (21 Studien mit 2.093 Patienten) geschlussfolgert, dass „die verfügbaren Informationen nahelegen, dass bei Patienten über 60 Jahren trotz schlechterer radiologischer Resultate, sich die funktionellen Ergebnisse der nichtoperativen Therapie nicht von denjenigen einer operativen Therapie unterscheiden“.

Die Gruppe um Arora R (2011) hat in einer randomisierten Studie die winkelstabile

Plattenosteosynthese mit einer Gipsbehandlung verglichen. Eingeschlossen waren 73 Patienten, mittleres Alter 77 Jahre, Anteil intraartikulärer Frakturen 70 %. Nach drei Monaten gab es noch leichte Vorteile für die operative Gruppe bei den Ergebnissen nach sechs und 12 Monaten konnten im DASH-Score keine signifikanten Unterschiede mehr nachgewiesen werden.

Die von Bartl und Stengel inaugurierte ORCHID-Studie (2014) zeigte, dass trotz besserer Bewegungsausmaße und besserer radiologischer Ergebnisse nach drei Monaten kein Vorteil in der Selbsteinschätzung der Lebensqualität oder der Hand- und Armfunktion vorlag.

Bei einer zu erwartenden Steigerung der Radiusfrakturen gerade bei Patienten jenseits des 65. Lebensjahres, die sich aus der demografischen Entwicklung ergibt, sollte der konservativen Therapie der Radiusfraktur auch bei Dislokation und artikulärer Beteiligung wieder mehr Beachtung geschenkt werden.

Das Argument, dass nach winkelstabiler Plattenosteosynthese eine funktionelle Behandlung erfolgen kann, wird häufig durch die schlechte Knochenqualität des älteren Patienten nicht wirklich angewendet. Auch hier werden häufig längere Ruhigstellungen im Gipsverband trotz Plattenosteosynthese verordnet.

Sollte sich also die Radiusfraktur des älteren Patienten reponieren und retinieren lassen, so kann durchaus über eine konservative Therapie nachgedacht werden, auch bei intraartikulären und dislozierten Frakturen. Hält die Reposition 14 Tage kann die Fraktur auch weiter konservativ behandelt werden.

FAZIT

Die distale Radiusfraktur als häufigste Fraktur des Menschen hat einen erheblichen Therapiewandel hinter sich. Es zeigt sich jedoch, dass zumindest bei der Therapie der älteren Patienten dieser Therapiewandel eventuell überdacht werden sollte.

Die Expertise in der konservativen Therapie sollte wieder gestärkt werden und ein Versuch der konservativen Therapie erscheint zumindest beim älteren Patienten trotz Dislokation

und Gelenkbeteiligung gerechtfertigt. Allerdings darf die konservative Therapie dabei nicht überfordert werden.

Die palmare winkelstabile Plattenosteosynthese bleibt bis zum Beweis des Gegenteils der Goldstandard in der Therapie der distalen Radiusfraktur.

LITERATUR

- [1] Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. (www.awmf.org/leitlinien.html)
- [2] Arora R., Lutz M., Demi C., Krappinger D., Haug L., Gabi M: A prospective randomized trial comparing nonoperative treatment with volar locking plate fixation for displaced and unstable distal radius fractures in patients sixty-five years of age and older. *J Bone Joint Surg Am* 2011; 93: 2146-53.
- [3] Bartl C., Stengel D., Bruckner T., Gebhard F. und die ORCHID Studiengruppe: Therapie der dislozierten intraartikulären Radiusfraktur des älteren Patienten, Dt. Ärzteblatt / Jg 111/ Heft 46 /14. November 2014
- [4] Diaz-Garcia RJ., Roda T., Shauver MJ., Chung KC.: A systematic review of outcomes and complications of treating unstable distal radius fractures in the elderly. *J Hand Surg Am* 2011; 36: 824-35 e2.
- [5] Rikli D., Reggazoni R.: Fractures of the distal end of the radius: open reduction, internal fixation and early functional after treatment: *J Bone Joint Surg* 1996; 78-B: 588 – 592.
- [6] Wichelhaus A., Gradl G., Mittlmeier T.: Die distale Radiusfraktur, Orthopädie und Unfallchirurgie up2date 7 / 2012/ 251-271



HERNIE konkret

Das zweite Modul der Hernienschule

Ein gemeinsames Projekt der
Deutschen Herniengesellschaft
und der BDC|Akademie



HERNIE kompakt



HERNIE komplex

- Hospitationen
- Video (E-Learning)

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

Unter der Schirmherrschaft von:



Chirurgische Aus- und Weiterbildung bei uns und unseren Nachbarn

NACH DER REFORM IST VOR DER REFORM ...

Der Studentenstreik 1988/89 (UniMut), der letztlich zur Entwicklung eines reformierten Curriculums für Mediziner führte, basierte im Wesentlichen auf zwei Kritikpunkten am herkömmlichen Studium: Der Wissensstoff wurde überwiegend in überfüllten Veranstaltungen in Vorlesungsform angeboten, der zur Passivität verdammt. Fächer wie Anatomie, Physiologie und Biochemie wurden weitgehend isoliert voneinander dargestellt, auch den klinischen Disziplinen fehlte der gemeinsame Bezug. Die Studierenden forderten mehr Verantwortung für Lernprozesse und die Gestaltung des Studienablaufs, drangen aber auch auf eine inhaltliche Revision. Ihre Forderungen nach einer neuen Gewichtung der Lehrinhalte beschränkten sich nicht nur darauf, den Unterricht praxisbezogener zu gestalten und die Inhalte durch sinnvolle Verknüpfung theoretischer und klinischer Aspekte anschaulicher zu machen. Es wurde auch kritisch hinterfragt, ob das überwiegend naturwissenschaftlich orientierte Menschenmodell, wie es traditionell vorherrschte, ausreichend sei, die Vielzahl körperlicher und psychischer Störungen und ihre gegenseitige Beeinflussung verstehen und adäquat behandeln zu können. Eine weitere Forderung war daher, naturwissenschaftliche Aspekte nicht isoliert, sondern im Zusammenhang mit psychischen Bezügen und ihrer sozialen Bedeutung patientenorientiert zu vermitteln und wissenschaftliche Grundlagen einer „ganzheitlichen“ Heilkunde zum Studieninhalt zu machen. Der von den Medizinstudenten



Großbritannien
Stuart Charles Whitelaw, MD



Deutschland
Prof. Dr. med. Julia Seifert



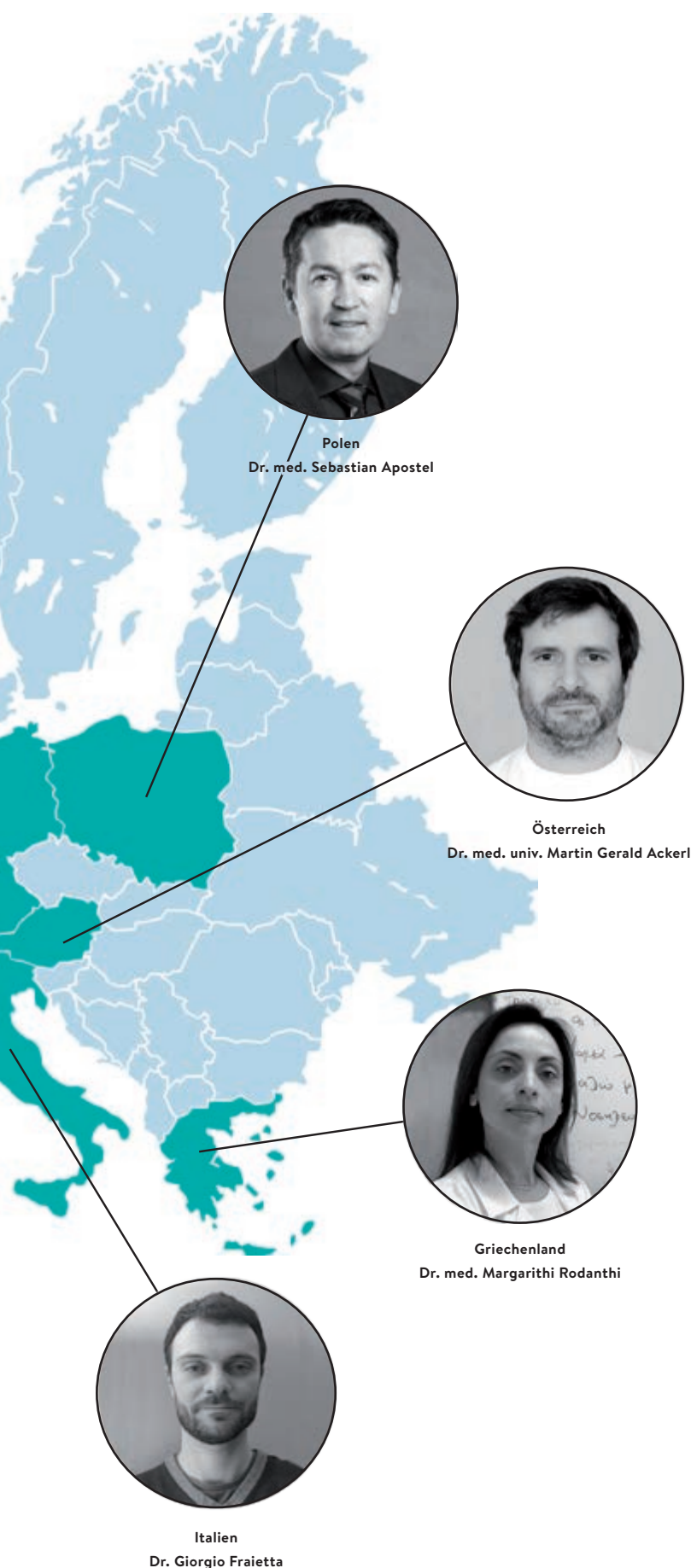
Niederlande
Dr. med. Saskia Staedtler



Frankreich
Camille Letiers



Schweiz
Dr. med. Charlotte Kurz



in einer Inhalts-AG entworfene Reformstudiengang wurde von der Charité übernommen. Der sog. Modellstudiengang löste dort 2010/2011 den Regelstudiengang ab.

Weit mehr öffentliche Aufmerksamkeit erregte dann zehn Jahre später die in Bologna durch die Bildungsminister der europäischen Länder unterzeichnete transnationale Hochschulreform, die eine zukünftige europaweite Harmonisierung von Studiengängen und -abschlüssen sowie eine internationale Mobilität der Studierenden sichern sollte. Bisher allerdings haben nur sieben Länder (Schweiz, Dänemark, Niederlande, Belgien, Island, Armenien und Portugal) ihren medizinischen Fakultäten eine solche Umstrukturierung verbindlich vorgeschrieben. Deutschland hat zumindest die staatlich geregelten Studiengänge wie Medizin und Rechtswissenschaften bisher ausgenommen, legt aber trotz erheblicher Widerstände auf eine künftige Umstellung großen Wert und bezeichnet dies als „nationales Ziel für die kommenden Jahre“.

Trotz oder wegen der Studienreformen(?): das Medizinstudium ist mehr denn je gefragt. Doch ungeachtet steigender Studierendenzahlen: Eine chirurgische Laufbahn streben am Ende des PJ nur noch etwa 10 % der Studenten an.

Erneut steht etwa zehn Jahre später eine Reform ins Haus. Diesmal aber will man in der Reformwerkstatt der Bundesärztekammer (BÄK) nicht einfach mehr nur novellieren, sondern grundlegend ausmisten, bereinigen und anpassen. Keine einfache Reform, vielmehr eine Revolution, zumal von verschiedenen Seiten Nutzen, Wirksamkeit, Effizienz und Machbarkeit bezweifelt werden.

Auslöser der Reform waren laut BÄK das mäßige Abschneiden bei der Evaluation der Weiterbildung, der von Leistungserbringern, Fachgesellschaften und Berufsverbänden beklagte Nachwuchsmangel, die Notwendigkeit zur Anpassung an den medizinisch-technischen Fortschritt sowie ein wachsender Anteil an jungen Ärztinnen und Ärzten mit Wunsch nach Familie und entsprechender Work-Life-Balance, sprich variableren Arbeitszeiten. Die Weiterbildungs-evaluation hatte aufgezeigt, dass es wenig strukturierte oder gar vergleichbare Weiterbildungen in den Abteilungen/Kliniken gab. Curricula oder



**KORRESPONDIERENDE
AUTORIN:
PROF. DR. MED. JULIA SEIFERT**

Vizepräsidentin des BDC
Unfallkrankenhaus Berlin
Klinik für Unfallchirurgie und
Orthopädie
Warenerstr. 7, 12683 Berlin
Julia.Seifert@ukb.de



**DR. MED. UNIV. MARTIN
GERALD ACKERT**

Facharzt für Orthopädie und
Unfallchirurgie
Unfallkrankenhaus Berlin

Seifert J. / Ackert M. G. Chirurgische Aus- und Weiterbildung bei uns und unseren Nachbarn
Passion Chirurgie. 2017 April, 7(04): Artikel
03_03.



WEITERE ARTIKEL ZUM THEMA AUS-,
WEITER- UND FORTBILDUNG FINDEN
SIE AUF BDC|ONLINE (WWW.BDC.DE,
RUBRIK WISSEN | AUS-, WEITER- UND
FORTBILDUNG.

Pläne fehlten, Rotationen, Kooperationen und Austausch fanden nicht oder unzureichend statt, geforderte OP-Mengen konnten nicht erbracht werden, da technischer Fortschritt bestimmte Eingriffe zur Mangelware machte und Weiterbilder ihrer Aufgabe der Weiterbildung nicht oder unzureichend nachkamen. Zudem wurde mit Heranwachsen einer neuen Generation junger Ärzte evident, dass die derzeit gültige WBO wenig Platz für eine Modifikation und Flexibilisierung der Arbeitszeiten bietet.

Während die Gliederung der zukünftigen Weiterbildung in die Abschnitte A-C (A: Paragrafen-Teil, B: Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen, C: Zusatzweiterbildungen) belassen wird, sollen vier sog. Weiterbildungsblöcke zu absolvieren sein:

1. Grundlagen,
2. patientenbezogene,
3. behandlungsbezogene
4. und technisch-diagnostische Inhalte.

Dafür ringen derzeit Ärztekammern, Fachgesellschaften und Berufsverbände um praxisnahe und theoretische Inhalte, Didaktik, Dokumentationspflichten, angemessene, aber variable Weiterbildungszeiten, die Auflösung der Säule Allgemeinchirurgie, versorgungs- und realitätsnahe Richtzahlen sowie die Einbeziehung des ambulanten Sektor. Fertigkeiten, Kenntnis- und Erfahrungslevel werden zu den Maßeinheiten der zukünftigen Weiterbildungsordnung.

Die Herausforderung der neuen WBO dürfte in der Schaffung von entsprechenden Voraussetzungen liegen:

- (1) Bildung von Stadt-, Land- und Konzernübergreifenden Weiterbildungsverbünden
- (2) Finanzierung einer intersektoralen Weiterbildung
- (3) Qualifizierung von Weiterbildern (z. B.: durch „Train-the-Trainer“-Workshops) mit zeitlicher Befristung der Weiterbildungsbefugnis
- (4) Reformierung der Weiterbildungsbefugnis durch Schaffung einer modularen Weiterbildungsbefugnis nach Inhalten statt Zeiten

- (5) Ausreichend Personal für sog. „Mentoring“ im klinischen Alltag, Wissenschaft und Forschung
- (6) Regelmäßige Evaluation und Re-Evaluation von Weiterbildern, Weiterbildungskonzepten und Weiterbildungsstätten
- (7) Einhaltung einer aktuell für das Gebiet Chirurgie geplanten fünfjährigen Weiterbildungszeit (Mindestweiterbildungszeit) bei gleichzeitig verkürzten und flexibilisierten Arbeitszeiten (EU Konformität)

Das Konstrukt ist noch lange nicht fertig und in den Hinterzimmern werden Vergleiche mit dem Flughafenprojekt BER laut. So bleibt also doch noch ein wenig Zeit, einen Blick auf unsere bestehende Aus- und Weiterbildung zu werfen und, im Sinne eines modernen Bench-Marking, unsere berufliche Entwicklung und Perspektive mit denen anderer europäischer Länder zu vergleichen.

Die Idee dazu entstand, als ich unseren Assistenzärzten über eine mehrstündige sehr kontroverse Gremiendiskussion berichtete, wobei mir der österreichische Kollege schließlich entgegnete: „Ich versteh die Deutschen nicht. Ich bin extra aus Wien herkommen weil Ihr eine guade Weiterbildung habt und man sich aussuchen kann wo man zum Arbeiten anfängt.“

Immerhin acht Kolleginnen und Kollegen bieten einen kurzen Einblick in die chirurgische Aus- und Weiterbildung ihres Landes. Dabei haben wir, um bessere Vergleichbarkeit zu schaffen, alle gebeten, zu sechs Fragen Stellung zu beziehen:

1.

Gibt es Zugangsbeschränkungen für das Medizinstudium? Wenn ja, welche?

2.

Existieren Studiengebühren?

3.

Besteht freie Fach- und Ortswahl?

4.

Existiert eine curriculäre Weiterbildungsstruktur?

5.

Wie lange dauert die Weiterbildung zum Facharzt?

6.

Wie werden Ärzte in WB vergütet?



1.

Das Medizinstudium ist in Deutschland zulassungsbeschränkt. Studienplätze werden durch die *Stiftung für Hochschulzulassung* (ehemals ZVS) vergeben, bei der sich Abiturienten bewerben müssen. Vierzig Prozent der Plätze werden direkt vergeben, wovon die Hälfte nach Abiturnote (NC), die andere nach Wartezeit verteilt werden. Die restlichen 60% der Studienplätze werden von den Hochschulen in einem Auswahlverfahren (AdH) vergeben. Einige Universitäten haben den sog. Medizintertest (jetzt TMS) im AdH wieder eingeführt: mit diesem kostenpflichtigen Test (TMS: Test für medizinische Studiengänge) werden Konzentrationsvermögen, Textverständnis, räumliches Denken und Auffassungsgabe geprüft. Der Test, der 1997 abgeschafft und erst 2006 wieder eingeführt wurde, sagt laut Statistik in Zusammenschau mit der Abiturnote den Studienerfolg am besten vorher.

2.

Die deutsche Allgemeinheit kostet ein Medizinstudium etwa 15.000 Euro/Semester. Seit 2015 existieren jedoch keine allgemeinen Studiengebühren mehr. Semestergebühren werden in Höhe von 50 Euro erhoben. Langzeitstudenten zahlen mehr (bis 500 Euro). Der *Internationale Pakt über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte* (IPwskR), den auch Deutschland unterzeichnet hat, fordert, dass „der Hochschulunterricht auf jede geeignete Weise, insbesondere durch allmähliche Einführung der Unentgeltlichkeit, jedermann gleichermaßen entsprechend seinen Fähigkeiten zugänglich gemacht werden muss“ (Art. 13.2.c). Damit soll das kulturelle Menschenrecht auf Bildung gewährleistet werden.

3.

Es existiert weder eine Zulassungsbeschränkung für ein Fach, noch eine Beschränkung

in der Wahl des Ortes, wo die Weiterbildung stattfinden soll. Der approbierte Arzt muss sich an einer sog. Weiterbildungsstätte initiativ bewerben, um dort seine WB in dem gewünschten Fach aufzunehmen. Nur die von der jeweiligen Landesärztekammer für die Weiterbildung zugelassenen Stätten bzw. Personen dürfen Ärzte weiterbilden. Die Weiterbildungsbefugnis ist an bestimmte



PROF. DR. MED. JULIA SEIFERT

geboren 13.07.1967 in Siegburg
Studium an der FU Berlin 1987-1994
Weiterbildung in Berlin und Greifswald
Fachärztin für Chirurgie, Orthopädie und Unfallchirurgie
Leitende Oberärztin Unfallkrankenhaus Berlin
Vizepräsidentin des BDC

Vorgaben (Strukturen und Prozesse, Inhalte) geknüpft und kann zeitlich begrenzt sein. Die Aufnahme an der beworbenen Stätte für das beworbene Fach hängt dann ausschließlich von sog. marktwirtschaftlichen Aspekten ab (Eignung des Bewerbers, freie Weiterbildungsstelle etc.). Problematisch ist die europaweite einzigartige sektorale Trennung von Niederlassung und Klinik eine bürokratische Hürde, die m. E. nach vollständig aufgebrochen werden sollte.

4.

Die Weiterbildung wird durch die Ärztekammern der Bundesländer föderal geregelt und überwacht. Es existiert eine

Weiterbildungsordnung, in der Zeiten, theoretische Kenntnisse und praktische Fertigkeiten beschrieben sind. Diese müssen erworben, durchgehend dokumentiert und vom Weiterbilder bestätigt werden. Dieser muss der Ärztekammer in einem Zeugnis die sog. Facharztreife bescheinigen, ohne die eine Zulassung zur Facharztprüfung nicht möglich ist. Bei Erfüllung der o. g. Vorgaben inklusive einer Mindestweiterbildungszeit von aktuell sechs Jahren (Chirurgie) wird eine mündliche Prüfung durch die Landesärztekammer notwendig, um den Facharztstitel zu erwerben.

5.

In Deutschland sind derzeit eine Mindestweiterbildungszeit von 72 Monaten (sechs Jahre) vorgesehen, die sich in einen Basisabschnitt (sog. Common Trunk) und eine aufbauende Weiterbildung von 48 Monaten gliedert. Dies gilt für alle acht Säulen des Gebiets Chirurgie (Allgemeinchirurgie, Viszeralchirurgie, Thoraxchirurgie, Plastische und ästhetische Chirurgie, Orthopädie und Unfallchirurgie, Kinderchirurgie, Gefäßchirurgie, Herzchirurgie).

6.

Seit 1996 werden Ärzte in Weiterbildung vollwertig vergütet. Der Tarifvertrag für angestellte Ärzte weist vier Entgeltstufen auf (Arzt, Facharzt, Oberarzt, leitender Oberarzt) und ist nach Jahren gestaffelt. Chefärzte sind ausgenommen, da sie als sog. Selbständige außertariflich vergütet werden. Aktuell verdient ein Arzt im ersten Jahr seiner ärztlichen Tätigkeit ca. 4.480 Euro monatlich Brutto. Zu berücksichtigen ist, dass die gesetzlich geregelte Höchstarbeitszeit von derzeit 48h/Woche durch eine sog. Opt-Out-Regelung ausgehebelt und mindestens kurzfristig auf 60 Wochenstunden und mehr erhöht werden kann.



1.

Voraussetzung zum Studium ist die Hochschulreife: Matura (gleichzusetzen mit dem Abitur in Deutschland). Seit 2009 hat die Schweiz ein Bachelor-Master Programm für Medizin etabliert. Die Vergabe der Studienplätze erfolgt durch *swissuniversities* (Rektorenkonferenz der schweizerischen Hochschulen). Man meldet sich für das Bachelorstudium (Vorklinik) mit seiner Wunsch-Universität an. Bei Kapazitätsproblemen gibt es einen Medizintest oder die Universitäten nehmen die Bewerber auf und entscheiden im ersten Jahr durch verschärfte Testverfahren, wer weiter studieren darf. Die Fortführung des Studiums zum Master ist nach erfolgreichem Bachelorabschluss garantiert, allerdings unter Umständen mit einem Universitätswechsel verbunden. Die elf Universitäten haben Masterprogramme mit teilweise inhaltlich anderen Schwerpunkten, weswegen es sinnvoll ist, sich vor Beginn des Studiums die Wahl der Universität dahingehend gut zu überlegen.

2.

Die Kosten werden teilweise von den Studenten getragen. Die Studiengebühr wird von der jeweiligen Universität festgelegt und liegt zwischen 500 bis 4.000 CHF pro Semester, im Schnitt aber bei 1.000-2.000 CHF. Ausländische Studenten zahlen eine zusätzliche Abgabe von ca. 1.800 CHF.

3.

Ja. Der Studienabgänger bewirbt sich initiativ an Stellen, die die Weiterbildungsberechtigung

haben. Eine staatliche Regulierung existiert nicht. Es existiert ein Online-Register mit den zugelassenen Weiterbildungsstätten.

4.

Ja. Das Thema Weiterbildung wird geregelt durch ein autonomes Organ der FMH (Foederatio Medicorum Helveticorum), nämlich das Schweizerische Institut für ärztliche Weiter-



DR. MED. CHARLOTTE KURZ

geboren am 09.10.1977 in Bonn
Studium an der Martin-Luther-Universität Halle/Saale
1997-1999
Studium an der Christian-Albrechts-Universität Kiel
1999-2002
Studium an der Humboldt Universität Berlin 2002-
2004
Weiterbildung in Berlin, Zürich und Basel
Fachärztin für Chirurgie
Oberärztin Team Hand, Kantonsspital Baselland

und Fortbildung (SIWF), das dafür zuständig ist, Weiterbildungstitel für Fachärztinnen und -ärzte zu erteilen, die Weiterbildungs- und Fortbildungsordnungen zu erlassen sowie Kliniken und Arztpraxen als anerkannte Weiterbildungsstätten zu zertifizieren. Neben der Länge der Weiterbildungszeit sind auch

die Weiterbildungsstätten vorgegeben: man muss eine bestimmte Anzahl an Jahren in einem Spital der Kategorie A oder U und B gewesen sein, welche in ihrer Versorgungsleistung variieren (Unispital, mittelgroßes und kleines Spital). Vorgegeben sind auch bestimmte Fortbildungen, Kongressteilnahmen sowie Forschungs- und Vortragsarbeiten, die man nachweisen muss.

5.

In der Regel mindestens sechs Jahre. Bei den Chirurgen davon die ersten 2 Jahre Basischirurgie, danach das Basisexamen und erst nach bestandenem Basisexamen ist die Fortführung der Weiterbildung über die nächsten vier Jahre im speziellen Teil der Chirurgie möglich. Auch wissenschaftliche Tätigkeit wird bis zu einem Umfang von zwei Jahren für die Facharztweiterbildungszeit anerkannt. Die Facharztprüfung wird organisiert und abgenommen durch die jeweiligen Fachgesellschaften. Sie ist zweiteilig: schriftlich und mündlich.

6.

Assistenzärzte werden vollwertig vergütet. Der Lohn ist von Kanton zu Kanton aber unterschiedlich. Die Vergütung steigt mit der Anzahl der bereits geleisteten Arbeitsjahre. Auch als Altassistent (ohne Facharzttitle) kann man bereits bei guten Leistungen Oberarzt werden und dann entsprechend ein Oberarzt-Gehalt beziehen.

für GROSSBRITANNIEN



1.

Medizinstudienplätze in England sind zulassungsbeschränkt. Schottland zum Beispiel verfügt lediglich über fünf medizinische Hochschulen mit insgesamt 800 Studienplätzen für Medizin. Daher bedarf es neben ausgezeichneten Noten in naturwissenschaftlichen Fächern wie z. B. Mathematik und Chemie eines Lebenslaufes mit zusätzlichem Nachweis über besonderes soziales Engagement oder Ausnahmekompetenzen im Bereich Musik, Kultur oder Sport. Des Weiteren werden Auswahlgespräche durchgeführt sowie eine schriftliche Begründung des persönlichen Wunsches nach einem Medizinstudium verlangt.

2.

Während das Studium in Schottland gebührenfrei ist, kostet es in England ungefähr 9.000 Pfund pro Jahr (>10.000 Euro/Jahr). Bizarren Weise haben ausländische Studenten aus der EU (und nur diese) bis zum Brexit auch in England keine Gebühren zahlen müssen. Das führte dazu, dass überwiegend Studenten aus dem Nicht-EU-Ausland aufgenommen wurden, um dem System der Universitäten mehr Geld zuzuführen. Zu guter Letzt musste man jedoch feststellen, dass diese nach Abschluss ihres Studiums mit einer guten Ausbildung das Land Richtung Heimat verließen und das Gesundheitswesen in Großbritannien davon nicht profitierte. Politisch, wirtschaftlich und sozial ein Problem, zumal der Ärztemangel in der Fläche nur durch teure stunden- oder tageweise aushelfende Ärzte ausgeglichen werden kann.

3.

Nach Abschluss des Medizinstudiums muss der „Junior Doktor“ zwei Jahre einer Basisweiterbildung („General Training“) in einem Krankenhaus nachweisen, bevor er im General

Medical Council (entspricht unserer Ärztekammer) registriert werden kann. Innerhalb dieser zwei Jahre muss der Arzt sich für eine Fachrichtung entscheiden, in der er dann ab dem dritten Jahr weitergebildet werden möchte. Es besteht freie Fachwahl. Mittlerweile wurde das Bewerbungsverfahren bürokratisiert und zentralisiert: Dutzende von Bewerber auf eine Stelle werden interviewt. Im Anschluss daran erfolgt eine Ranglistenzuteilung über das gesamte Land. Wer mit seiner Platzzuteilung unzufrieden ist, kann versuchen zu tauschen.



STUART CHARLES WHITELAW, MD

geboren am 22.11.1958 in Lanark/Schottland
Studium an der University of Glasgow
Weiterbildung in Bristol, Leicester und London
Facharzt für Allgemeinchirurgie und Koloproktologie,
Leitender Oberarzt (senior consultant surgeon)
NHS Royal Infirmary Dumfries and Galloway, Schottland

Jede Weiterbildungsstätte wird evaluiert und reguliert durch Personen, die sehr eng mit der lokal ansässigen Hochschule zusammenarbeiten, welche wiederum durch Gott und das GMC reguliert werden. Im Rahmen dieses Weiterbildungscontrolling können Weiterbildungsbefugnisse, wenn z. B. entsprechende Standards fehlen, auch entzogen werden.

4.

Die Weiterbildung verläuft sehr strukturiert. Die Vorgaben werden durch das JCST (Joint

Committee on Surgical Training) gemacht. Sie sind zusammengefasst auf 339 Seiten im sog. ISCP (Intercollegiate Surgical Curriculum Program). Die dort beschriebenen zu erwerbenden Kenntnisse und Fähigkeiten sind umfangreich. Die Programme werden regelmäßig überarbeitet und sind unter www.iscp.ac.uk/ einzusehen. Nach Abschluss des Programms erfolgt eine Prüfung für das CCT (Certificate of Completion of Training), in welchem alle Fähigkeiten, Kenntnisse und Fertigkeiten für das jeweilige Fach geprüft werden.

5.

Um sich zu spezialisieren bedarf es nach Beendigung der zweijährigen Basis einer Weiterbildungszeit von etwa zehn Jahren. Wer in die Forschung gehen will oder Allgemeinarzt werden möchte, der braucht in der Regel noch länger. Die Zeit, die ein angehender Chirurg im OP-Saal verbringen muss, schätze ich mit 48.000 Stunden ein. Aufgrund der Anpassung der Arbeitszeiten an EU-Legislative ist das ein großes Problem, da damit auch die eigentlich notwendigen OP-Stunden reduziert wurden und kein ausreichendes Training stattfinden kann.

6.

Das Gehalt eines Junior Doktor ist durch das Gesundheitsministerium landesweit reguliert, unabhängig ob man in z. B. Birmingham schuftet oder auf den Oakney Inseln drei Patienten pro Tag behandelt. Das Gehalt erhöht sich dann jährlich. Es existieren keine Unterschiede zwischen bestimmten Kompetenzleveln: das Grundgehalt von Oberärzten in der Chirurgie ist das Gleiche wie das von Oberärzten in der Dermatologie. Lediglich die Variable Zahl der Bereitschaftsdienste führt zu einer Differenz des Endgehaltes.



1.

Medizinstudienplätze sind auch in Polen zulassungsbeschränkt. Im Zeitraum zwischen den akademischen Jahren 2006/07 und 2011/12 wuchs die jährliche Zahl der Absolventen um 25 Prozent auf 2.853. Für das akademische Jahr 2014/15 wurden 3.194 Plätze für das Direktstudium freigegeben. Zugangsvoraussetzung ist das Abitur (Matura). Es existiert ein Numerus clausus, der sich an der Nachfrage orientiert. Wer diesen NC erreicht erhält eine Zulassung zu einem schriftlichen Test, dessen Ergebnis dann ausschlaggebend für die Zulassung zum Studium ist. Wer als Deutscher in Polen studieren will, kann dies an einigen Universitäten gegen Zahlung einer jährlichen Gebühr (5.000 bis 10.000 Euro) tun. Dabei wird er beim Durchlaufen der bürokratischen Hürden durch eine Agentur unterstützt. Voraussetzung ist ein Abitur, das Bestehen der Aufnahmeprüfung der jeweiligen Universität und das Zahlen der Gebühr. Das Studium erfolgt in englischer Sprache. Das Studium endet nicht wie in Deutschland mit einem Staatsexamen. Das Studium wird mit einem M.D. beendet und wird in Deutschland als Approbation anerkannt. Es existieren auch Kooperationen von Universitäten (Stettin) mit deutschen Klinikgruppen (z. B. Asklepios). An diesen Universitäten wird teilweise auch auf Deutsch unterrichtet. Durch Abschaffung des einjährigen Praktikums nach dem Examen haben die Ärzte einen schnelleren Zugang zum Gesundheitswesen, sodass die Absolventen direkt kurativ tätig sein können und die Anzahl der Ärzte zügiger ansteigen kann. Die Erfahrungen, die während des Praktikums gesammelt werden sollten, werden in das sechste Studienjahr integriert.

2.

Die Studiengebühren bzw. Universitätsgebühren trägt der Studierende privat. Eine staatliche Unterstützung existiert nicht.

3.

Nach Beendigung des Studiums besteht keine weitere Regulierung, welches Fach gewählt wird. Auch die Ortswahl der Klinik ist frei. Ver-



DR. MED. SEBASTIAN APOSTEL

geboren am 11.12.1975 in Cosel, Polen
Studium der Medizin an der Johannes Gutenberg
Universität in Mainz
Weiterbildung im Unfallkrankenhaus Berlin
Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie
tätig als niedergelassener Arzt in Berlin

gleicht man die Zahlen der Studienabsolventen mit den Zahlen der Neumeldungen bei den Ärztekammern, fällt eine große Differenz auf. Es melden sich viel weniger Ärzte bei den Kammern neu an, als Ärzte von den Universitäten abgehen. Das bedeutet, dass die Absolventen entweder nicht als Arzt tätig sind oder direkt nach dem Studium ins Ausland gehen. Für das Gesundheitssystem bedeuten diese Zahlen einen Verlust an Ärzten in der Patientenversorgung. Diese Differenz kann als Indikator für die Abwanderungen aus Polen gesehen werden.

4.

Die Weiterbildungsstellen (Krankenhäuser) werden evaluiert und müssen bestimmte Strukturvorgaben erfüllen, um an der Weiterbildung teilnehmen zu können. Es gibt drei Möglichkeiten die Weiterbildung zu machen:

1. staatlich finanzierte Weiterbildung mit sehr geringem Lohn,
2. Arbeitsstelle direkt über das Krankenhaus, welches auch den Lohn bezahlt (Tarifrecht) oder
3. Volontariat – umsonst.

Das Gesundheitssystem ist unterfinanziert und zum Teil unstrukturiert, sodass es an vielen Stellen zu einem Mangel kommt. Nach Angaben des Statistischen Amtes im Gesundheitswesen kommen in Polen auf 1.000 Einwohner zwei Ärzte. In Deutschland sind es vier auf 1.000 Einwohner. Um den Lebensunterhalt einer Familie zu erwirtschaften, arbeiten Ärzte oft an mehreren Stellen.

5.

Die Weiterbildung zum Chirurgen dauert offiziell sechs Jahre.

6.

Zum Gehalt: siehe Punkt 4

7.

Zum Thema Arzt in Polen kann auch folgender LINK (Promotionsarbeit mit dem Titel „Die ärztliche und fachärztliche Ausbildung in Deutschland und Polen“ aus 2016) empfohlen werden: https://edoc.ub.uni-muenchen.de/19761/1/Kolodziej_Monika.pdf

für GRIECHENLAND



1.

Auch in Griechenland besteht eine Regelung zum Medizinstudium. Wer Humanmedizin studieren will benötigt eine 12-jährige Hochschulreife sprich Abitur (Apolytirion) und muss anschließend eine Prüfung absolvieren. Lediglich sieben Universitäten bzw. Medizin-schulen bieten ein Humanmedizinstudium an, so dass ein großer Andrang auf die Studienplätze ist.

2.

Für das Fach Medizin existiert ein Numerus clausus. Das Studium wird staatlich finanziert. Gebühren fallen nicht an. Sogar das Lehrmaterial ist kostenlos.

3.

Nach Abschluss des Studiums kann der approbierte Arzt sich frei bewerben, denn eine Regulierung existiert nicht. Fach- und Ortswahl sind frei.

4.

Weiterbilden dürfen allerdings nur zugelassene Stätten und Einrichtungen, die

bestimmte Strukturen anbieten. An diesen Weiterbildungsstätten kann sich der Studienabgänger bewerben und kommt dann auf eine Warteliste, die nach und nach abgebaut wird. Es gilt, dass nicht der Beste und Fähigste, sondern der auf der Warteliste als nächster Registrierte den Platz erhält. Beliebte Weiterbildungsstätten sind also häufig auf Jahre blockiert.



DR. MED. MARGARITHI RODANTHI

geboren am 18.01.78 in Thessaloniki
Fachärztin für Orthopädie und Unfallchirurgie
Funktionsärztin in der 1. Kinderorthopaedischen
Klinik des Allgemeinen Kinderkrankenhauses
„P. & A. Kiriakou“ in Athen

5.

Die Dauer der fachärztlichen Weiterbildung ist gesetzlich geregelt und endet mit einer schriftlichen und mündlichen Prüfung. Vorgegeben sind die europäisch geforderten 5.500 Stunden, die in der Regel in einem sechsjährigen Curriculum zu absolvieren sind.

6.

Die Bezahlung der angestellten Ärzte in Weiterbildung erfolgt nach Tarif. Ärzte in Weiterbildung werden also voll vergütet, allerdings sind die Löhne in Griechenland gering und nicht mit denen in Deutschland vergleichbar. Einige Chefärzte verdienen nur wenig mehr als Assistenzärzte. Im Zuge der Weltwirtschaftskrise, die Griechenland stark getroffen hat, sind Stellen in Krankenhäusern gestrichen und abgebaut worden, sodass aktuell ca. 37 % der jungen Ärzte arbeitslos gemeldet sind. Die Emigration griechischer Ärzte nach Zentral- und Nordeuropa hat sich in den letzten Jahren vervielfacht.

für die NIEDERLANDE



1.

Auch hier gilt: Wer Medizin studieren will, muss die Hochschulreife besitzen. Da aber das Medizinstudium sehr beliebt ist und der Andrang entsprechend höher als die Zahl der universitären Plätze, wurde ein sog. Numerus fixus eingeführt, der die Funktion eines NC erfüllt. Je nach Abiturnote werden die Abiturienten in verschiedene Gruppen (A-E) eingeteilt. Wer in die Gruppe A kommt, erhält automatisch einen Platz. Alle anderen müssen unterschiedlich lange warten. Wer aus Deutschland in den Niederlanden studieren will, muss drei Naturwissenschaften im Abitur nachweisen und kommt dann automatisch in die Gruppe C.

2.

Das Studium ist gebührenpflichtig. Derzeit beträgt die Gebühr 1.951 Euro im Jahr. Die Studiengebühren werden direkt an die Hochschulen gezahlt und dienen der Qualität der Bildung. So werden sie für Lehrmaterialien, Einzel- und Gruppenarbeitsplätze oder beispielsweise für Gast-Vorträge genutzt. Auf das Jahr verrechnet, zahlt jeder Student 163 Euro Studiengebühren pro Monat. Das Studium ist stärker verschult als in Deutschland. Das Konstrukt des „Problem basierten Lernens“ (PBL) wurde in Maastricht entwickelt und hat sich in den Niederlanden in allen Studiengängen durchgesetzt. Das Studium endet mit dem Master.

3.

Da in Holland nicht jeder weitergebildet wird, der sein Medizinstudium abgeschlossen hat, unterscheidet man zwischen AGNIOs und AGIOs (Assistent Geneeskunde (Niet) In Opleiding): Ärzte ohne Weiterbildung und Ärzte in Weiterbildung. Fast alle holländischen Medizinstudenten arbeiten nach dem Studium ein bis zwei Jahre als AGNIOs („Assistenzarzt nicht in Weiterbildung“), bis sie einen Platz für die Facharztweiterbildung bekommen. Erst wenn sie erste Erfahrungen im Beruf gesammelt

haben, können sie sich im weiteren Verlauf um eine Weiterbildungsstelle bewerben. Für den chirurgischen Fachbereich ist diese Bewerbungsprozedur landesweit streng geregelt. Die Auswahl erfolgt nur zweimal im Jahr, und die Bewerber dürfen sich jeweils bei maximal zwei der insgesamt acht regionalen Weiterbildungskommissionen (Regionale Opleidings Commissies (ROC's)) gleichzeitig bewerben. Eine erfolgreiche Bewerbung wird



DR. MED. SASKIA STAEDTLER

geboren am 13.03.1981 in Zweibrücken
Fachärztin für Orthopädie und Unfallchirurgie
Studium Graz, Österreich
Assistenzärztin Unfallkrankenhaus Berlin

zudem durch die Vielzahl von Bewerbern auf eine deutlich geringere Zahl an Weiterbildungsstellen erschwert. Die AGIOS-Stellen sind somit das Nadelöhr der niederländischen Facharztausbildung. Bewerben kann man sich nur an den medizinischen Fakultäten, da die Facharztweiterbildung immer einer solchen angeschlossen ist. Die Weiterbildung findet im Rahmen an Universitäten angegliederter strukturierter Programme statt, die durch das Gesundheitsministerium finanziert werden. Die Qualifizierung ist das primäre Ziel der Weiterbildung und nicht die Arbeitsleistung der Weiterbildungsassistenten. Ein Vertrag ist dann auch immer für die gesamte Weiterbildungszeit und komplett „durchgeplant“ mit

einer entsprechenden Zeit an der Uniklinik und an verschiedenen kleineren Häusern.

4.

Die curriculären Strukturen in der Weiterbildung sind auch in Holland gegeben. Die Universitäten sind dafür zuständig und verantwortlich. Es gibt eine Qualitätssicherung und der *Huisartsen en Verpleeghuisartsen Registratie Commissie* (HVRC) hat die Aufsicht darüber. Weiterbilder müssen fünf Jahre Berufserfahrung haben und eine Liste von 120 Kriterien erfüllen, bevor sie weiterbilden dürfen. Zusätzlich geben die Weiterbildungsassistenten Feedback an die Weiterbilder über ihre Leistung.

5.

Die Dauer der Weiterbildung im Fach Chirurgie beträgt zwei bis vier Jahre. Eine Niederlassung als Facharzt für Chirurgie ist in den Niederlanden nicht möglich. In der Niederlassung arbeiten ausschließlich Allgemeinmediziner, die Patienten spezifisch in die Krankenhäuser zuweisen. Wer promovieren möchte muss eine drei- bis vierjährige wissenschaftliche Tätigkeit an einer Universitätsklinik ohne klinische Mitarbeit vorweisen.

6.

Die Hauptformen der Beschäftigung innerhalb einer niederländischen Klinik sind das hierzulande bekannte Angestelltenverhältnis gegenüber einem Klinikträger sowie die Teilhaberschaft in einer sogenannten Maatschap. Maatschap heißt „Gemeinschaft/Gesellschaft“. Eine Gemeinschaft gleichberechtigter Fachärzte, z. B. eine Gruppe von Chirurgen, räumlich angesiedelt in einem Krankenhaus, die einen gemeinschaftlichen Vertrag mit dem Krankenhaus schließen. Darüber hinaus kann die Maatschap selbst Fachärzte im Angestelltenverhältnis beschäftigen. In Universitätskliniken wird ausschließlich die Beschäftigungsform des Angestelltenverhältnisses angeboten.



1.

Voraussetzung zum Studium ist die Hochschulreife: Matura (gleichzusetzen mit dem Abitur in Deutschland). Seit 2013 gibt es einen Studierfähigkeitstest den MedAT. Dieser gilt für die österreichischen Universitäten in Wien, Innsbruck, Graz und Linz. Im Rahmen eines Quotensystems werden 75 % der Studienplätze für Personen mit einer österreichischen Matura oder gleichgestellten Staatsangehörigen (Liechtensteiner, Luxemburger und Südtiroler), 20 % für Personen mit einem Reifezeugnis innerhalb der EU und 5 % für solche außerhalb der EU reserviert. Eine Ausnahme stellt die private Paracelsus Universität in Salzburg mit einem eigenen dreistufigen Aufnahmeverfahren dar. Das Diplomstudium Humanmedizin dauert 12 Semester und hat das Ziel, die AbsolventInnen zu handlungskompetenten DoktorInnen der gesamten Medizin (Dr. med. univ.) auszubilden.

2.

An staatlichen Hochschulen werden keine allgemeinen Studiengebühren erhoben. Österreicher, Angehörige anderer EU-Mitgliedsstaaten und Schweizer, die die vorgesehene Studienzeit um mehr als zwei Semester überschreiten, zahlen einen Studienbeitrag. Dieser Beitrag beträgt derzeit (seit 2013) pro Semester 363,63 Euro.

3.

Es gibt keine Zugangsbeschränkung auf das Fach oder den Ort wo die Ausbildung

stattfinden soll. Der Studienabgänger bewirbt sich initiativ an Stellen, die als Weiterbildungsstätten bei der Österreichischen Ärztekammer anerkannt sind. Die Anerkennung ist auf sieben Jahre befristet.

4.

Die Weiterbildung wird in der Ärztinnen-/Ärzte-Ausbildungsordnung 2015 – ÄAO 2015 des Bundesministeriums für Gesundheit



DR. MED. UNIV. MARTIN GERALD ACKERTL

geboren 21.08.1978 in Wien
Studium an der Medizinischen Universität Wien
2001-2009
Weiterbildung in Halle/Saale und Berlin
Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie
Unfallkrankenhaus Berlin

geregelt. Das alte „Turnus System“ (vorgeschaltete dreijährige Ausbildung zum Allgemeinmediziner), mit den damit häufig verbunden Wartezeiten und Arbeitsstättenwechsel, wurde mit der ÄAO 2015 am 01. Juni 2015 in seiner ursprünglichen Form abgeschafft. Ersetzt wurde es durch eine neun

Monate dauernde Basisausbildung zum Erwerb einer Basiskompetenz in chirurgischen und konservativen Fächern in der Ausbildung zum Allgemeinmediziner und zum Facharzt aller Sonderfächer, ausgenommen dem Fach Anatomie.

5.

Die Ausbildung zur Fachärztin/zum Facharzt eines Sonderfaches wird nach abgeschlossener neunmonatiger Basisausbildung in Sonderfach-Grundausbildung und Sonderfach-Schwerpunktausbildung aufgeteilt. Die Gesamtausbildung zur Fachärztin/zum Facharzt beträgt zumindest 72 Monate. Abgeschlossen wird die Ausbildung mit der Facharztprüfung.

6.

Es gibt kein einheitliches Gehaltssystem ähnlich dem Tariffsystem in Deutschland. Für jedes Bundesland gelten gesonderte Regelungen für die Berechnung des monatlichen Entgeltes. Als Beispiel verdient ein Vorarlberger Turnusarzt (Arzt in Weiterbildung) im ersten Jahr ohne Nachtdienste etwa 3.100 Euro monatlich und liegt damit im Vergleich zum restlichen Land im oberen Drittel. Die Vergütung steigt mit den abgeleisteten Arbeitsjahren.



1.

Zunächst gibt es neben der allgemeinen Hochschulreife keine Zugangsbeschränkungen. Das erste Jahr des Studiums (Première Année Commune des Études de Santé, PACES) findet gemeinsam mit Pharmazeuten, Zahnmedizinern und Geburtshelfern statt. Im ersten Jahr findet eine Siebungsklausur statt die nur ca. 20 % bestehen. Nach einem weiteren Jahr erreicht der Student den zweiten Studienabschnitt (Deuxième cycle d'études médicales, DCEM). Nach weiteren vier Jahren wird dieser Abschnitt, in dem der Student bereits viel Praxis sammelt, mit einer Prüfung (Examen Classant National, ECN) abgeschlossen.

2.

In Frankreich gibt es keine Studiengebühren.

3.

Nein. In Abhängigkeit der Prüfung nach dem zweiten Studienabschnitt (Examen Classant National, ECN) und nach Rangliste wählt der

Student eine Uniklinik und eine Fachrichtung und beginnt dort den dritten Studienabschnitt, das Internat.

4.

Das Internat enthält die Grundausbildung in der gewählten Fachrichtung und ist praktisch ausgerichtet. Am Ende der Ausbildung, nach dem erfolgreichen Abschluss des Internat,

und nach geschriebener Doktorarbeit (Diplôme d'Études Spécialisées, DES) erhält der Student den Abschluss Diplôme d'État de Docteur en Médecine und ist zur eigenständigen Ausübung des Berufes in einem Fach berechtigt.

5.

Die Facharztausbildung, das Internat, dauert drei Jahre für Allgemeinmedizin und vier bis fünf Jahre für andere Fachrichtungen.

6.

Grundlage der Entlohnung französischer Krankenhausärzte in öffentlichen Einrichtungen ist ein Erlass des Ministeriums für Gesundheit und Sport. Das Gehaltssystem unterscheidet drei verschiedene Arztgruppen. Die erste Stufe bilden die sich in der Facharztausbildung befindlichen „Internes“. Das feste Gehalt setzt sich zusammen aus dem Fixum, sowie einem Zuschlag für besondere Verantwortung in den letzten beiden Jahren.



CAMILLE LETIERS

geboren am 6.3.1980 in Grenoble
Studium an der Universität Nancy
Weiterbildung in Nancy und Grenoble
Fachärztin für Allgemeinmedizin



1.

Voraussetzung für die Zulassung zum IMAT (zentraler Aufnahmetest) ist eine abgeschlossene Hochschulreife. Anhand der Punktezahl der Ergebnisse wird eine Rangliste gebildet. In Abhängigkeit von der Anzahl der Bewerber und der Anzahl der zur Verfügung stehenden Plätze schwankt die Wahrscheinlichkeit, einen Platz an einer Universität zu erhalten.

2.

In Italien werden Studiengebühren erhoben. Diese werden entsprechend der Fachrichtung beziehungsweise der Fakultät sowie der finanziellen Leistungskraft der Familie des Studierenden eingestuft. Neben den Studiengebühren gibt es noch eine landesweit einheitliche Einschreibgebühr von 170 Euro und eventuell Zuschläge für Prüfungen oder andere Leistungen der Universität. Im Durchschnitt muss man mit Gebühren von 850 bis 1.000 Euro pro Studienjahr rechnen. Private Universitäten haben etwas höhere Gebühren als die staatlichen.

3.

Nach einem kurzen dreimonatigen Turnus wird eine landesweite Reihungsprüfung absolviert. In Abhängigkeit der Reihung kann die Fachrichtung sowie die Weiterbildungstätigkeit gewählt werden. Seit ca. drei Jahren werden neben den Universitätskliniken auch zugelassene Partnerkliniken als Ausbildungsstätten akzeptiert.



DR. GIORGIO FRAIETTA

geboren 25.10.1983 in Rom
Studium an der La Sapienza Università di Roma
In Weiterbildung zum Facharzt für Radiologie
Ospedale Sant'Andrea, Roma

4.

Die Ausbildung zum Facharzt (Specializzazione) richtet sich nach einer festgelegten Weiterbildungsordnung. Jährlich muss eine Prüfung über die erworbenen Inhalte absolviert werden. Generell ist die italienische Facharztausbildung, insbesondere in den chirurgischen Fachrichtungen, deutlich theoretischer als z. B. in Deutschland ausgelegt.

5.

Die Facharztausbildung (Specializzazione) dauert, abhängig von der Fachrichtung, zwischen vier und sechs Jahren.

6.

Das Gehaltssystem ist einheitlich geregelt. Ein Weiterbildungsassistent (medico in formazione specialistica) verdient über die gesamte Ausbildung hinweg ca. 1.700 Euro netto.

FAZIT

Der Vergleich der Aus- und Weiterbildung mit unseren Nachbarländern zeigt, dass offensichtlich auch dort definierte Zugangsbeschränkungen zum Hochschulstudium der Humanmedizin bestehen, da die Nachfrage auf Studienplätze größer ist als das Angebot. Ebenso existieren in allen dargestellten Ländern definierte Studiencurricula mit vergleichbaren Inhalten und Anforderungen sowie regulierte Strukturvorgaben für eine chirurgische Weiterbildung, die, wie hier dargestellt, mit mindestens sechs Jahren veranschlagt wird.

Während die Evaluation von Aus- und Weiterbildung besonders in Großbritannien, den Niederlanden und der Schweiz ausgeprägt ist, hat sie in Deutschland noch keine Tradition.

Allerdings: was nutzen Regelungen und Vorschriften, wenn sie nicht eingehalten werden?

Wenn die Finanzierung des Gesundheitswesens zu Strukturproblemen in den Krankenhäusern führt und gleichzeitig große länderspezifische Differenzen im Gehalt der Ärzte bestehen, führt dies unweigerlich zur Abwanderung von Ärzten in das Ausland. Davon besonders betroffen sind derzeit Polen und Griechenland.

Nach unserem Empfinden liegt Deutschland im oberen Mittelfeld, was die Qualität der Aus- und Weiterbildung angeht und sicherlich an der Spitze, was die Bezahlung der Ärzte in Weiterbildung betrifft.

Summa summarum bleibt ein wesentliches Manko für die Weiterbildung in Deutschland zu beklagen: die sektorale Trennung von Niederlassung und Klinik führt zur Trennung der Ärzteschaft, nicht nur medizinisch inhaltlich, sondern leider auch berufspolitisch. Vorrangigstes Ziel sollte es daher sein, diese Grenzen auch im Sinne einer ganzheitlichen Patientenversorgung aufzubrechen. 



Neuer Weg
Alter Trott

Training für Weiterbilder – Mastertrainer 2017

EINLADUNG ZUM TRAININGSKURS „MASTERTRAINER BDC/BDI/ BVOU FÜR DIE STRUKTURIERTE FACHARZTWEITERBILDUNG“

Die Weiterentwicklung der Qualität im Bereich der Facharztweiterbildung ist ein zurzeit intensiv diskutiertes Thema. Neben den notwendigen strukturellen Veränderungen (Novellierung der Musterweiterbildungsordnung) geht es im Mastertrainerkurs um die Unterstützung in den Kliniken vor Ort. Die Berufsverbände der Chirurgen und Internisten (BDC und BDI) und nun auch der Orthopäden und Unfallchirurgen haben (BVOU) haben eine gemeinsame Initiative zur Weiterentwicklung der Facharztweiterbildung umgesetzt und

bereits über 80 Mastertrainer ausgebildet. Nun soll der fünfte Trainingskurs beginnen, zu dem wir Sie herzlich einladen möchten.

Hauptanliegen ist es, die in der Praxis tätigen Weiterbilder durch Mastertrainer auf die wichtigsten Instrumente der strukturierten Weiterbildung zu schulen und in Supervisionen kontinuierlich zu begleiten. Das Angebot richtet sich an alle, die in Ihrer Klinik weiterbilden:

- Chefärztinnen und Chefarzte
- Oberärztinnen und Oberärzte
- Fachärztinnen und Fachärzte und alle Assistenten die von ihren Ermächtigten beauftragt sind, die Weiterbildung zu koordinieren.


**KORRESPONDIERENDER
AUTOR:**
DR. MED. NORBERT HENNES

Stellv. Leiter Arbeitskreis
Gesundheitswirtschaft
Berufsverband der Deutschen
Chirurgen e.V. (BDC)
HELIOS Klinikum Duisburg
Chirurgische Klinik
An der Abtei 7-11, 47166 Duisburg
norbert.hennes@helios-kliniken.de

**PROF. DR. MED. MICHAEL
DENKINGER**

Berufsverband Deutscher Internisten
e.V. (BDI)

DR. MED. JÖRG ANSORG

Berufsverband für Orthopädie und
Unfallchirurgie e.V. (BVOU)

**PROF. DR. MED. MARCUS
SIEBOLDS**

Sysco GmbH

Ansorg J. / Denkinger M. / Hennes N. / Siebolds M.
Training für Weiterbilder: Mastertrainer 2017.
Passion Chirurgie. 2017 April, 7(04): Artikel
04_01.



WEITERE INFORMATION ZUR
VERANSTALTUNG AUF BDC|ONLINE
(WWW.BDC.DE, RUBRIK WISSEN |
KARRIERE).

DAS MASTERTRAINERKONZEPT

Das Mastertrainermodell beschreibt ein klassisches Train-the-Trainer-Konzept. Dabei werden Sie als erfahrener Weiterbilder in einem ersten Schritt zu Mastertrainern ausgebildet. Nach der Ausbildung sollen dann die Mastertrainer in ihren Abteilungen sechs Monate lang die erlernten Instrumente und Kompetenzen umsetzen. Diese Erfahrungsphase ist notwendig, um später eigene Erfahrungen in die Ausbildung der Weiterbilder einbringen zu können. Die erworbenen Kompetenzen können dann sowohl in der eigenen Klinik bei der Schulung der eigenen Kollegen als auch bei Teilnahme an überregionalen Ausbildungsveranstaltungen für Weiterbilder, die BDC, BVOU und BDI durchführen werden, genutzt werden.

KOSTEN

Der Mastertrainerkurs inkl. der Supervisionen wird einmalig 350,00 Euro für Nichtmitglieder und 200,00 Euro für Mitglieder des BDI, BDC und BVOU kosten.

**AUFGABEN UND ARBEITSAUFWAND DER
MASTERTRAINER**

- Teilnahme an der Ausbildung zum Mastertrainer
- Im Anschluss daran wird in der Regel mindestens eine Supervision im Jahr angeboten, bei der aktuelle Probleme in der Trainerarbeit besprochen werden. Die Teilnahme ist optional

- ebenfalls optional: Mitarbeit bei der Durchführung von überregionalen Großveranstaltungen zur Ausbildung von interessierten Weiterbildern durch BDI, BDC und BVOU
- gemeinsam mit Prof. Siebolds, Dr. Ansorg und Prof. Denkinger Zusammenarbeit bei der Verstetigung des Projektzuschnitts und Einbringen eigener Ideen der Mastertrainer für die Weiterentwicklung des Projektes

Um dieses fortschrittliche und kliniknahe Konzept in den aufwändigen Arbeitsalltag integrieren zu können, wurde eine sparsame Zeiteinteilung realisiert. Die konkrete Zeitbelastung kann in der folgenden Tabelle eingelesen werden:

DER ABLAUF DER GRUNDAUSBILDUNG

In dem folgenden PDF-Dokument sind Ablauf und Inhalte der Grundausbildung dargestellt. Die Ausbildung ist stark trainingsorientiert. Jeder Teilnehmer erhält alle notwendigen Ausbildungsunterlagen in Form eines Trainerlogbuchs.

**ZUM WORKSHOP SOLL JEDER TEILNEHMER BITTE
EIN NOTEBOOK MITBRINGEN!**

Wir würden uns sehr freuen, wenn wir sie für diese neue Aufgabe gewinnen könnten. Nutzen sie die Möglichkeit Ihre Weiterbildung in der Klinik so zu optimieren, dass sie das Beste aus den schwierigen Bedingungen herausheben. Das Projekt wird davon leben, das sich ausgewiesene Kliniker bereiterklären daran teilzunehmen.

TRAININGSKURS

Termin: 05.–06.05.2017

Dozent: Prof. Dr. med. Marcus Siebolds

Ort: Robert-Koch-Platz 9, 10115 Berlin

Anmeldung und Informationen:

Fragen richten Sie an Herrn Ruff von der BDI-Geschäftsstelle per E-Mail: sruff@bdi.de. Bei ihm können Sie sich verbindlich für den Kurs anmelden.

Tabelle 1 Zeitaufwand für die Mitarbeit am Projekt Mastertrainer

Workshops und Arbeitstreffen	Wo?	Beteiligte	AT
Ausbildungswochenende à 1,5 AT Grundausbildung	Berlin	ca. 20 Mastertrainer	1,5 AT
Abstimmung Curriculum zwischen Mastertrainer und den anderen Weiterbildern in der eigenen Abteilung	vor Ort	alle Mastertrainer mit den anderen Weiterbildern ihrer Abteilungen	0,2 AT
Jahresweiterbildungsgespräche mit zwei Assistenten durchführen	vor Ort	für jeden Mastertrainer, zwei Assistenten	0,2 AT
zwei Testate	vor Ort	für jeden Mastertrainer und Assistent, bei zwei Testaten à 1 Stunde je Trainer	0,2 AT
zwei Supervisionen	Frankfurt Airport	für jeden Mastertrainer	0,5 AT
eine Großveranstaltung zur Ausbildung von Weiterbildern	folgt	für jeden Mastertrainer	1 AT
Summe der Arbeitstage			3,6 AT
– Davon auswärts		für jeden Mastertrainer in 18 Monaten ca.	2,5 AT
– Davon vor Ort in Ihrer Klinik			1,1 AT

AT = Arbeitstag



ABLAUF DES
MASTERTRAINERKURSES ZUM
DOWNLOAD

Mastertrainer BDC/BDI/BVOU für die Strukturierte Facharztweiterbildung

Termin: 05. – 06.05.2017
Dozent: Prof. Dr. med. Marcus Siebolds
Ort: Robert-Koch-Platz 9, 10115 Berlin

Ablaufplan des Ausbildungsworkshops „Grundlagen der Mastertrainerarbeit in der strukturierten Facharztweiterbildung“	
Freitag, 05.05.2017	Lehrinhalte
Einstieg in die Arbeit 10:00 – 11:30 Plenum Siebolds, Ansorg, Denkinger	- Begrüßung der Teilnehmer - Vorstellung des Ablaufs - Vorstellung des Konzeptes der Berufsverbände der Chirurgen und Internisten zur Qualitätsentwicklung der Facharztweiterbildung - Erarbeitung spezieller Fragen der Teilnehmer an die Fortbildung
11:30 – 13:00 „Evidenzen statt Ich sag´ mal Hörensagen“ -Theorie der Weiterbildung-	- Impulsvortrag zum Thema strukturierte Facharztweiterbildung - Grundprobleme in Deutschland - Internationale Evidenzlage - Das minimale Starterpaket für Chirurgie und Innere Medizin
13:00 – 13:30	Pause
13:30 – 15:00 „Wichtig, wenig, wirksam“ Das Kerncurriculum Training in Kleingruppenarbeit	- Erarbeitung eines Kerncurriculums für die Fachabteilungen der Teilnehmer. Dabei finden sich ähnliche Abteilungen zusammen und erstellen gemeinsam ein Kerncurriculum mit max. vier Kernkompetenzen pro Jahr: - Kerncurriculum für die Basisweiterbildung - Kerncurriculum für das jeweilige Teilgebiet - Die Teilnehmer erstellen das Curriculum am mitgebrachten Notebook. Ziel dieser Vorgehensweise ist es, am Ende des Seminars weitestgehend über fertige Dokumente für das eigene Weiterbildungsprogramm zu verfügen.
15:15 – 17:00 „Von der Rolle - auf die Rolle“ Gruppendiskussion zum Thema Rolle der Mastertrainer	- Vorstellung der Erfahrung mit dem Tutorenmodell in der Kassenärztlichen Vereinigung - Erarbeitung der Erwartungen der Teilnehmer an ihre neue Rolle - Diskussion von möglichen Problemen, die sie in ihren eigenen Abteilungen erwarten





Safety Clip:

Ersteinschätzungssysteme in der Notaufnahme

FLUCH ODER SEGEN FÜR DIE MITARBEITER?

Bei vollen Wartebereichen geht im laufenden Betrieb der Notaufnahme oft der Blick für „den echten“ Notfallpatienten verloren. Ist der Patient, der am lautesten klagt, tatsächlich der Patient, der meine Behandlung zuerst benötigt? Oder sollte meine Aufmerksamkeit eher dem Patienten gelten, der seinen Schmerz unterdrückt und unscheinbar im Wartebereich sitzt? Dies sind Fragen, die sich Ärzte und Pflegekräfte in einer

Einrichtung der Notfallversorgung täglich stellen müssen.

Ein kurzer Blick durch die Wartezone reicht meist nicht aus, um eine angemessene Ersteinschätzung vorzunehmen. So kann es sein, dass ein Patient, der seine Hand mit einem Taschentuch bedeckt, einfach nur eine kleine Schnittwunde hat, aber es kann genauso gut sein, dass er einen seiner Finger, abgetrennt von einer Kreissäge, mit ins Krankenhaus gebracht hat. In diesem Fall könnte das offenkundige Problem sogar noch schnell visuell erfasst werden. Bei internistischen



FREDERIK MEILWES, B.SC.

Risikoberater bei der GRB Gesellschaft für Risiko-Beratung mbH
Klingenbergstraße 4, 32758 Detmold
frederik.meilwes@grb.de; www.grb.de

Notfällen aber, etwa einem Herzinfarkt, ist der Grund, weshalb der Patient ins Krankenhaus gekommen ist, auf den ersten Blick deutlich schwieriger zu erkennen.

Im Jahr 2007 verstarb eine Patientin in der Wartzone eines Krankenhauses in Los Angeles [1]. Mehr als 45 Minuten hatte sie sich in der Wartzone vor Schmerzen gekrümmt. Klinikpersonal hatte mehrfach die Wartzone durchquert, aber keine Notiz von der Patientin genommen – bis die Frau im Wartebereich zusammenbrach [2].

Hier stellt sich fast zwangsläufig die Frage, ob die Patientin durch eine systematische Ersteinschätzung direkt beim Eintreffen in der Notaufnahme hätte gerettet werden können oder ob ihre tödlich verlaufende Erkrankung auch dann in ihrer Dringlichkeit nicht aufgefallen wäre.

Obwohl einiges dafür spricht, blicken viele Mitarbeiter von Notaufnahmen skeptisch auf ein systematisches Ersteinschätzungssystem. Aussagen wie „Wir haben bis jetzt kein Ersteinschätzungssystem gehabt und wir sind trotzdem sehr gut zurechtgekommen“ oder „Ich verlasse mich lieber auf meine Erfahrung und mein Bauchgefühl als auf einfache Checklisten“ hört man immer wieder.

Mitarbeiter werten die Implementierung eines Ersteinschätzungssystems oft als tiefes Misstrauen gegen sie selbst, als Zweifel an ihren eigenen Kompetenzen. Der Grund dafür ist häufig, dass die Mitarbeiter gar nicht genau wissen, worum es sich bei einem Ersteinschätzungssystem überhaupt handelt und was für einen Nutzen man aus einem solchen Instrument ziehen kann.

WAS VERSTEHT MAN UNTER DEM BEGRIFF ERSTEINSCHÄTZUNG?

Die „Ersteinschätzung“ lässt sich in vielerlei Hinsicht mit der Triage in der Notfallrettung vergleichen. Der Pschyrembel definiert den Begriff wie folgt: „Die Triage: (Medizin) Einteilung der Verletzten (bei einer Katastrophe) nach der Schwere der Verletzungen“ [3]. Anhand der Triage wird die Behandlungsdringlichkeit einschließlich einer zeitlichen Vorgabe festgelegt.

Allerdings beinhaltet der Begriff „Triage“ per Definition auch den Behandlungsausschluss von „hoffnungslos verletzten oder erkrankten Personen“. Da ein solcher im Krankenhaus nicht vorgesehen ist und, wenn überhaupt, nur von einem Arzt bestimmt werden darf, hat sich in Deutschland für den Prozess der innerklinischen Dringlichkeitsfestlegung der Begriff Ersteinschätzung durchgesetzt [4, 5].

Ersteinschätzungen werden in Deutschland in erster Linie durch Pflegekräfte durchgeführt. Aufgrund der Krankenhausstruktur und nicht zuletzt auch wegen des Mangels an ärztlichem Personal kann in der Notaufnahme nicht zu jedem Zeitpunkt ein Arzt anwesend sein [6, 7]. Eine zeitgerechte Erstsichtung der eintreffenden Patienten durch einen Arzt ist daher meist nicht möglich.

Als kompetenter Partner der Ärzteschaft steht für diese Aufgabe die Pflege zur Verfügung. Die notwendige fachliche Kompetenz sowie eine gute Fähigkeit, Patienten zu beobachten und einzuschätzen, wird dieser Berufsgruppe qua Ausbildung und gewonnener Berufserfahrung zugeschrieben.

Die Tatsache, dass die Pflege die Ersteinschätzung vornimmt, bedeutet jedoch nicht, dass der ärztliche Dienst nichts mit diesem Prozess zu tun hat. Eine Ersteinschätzung funktioniert erst dann, wenn alle beteiligten Berufsgruppen zusammenarbeiten.

Selbst die beste Ersteinschätzung hat nicht den gewünschten Effekt, wenn der Arzt die Behandlungsdringlichkeit mit der dazu hinterlegten Zeitvorgabe nicht beachtet. Die Mitarbeiter einer Notaufnahme müssen sich als interdisziplinäres Team sehen, welches zusammen das Ziel hat, eine optimale und vor allem sichere Patientenversorgung zu gewährleisten.

ERSTEINSCHÄTZUNGSSYSTEME

Weltweit existiert eine große Anzahl verschiedenster Ersteinschätzungssysteme. Zum Teil gibt es einheitliche Verfahren, die in mehreren Einrichtungen genutzt werden, aber zum Teil auch individuell entwickelte Instrumente, die einzelne Träger bzw. Krankenhäuser verwenden.

Meilwes F. Safety Clip: Ersteinschätzungssysteme in der Notaufnahme. *Passion Chirurgie*. 2017 April, 7(04): Artikel 04_02.



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

Das American College of Emergency Physicians (ACEP) und die Emergency Nurses Association (ENA) empfehlen die Verwendung eines validen, fünfstufigen Triage-Systems [6]. Weltweit stehen fünf fünfstufige Systeme zur Verfügung: die Australasian Triage Scale (ATS), die Canadian Triage and Acuity Scale (CTAS), das Manchester Triage System (MTS), der Cape Triage Score (CTS) und der Emergency Severity Index (ESI) [7, 8].

Für den deutschsprachigen Raum kann man die Ersteinschätzungssysteme ATS, CTAS und CTS vernachlässigen [9]. Diese werden deswegen in unseren Breiten nicht angewendet, weil sie eine Diagnosestellung beinhalten, die in Deutschland der Berufsgruppe der Ärzte vorbehalten ist.

In Deutschland ist das Manchester Triage System (MTS) das Ersteinschätzungssystem mit den meisten Anwendern [8]. Mit der Übersetzung ins Deutsche im Jahr 2004 hielt das MTS Einzug in die deutschen Notaufnahmen. Mittlerweile wird das System in mehr als 180 Krankenhäusern angewendet [9]. Unter allen Triage-Systemen zählt das MTS zu den am besten validierten und in klinischen Studien am meisten erforschten Systemen [7].

Das in Deutschland am zweithäufigsten verwendete Ersteinschätzungssystem [10] ist der Emergency Severity Index (ESI), der, wie das MTS, in vierter Version in der deutschen Sprache erhältlich ist [1].

ERSTEINSCHÄTZUNG UND PATIENTENSICHERHEIT

Eine systematische Ersteinschätzung stellt Mittel zur Verfügung, um unmittelbar patientengefährdende Notfallsituationen frühzeitig und vor allem sicher zu erkennen. Eine Fehleinstufung könnte unmittelbar zu einer Gefährdung des betroffenen Patienten führen. Um die Sicherheit und Zuverlässigkeit eines Ersteinschätzungssystems zu prüfen, muss seine Validität und Reliabilität betrachtet werden.

Eine Vielzahl von Studien hat sich bereits dieser Thematik angenommen [7, 11, 12, 13, 14, 15]. Aus ihnen geht u. a. hervor, dass Fehleinschätzungen von Patienten innerhalb eines systematischen Ersteinschätzungssystems in den meisten Fällen mit einer zu „hohen“ Einstufung einhergehen und

nicht mit einer zu „niedrigen“. Mit Blick auf die Patientensicherheit bedeutet dies, dass Patienten bei Fehleinstufung eher „zu früh“ als „zu spät“ behandelt wurden. Des Weiteren attestierten die Studienergebnisse den Ersteinschätzungssystemen aufgrund ihrer einheitlichen Fragestellungen und Struktur eine gute Reliabilität. Beides spricht durchaus für die Systeme. Nichtsdestoweniger sind Fehleinschätzungen, die zu einer zu geringen Einstufung führen, nie vollkommen ausgeschlossen. Doch der Nutzen von systematischen Ersteinschätzungssystemen überwiegt in der Regel die Risiken. So können solche Systeme beispielsweise Krankenhäuser der Notfallversorgung dabei unterstützen, sich an rechtliche Vorgaben zu halten.

RECHTLICHE GRUNDLAGEN

Nach § 2 des Landeskrankenhausgesetzes in Nordrhein-Westfalen ist ein Krankenhaus verpflichtet, Notfallpatienten vorrangig zu behandeln [16]. Dieser Pflicht können Krankenhäuser aber nur dann nachkommen, wenn der Zustand eines Patienten schon bei seinem Eintreffen korrekt eingeschätzt und so die Dringlichkeit der Behandlung festgelegt – und dokumentiert – wird [17]. Systematische, dokumentierbare Verfahren sind hervorragend geeignet, Notfallteams die Erfüllung ihrer Pflichten zu erleichtern.

Das Gesetz zur Neuregelung des Krankenhausrechts von Berlin (2011) besagt u. a. (Auszug § 27, Abs. 3, Satz 3): „Krankenhäuser, die nach dem Krankenhausplan an der Notfallversorgung teilnehmen, müssen die im Krankenhausplan festgelegten Voraussetzungen erfüllen. Sie sind insbesondere verpflichtet, ... bei Notfallpatientinnen und -patienten eine Ersteinschätzung und -versorgung durchzuführen ...“ [18].

Neben der Erfüllung rechtlicher Verpflichtungen lässt sich aus der Verwendung eines systematischen Ersteinschätzungssystems noch ein entscheidender Nutzen ziehen: Kommt ein Patient im Rahmen der Notfallversorgung zu Schaden, weil er zu spät einer Behandlung zugeführt wurde, kann bei Vorhandensein eines evidenzbasierten und evaluierten Ersteinschätzungssystems, wie es häufig in Krankenhäusern verwendet wird, der oder die Behandelnde im Nachgang anhand

der schriftlichen Dokumentation wasserdicht nachweisen, dass er oder sie nach bestem Wissen und Gewissen gehandelt hat. Erfolgte die Ersteinschätzung des Patienten indes nach „Bauchgefühl“, kann der Hergang im Falle eines Rechtsstreits nicht nachgewiesen oder handfest begründet werden.

Auswertungen von Schadenstatistiken, wie in Abbildung 1, ergeben, dass über 16 % der in der Notaufnahme entstandenen Schadensfälle auf eine nicht oder zu spät eingeleitete Therapie zurückzuführen sind – ein Faktum, das die Relevanz der Thematik „Ersteinschätzung“ eindrücklich herausstellt.

PROZESSOPTIMIERUNG

Einheitliche Ersteinschätzungssysteme können eine große Hilfe zur Prozessoptimierung von Handlungsabläufen im Krankenhaus sein. Eine Ersteinschätzung nach System dauert in der Regel nicht mehr als drei Minuten, kann jedoch eine enorme Zeitersparnis im weiteren Behandlungsverlauf bewirken. Zudem lassen sich Ressourcen dank genauer Übersicht von Behandlungsdringlichkeiten und Zeitvorgaben optimal einteilen. Patienten, die eine systematische Ersteinschätzung durchlaufen haben, bringen zum Behandlungskontakt bereits eine Vielzahl von Daten und Werten mit, die der Arzt ansonsten erst ad hoc erheben würde. So kann der Behandelnde ohne Verzögerung auf die Vitalzeichen blicken und gleichzeitig Hintergrundinformationen zu der Erkrankung/Verletzung einsehen.

Dem Ergebnis der Ersteinschätzung kann darüber hinaus eine große Anzahl an SOPs (Standard Operating Procedures) „angehängt“ werden, z. B. bei Patienten mit Brustschmerz oder unklaren Bauchschmerzen eine Blutabnahme zur Bestimmung der Entzündungs- und Troponinwerte oder weitere Diagnoseverfahren, etwa ein EKG.

Hinzu kommt, dass der Patient sich schon beim ersten Kontakt mit all seinen Ängsten, Sorgen und Nöten wahrgenommen fühlt und zudem einen Einblick in den Behandlungsprozess bekommt, was zumeist zu einem besseren Verständnis für aufkommende Wartezeiten führt. Mit anderen Worten: Dem Patienten wird transparent gemacht, wieso die Behandlung läuft, wie sie läuft. Eine Steigerung der Patientenzufriedenheit und eine

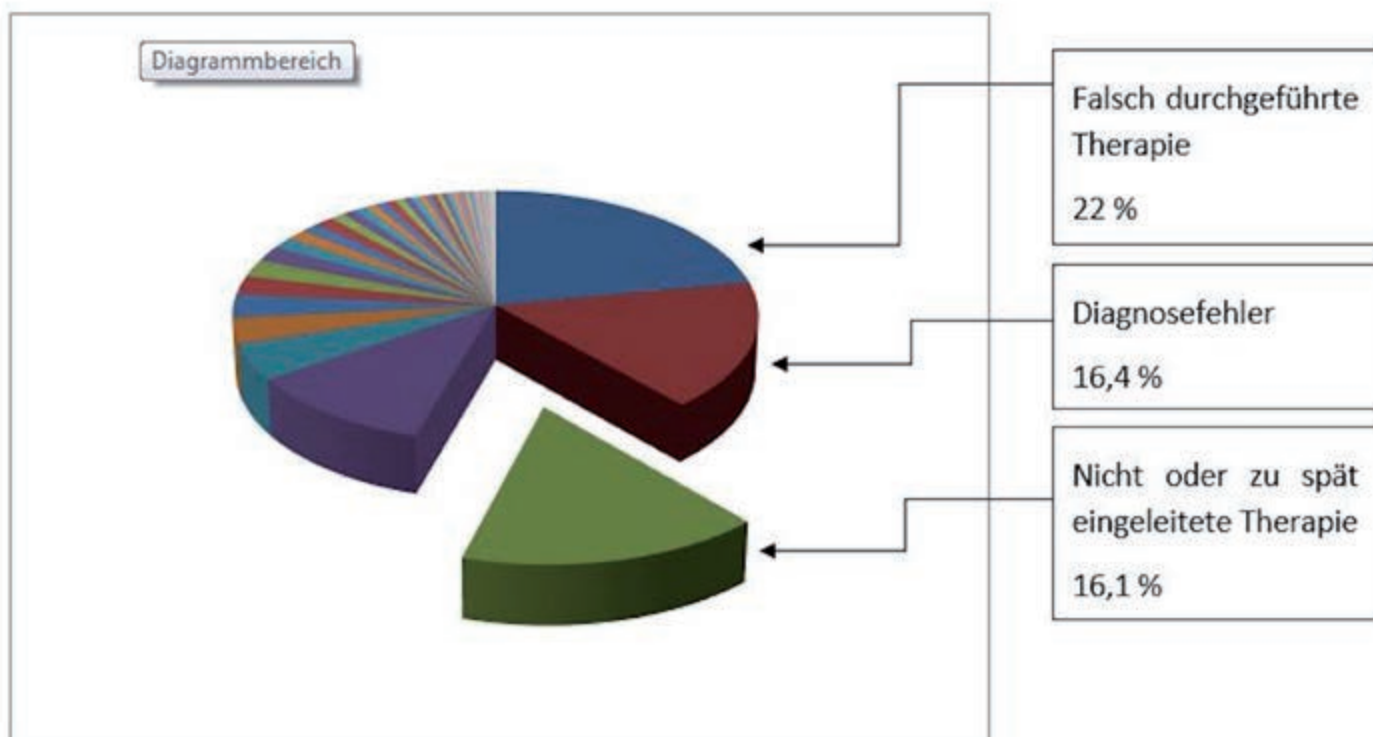


Abb. 1: Entnommen aus der Ecclesia Schadensdatenbank

bessere Compliance gegenüber der Behandlung sind in der Regel die Folge.

FAZIT

Gegenüber der systematischen Ersteinschätzung, welche die derzeitige rechtliche Situation bereits vorgibt, bieten die genannten Systeme eine Reihe zusätzlicher Vorteile. Die rechtliche Absicherung des Notaufnahmepersonals hat gerade in der heutigen Zeit, in der

die Fallzahlen stetig steigen und immer mehr Patienten multimorbid sind, eine nicht zu unterschätzende Bedeutung. Dokumentationsfehler oder Vorwürfe, dass Behandlungen nach nicht nachvollziehbaren Maßstäben früher oder später stattgefunden haben, werden im Schadensfall schwer weg zu argumentieren sein.

Der zeitliche Vorteil, der sich durch die Ersteinschätzung ergeben kann, weil behandlungsrelevante Werte (beispielsweise

Vitalzeichen) bereits im Vorfeld erfasst werden sowie eine Transparenz der Behandlungsabläufe helfen, eine Behandlung schneller abzuschließen und somit die Patientenzufriedenheit zu steigern.

Mitarbeiter in der Notaufnahme sollten etwaige Ängste und ihre Abneigung gegen die Systeme über Bord werfen und sich bewusst machen, dass ein systematisches Ersteinschätzungssystem der Absicherung und Optimierung ihrer Arbeit dient. ○

Fortbildung zum Hygienebeauftragten Arzt mit neuem Blended-Learning-Konzept



DR. RER. POL. RONNY DITTMAR

Geschäftsführer
Berufsverband der Deutschen
Chirurgen
Luisenstr. 58/59, 10117 Berlin
Ronny.Dittmar@bdc.de

Der Kurs vermittelt seit zwei Jahren in einer Mischung aus Online-Fortbildung und Präsenzveranstaltung die Zusatzqualifikation „Hygienebeauftragter Arzt“ (HBA). Knapp 1.000 Hygienebeauftragte wurden nach dieser Methode bereits qualifiziert. Jetzt liegt der E-Learning-Teil in einer komplett überarbeiteten Neuauflage vor.

Ein kombiniertes Lernangebot aus E-Learning und Präsenzveranstaltung ermöglicht es, die Zusatzqualifikation HBA zeitsparend und flexibel in einem strukturierten, kompakten Kurs zu erwerben. Im Gegensatz zu den üblichen 40-stündigen Präsenzseminar zeichnet sich dieser neue Kurs durch einen kombinierten Ansatz aus Online-Fortbildung

und kurzer Präsenzphase sowie einem kontinuierlichen Wissens-Update aus.

Das Konzept kommt dem engen Zeitbudget von Ärztinnen und Ärzten entgegen und lässt sich nahtlos in den Klinik- und Praxisalltag integrieren. Das Kursangebot ist gleichermaßen für niedergelassene Kolleginnen und Kollegen, als auch für Krankenhausärzte geeignet.

Das Blended-Learning-Angebot wurde kürzlich komplett überarbeitet und ist ab 2017 zu einem neuen Preis erhältlich.

DIE NEUE SMART LEARNING® METHODE – FORTBILDUNG MIT SPASS UND EFFIZIENZ

Das Lernkonzept der Smart-Learning-Methode fördert fast spielerisch die Festigung

Dittmar R. Fortbildung zum Hygienebeauftragten Arzt mit neuem Blended-Learning-Konzept. Passion Chirurgie. 2017 April, 7(04): Artikel 04_04.



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



Hygienebeauftragter Arzt:
jetzt neues Konzept buchen!

vermittelter Inhalte, berücksichtigt das individuelle Lerntempo und belohnt Vorwissen. Dieser völlig neue Ansatz in der medizinischen Fortbildung überwindet die bislang geübte Praxis, Lernangebote fast ausschließlich über die aufgewendete Zeit zu bewerten.

Die Kurzversion des E-Learning-Kurses vermittelt in 21 Modulen die Grundlagen der im Curriculum der Bundesärztekammer geforderten Inhalte. Durch einen ständigen Wechsel zwischen Wissensvermittlung und kleinen Aufgaben und Tests wird das vorhandene Wissen hinterfragt und gefestigt.

Der einzigartige Umgang mit Design und Inhalten schafft eine intuitives und nachhaltiges Nutzer- und Lernerlebnis. Über eine komplett neuartige Nutzeroberfläche und einfache Bedienung auf allen Endgeräten wird jeder Teilnehmer kontinuierlich zum Lernen motiviert.

Nach erfolgreichem Abschluss des E-Learning-Teils werden die Teilnehmer zum Abschlusskolloquium zugelassen. Aktuelle Termine für 2017 finden Sie im Kasten unten.

KONTINUIERLICHE WISSENSUPDATES, LEHRMATERIALIEN UND REFRESHERKURSE

Auch nach Erhalt der begehrten Zusatzqualifikation „Hygienebeauftragter Arzt“ können Teilnehmer die Plattform sowie die Kursinhalte weiter nutzen.

Außerdem finden Sie sofort einsetzbare Präsentationen und Lehrmaterialien für die Schulung Ihrer nachgeordneten Mitarbeiter. So kommen Sie Ihrer Pflicht als Hygienebeauftragte Ärzte jederzeit nach und werden kontinuierlich mit den neuesten Informationen versorgt.

Darüber hinaus können sich Hygienebeauftragte in einem Kursforum mit Hygieneexperten und anderen Kursteilnehmern austauschen, Lehrmaterialien teilen und Dokumente herunterladen.

VERFÜGBAR AUF DESKTOPS, NOTEBOOKS UND MOBILEN ENDGERÄTEN

Der komplette E-Learning-Kurs sowie die weiterführenden Kursmaterialien sind auf Desktop-Computern, und beliebigen mobilen Endgeräten wie Tablets und Smartphones nutzbar. Der Lernfortschritt wird über

alle Geräte synchronisiert sodass der Nutzer immer an der Stelle fortsetzen kann, wo er beim letzten Besuch geendet hat.

ZERTIFIZIERTE FORTBILDUNG GEMÄSS DEM CURRICULUM DER BÄK

Inhaltlich orientiert sich der Kurs an dem curricularen Fortbildungsangebot der Bundesärztekammer (BÄK) sowie den Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Krankenhaushygiene (DGKH) und des

Robert-Koch-Instituts (RKI). Der Kurs ist als strukturierte curriculare Fortbildung gemäß dem Mustercurriculum der Bundesärztekammer anerkannt und mit 60 CME-Punkten zertifiziert.

Der Kurs wird von der BDC|Akademie in Zusammenarbeit mit der Akademie Deutscher Orthopäden (ADO) und dem E-Learning-Partner Meduplus angeboten. BDC-Mitglieder erhalten einen Rabatt von 20 % auf die Teilnahmegebühr. ○

Ein glattes „Sehr gut“ für das Abschlusskolloquium

Die Veranstaltungen werden in bewährter Qualität durch den BDC organisiert. Die regelhaft erhobene Evaluation war durchweg positiv. Der Hygieneexperte Axel Kramer hat es in ruhiger und charmanter Art geschafft, „Interesse für das vermeintlich trockene Thema Hygiene zu wecken“. Besonders gelobt wurden von den Teilnehmern die Praxisorientierung und die Qualität der Inhalte sowie die fachliche Kompetenz des Veranstaltungsleiters. Insgesamt wurde der Kurs mit der Schulnote 1,4 bewertet. Von großem Interesse für die Veranstalter war die Bewertung des neuen Online-Teils. Die Teilnehmer des Abschlusskolloquiums hatten je zur Hälfte den alten Online-Teil des Kurses bzw. den neuen Teil absolviert, was die Evaluation besonders spannend machte. Der neue Kurs wurde im Vergleich zum alten Kurs in vielen Bereichen deutlich häufiger mit „sehr gut“ und „gut“ bewertet.

Unabhängig vom Online-Teil waren sich alle Teilnehmer einig: Es sollten mehr Kurse mit E-Learning-Teil angeboten werden und der Kurs wird weiterempfohlen.

„Sehr erkenntnisreiche Fortbildung, sehr gute Präsentation, sehr empfehlenswert!“
– ein Teilnehmer über das Abschlusskolloquium

FORTBILDUNG HBA

Blended-Learning-Kurs zum Hygienebeauftragten Arzt (HBA)

Teilnahmegebühren

BDC-/BVOU-Mitglieder:	699,00 € (588,00 € zzgl. 19% MwSt.)
Nicht-Mitglieder:	831,81 € (699,00 € zzgl. 19% MwSt.)

Buchung

Sie können den Kurs über das eCME-Center des BDC buchen:
www.ecme-center.org/hba

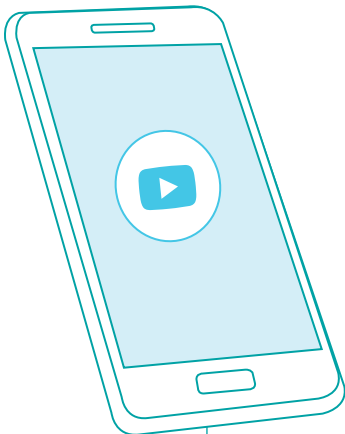
HBA-Abschlusskolloquien 2017 in Berlin

05.-06. Mai 2017
13.-14. Oktober 2017

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.

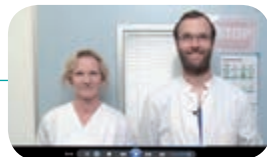
Der Berufsverband der Deutschen Chirurgen und die deutschen Hygieniker betreiben seit 2008 eine bundesweite Informationskampagne, die dazu beitragen soll, vermeidbare Infektionen in Klinik und Praxis zu reduzieren. Wir wissen, dass Sie als Chirurgin/Chirurg alles zur Infektprophylaxe und Hygiene wissen.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

Routine 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

**PATIENTENSCHUTZ DURCH HYGIENE IST EINE
BUNDESWEITE KONZERTIERTE AKTION VON:**

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

Hygiene-Tipp:

Aufbereitung ausgewählter semikritischer Medizinprodukte

In letzter Zeit geraten zunehmend Medizinprodukte in den Fokus, die bisher von Seiten der Hygiene wenig oder nur unzureichend beachtet wurden. Dazu zählen beispielhaft Kontaktgläser und Tonometerköpfchen (Augenheilkunde), TEE-Sonden (Kardiologie), intrakavitäre Ultraschallsonden (Gynäkologie, Urologie, Proktologie) sowie HNO-Optiken.

Im Allgemeinen werden diese Medizinprodukte der Risikostufe „semikritisch A“ zugeordnet, wobei bei manchen auf Grund der Probleme bei der Aufbereitung „semikritisch B“ naheliegend erscheint.

Da solche Medizinprodukte auf Grund ihrer Kosten meist nicht in großer Zahl vorhanden sind und gleichzeitig ein hoher Patientendurchsatz besteht, werden viele dieser Gerätschaften unzureichend gereinigt und desinfiziert, oft mit verkürzter Einwirkzeit bzw. mit unzureichendem Wirkungsspektrum des Desinfektionsmittels. Nicht selten erfolgt die Aufbereitung im Untersuchungsraum und mit Desinfektionstüchern bzw. -verfahren, die nur für eine Flächendesinfektion gelistet sind, obwohl es sich um eine Instrumentendesinfektion handelt. Oft fehlt der



© Istock/LotusWorks

**PROF. DR. MED. WALTER POPP**

Deutsche Gesellschaft für
Krankenhaushygiene e.V. (DGKH)
Joachimsthaler Str. 10, 10719 Berlin

**PROF. DR. MED. KLAUS-DIETER ZASTROW**

Deutsche Gesellschaft für
Krankenhaushygiene e.V. (DGKH)
Joachimsthaler Str. 10, 10719 Berlin

vorgeschriebene vorgeschaltete Reinigungsschritt gänzlich. Es muss deutlich darauf hingewiesen werden, dass alle Medizinprodukte nur nach validierten Verfahren aufbereitet werden dürfen (MedBetreibVI).

Wenn die Ärzte (Betreiber oder angestellt) die Aufbereitung selbst durchführen, verfügen sie meist nicht über die erforderliche Fachkunde bzw. Sachkunde. Ohne diese Voraussetzung darf die Aufbereitung nicht durchgeführt werden. Die Medizinprodukte werden weiterhin oft „vor Ort“, z. B. in direkter Nähe zum Patienten-Untersuchungsplatz, aufbereitet, obwohl die KRINKO/BfArM-Empfehlung (2012) schon für die Aufbereitung von „semikritisch A“-Medizinprodukten einen eigenen Bereich fordert, bei Einstufung nach „semikritisch B“ sogar eigene Aufbereitungsräume. Eine Aufbereitung im Untersuchungsraum in direkter Nähe zum Untersuchungsplatz scheidet damit aus.

Immer ist auch zu prüfen, ob nicht Einmalmaterial zur Verfügung steht (z. B. Tonometerköpfchen).

Generell gilt für die Aufbereitung auch dieser Produkte:

- Vor Kauf sind die Herstellerangaben zu beachten, insbesondere im Hinblick auf die Aufbereitung. In diesen müssen die einzelnen Schritte der Aufbereitung, einschließlich der vom Hersteller als wirksam geprüften Reinigungs- und Desinfektionsmittel, mit ihren Konzentrationen und Einwirkzeiten genannt sein.
- Der Nachweis der Wirksamkeit sowohl der Reinigung als auch der Desinfektion muss durch Gutachten belegt sein.
- Diese sind dahingehend kritisch zu prüfen, inwieweit die vom Hersteller genannten Angaben den deutschen Vorschriften, insbesondere der KRINKO-/BfArM-Empfehlung zur Aufbereitung von Medizinprodukten (2012), entsprechen. Wenn dies nicht der Fall ist, sind

beim Hersteller weitere Informationen einzuholen.

- Wenn die zur Verfügung gestellten Unterlagen sich als unzureichend herausstellen, muss dies zu einer Meldung beim BfArM führen.
- Wenn mehrere Möglichkeiten der Aufbereitung angegeben werden, ist die sicherste Methode anzuwenden. Dies ist im Allgemeinen die maschinelle Form in einem Reinigungs-Desinfektionsgerät, falls sie möglich ist.
- Sowohl für einen maschinellen als auch manuellen Aufbereitungsprozess muss vom Betreiber ein validierter Prozess erstellt werden.
- Die in dieser Validierung erstellten Aufbereitungsvorschriften sind schriftlich niederzulegen in einem gelenkten Dokument, wobei immer die Herstellerangaben einfließen müssen.
- Jeder, der die Aufbereitung durchführt, muss über die erforderliche Fach- bzw. Sachkunde verfügen. Dies gilt auch für Ärzte (Betreiber oder angestellt), falls sie selbst Medizinprodukte aufbereiten.

Zur Gewährleistung der Rückverfolgbarkeit müssen alle Aufbereitungsschritte dokumentiert werden. Die Flächendesinfektion/Reinigung mit Fertigtüchern stellt keine anerkannte Form der Instrumentendesinfektion dar.

Medizinprodukte sollen nur noch beschafft werden, wenn vor dem Einkauf mit der ZSVA/AEMP und/oder der Krankenhaushygiene abgeklärt worden ist, dass diese Medizinprodukte mit den im Krankenhaus bzw. in der Organisation verfügbaren Aufbereitungsmaßnahmen gereinigt, desinfiziert und ggf. sterilisiert werden können.

Dieses gilt selbstverständlich auch für den niedergelassenen Bereich.

Der Kurztipp gibt die Meinung des Vorstandes der Deutschen Gesellschaft für Krankenhaushygiene wieder.



Popp W. / Zastrow K.-D. Hygiene-Tipp:
Aufbereitung ausgewählter semikritischer
Medizinprodukte. *Passion Chirurgie*. 2017 April;
7(04): Artikel 04_05.



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

Rezension: Schiffschirurgen – von Kolumbus bis Nelson: Vergessene Helden der Seefahrtgeschichte



REZENSION: SCHIFFSCHIRURGEN – VON KOLUMBUS BIS NELSON: VERGESSENE HELDEN DER SEEFARTSGESCHICHTE

Verlag Herder
Georg-Michael Fleischer
2017, 17 x 24 cm, gebunden, XVI, 280
Seiten
Verlag: Kaden, R; Auflage: 1 (30.
November 2016)
ISBN-10: 3942825465
ISBN-13: 978-3942825467
Euro 59,90

REZENSENT: PROF. DR. MED. HARTWIG BAUER

Fischervorstadt 61
84524 Neuötting
prof.bauer@t-online.de

In seinem 2011 erschienenen Buch „Ritter auf dem Meer. Seemacht und Seewesen zur Zeit der Kreuzzüge“ hat sich Georg Michael Fleischer mit detailreicher Kompetenz und spürbarer Leidenschaft für dieses faszinierende Kapitel der Seefahrt, einem der großen logistischen mittelalterlichen Projekte des Abendlandes, gewidmet. Er beschreibt darin sachkundig das mediterrane Seewesen im Hochmittelalter. Der medizinischen Versorgung an Bord durch Bader und Chirurgen ist in dem Gesamttrahmen nur ein kurzes Kapitel gewidmet.

Sein aktuelles Buch gilt diesen vergessenen Helden der Seefahrtsgeschichte in der nachkolumbianischen Zeit der Entdeckungen. Schiffschirurgen ohne akademische ärztliche Ausbildung und nicht Chirurgen im heutigen Sinne waren zwar an Bord, um zu helfen, konnten aber meistens wenig tun. In weit überwiegender Zahl waren sie keine ausgebildeten Ärzte, sie waren Bader und Barbieri, die nur eine notdürftige wundärztliche Ausbildung erfahren hatten. Weder das medizinische Wissen ihrer Zeit noch ihre limitierte heilkundliche Ausbildung versetzten sie in die Lage, den unbekannten Mangelkrankheiten und furchtbaren Seuchen, mit denen sie konfrontiert wurden, erfolgreich zu begegnen. Umso bemerkenswerter, dass unter diesen Bedingungen Ärzte wie der Schotte James Lind nicht nur entscheidend zur Verbesserung der Bordhygiene, sondern z. B. mit Untersuchungen in einem modern anmutenden Setting eines randomisierten Studienansatzes mit

sechs Vergleichsgruppen auch Bahnbrechendes zur Prophylaxe und Therapie von Skorbut durch Zitronensaft beitragen konnten.

Küstenfern geboren und aufgewachsen begann die maritime Leidenschaft des Autors möglicherweise mit seiner 1960 in Rostock begonnen Studienzeit, verstärkt durch seine spätere Liebe zum Segeln. Seine seither in jahrzehntelanger Recherche erworbene maritime Sachkenntnis ist eindrucksvoll, gepaart mit der Gabe, Seefahrtsgeschichte und die Leistungen der schiffsärztlichen Protagonisten fesselnd zu erzählen. Dies wird schon an den Zwischentiteln des Hauptteils des Buches deutlich, das sich, beginnend mit der Antike bis zum Mittelalter mit dem ca. 350-jährigen Zeitraum der Segelschiffahrt befasst und mit dem neuen maritimen Zeitalter der maschinengetriebenen Eisenschiffe endet:

- Es gab sie schon immer – Heilkundige auf See und Seereise
- Es lockt die Ferne – Europa erobert die Ozeane
- Die großen Handelsrouten – Schiffschirurgen mit Händlern und Soldaten
- Hitze, Kälte, Durst und Ungeziefer – die Zustände an Bord
- Bei Wellengang und Kanonendonner – der Arbeitsplatz der Schiffschirurgen
- „... und hatten die Pest an Bord“ – Verletzungen, Skorbut und Seuchen
- Das schwarze Kapitel – Schiffschirurgen auf Sklavenfahrten und Gefangenentransporten

- Neue Horizonte – Schiffschirurgen und Forschungsreisen
- Eisenschiffe und Maschinen – das neue maritime Zeitalter

Ein nicht minder spannendes bibliographisches Lexikon der Schiffschirurgen sowie ein detailreiches Literatur- und Personenverzeichnis machen dieses fesselnde Werk, das sich liest wie ein Abenteuerbuch, auch zu einem medizinhistorischen Nachschlagewerk.

Beeindruckend ist auch die Fülle interessanten Bildmaterials, vom Verlag liebevoll und zum Teil auch sehr kleinformig gesetzt, um die flüssige Lesbarkeit des Textes nicht einzuschränken. So kann dieses Buch aus der Feder eines Chirurgen mit einer beeindruckenden Leidenschaft für die Seefahrt gleichermaßen medizinhistorisch und an der Schifffahrtsgeschichte interessierten Ärzten als informative, aber auch packende Lektüre empfohlen werden. ○

Bauer H. Rezension: Schiffschirurgen – von Kolumbus bis Nelson: Vergessene Helden der Seefahrtsgeschichte. Passion Chirurgie. 2017 April; 7(04): Artikel 04_06.



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



**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: bdv-versicherungsservice@ecclesia.de



Der Kooperationsarzt – aus juristischer Sicht eine geeignete Alternative zum Belegarzt?

Der Belegarzt ist die seit langem etablierte und gesetzlich normierte Möglichkeit der sektorenübergreifenden Kooperation zwischen niedergelassenem Arzt und Krankenhaus. In vielen Fällen wurde er jedoch – insbesondere aus finanziellen Motiven – zwischenzeitlich von Kooperationsarzt, oder auch Honorararztmodellen abgelöst.

Gleichzeitig haben sich jedoch zunehmend erhebliche rechtliche Hürden für die Kooperationsarztmodelle ergeben, die die Vertragspartner dazu zwingen, die Verträge den neuen Anforderungen anzupassen. Insbesondere die Neuregelungen durch das

Antikorruptionsgesetz werden von Krankenhasträgern zunehmend genutzt, um bestehende vertragliche Regelungen zu kündigen und durch neue Verträge mit in der Regel deutlich schlechteren Konditionen für die externen Ärzte zu ersetzen.

DIE RECHTLICHEN UNTERSCHIEDE ZWISCHEN KOOPERATIONSARZT UND BELEGARZT

Bei dem Kooperationsarzt oder auch Honorararzt handelt es sich um einen externen Arzt, der mit dem Krankenhasträger im Rahmen



**KORRESPONDIERENDER
AUTOR:**

DR. JUR. JÖRG HEBERER

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



OLIVER BUTZMANN

Fachanwalt für Medizinrecht
Heberer Rechtsanwälte
Paul-Hösch-Straße 25a, 81243
München
oliver.butzmann@arztrechtskanzlei.de

Heberer J. / Butzmann O. Der Kooperationsarzt – aus juristischer Sicht eine geeignete Alternative zum Belegarzt? *Passion Chirurgie*. 2017 April, 7(04): Artikel 04_0X.



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

eines freien Mitarbeiterverhältnisses zusammenarbeitet und gleichzeitig häufig in niedergelassener Praxis arbeitet oder aber auch an weiteren Standorten als Kooperationsarzt tätig ist.

Gemäß § 2 Abs. 1 Satz 1 des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG) können Krankenhausleistungen auch durch nicht fest angestellte Ärztinnen und Ärzte erbracht werden. Hier ist also der Kooperationsarzt, wenn auch nur rudimentär, gesetzlich normiert. Weitergehende Regelungen, die die Rechte und Pflichten des Kooperationsarztes festlegen, sind im Gesetz jedoch nicht vorhanden.

Ausdrücklich nicht zu den Krankenhausleistungen gehören gem. § 2 Abs. 1 Satz 2 KHEntgG hingegen die Leistungen der Belegärzte. Dieser nimmt gem. § 121 Abs. 3 SGB V, § 18 Abs. 1 KHEntgG an der vertragsärztlichen Versorgung teil. Sie rechnen ihre ärztlichen Leistungen also über die KV ab.

Zwar ist es gem. § 121 Abs. 5 SGB V, § 18 Abs. 3 KHEntgG, ebenfalls möglich, dass auch der Belegarzt im Rahmen einer Honorarvereinbarung mit dem Krankenhausträger tätig wird. Dieses Modell hat sich in der Praxis jedoch nicht durchgesetzt, da nach den gesetzlichen Vorgaben gleichzeitig das Hauptabteilungs-DRG auf 80 % reduziert wird.

KOOPERATIONSARZT VERSUS BELEGARZT

Die Vorteile des Kooperationsarztmodells liegen klar auf der Hand:

Der Krankenhausträger erhält das volle Hauptabteilungs-DRG im Gegensatz zum reduzierten Beleg-DRG. Gleichzeitig tritt der Kooperationsarzt gegenüber dem Patienten als Arzt des Krankenhauses auf, welches hierdurch sein Leistungsspektrum ausweiten und mit diesen Spezialisten werben kann. Er muss aber dennoch im Unterschied zum angestellten Arzt für den freiberuflichen Honorararzt keine Sozialabgaben leisten, keine Zahlungen im Krankheitsfall oder im Urlaub leisten und keinen Kündigungsschutz beachten.

Diese Vorteile werden jedoch zunehmend relativiert.

So ist es nach der Rechtsprechung des Bundesgerichtshofes (Urteil vom 16.10.2014,

Az. III ZR 85/14) dem Kooperationsarzt nicht erlaubt, mit Wahlleistungspatienten Vereinbarungen über die Behandlung gegen Privatrechnung abzuschließen. Diese Möglichkeit sei nach den zwingenden Vorgaben des § 17 Abs. 3 Satz 1 KHEntgG angestellten Ärzten des Krankenhauses vorbehalten.

Des Weiteren sieht sich der Krankenhausträger nicht selten mit dem Vorwurf der Scheinselbstständigkeit von Kooperationsärzten konfrontiert. Aufgrund der häufigen faktischen Weisungsgebundenheit in Bezug auf Dauer und Lage der Arbeitszeit sowie Inhalt der Tätigkeit läuft er deshalb Gefahr, dass die Sozialversicherungsträger von ihm die Nachzahlung von Sozialversicherungsbeiträgen (rückwirkend) fordern.

Auch die Gefahr des Vorwurfs der Zuweisung von Patienten gegen Entgelt stellt ein nicht unerhebliches Risiko dar, welches beim Belegarzt nicht vorhanden ist. Wenn nämlich niedergelassene Ärzte Patienten in das Krankenhaus einweisen und diese dort im Rahmen eines Kooperationsvertrages selbst gegen Honorar operieren, kann dies einen Verstoß gegen den neuen Antikorruptionsparagraphen § 299a des Strafgesetzbuch und des Berufsrechts darstellen. Geprüft wird hierbei die *Angemessenheit* von Leistung und Gegenleistung, die im Einzelfall nicht leicht zu bestimmen ist und Sache zukünftiger Rechtsprechung sein wird. Von dem Wert der INEK-Kalkulation für den jeweiligen Anteil des Arztlohnes am DRG bis zur GOÄ-Berechnung der ärztlichen Leistung gibt es eine Bandbreite von Ansatzpunkten, um dem Sonderstatus des freiberuflichen Honorararztes und dessen angemessenen Honoraranspruch gerecht zu werden.

Im Gegensatz dazu hat der gesetzlich weitgehend legitimierte Belegarzt diese Probleme kaum. Da er nach der Definition schon keine Krankenhausleistungen erbringt, ist weder die Scheinselbstständigkeitsproblematik relevant, noch ist eine Zuweisung gegen Entgelt hier gegeben, da er vom Krankenhausträger keine direkte Vergütung erhält (von denkbaren Konstellationen im Rahmen des vorgenannten, bisher aber nicht praxisrelevanten Honorarvertragsmodells abgesehen).

Lediglich die Behandlung von Wahlleistungspatienten ist auch bei ihm problematisch. Privatleistungen kann auch der Belegarzt nach herrschender Meinung nur dann erbringen, wenn es sich um reine Privatpatienten handelt oder aber ein schriftlicher Behandlungsvertrag zwischen Arzt und Patient im Sinne des § 18 Abs. 8 Nr. 2 Bundesmantelvertrag-Ärzte abgeschlossen wurde.

FAZIT

Im Ergebnis lässt sich festhalten, dass das Kooperationsarztmodell im Hinblick auf die in der Regel höhere Vergütung und die flexiblere Vertragsgestaltung einerseits klar im Vorteil gegenüber dem Belegarzt ist. Dieser Vorteil wird sich jedoch durch größere Rechtsunsicherheit im Vergleich zur belegärztlichen Variante „erkauft“.

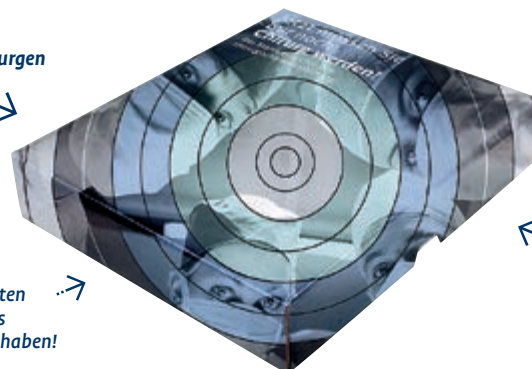
Aus unserer Sicht ist deshalb für die weitere Entwicklung beider Modelle maßgeblich entscheidend, welche Gestaltungsspielräume die Rechtsprechung den Kooperationsarztmodellen zukünftig belassen wird. Nach derzeitigem Stand hat das Belegarztwesen jedoch keinesfalls schon ausgedient. ○

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 ...



Mit dem guten
Gefühl, alles
bedacht zu haben!



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
- > Fachbuchgutscheine



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

FRAGE & ANTWORT



BRIEFGEHEIMNIS



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

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

Heberer J. F+A: Briefgeheimnis. Passion
Chirurgie. 2017 April; 7(04): Artikel 04_08.



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

FRAGE

Ein Chefarzt fragt an, ob die Mitarbeiter der Posteingangsstelle des Krankenhauses an ihn adressierte Post von (ehemaligen) Patienten öffnen dürfen.

ANTWORT

Die Rechtsprechung geht davon aus, dass eine Verletzung des Briefgeheimnisses im Sinne des § 202 StGB nur gegeben ist, wenn der Täter – hier also der Krankenhausträger/Mitarbeiter – einen verschlossenen Brief öffnet oder öffnen lässt, der nicht zu seiner Kenntnis bestimmt ist. Die Bestimmung, zu wessen Kenntnis der Brief bestimmt ist, trifft dabei nach Meinung der Gerichte regelmäßig der Absender.

Wird der Name des Arztes in der ersten Zeile genannt und darunter das Krankenhaus, so nimmt die Rechtsprechung an, dass dies eine Adressierung an den Arbeitsplatz darstellt, bei der der Absender regelmäßig davon ausgeht, dass die Behandlung seines so adressierten Briefes nach den üblichen Postgepflogenheiten erfolgt. Diese stellen sich aus Sicht der Rechtsprechung so dar,

dass die so adressierte Post von den Mitarbeitern der zuständigen Poststelle geöffnet und mit einem Eingangsstempel versehen wird. Sodann erfolgt die Weiterleitung an den Erstadressaten, sprich den Arzt. Folglich liegt in solchen Fällen aus Sicht des Verfassers kein Verstoß gegen das Briefgeheimnis vor.

Eine Ausnahme von diesen Grundsätzen ist jedoch dann gegeben, wenn der Brief ausdrücklich eine persönliche Adressierung enthält oder aus den sonstigen Umständen erkennbar ist, dass der namentlich bezeichnete Adressat privat oder persönlich gemeint ist. Die Rechtsprechung fordert daher, dass der Brief somit entweder ausdrücklich als Privatpost gekennzeichnet sein muss oder es durch spezielle Vermerke ersichtlich werden muss, dass eine Kenntnis des Krankenhauses als Mitadressat vom Inhalt des Briefes nicht gewünscht ist. Die Rechtsprechung sieht hierbei die Zusatzvermerke „persönlich“ oder „vertraulich“ als ausreichend an.

Dies bedeutet letztendlich, dass wenn lediglich der Name des Arztes als Empfänger vor dem Krankenhausnamen steht oder wenn der Krankenhausname zuerst vor dem Arzt-namen steht, der Brief nicht als persönlich adressiert angesehen werden kann und somit

nach der Rechtsprechung von anderen Personen im Rahmen der üblichen Postgepflogenheiten im Krankenhaus geöffnet werden darf. Denn eine solche Adressierung besagt nach Ansicht der Rechtsprechung, dass der Arzt hier gerade in seiner Funktion als Mitarbeiter des Krankenhauses und nicht als Privatperson gemeint war.

Folglich ist zwingend eine persönliche Adressierung durch Zusatz eines Persönlichkeits- oder Vertraulichkeitsvermerks erforderlich, wenn die Mitarbeiter der Poststelle den Brief nicht öffnen sollen.

Hierbei wird nach Ansicht des Verfassers durch die Gerichte keine Unterscheidung

nach der Art des Betriebes getroffen, d. h. diese Rechtsprechung ist grundsätzlich auch auf ein Krankenhaus anwendbar. Eine gegen- teilige Rechtsprechung ist dem Verfasser hierzu bislang nicht bekannt.

Im Übrigen wäre hier nach Auffassung des Verfassers auch keine Persönlichkeitsrechtsverletzung des Arztes gegeben. Denn eine solche käme allenfalls in Betracht, wenn aufgrund des Inhalts des Briefes bei Kenntnisnahme durch Dritte eine Beeinträchtigung der Individual-, Privat- oder Intimsphäre des Arztes droht oder eintritt. Nachdem es sich im angefragten Fall um Briefe von Patienten handelt, geht der Verfasser allerdings davon

aus, dass hier regelmäßig nur die berufliche Sphäre des Arztes, mithin die Sozialsphäre betroffen sein wird. Denn die Kontaktaufnahme erfolgt nach Meinung des Verfassers offenkundig allein innerhalb des beruflichen Tätigkeitsbereichs des Arztes. Eine Persönlichkeitsrechtsverletzung im Rahmen dieser Sozialsphäre wird von der Rechtsprechung aber nur bejaht, wenn hierdurch für den Arzt gravierende Folgen wie Stigmatisierung, soziale Ausgrenzung oder eine Prangerwirkung zu befürchten sind. ○

FRAGE & ANTWORT



GEZ-GEBÜHRENPFlicht IN DER ARZTPRAXIS



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

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

Heberer J. F+A: GEZ-Gebührenpflicht in der
Arztpraxis. *Passion Chirurgie*. 2017 April; 7(04):
Artikel 04_09.



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

FRAGE

Ein niedergelassener Chirurg fragt an, ob er für seine Arztpraxis auch GEZ-Gebühren bezahlen muss, obwohl eine Nutzung der internetfähigen PCs zum Zweck des Fernsehempfangs in der Praxis untersagt ist und nicht stattfindet.

ANTWORT

Nach der aktuellen Rechtslage kommt es nicht mehr darauf an, ob ein Fernsehgerät oder ein internetfähiger PC vorhanden ist und genutzt werden kann. Die tatsächliche Nutzungsmöglichkeit ist damit nicht entscheidend. Voraussetzung des Entstehens der GEZ-Gebührenpflicht ist allein das Bestehen einer Betriebsstätte. Eine Betriebsstätte ist hiernach jede ortsfeste Raumeinheit, die zu nicht ausschließlich privaten Zwecken bestimmt ist. Folglich handelt es sich bei einer Arztpraxis um eine Betriebsstätte in

diesem Sinne. Zwar sieht der Rundfunkbeitragsstaatsvertrag einige Ausnahmen von der Beitragspflicht für eine Betriebsstätte vor, beispielsweise wenn die Betriebsstätte in einer privaten Wohnung liegt und für die Wohnung bereits ein Beitrag entrichtet wird oder wenn in der Betriebsstätte kein Arbeitsplatz eingerichtet ist, wobei es für die Frage der Einrichtung nur darauf ankommt, ob in der Betriebsstätte mit einer gewissen Dauer und Regelmäßigkeit gearbeitet wird. Allerdings werden die dort vorgesehenen Ausnahmen regelmäßig nicht einschlägig für eine Arztpraxis sein.

Folglich muss leider auch eine Arztpraxis GEZ-Gebühren bezahlen, unabhängig von der Nutzungsmöglichkeit der PCs zum Rundfunk- oder Fernsehempfang.

Die GEZ-Beitragshöhe einer Betriebsstätte richtet sich nach deren Art, der Anzahl der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten sowie der nicht ausschließlich privat genutzten Kraftfahrzeuge. ○



Zur Bedeutung der Berufspolitik in Orthopädie und Unfallchirurgie

In der Vertretung des Faches Orthopädie und Unfallchirurgie sind neben den wissenschaftlichen Fachgesellschaften die Berufsverbände mit ihren jeweiligen Interessenlagen von Bedeutung. Während die wissenschaftlichen Fachgesellschaften die Weiterentwicklung des Gebietes und die Darstellung der Leistungsfähigkeit auf nationaler und internationaler Ebene im Fokus haben, kommt den Berufsverbänden die Rolle der Vertretung der im Gesundheitswesen Tätigen zum Wohle der von ihnen versorgten Patientinnen und Patienten zu. Der Berufsverband der Deutschen Chirurgen unterhält hierzu

mannigfaltige Strukturen. Das höchste Gremium zur Unterstützung des Vorstandes stellt das Präsidium/Erweiterte Präsidium dar. Hier erfolgt der Austausch zwischen den Fachvertretern sämtlicher chirurgischer Disziplinen. Es handelt sich bei dem Erweiterten Präsidium somit um die einzige Struktur in der Berufspolitik, in der die Fachvertreter der gesamten chirurgischen Disziplinen den Austausch pflegen können und die spezifischen Probleme der einzelnen Fachgebiete zur Sprache kommen können. Hervorgegangen aus der Arbeit des Erweiterten Präsidiums ist die Gemeinsame BG-Kommission, in



PROF. DR. DIETMAR PENNIG

Verband leitender Orthopäden und Unfallchirurgen Deutschlands e. V.
BDC|Referatsleiter Unfallchirurgie
Ärztlicher Direktor
St. Vinzenz-Hospital Köln
Akademisches Lehrkrankenhaus der
Universität zu Köln
Merheimer Str. 221-223, 50733 Köln
dietmar.pennig@cellitinnen.de

der sich neben den Repräsentanten der Deutschen Gesellschaft für Unfallversicherung die niedergelassenen Durchgangsärzte, Vertreter der berufsgenossenschaftlichen Heilanstalten und des Verbandes leitender Orthopäden und Unfallchirurgen Deutschlands e. V. zur Weiterentwicklung des berufsgenossenschaftlichen Heilverfahrens an mindestens zwei Terminen pro Jahr treffen. Wie überall nehmen auch hier Fragen der Qualitätssicherung einen zunehmenden Raum ein. Die Steuerung dieser Verfahren erfolgt in konsentierter Weise und legt Zeugnis ab über die Kooperationswilligkeit aller Beteiligten in dieser Kommission.

Der Verband leitender Orthopäden und Unfallchirurgen Deutschlands e. V. (VLOU) ist entstanden aus der im Nachgang zur Novellierung der Weiterbildungsordnung und der damit erfolgten Schaffung des gemeinsamen Gebietes Orthopädie und Unfallchirurgie notwendigen und auch zeitnah durchgeführten Fusion des Verbandes leitender Orthopäden und des Verbandes leitender Unfallchirurgen. Der VLOU besteht aus neun Regionalverbänden (VLOU Bayern e. V., VLOU Hamburg/Schleswig-Holstein e. V., VLOU Hessen e. V., VLOU Mitte-West e. V., VLOU Nord e. V., VLOU Nordost e. V., VLOU Sachsen e. V., VLOU Süd-West e. V., VLOU Thüringen e. V.). Die Regionalverbände bieten den Vorteil, dass die dortigen Mandatsträger unmittelbaren Zugang zu den wesentlichen Organen der Ärzteschaft (Ärztekammer) und den entsprechend des föderalistischen Prinzips zuständigen politischen Gruppierungen haben. Die Regionalverbände veranstalten eigenständig zweimal pro Jahr Sitzungen für ihre Mitglieder, in denen die berufspolitischen Belange und die strategische Ausrichtung in unserem Fach von Bedeutung sind.

Der übergeordnete Verband leitender Orthopäden und Unfallchirurgen Deutschlands e. V. richtet den bundesweiten VLOU-Workshop aus. Dieser zunächst von VLO und VLU gemeinsam veranstaltete Workshop geht ursprünglich auf die Initiative des VLO zurück und diente während der in Frankfurt durchgeführten Veranstaltung als Forum der gemeinsamen Sacharbeit und des vertieften

Kennenlernens. Am 20. und 21. Januar 2017 fand der nunmehr 16. Workshop wiederum in Frankfurt statt. Die Planung sieht eine alternierende Ausrichtung in Berlin und Frankfurt in der Zukunft vor.

Das VLOU-Forum ist mittlerweile fester Bestandteil der Jahrestagung der Vereinigung Süddeutscher Orthopäden und Unfallchirurgen in Baden-Baden und wird sich in diesem Jahr am 28. April 2017 mit aktuellen berufspolitischen Themen beschäftigen.

Der wesentliche Fokus der Berufspolitik in Orthopädie und Unfallchirurgie in der Zukunft wird sich – aus Sicht der schneidenden Fächer – mit der inakzeptablen Verordnung zu den Arbeitszeiten beschäftigen müssen. Hier ist dringender Handlungsbedarf geboten. Eine sinnvoll strukturierte Weiterbildung ist unter den gegebenen Rahmenbedingungen, die ursprünglich nicht für die Medizin konzipiert worden sind, schlechterdings unmöglich. Die sich jetzt schon abzeichnende Verschiebung der Weiterbildungsinteressen der Medizinstudenten droht mit einer Unterversorgung von Ärzten in schneidenden Fächern einherzugehen. Dies ist u. a. eine Funktion der Auswahlkriterien für das Medizinstudium, denn die hier geforderten und geförderten Interessenlagen sind nicht zwingend deckungsgleich mit den Anforderungen der operativen Medizin. Trotz mannigfaltiger Bekenntnisse zu einer notwendigen Überarbeitung des Ansatzes, Medizinstudenten im Wesentlichen nach der Abiturnote auszuwählen, wird in Deutschland ähnlich wie in Großbritannien das Auswahlverfahren mehr und mehr an die Universitäten verlagert, da die von den Abiturienten mittlerweile erreichten Durchschnittsnoten als alleiniges Kriterium zur sinnvollen Auswahl nicht geeignet erscheinen. Trotz mannigfaltiger Bekenntnisse und Willensäußerungen aus Politik und verfasster Ärzteschaft ist hier keinesfalls zu erkennen, dass eine Berücksichtigung der besonderen Interessenlage der operativen Fächer ins Auge gefasst worden ist.

Berufspolitisch von großer Bedeutung wird der sich abzeichnende und in Zukunft verschärfende Wandel in der Altersstruktur unserer Patienten sein. Hier droht eine

Pennig D. Zur Bedeutung der Berufspolitik in Orthopädie und Unfallchirurgie. *Passion Chirurgie*. 2017 April, 7(04): Artikel 05_01.



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

Rationierung, deren Ausgestaltung durch politische Gremien die Ärzteschaft nicht hinnehmen darf. Es gilt grundsätzlich das Prinzip, dass nur Ärzte Medizin verstehen und zum Wohle der ihnen anvertrauten Patienten umsetzen können. Jeder Eingriff der Politik in dieses Hoheitsrecht der Ärzteschaft ist mit Nachdruck abzulehnen.

Trotz einer in allen Kliniken evidenten Unterfinanzierung der Notaufnahmen werden gerade im Bereich von Orthopädie und Unfallchirurgie Strukturen vorgehalten, deren Ziel die sichere Versorgung von Unfallverletzten und Schwerunfallverletzten in Deutschland ist. Die Forderung nach Bereitstellung entsprechender Mittel für leistungsfähige Notaufnahmen muss mit aller Deutlichkeit erhoben werden, um diese Strukturen nicht wegbrechen zu lassen und die Versorgung sicherzustellen. Dies gilt auch im Hinblick auf Massenanfälle von Unfallverletzten wie in Paris, Nizza oder auch Berlin. Hier fehlt ein klares Bekenntnis der Politik und der Kostenträger, die Bereitstellung der Ressourcen an 365 Tagen im Jahr entsprechend zu honorieren.

Die wichtige Rolle der wissenschaftlichen Fachgesellschaften bedarf im Bereich der

Berufspolitik einer starken Partnerschaft mit den in Orthopädie und Unfallchirurgie erfolgreich tätigen Organisationen wie BDC, BVU und VLOU. Die besonderen Interessenlagen der niedergelassenen Ärzte, die operativ tätig sind, muss ebenfalls in diesen Strukturen Berücksichtigung finden, um die Stabilität der Versorgung trotz des altersbedingten Ausscheidens von niedergelassenen aber auch Krankenhauschirurgen in den nächsten fünf bis zehn Jahren nicht zu einer gefährlichen Versorgungslücke werden zu lassen. Das Wirtschaftsprüfungsunternehmen PricewaterhouseCoopers (PwC) hat bereits 2012 eine Mitteilung unter dem Titel „112 – und niemand hilft“ verfasst und auf den drohenden massiven Personalmangel im Gesundheitswesen hingewiesen. Unter der Annahme, dass nur das derzeitige Versorgungsniveau aufrechterhalten wird, bleiben nach dieser Studie im Jahre 2020 (somit in weniger als drei Jahren) rund 33.000 Arzt-vollzeitstellen unbesetzt, 2030 sind bereits 76.000 Vollzeitstellen vakant. Dies entspricht im Bundesdurchschnitt 23,7 % der Stellen. Insgesamt fehlen somit zum Jahre 2030 laut Studie 109.000 Ärzte. Ein ähnliches Bild findet

sich im Pflegebereich. Nach der o. g. Studie werden im Jahre 2020 212.000, im Jahre 2030 328.000 Pflegekräfte fehlen. Im Fokus der Politik stehen lediglich Maßnahmen, welche die angeblich kostentreibende Nachfrage nach ärztlichen oder pflegerischen Leistungen reduzieren soll. Eine Unterstützung der im Gesundheitswesen Tätigen ist vonseiten der Politik nicht zu erkennen. Die heute in Deutschland nachgefragte Qualität wird aufgrund des sich abzeichnenden katastrophalen Personalmangels nicht zu halten sein. Eine weitere Reduzierung von Betten etwa im Bereich von Orthopädie und Unfallchirurgie würde diese Situation in fataler Weise verschärfen und den Versorgungsnotstand in naher Zukunft als wahrscheinlich erscheinen lassen. Nur der Schulterschluss der wissenschaftlichen Fachgesellschaften mit den erfolgreich berufspolitisch tätigen Organisationen wird es erreichen, der schneidenden Medizin im Dialog mit den politischen Entscheidungsträgern Gewicht zu verschaffen. In dieser Richtung müssen die Aktivitäten gebündelt werden, um unser Fach nicht der Attraktivität zu berauben und die Versorgung der Patienten sicherzustellen. ○



© Halpoint

Aktivitäten der Fachgesellschaften in Orthopädie und Unfallchirurgie

Die im Jahr 2008 gegründete Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU) vertritt die übergeordneten und gemeinsamen Interessen des Faches Orthopädie und Unfallchirurgie im Bereich der Forschung und Lehre, der Fort- und Weiterbildung, in Klinik und Praxis sowie auf dem Gebiet der Gesundheitspolitik. Daraus leiten sich die wesentlichen Aktivitäten der Fachgesellschaft ab. Die Vorstände werden durch die Geschäftsstelle im Tiergartentower in Berlin unterstützt, die inzwischen mit 14 Mitarbeitern besetzt ist.

Eine große Stärke unserer Fachgesellschaften sind die **Sektionen**. Diese bilden als Spezialisten die gesamte Breite und Größe des Faches ab und sind im Gesamtvorstand vertreten. Ein jährlicher gemeinsamer Workshop

von Vertretern des geschäftsführenden Vorstandes mit den Sektionsleitern dient neben der Gesamtvorstandssitzung dem intensiven Austausch. Inzwischen erreicht uns eine überbordende Anzahl an **Anfragen** hinsichtlich Stellungnahmen und Mitwirkung in Gremien mit äußerst kurzen Reaktionszeiten. Nur dank des enormen Engagements unserer Experten aus den Sektionen ist das abzuwickeln, obwohl nebenberuflich fast nicht mehr machbar.

Wichtige Unterstützung erfährt der Vorstand weiterhin durch die Arbeit der **Ausschüsse** Bildung und Nachwuchs sowie Wissenschaft, Forschung und Lehre und Versorgung, Qualität und Sicherheit als ständige Einrichtungen, deren Leiter Mitglieder des geschäftsführenden Vorstandes sind.


**KORRESPONDIERENDER
AUTOR:**
PROF. DR. MED. BERND KLADNY

BDC|Referatsleiter DGOU
Generalsekretär Deutsche Gesellschaft
für Orthopädie und Orthopädische
Chirurgie e.V. (DGOOC)
stv. Generalsekretär Deutsche
Gesellschaft für Orthopädie und
Unfallchirurgie (DGOU)
Straße des 17. Juni 106-108, 10623
Berlin
Bernd.Kladny@fachklinik-
herzogenaurach.de


**PROF. DR. DR. REINHARD
HOFFMANN**

Generalsekretär Deutsche Gesellschaft
für Orthopädie und Unfallchirurgie
(DGOU)
Generalsekretär Deutsche Gesellschaft
für Unfallchirurgie (DGU)
BG Unfallklinik
Unfallchirurgie und Orthopädische
Chirurgie
Friedberger Landstr. 430, 60389
Frankfurt am Main
reinhard.hoffmann@bgu-frankfurt.de

Kladny B. / Hoffmann R. Aktivitäten der
Fachgesellschaften in Orthopädie und
Unfallchirurgie. *Passion Chirurgie*. 2017 April,
7(04): Artikel 05_02.



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

Der Nachwuchs hat als **Junges Forum O U** einen hohen Stellenwert in der Arbeit der Fachgesellschaft. Sehr aktiv besetzen junge Kollegen Themen wie „Operieren in der Schwangerschaft (OpidS)“. Das Junge Forum führt wichtige Erhebungen durch wie die Ermittlung der Zahl der Weiterbildungsassistenten und die Organisationsstruktur an chirurgischen Kliniken in Deutschland. Eine Roadshow und die Summer School sind fest etablierte Formate. Das Junge Forum gestaltet den Tag der Vorklinik beim VSOU in Baden-Baden und den Tag der Studierenden beim DKOU in Berlin.

Der Deutsche **Kongress für Orthopädie und Unfallchirurgie (DKOU)** ist ein Erfolgsmodell. Er zählt mit mehr als 11.000 Teilnehmern zu den größten Kongressen für Orthopädie und Unfallchirurgie in der Welt und ist der größte seiner Art in Europa. Er bietet ein sehr großes Angebot an Fortbildungsveranstaltungen in Form von Symposien, Kursen und Kongressen.

Die Fachgesellschaften arbeiten an der Gründung einer gemeinsamen Akademie von DGOU und BVOU. Dabei gibt es zahlreiche Fallstricke in der Zusammenarbeit zwischen gemeinnütziger Fachgesellschaft und nicht-gemeinnützigem Berufsverband, die unsere Juristen beschäftigt. Die Akademie soll neben der bestens etablierten Marke AUC eine Plattform bieten, in der alle Veranstaltungen aus unserem Fach eingestellt werden können. Fachgesellschaft und Berufsverband werden dem Nutzer auch eine Orientierung geben.

Die **Öffentlichkeitsarbeit** nimmt in Orthopädie und Unfallchirurgie ein wichtiges und breites Feld ein. Neben 33 Pressemitteilungen, 6 Pressekonferenzen und Pressegesprächen hatten die Fachgesellschaften im Jahr 2016 in über 170 Medienanfragen Experten und Pressematerial vermittelt. Diesen Service stellen wir in Abstimmung auch unseren Sektionen zur Verfügung. Der im Juli erstmals versendete DGOU-Newsletter ermöglicht allen Mitgliedern der Fachgesellschaften einen unkomplizierten und kompletten Überblick über das aktuelle Geschehen in den Fachgesellschaften. Die DGOU-Website mit gemeinsamer Forschungsdatenbank, Facebook und LinkedIn erfreuen sich zunehmender Beliebtheit. Unsere Verbandszeitschrift OUMN (Orthopädie und Unfallchirurgie

Mitteilungen und Nachrichten) wird nach einem Verlagswechsel zum Springerverlag ein neues modernes Gesicht und gestraffte, neu geordnete Inhalte bekommen.

Um die gesundheitliche Versorgung von Patienten zu verbessern, gibt es zahlreiche Initiativen der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU), der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie und der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC) und ihrer Sektionen zur **Qualitätssicherung**. Dies bedeutet insbesondere den Betrieb von **Registern** und die Etablierung von **Zertifizierungen**. Besondere Bedeutung und Anerkennung haben das Traumaregister und das Traumnnetzwerk der DGU zur Etablierung einheitlicher Versorgungs- und Qualitätsstandards im Bereich der Schwer- und Verletztenversorgung und die Registrierung entsprechender Behandlungsdaten erlangt. Gleiches gilt für das Endoprothesenregister EPRD der DGOOC zur Datenerhebung bei Patienten mit künstlichen Hüft- und Kniegelenken und Endocert zur Zertifizierung medizinischer Einrichtungen für den Gelenkersatz.

Viele **politische Themen** werden uns von extern vorgegeben: Auswirkungen des Krankenhausstrukturgesetzes, das Antikorruptionsgesetz, die Gliederung und Finanzierung von Notfallstrukturen in Krankenhäusern, Schnittstellenprobleme ambulanter/stationärer Sektor, Novellierung der GOÄ, Neustrukturierung des EBM, anstehende DRG Abwertungen, Vorbereitung auf und Umgang mit groß angelegten Terroranschlägen, um nur einige „Highlights“ zu nennen. Intern halten wir Workshops zu wichtigen politischen Themen ab. Beispielsweise seien hier Bedarfsanalysen und Bedarfsplanung, Patientensicherheit und Fehlervermeidungsstrategien, Register, Zertifizierungswahn und „Famolisierung“ genannt. Die Ergebnisse finden regelmäßig Eingang in Publikationsorgane wie das Deutsche Ärzteblatt.

Die **Leitlinienarbeit** gehört zur Routine der Fachgesellschaften. Alle Leitlinien werden bei der AWMF eingestellt. Die beiden **Leitlinienkommissionen** der DGOOC und der DGU werden künftig in einer gemeinsamen Leitlinienkommission der DGOU koordiniert.

Die neue **Musterweiterbildungsordnung** beschäftigt uns seit Jahren. Die Breite

unseres Faches und die Versorgung unserer Patienten von der „Wiege bis zur Bahre“ erfordert vor der vielfach gewünschten Spezialisierung ein Grundverständnis des gesamten Faches. Die Kunst wird es sein, die Balance zwischen Spezialistenkönnen und notwendigen Generalistenfähigkeiten herzustellen. Nach dem einstimmigen Beschluss der gemeinsamen Weiterbildungskommission von BDC/DGCH, allen chirurgisch-wissenschaftlichen Fachgesellschaften und BVOU soll die Facharztsäule Allgemeinchirurgie in der Facharztsäule Allgemein- und Viszeralchirurgie aufgehen. Man kann davon ausgehen, dass die Musterweiterbildungsordnung in den Gremien der Bundesärztekammer und der Landesärztekammern noch viele Hürden zu nehmen hat und dabei sicherlich zahlreiche Überraschungen bieten wird.

Die **Internationalisierung** stellt in der DGOU ein wichtiges Aufgabenfeld dar. Deshalb wurde im Jahr 2015 zusammen mit dem BVOU ein Referat Internationale Angelegenheiten (RIA) gegründet. Nach dem Austritt von DGU, DGOOC und BVOU nimmt die DGOU bei EFORT (European Federation of National Associations of Orthopaedics and Traumatology) nach dem Eintritt 2016 alleinvertretend die Interessen von Orthopädie und Unfallchirurgie in Deutschland wahr. Neben der Vertretung in EFORT ist im RIA auch die Abstimmung der Vertretung in der UEMS angesiedelt. Die DGOU hat die Beteiligung unserer jungen Kollegen auf europäischer Ebene an FORTE (Federation of Orthopaedic Trainees in Europe) beschlossen. Mit Gastländern und internationalen Gästen laufen inzwischen beim DKOU zwei parallele englischsprachige Vortragsstränge über den gesamten Kongress.

Die internationalen Aktivitäten sind eines von vielen Beispielen des großen Erfolges der engen Zusammenarbeit unserer Verbände in Orthopädie und Unfallchirurgie, der vor wenigen Jahren so noch völlig unvorstellbar gewesen wäre. Orthopädie und Unfallchirurgie müssen eine starke Säule unter dem Dach der Chirurgie sein. ○



Abb. 1: von li. nach re: Prof. R. Hoffmann, Generalsekretär DGOU und DGU, Prof. A. Meurer, stv. Präsidentin DGOU und Präsidentin DGOOC, Prof. I. Marzi Präsident DGOU und DGU, Prof. B. Kladny, stv. Generalsekretär DGOU und Generalsekretär DGOOC



Abb. 2: Junges Forum – Tag der Studierenden auf dem Deutschen Kongress für Orthopädie und Unfallchirurgie

Chirurgische Erkrankungen gehören in die Hand der Chirurgie

DGCH, BDC

Mit dieser eigentlich selbstverständlichen Forderung wenden sich Chirurgen mit Nachdruck gegen Vorstellungen der internistischen Fachgesellschaften, die Chirurgie auf ein rein methodendefiniertes Fach zu reduzieren und die Arbeit der Chirurgeninnen und Chirurgen nur noch im OP-Saal zuzulassen.

Für uns ist eine Operation immer nur ein – wenn auch wichtiger – Teilschritt in der Behandlung chirurgischer Erkrankungen. Die Kenntnis und vor allem auch die Beherrschung konservativer Therapieoptionen sind von mindestens ebenso großer Bedeutung. Nur in Abwägung aller Möglichkeiten der Behandlung ist die wichtigste Aufgabe der Chirurgie, die Indikationsstellung zu einem operativen Eingriff, im Sinne der Patienten, ausgewogen zu treffen.

Die Tatsache, dass durch moderne Verfahren weniger belastende wenngleich durchaus auch risikobehaftete Prozeduren an die Stelle einer „großen“ Operation treten, spricht erst recht für die Notwendigkeit, Chirurgen mit

diesen Möglichkeiten vertraut zu machen, anstatt im Falle von Komplikationen nur noch als Reparaturbetrieb zu fungieren.

Der Ausschluss von Chirurgeninnen und Chirurgen aus der sogenannten konservativen Behandlungsschiene würde ein irreparables Loch in die Behandlungskette reißen und zu Fehlindikationen und damit zu einem erheblichen Schaden für Patienten führen.

Wir müssen daher streng darauf achten, dass wir uns nicht selber durch eine zu große Fokussierung auf die operative Tätigkeit zu methodendefinierten Handwerkern degradieren und die konservativen diagnostischen und therapeutischen Grundlagen unseres Faches aus dem Auge verlieren.

Im Folgenden finden Sie die Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie und der wissenschaftlichen chirurgischen Fachgesellschaften sowie der Berufsverbände zum Statement der Internistischen Fachgesellschaften zum Gebiet Chirurgie:

DGCH / BDC. Chirurgische Erkrankungen gehören in die Hand der Chirurgie. Passion Chirurgie. 2017 April, 7(04): Artikel 05_03.



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

STELLUNGNAHME

STELLUNGNAHME DER DEUTSCHEN GESELLSCHAFT FÜR CHIRURGIE UND DER WISSENSCHAFTLICHEN CHIRURGISCHEN FACHGESELLSCHAFTEN SOWIE DER BERUFSVERBÄNDE ZUM STATEMENT DER INTERNISTISCHEN FACHGESELLSCHAFTEN ZUM GEBIET CHIRURGIE

Das Statement der internistischen Fachgesellschaften zur Definition des Gebiets Chirurgie im Rahmen der anstehenden Novelisierung der Musterweiterbildungsordnung wurde mit erheblicher Irritation und Erstaunen zur Kenntnis genommen. Dies umso mehr, da hier erstmalig der Versuch unternommen wird, von einem fachfremden medizinischen Gebiet die flankierenden Inhaltsbeschreibungen des Gebiets Chirurgie vorzugeben. Ein solches Vorgehen ist als völlig inakzeptabel anzusehen, zumal im Vorfeld nicht einmal im Ansatz der Versuch unternommen worden ist, in einem Gedankenaustausch auf Augenhöhe eine interne Abstimmung zwischen der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie und der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin anzustreben.

Dem Statement der internistischen Fachgesellschaften liegt ein erschreckend schlichter Ansatz zugrunde, der ein antiquiertes Bild der Medizin vermittelt. Bereits im nationalen kompetenzbasierten Lernzielkatalog Medizin werden in der Ausbildung des Mediziners Fachgrenzen weitgehend aufgehoben und es wird betont, dass es verschiedene Fachdisziplinen sein können, die eine bestimmte Kompetenz vertreten. Im vorliegenden Statement wird jedoch versucht, die Chirurgie einschließlich ihrer Fachgebiete zu einem ausschließlich methodendefinierten Fach herabzustufen. Zudem wird grundlagenlos behauptet, dass Fehlentwicklungen in einzelnen chirurgischen Fachgebieten dazu führen, dass „schnittfreie“ Interventionen der Inneren Medizin von der Chirurgie vermehrt beansprucht werden. Die Regelung interdisziplinär verankerter Interventionen und Methoden hängt erfahrungsgemäß von den lokalen Gegebenheiten und Absprachen ab, wobei die verschiedenen Fachgebiete jeweils unterschiedliche Aufgaben wahrnehmen. Beispielhaft sei nur die Implantation von Herzschrittmachern angeführt, die in der Regel durch eine „schnittfreie“ Intervention wohl kaum möglich ist. Trotzdem wird laut aktuellem Deutschen Herzbericht eine Vielzahl dieser Eingriffe durch eine Fachabteilung Kardiologie durchgeführt.

Eine methodenspezifische Definition des Gebiets Chirurgie, reduziert auf die Nutzung des Skalpells, entspricht in keiner Weise dem eigentlichen Versorgungsauftrag der Chirurgen. Die chirurgische Behandlung von Erkrankungen und Verletzungen ist ganz entscheidend dadurch charakterisiert, dass nur bei Kenntnis und Beherrschen der konservativen Therapiemöglichkeiten die Indikation zu einem konservativen bzw. operativen Vorgehen im Sinne des Patienten korrekt gestellt werden kann.

Die chirurgische Behandlung daher ausschließlich auf mögliche operative Verfahren zu beziehen, entbehrt jeglichen Bezugs zur Realität. In den Lehrbüchern der Chirurgie finden sich umfangreiche Kapitel, die die nicht operativen Verfahren darstellen. Im Kontext der Gesamtbehandlung stellt eine operative Intervention immer nur einen, wenn auch oftmals entscheidenden Behandlungsaspekt dar. Gerade das verantwortungsvolle Abwägen der Risiken und Chancen eines operativen Eingriffs gegenüber einer nichtoperativen Therapieoption, die im Detail gekannt und zumindest in Teilen selbst vertreten werden muss, macht ein wesentliches und charakteristisches Merkmal der chirurgischen Tätigkeit aus. Dieses findet sich auch in der sogenannten Formulierungsänderung für das Gebiet Chirurgie bestätigt. Auf eine umfangreiche Auflistung der typischen chirurgisch-konservativen Therapiemaßnahmen sei hier verzichtet, zur Verdeutlichung sei nur die Frakturbehandlung genannt.

Kein Verständnis findet sich für die Sichtweise, dass interventionelle Eingriffe als durchaus risikobehaftete Prozeduren allein dem konservativen Therapiespektrum zugerechnet werden sollen. Unabhängig von möglichen Komplikationen bei solchem Vorgehen, wird bei einigen dieser Eingriffe sogar die generelle Verfügbarkeit eines Chirurgen gefordert. Es ergibt sich daher weder für die konservativen noch für die operativen Fächer ein alleiniger Anspruch für interventionelle Therapiemaßnahmen.

Insgesamt kann man sich des Eindrucks nicht erwehren, dass von Seiten der Inneren Medizin versucht wird, andere Fachgebiete auszugrenzen und einen inhaltlich und sachlich nicht begründbaren und schon gar nicht nachvollziehbaren Alleinvertretungsanspruch einzufordern. Diese Einstellung widerspricht allen Bestrebungen, bereits eingeleitete interdisziplinäre Strukturen weiter zu entwickeln, um letztlich für den Patienten einen optimalen Therapieerfolg bei höchstmöglicher Kompetenz aller Beteiligten zu erreichen.

Prof. Dr. T. Pohlemann
Präsident

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

GEMEINSAME PRESSEMITTEILUNG
DER DGCH UND DES BDC

Mindestmengenregelungen erneut in der Diskussion

DGCH UND BDC ZUM AKTUELLEN
KRANKENHAUS-REPORT 2017

Berlin, 13. März 2017: Seit einigen Jahren sind Mindestmengen umstrittenes Thema in der Chirurgie. Die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie e.V. (DGCH) und der Berufsverband der Deutschen Chirurgen e.V. (BDC) warnen vor einer generellen Ausweitung der Mindestmengenregelungen, bevor sich bisher eingeführte Vorgaben nicht eindeutig bewährt haben. „Wir benötigen evidenzbasierte Ergebnisse der bisherigen Regelungen“, fordert Prof. Dr. med. Dr. h.c. Hans-Joachim Meyer, Präsident des BDC und Generalsekretär der DGCH.

Die DGCH und der BDC sprechen sich für die Spezialisierung in der Chirurgie aus – somit auch für die verstärkte Zentralisierung von Expertise. „Sehr komplexe Eingriffe, vor allem bei bösartigen Erkrankungen, wie zum Beispiel Operationen der Bauchspeicheldrüse oder Speiseröhre sollten nur in Kliniken mit entsprechenden Fallzahlen und der notwendigen Erfahrung durchgeführt werden. Die Höhe der Fallzahlen bzw. die Erfahrung muss dann aber ganz klar durch Studien belegt sein und muss sich an eindeutig definierten Schwellenwerten orientieren“, so Meyer. „Es ist unklar, ob die eingeführten Mindestmengen generell die Qualität steigern – die Datenlage ist

nicht eindeutig.“ „Derzeit wird das Instrument der Mindestmengenregulierung politisch im Wesentlichen zur Reduktion bestimmter Eingriffe genutzt“, kritisiert die BDC-Vizepräsidentin Prof. Dr. med. Julia Seifert.

Für einige Operationen wie den Einsatz eines künstlichen Kniegelenks (Kniegelenk Totalendoprothese/Knie-TEP) gilt laut Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses bereits eine jährliche Mindestmenge von 50 Stück. Krankenhäuser dürfen also nur bei voraussichtlich erbrachter Fallzahl diese Leistung bei gesetzlichen Krankenversicherungen geltend machen. „Ob diese Mindestzahl allerdings einen adäquaten Cut-off-Wert darstellt, ab dem die Qualität gesichert ist oder steigt, ist vollkommen ungeklärt und wurde bisher auch nie wissenschaftlich untersucht“, erklärt Seifert.

„Jede Ausweitung von Mindestmengenregelungen innerhalb der Chirurgie muss detailliert geprüft werden – vor allem müssen den geforderten Mindestmengen evidenzbasierte Studien zugrunde liegen. Eine weitere Ausweitung kann nicht als alleiniges Qualitätsmerkmal in der Chirurgie gelten, denn Mindestmengen sind kein Allheilmittel gegen Schwächen des Gesundheitssystems. Allerdings sind Mindestmengenvorgaben bei komplexen operativen Eingriffen für die Behandlungsqualität und Sicherheit für den Patienten durchaus zu fordern“, so Meyer. ○

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



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

AKTUELLE MELDUNGEN

Folgen des Brexit für die Chirurgie

21.03.2017 Deutsche Gesellschaft für Chirurgie e.V.

BÄK fordert mehr Schutz für Ärzte vor Gewalt

17.03.2017 Bundesärztekammer

Gleichstellung in der Medizin

08.03.2017 Deutscher Ärztinnenbund e.V.

Personalanhaltszahlen im Krankenhaus

08.03.2017 Hartmannbund, Deutsche Krankenhausgesellschaft

BDC⁺ Reserve der Kassen steigt auf satte 25 Milliarden Euro

07.03.2017 Presseagentur Gesundheit

Neues KBV-Führungstrio gewählt

03.03.2017 Kassenärztliche Bundesvereinigung

Gesundheitspolitik nach der Wahl: Welche Zukunft hat der Facharzt in Klinik und Praxis?

01.03.2017 BDC, BNC, BAO

Ein Kommentar: Donald Trumps Traum von der Planwirtschaft

01.03.2017 M. Schön

AOK fordert schärfere Mindestmengenregelungen für mehr Qualität im Krankenhaus

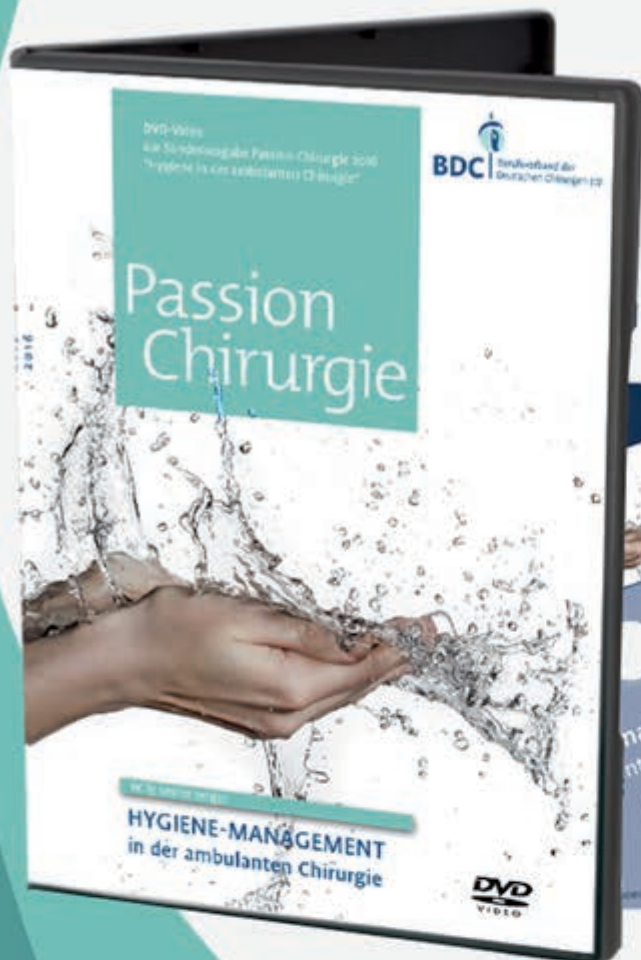
01.03.2017 AOK-Bundesverband GbR

www.bdc.de/politik/

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,-



RUBRIK

INTERN DGCH



© Istock / Ruskpp

Scholarship of the German Society of Surgery

As a physician and a surgeon, I was very grateful and happy for the fact that I was a recipient of the scholarship of The German Association of Surgeons, which represented an extraordinary opportunity to see a modern clinic, specialized in general, visceral and endocrinal surgery. Being a physician in general surgery, I was privileged to extend my knowledge and get the experience from outstanding general, open colorectal and laparoscopic surgery practitioners, and to acquire a part of their rich knowledge and practice and to apply it on my return at the clinic where I work. The opportunity was both motivating and challenging.

On the 1st November, 2016, I came to Klinikum Neuperlach, which is Teaching Hospital of the Ludwig-Maximilians-University in Munich, where I was first introduced to my mentors, the experts I learned from - Prof. Natasha Nüssler, the chief of general, visceral and endocrine surgery and Dr. Reinhard Ruppert, the chief of coloproctology. I stayed at the clinic until the end of December. The Klinikum Neuperlach is focused on surgical oncology of gastrointestinal tract, mainly colorectal, hepatobiliary and pancreatic surgery.

Thanks to my mentors, the lack of my knowledge of German language did not represent any obstacle. Prof. Dr. Nüssler

DR. VANJA PECIC, MSC
Clinic for General Surgery
Clinical Center Nis
Serbia

is - first of all - a lady and an extraordinary human being and a wonderful and knowledgeable expert. Above all, she is an extremely kind and friendly person willing to help and share her knowledge and experience, make them accessible to me and she showed the immediacy from the very beginning. I was lucky that we could communicate in English. Professor Nüssler's presence was inspiring as well as the fact that she is very successful doing her job, which is according to the tacit agreement attributed to men.

I am also grateful to and full of admiration for Dr. Ruppert. His instructions and detailed explanation during the surgical procedures were of enormous help to me. I appreciate

the fact that he shared his professional time with me and accepted me as his assistant as well as his patience, professionalism and his readiness to answer my questions and share lots of information from his experience.

I cannot thank enough both Professor Nüssler and Dr Ruppert.

I also have to thank Dr. Thomas Kiler and Dr. Boris Kirchdorfer for their hospitality, kindness and the knowledge they shared.

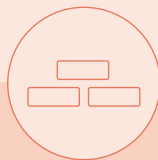
The knowledge and experience in the area of hepatobiliar, pancreatic and colorectal surgery that I acquired from the Neuperlach team is precious and it will help me enormously in my future surgical practice on my clinic. ○



PECIC V. SCHOLARSHIP OF THE
GERMAN SOCIETY OF SURGERY.
PASSION CHIRURGIE. 2017 APRIL,
7(04): ARTIKEL 06_01.

SPENDENAUFRAF

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 Eingangsfloor angebracht, würdigen wir die Spender. Sie werden auch in der Mitgliederzeitschrift „Passion Chirurgie“ bekannt gegeben.

Überweisungen mit Angabe von Namen und Adresse des Spenders werden erbeten auf das Konto der DGCH bei der Deutschen Apotheker- und Ärztebank Berlin, IBAN DE54 3006 0601 0005 2983 93, BIC DAAEEDXXX 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. med. Dr. h.c. H.-J. Meyer

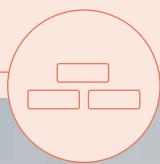
Generalsekretär

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 Bächler,
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
Herr Dr. med. Ernst Derra und Frau Dr. med.
Hildegard Derra-Henneke, Düsseldorf und
München
in memoriam Prof. Dr. med. Dr. h. c. mult.
Ernst Derra, Düsseldorf

BAUSTEIN IN SILBER

Herr Prof. Dr. med. Leonhard Schweiberer,
München
Herr Prof. Dr. med. Klaus Junghanns,
Ludwigsburg
Herr Prof. Dr. med. Hartwig Bauer, Neuötting
Herr Prof. Dr. med. Hendrik Dienemann,
Thoraxklinik Heidelberg
Herr Prof. Dr. med. habil. Dr.-Ing. Dr. med.
h. c. Michael Ungethüm, Tuttlingen
Herr Prof. Dr. med. Hartmut Siebert,
Schwäbisch-Hall
Herr Prof. Dr. med. Karl Herbert Welsch,
München
Herr Prof. Dr. med. Stefan Wysocki,
Heidelberg
Herr Dr. med. Jürgen Meier zu Eissen,
Hannover
Herr Prof. Dr. med. Stefan Post, Mannheim
Herr Prof. Dr. med. Wolf Mutschler, München
Frau Prof. Dr. med. Ursula Schmidt-
Tintemann, Vaterstetten
Herr Prof. Dr. med. Matthias Rothmund,
Marburg
Herr Prof. Dr. med. Christian H. Siebert,
Hannover
Herr Prof. Dr. med. Volker Bühren, Murnau
Herr Dr. med. Abdullah Mury, Heide
Herr Dr. med. Andreas Ungeheuer, München
Herr Prof. Dr. med. Wolf Schellerer, Bamberg
Herr Prof. Dr. med. Tilman Mischkowsky,
Berlin
Herr Prof. Dr. med. Hans-Joachim Wiendl,
Bamberg
Herr Prof. Dr. med. Klaus Roosen, Würzburg
Herr Prof. Dr. med. Dr. h. c. Gert Carstensen,
Mülheim
Herr Prof. Dr. med. Peter M. Vogt, Hannover
Herr Prof. Dr. med. Fritz L. Rueff, München
Herr Prof. Dr. med. Karl-Joseph Paquet, Bad
Kissingen
Herr Prof. Dr. med. Dr. h. c. Volker
Schumpelick, Aachen
Herr Prof. Dr. med. Yoshiki Hiki, Tokio / Japan
Herr Prof. Dr. med. Hans-Bernd Reith,
Konstanz
Herr Dr. med. Goswin von Mallinckrodt,
München
Herr Prof. Dr. med. Lothar Kinzl, Ulm
Frau Ingrid und Herr Dr. med. Robert Raus,
Riedlingen

Frau Dr. med. Ursula Engel, Hamburg
Enddarm-Zentrum Bietigheim,
Herr Dr. med. Wolfgang Pfeiffer,
Herr Dr. med. Markus Piro-Noack,
Herr Dr. med. Edgar Kraft
Herr Prof. Dr. med. Thomas Rüedi,
Maienfeld / Schweiz
in memoriam Prof. Dr. med. Martin
Allgöwer, Chur / Schweiz
Herr Prof. Dr. med. Gert Specht, Berlin
Herr Prof. Dr. med. Henning Weidemann,
Berlin
Herr Prof. Dr. med. Otto Scheibe, Stuttgart
in memoriam Prof. Dr. med. Helmut
Remé, Lübeck
Herr Prof. Dr. med. Stephan Langer,
Mönchengladbach
Herr Dr. med. José Luis Narro, Köln
Herr Prof. Dr. med. Wolfgang Ulf Wayand,
Linz
Herr Prof. Dr. med. Werner Grill, Starnberg
Herr Prof. Dr. med. Fritz Kümmerle, Mainz
Herr Prof. Dr. med. Dr. h. c. mult. Friedrich
Stelzner, Bonn
Herr Prof. Dr. med. Günther Vetter, Bad Vilbel
in memoriam Prof. Dr. med. Hans-
Bernhard Sprung, Dresden
Frau Dr. med. Eva Böhlau, Bad Soden
1991–2011 DGT in memoriam
Prof. Dr. med. Ingolf Vogt-Moy- kopf
zum 80. Geburtstag
Herrn Prof. Dr. med. Gerhard Krönung,
Wiesbaden
Herr Prof. Dr. med. Alois Fürst
Herr Dr. med. Arthur Heiligensetzer
Herr Dr. med. Peter Sauer
Herr Dr. med. Bernfried Pikal
Herr Dr. med. Johannes Winfried Pruy
in memoriam Prof. Dr. med. Johannes
Christian Dobroschke, Regensburg
Herr Prof. Dr. med. Christian Müller,
Hamburg
Herr Dr. med. Friedrich Klee, Heidelberg
Herr Prof. Dr. med. Karl Dinstl, Wien
in memoriam Prof. Dr. K. Keminger
Herr Prof. Dr. med. Axel Richter, Hildesheim
Herr Prof. Dr. med. Ernst Teubner, Göppingen
Herr Prof. Dr. med. Martin Büsing,
Recklinghausen;
Herr Dr. med. Helge Hölzer, Stuttgart
in memoriam Prof. Dr. med. Gerhard
Köveker, Sindelfingen und Böblingen

Herr Dr. med. Friedemann Schreiter,
Hamburg

Herr Prof. Dr. med. Dr. h. c. Hans-Joachim
Meyer, Hannover

Herr Prof. Dr. med. Konrad Schwemmle,
Linden

Herr Dr. med. Frank U. Zittel, Frankenthal
in memoriam Prof. Dr. med. Richard
Xaver Zittel

Herr Prof. Dr. med. Wulf Brands, Karlsruhe
in memoriam Dr. med. Hartmut Wirth,
Mannheim

Herr Prof. Dr. med. habil. Dieter Bokelmann,
Essen
in memoriam Dr. med. Ottmar Kohler,
Idar-Oberstein

Herr Prof. Dr. med. Hermann 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
Spath

Herr Prof. Dr. med. Dr. h. c. Helmut Wolff,
Berlin

Herr Dr. med. Christoph Bubb, Landshut
Deutsche Gesellschaft für Kinderchirurgie
e.V.

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

Herr Dr. med. Radovan Stojanovic, Kassel

DGCH-PRÄSIDIUM



AB 1. APRIL 2017

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	P. Schmittenebecher, Karlsruhe
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	W. Harringer, Braunschweig
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

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

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





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



NOCH NICHT GEWUSST?

4x
IM JAHR
GEDRUCKT

12x
IM JAHR ALS
eMAGAZIN



PASSION **CHIRURGIE**



erhältlich im App Store
und bei Google Play

DAS MAGAZIN DER DGCH UND DES BDC ALS eMAGAZIN

MONATLICH ÜBER DIE BDC | MOBILE APP LESEN.

RUBRIK

INTERN BDC

Wolfgang Müller-Osten-Medaille verliehen



Abb. 1: M. Giensch, J. Rüggeberg, W. Boxberg (v. l. n. r.)

Im Rahmen des Bundeskongresses Chirurgie in Nürnberg wurden zwei Wolfgang-Müller-Osten-Medaillen durch den BDC-Vorstand verliehen. Der BDC verlieh diese Ehrenmedaillen für besonders großes Engagement im BDC an Herrn Dr. med. Boxberg und Herrn

Dr. Giensch, die sich in besonderer Weise für die Interessen unserer Mitglieder eingesetzt haben.

Wir danken den Geehrten für ihren herausragenden Einsatz zum Wohle der Chirurginnen und Chirurgen. ○

DR. MED. WERNER BOXBERG

Besondere Anerkennung gebührt Werner Boxberg für seinen Einsatz um die Belange der Durchgangsärzte. Seiner ehrenamtlichen Arbeit ist es mit zu verdanken, dass der BDC gemeinsam mit den Partnern der gesetzlichen Unfallversicherung Schlichtungsstellen einrichten konnte, die wesentlich zur Erleichterung der Arbeitsbedingungen beitragen.

DR. MED. MANFRED GIENSCH

Besondere Anerkennung gebührt Manfred Giensch für seine jahrzehntelange ausgleichende und innerhalb der Kollegenschaft vermittelnde Führung des Landesverbandes Hamburg. Mit dieser Haltung hat er auch in seiner Zeit als Vorsitzender des BNC wesentlich zu einer Annäherung mit dem BDC beigetragen und damit den Chirurgen in Deutschland insgesamt einen großen Dienst erwiesen.

BDC. Wolfgang Müller-Osten-Medaille verliehen.
Passion Chirurgie. 2017 April, 7(04): Artikel
07_02.



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

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)



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



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



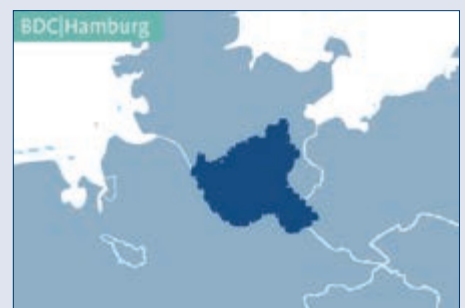
https://www.bdc.de/der-bdc-2/struktur/bdc-landesverbaende/?association_id=304



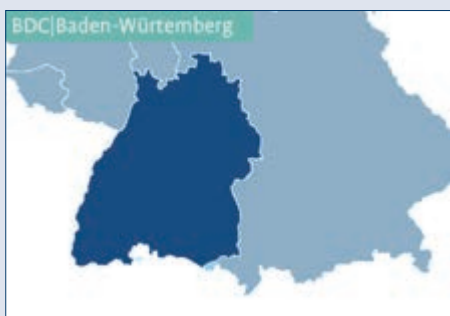
https://www.bdc.de/der-bdc-2/struktur/bdc-landesverbaende/?association_id=305



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



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



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



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



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



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



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



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



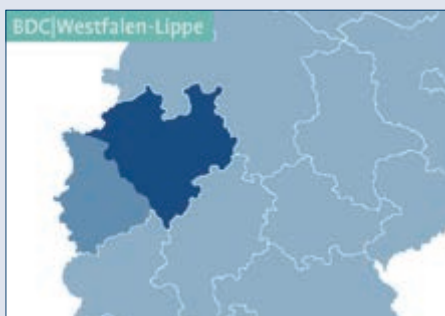
https://www.bdc.de/der-bdc-2/struktur/bdc-landesverbande/?association_id=298



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



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



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



www.bdc.de





Neue Versorgungsmodelle – Krankenhäuser und chirurgische Praxen als Konkurrenten oder als Partner?



WEITERE PRESSEMITTEILUNGEN:

JOURNALISTENPREIS DER DEUTSCHEN CHIRURGEN WÜRDIGT „EIN KRANKES HAUS“

BDC-Pressemitteilung vom 11.03.2017

NEUE VERSORGUNGSMODELLE – KRANKENHÄUSER UND CHIRURGISCHE PRAXEN ALS KONKURRENTEN ODER ALS PARTNER?

BDC-Pressemitteilung vom 10.03.2017

GESUNDHEITSPOLITIK NACH DER WAHL: WELCHE ZUKUNFT HAT DER FACHARZT IN KLINIK UND PRAXIS?

BDC-, BNC-, BAO-Pressemitteilung vom 01.03.2017

www.bdc.de/presse/

Berlin/Nürnberg, 10. März 2017: Modelle sektorenübergreifender Versorgung sind dringend notwendig, um den aktuellen Herausforderungen des Gesundheitswesens zu begegnen. Die Zunahme chronischer Erkrankungen in Deutschland, die demografische Entwicklung, aber auch Faktoren wie die Landflucht und die steigenden Informationsmöglichkeiten der Patienten sorgen für einen Wandel in der medizinischen Versorgung. Ob Krankenhäuser und chirurgische Praxen innerhalb dieser neuen Versorgungsmodelle als Partner oder Konkurrenten auftreten, diskutieren Chirurgen auf dem diesjährigen Bundeskongress Chirurgie vom 10. bis zum 12. März 2017 in Nürnberg.

Es seien dringend innovative Konzepte notwendig, welche die bisherige sektorale Organisation des Gesundheitswesens überwinden

helfen, sagt Dr. med. Peter Kalbe, Referatsleiter der niedergelassenen Chirurgen des Berufsverbandes der Deutschen Chirurgen e.V. (BDC). „Bisherige Versorgungssysteme haben einen Keil zwischen den ambulanten und den stationären Sektor getrieben. Es ist eine Konkurrenzsituation entstanden, die wir beseitigen müssen.“ Laut Kalbe könnten die zukünftigen Herausforderungen des Gesundheitswesens nur durch Kooperation und sektorenverbindende Zusammenarbeit gemeistert werden. „Wir Chirurgen müssen das alle verinnerlichen“, fordert Kalbe.

„Um noch patientenorientierter behandeln zu können, genügt es allerdings nicht, dass wir als Ärzte zusammenarbeiten wollen, sondern es ist Aufgabe der Politik, die notwendigen Rahmenbedingung zu schaffen, um Sektorengrenzen in der prä-, peri- und postoperativen Versorgung weiter abbauen zu können“, so Kalbe.

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



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



Journalistenpreis der Deutschen Chirurgen würdigt „Ein krankes Haus“

Berlin/Nürnberg, 11. März 2017: Der Berufsverband der Deutschen Chirurgen e.V. (BDC) hat heute den herausragenden Medienbeitrag „Ein krankes Haus“ aus DER SPIEGEL (51/2016) mit dem Journalistenpreis der Deutschen Chirurgie ausgezeichnet. Im Rahmen des Bundeskongress Chirurgie verlieh der Präsident des BDC, Prof. Dr. med. Dr. h.c. Hans-Joachim Meyer, den mit 1.500 Euro dotierten Preis an die Autoren.

Kristina Gnirke, Isabell Hülsen und Martin U. Müller erhielten den Journalistenpreis der Deutschen Chirurgen 2017 für ihren Beitrag „Ein krankes Haus“. Er erschien am 17. Dezember 2016 in DER SPIEGEL. Ein privater Klinikkonzern steht im Fokus des Artikels. Gnirke, Hülsen und Müller thematisieren die Ökonomisierung der Krankenhäuser in Deutschland an einem konkreten Beispiel. Die Gesamtsystemproblematik des deutschen Gesundheitssystems wird ausgewogen und fundiert dargestellt.

„Die Folgen unseres kränkelnden Gesundheitssystems werden in „Ein krankes Haus“

anhand eines Beispiels nachvollziehbar für die breite Masse aufgezeigt. Der immer weiter steigende Druck, der auf Ärzten und Pflegepersonal in deutschen Kliniken lastet, wird für den Leser sehr deutlich“, so Meyer. „Daher hat sich die Jury einstimmig für diesen Beitrag entschieden.“

Mit dem Journalistenpreis der Deutschen Chirurgen zeichnet der BDC jährlich journalistische Arbeiten aus, in denen chirurgische Themen aus Ärzte- und/oder Patientensicht differenziert und faktenbasierend dargestellt werden. Der BDC fördert mit dem Preis die anspruchsvolle Aufbereitung chirurgischer und gesundheitspolitischer Themen.

Der Bewerbungsschluss für den Journalistenpreis der Deutschen Chirurgen endet jedes Jahr am 15. Dezember. Eingereicht werden können Beiträge, die im davor laufenden Jahr in einem deutschsprachigen Medium erschienen sind.

Die Preisverleihung fand im Rahmen des Politischen Vormittages beim Bundeskongress Chirurgie in Nürnberg statt. ○

BDC. Wolfgang Müller-Osten-Medaille verliehen.
Passion Chirurgie. 2017 April, 7(04): Artikel
07_02.



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

Abb. 1: K. Gnirke, Dr. J. Ruggberg/BDC und Martin U. Müller (v. l. n. r.)



BDC-PRESSESPIEGEL

25.03.2017, MEDMIX Newsroom

Choosing wisely in der Chirurgie

Die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (DGCH) engagiert sich schon seit vielen Jahren dafür, überflüssige Untersuchungs- und Behandlungsverfahren konsequent zu vermeiden.

21.03.2017, MEDMIX Newsroom

Facharztsäule Allgemeinchirurgie

Bei der erneut angestrebten Novellierung der Musterweiterbildungsordnung steht die Facharztsäule Allgemeinchirurgie nach wie vor zur Diskussion.

17.03.2017,

Die Klinik der Zukunft – Schöner wohnen im Krankenhaus

Ein Lied gibt dem Patientenzimmer der Zukunft seinen Namen, ein Song aus dem Jahr 1969: "In the year 2525" hatten die Entwickler der Initiative Green Hospital im Ohr, als sie nach zweijähriger Forschungsarbeit nach einem Titel für ihr Modellprojekt suchten.

14.03.2017, WAZ

Chirurgen machen sich für ärztliche Freiberuflichkeit stark

Chirurgen haben ein klares Bekenntnis der Politik zur ärztlichen Freiberuflichkeit gefordert. Im Rahmen des 19. Bundeskongresses Chirurgie kritisierten die ausrichtenden Berufsverbände, dass der für eine freiberufliche Tätigkeit erforderliche Handlungsspielraum immer weiter beschnitten werde.

13.03.2017, Ärzteblatt

Chirurgen warnen vor überstürzter Ausweitung von Mindestmengenregelungen

... warnen die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (DGCH) und der Berufsverband der Deutschen Chirurgen (BDC). Nötig seien evidenzbasierte

11.03.17, MedKolleg

Journalistenpreis der Deutschen Chirurgen würdigt "Ein krankes Haus"

Der Berufsverband der Deutschen Chirurgen e.V. (BDC) hat heute den herausragenden Medienbeitrag "Ein krankes Haus" aus DER SPIEGEL (51/2016) mit dem Journalistenpreis der Deutschen Chirurgen ausgezeichnet. Im Rahmen des Bundeskongress Chirurgie verlieh der Präsident des BDC, Prof. Dr. med. Dr. h.c. Hans-Joachim Meyer, den mit 1.500 Euro dotierten Preis an die Autoren.

www.bdc.de/presse/

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



PRESSE-KONTAKT BDC:
JULIA WEILBACH
TELEFON 030/28004-200
PRESSE@BDC.DE

PERSONALIA



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

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.

Dr. med. Raimund Bauer ist seit dem 01. März der neue Chefarzt der Unfallchirurgie des Kreiskrankenhauses Bogen, die auf die Diagnostik und Therapie von Erkrankungen und Verletzungen des Bewegungsapparates spezialisiert ist.

Dr. med. Mathias Bender, trat zum Jahresanfang die Nachfolge von **Dr. med. Hermann Wilkening** als Chefarzt der medizinischen Fachabteilung für Unfallchirurgie an der Klinik Neustadt a. d. Aisch an. Wilkening ging nach über 17 Jahren an der Klinik in den Ruhestand. Bender, der gleichzeitig Chefarzt der Abteilung für Unfallchirurgie, Orthopädie, Endoprothetikzentrum in Bad Windsheim ist, erhält durch **Dr. med. Christoph Seemüller** Verstärkung, der seit Februar als neuer leitender Arzt der Unfallchirurgie operativ tätig ist.

Jörg Flecke, zuvor Oberarzt der Abteilung Plastische, Hand- und Wiederherstellungschirurgie im Klinikum der Stadt Soest, hat sich zum 01. Januar 2017 in einer Chirurgisch-Orthopädische Praxis in Paderborn niedergelassen.

Dr. med. Tanja Frieß ist seit 01.01.2017 Chefarztin der Gefäßchirurgie im Katholischen Klinikum Mainz. Sie leitet die Abteilung im Kollegialsystem zusammen mit Herrn Prof. Dr. med. Walther Schmiedt.

PD Dr. med. Nils Habbe ist seit März 2017 neuer Chefarzt der chirurgischen Abteilung an der DKD-Helios-Klinik Wiesbaden. Der Facharzt für Allgemein- und Viszeralchirurgie

möchte den bereits etablierten Schwerpunkt der kolorektalen Chirurgie und Koloproktologie an den DKD weiter ausbauen.

PD Wolfgang Harringer Chefarzt der Klinik für Herz-, Thorax- und Gefäßchirurgie am Städtischen Klinikum Braunschweig, folgt **Prof. Armin Welz**, Direktor der Klinik für Herzchirurgie des Universitätsklinikums aus Bonn, in seinem Amt des Präsidenten der Deutschen Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie (DGTHG). Neuer erster Vizepräsident, wurde **Prof. Anno Diegeler**, Chefarzt der Klinik Herz- und Gefäßchirurgie Bad Neustadt. Als neuer Sekretär der Deutschen Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie wurde Oberstarzt **Prof. Andreas Markewitz**, Direktor der Klinik für Herz- und Gefäßchirurgie am Bundeswehr-Zentralkrankenhaus in Koblenz, ernannt.

Michael Hauptmann, Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie und zuvor Oberarzt der Kinder- und Neuroorthopädie der Schön Klinik München Harlaching, ist seit Februar 2017 im MVZ Dres. Kratzer, Mayring & Kollegen in Rottach-Egern tätig.

Hans-Peter Hillmeier, ehemaliger Oberarzt der Allgemein-, Viszeral- und Gefäßchirurgie der Neckar-Odenwald-Kliniken in Buchen, ist seit Januar dieses Jahres niedergelassener Arzt in einer Chirurgischen Gemeinschaftspraxis in Mosbach.

Herr Dr. med. Bernd Kisse ist seit 01.07.2016 Leitender Arzt des Fachzentrums Hand-, Brust-



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

& Plastische Chirurgie in der Schön Klinik Neustadt in Holstein.

Dr. med. Heiko Lienhard übernahm zum 01. März 2017 die Leitung der Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie am HELIOS Klinikum Warburg. Der Experte für die minimal-invasive Behandlung von Erkrankungen im Bauchraum war zuvor Chefarzt an der Klinik in Bad Wildungen.

Dr. med. Magdy Ramzy, Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie sowie Fach-

arzt für Chirurgie ist seit Anfang dieses Jahres Chefarzt der Unfallchirurgie im Krankenhaus Maria-Hilf in Stadtlohn.

Dr. med. Martin Rinio, Facharzt für Chirurgie sowie Orthopädie und Unfallchirurgie, ist seit Mitte Februar als niedergelassener Arzt im EndoProthetikZentrum (EPZ) in Grudelfingen tätig.

Dr. med. Katja Staade wechselte zum 01.03.2017 als Chefarztin vom Dominikus-Krankenhaus in Düsseldorf an das Helios Kli-

nikum Niederberg in Velbert und leitet dort die Abteilung für Allgemein- und Viszeralchirurgie.

Prof. Dr. med. Carolin Tonus, Chefarztin der Allgemein- und Viszeralchirurgie in der Asklepios Klinik St. Georg in Hamburg, wurde vom "Leading Medicine Guide" als Darmexperten ausgezeichnet. Gemeinsam mit der Strahlentherapeuten Privatdozentin Dr. Silke Tribius baut sie an der Klinik den neuen Schwerpunkt der intraoperativen Strahlentherapie auf. ○

Termine BDC | Akademie

CURRICULUM BASISCHIRURGIE							
DATUM		ORT	KURS-NR.	SEMINARTITEL	WISSENSCHAFTLICHER LEITER	PREIS MITGLIED	PREIS NICHT-MGL
28.04.17		Berlin	2017-21525	Workshop "Simulationstraining Notfallmanagement"	Dr. Jan Baus	450,00	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
29.06.17	01.07.17	Hamburg	2017-21666	Common Trunk	Prof. Dr. Wolfgang Schwenk; Prof. Dr. med. Bernhard Reith; Prof. Roblich	400,00	600,00
06.09.17	09.09.17	Braunschweig	2017-21661	Common Trunk	Prof. Dr. Dr. h.c. Guido Schumacher	400,00	600,00
22.09.17		Berlin	2017-21526	Workshop "Simulationstraining Notfallmanagement"	Dr. Jan Baus	450,00	600,00
22.09.17	23.09.17	Leipzig	2017-21521	Seminar "Notfallmanagement im Bereitschaftsdienst"	Dr. Ehrhardt Weiß	100,00	200,00

FACHARZTVORBEREITUNG							
DATUM		ORT	KURS-NR.	SEMINARTITEL	WISSENSCHAFTLICHER LEITER	PREIS MITGLIED	PREIS NICHT-MGL
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
04.09.17	08.09.17	Erfurt	2017-23822	Facharztseminar – Orthopädie / Unfallchirurgie	Prof. Dr. Thomas Mückley	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
27.04.17	28.04.17	Berlin	2017-22405	CAMIC 3: Laparoskopische Nahttechniken	Prof. Dr. Ferdinand Köckerling	400,00	600,00
11.05.17	12.05.17	Berlin	2017-22410	Basis Kurs Adipositaschirurgie	Prof. Dr. Volker Lange	400,00	600,00
12.05.17	13.05.17	Hamburg	2017-23862	Fußchirurgie II	Dr. Ralph Springfeld; Prof. Dr. Maximilian Faschingbauer	500,00	650,00
17.05.17	19.05.17	Berlin	2017-23681	Endokrine Chirurgie	Prof. Dr. Thomas Steinmüller	250,00	450,00
18.05.17	19.05.17	Berlin	2017-22407	CAMIC 4: Laparoskopische kolorektale Chirurgie	Prof. Dr. Ferdinand Köckerling	400,00	600,00
19.05.17	20.05.17	Bonn	2017-23633	Kindertraumatologie für D-Ärzte	Prof. Dr. Christof Burger; PD Dr. Hans Goost; Prof. Dr. Axel Prokop	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. Wensch	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
21.09.17	22.09.17	Berlin	2017-22403	CAMIC 2: Endoskopische Hernienchirurgie	Prof. Dr. Ferdinand Köckerling	400,00	600,00
22.09.17	23.09.17	Berlin	2017-23865	Fußchirurgie Seminar 3	Dr. Dan-Henrik Boack	500,00	650,00
22.09.17	23.09.17	Dresden	2017-23824	OP-Kurs Ellenbogen	Prof. Dr. Wolfgang Schneiders; Prof. Dr. Guido Fitze	400,00	600,00

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
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
10.06.17		Berlin	2017-27706	Abrechnungsseminar EBM	Dr. Jörg-A. Rüggeberg	140,00	240,00

DATUM		ORT	KURS-NR.	SEMINARTITEL	WISSENSCHAFTLICHER LEITER	PREIS MITGLIED	PREIS NICHT-MGL
10.06.17		Berlin	2017-27701	Abrechnungsseminar GOÄ und BG	Dr. Peter Kalbe	140,00	240,00
22.09.17	23.09.17	Köln	2017-25820	Begutachtung von Berufskrankheiten	Dr. med. Ekkehard Hierholzer	300,00	500,00

DATUM		ORT	KURS-NR.	SEMINARTITEL	WISSENSCHAFTLICHER LEITER	PREIS MITGLIED	PREIS NICHT-MGL
05.05.17	06.05.17	Berlin		Mastertrainer BDC/BDI/BVOU für die Strukturierte Facharztweiterbildung	Dr. Jörg Ansorg; Prof. Michael Denking; Dr. Norbert Hennes; Prof. Dr. Marcus Siebolds	200,00	350,00
05.05.17	06.05.17	Berlin	2017-24707	Abschlusscolloquium Fortbildung für Hygienebeauftragte Ärzte (HBA)	Prof. Dr. Julia Seifert; Prof. Dr. Axel Kramer		

Luisenstr. 58/59, 10117 Berlin



Hygienebeauftragter Arzt (HBA)

- - Zertifizierter Kurs
- - Anerkannte strukturierte curriculare Fortbildung gemäß Mustercurriculum der Bundesärztekammer
- 21 Online-Lernmodule
- 2 Tage Präsenzveranstaltung
- Abschlusscolloquium & Testat
- Teilnahmezertifikat
- 2 Jahre Learning Community - Ärzte

meduplus

60 CME-Punkte!



www.ecme-center.org/hba



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 Chirurgeninnen 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	Ort	Seminartitel	Wissenschaftlicher Leiter	Preis Mitglied	Preis Nicht-Mitglied
20.04.2017	22.04.2017	Berlin	DGOOC Kurs 2017 - Schulter	Intercongress GmbH		
05.05.2017	06.05.2017	München	Munich Shoulder Fracture Course 2017	Intercongress GmbH		
06.05.2017	06.05.2017	Berlin	Aktuelle Proktologie	MCE Medical Congresses & Events e.K.	20,00	20,00
08.05.2017	12.05.2017	Köln	Zertifizierter 1-wöchiger Fortbildungsgang: Praxismanager/in (IHK)	Frielingsdorf Consult GmbH	2.266,95	2.499,00
08.05.2017	11.05.2017	Bochum	Basiskurs Laparoskopische Chirurgie	AESULAP AKADEMIE GMBH	585,00	650,00
10.05.2017	12.05.2017	Berlin	Aufbaukurs Laparoskopische Hernienchirurgie	AESULAP AKADEMIE GMBH	690,00	740,00
11.05.2017	13.05.2017	Tuttlingen	Basiskurs Minimal Invasive Kinderchirurgie	AESULAP AKADEMIE GMBH	550,00	590,00
12.05.2017	13.05.2017	München	Komplexe Hüftchirurgie 2017	Intercongress GmbH		
12.05.2017	12.05.2017	Köln	Betriebswirtschaftliche Praxisführung	Frielingsdorf Consult GmbH	390,00	490,00
13.05.2017	14.05.2017	Wendisch Rietz	Aufbauseminar intensivmedizinische Fachpflege (AFI)	Medizinisches Kompetenzzentrum c/o HCx Consulting GmbH	540,00	540,00
15.05.2017	16.05.2017	Berlin	Führen neu verstehen - Interaktiver Workshop zur erfolgreichen Führung unterschiedlicher Generationen im Klinik- und Praxisalltag	AESULAP AKADEMIE GMBH	650,00	650,00
15.05.2017	18.05.2017	Bochum	Basiskurs Laparoskopische Chirurgie	AESULAP AKADEMIE GMBH	585,00	650,00
17.05.2017	20.05.2017	Ulm	30. Jahrestagung der Deutschsprachigen Medizinischen Gesellschaft für Paraplegie e. V.	Conventus Congressmanagement & Marketing GmbH		
18.05.2017	20.05.2017	Ludwigsburg	24. Jahreskongress der Deutschen Vereinigung für Schulter- und Ellenbogenchirurgie	Intercongress GmbH		
18.05.2017	20.05.2017	Berlin	DGOOC Kurs 2017 - Fuß	Intercongress GmbH		
15.06.2017	17.06.2017		19. Kurs zur Analyse und Korrektur von Beindefor- mitäten	Gesellschaft für Extremitätenverlän- gerung und rekonstruktion		
15.06.2017	17.06.2017	Osnabrück	199. NDCH Tagung, Osnabrück	Vereinigung Norddeutscher CHirur- gen (NDCH) e.V.	75,00	75,00
16.06.2017	17.06.2017	Berlin	44. Jahrestagung der DGPR	Intercongress GmbH		
05.07.2017	08.07.2017	Gmund am Tegernsee	9. Tegernseer Schulter- und Ellenbogenkurs	Intercongress GmbH		

LIFESTYLE- ANGEBOTE

im April 2017

%

15 %



LEONARDO: 15 % FÜR BDC-MITGLIEDER

25 %



SEIDENSTICKER: 25 % FÜR BDC-MITGLIEDER

<20 %



SIXT: <20 % RABATT FÜR BDC-MITGLIEDER

41 %



HEIDE PARK RESORT: 41 % 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.



Werde

RestauratorIn

Kein Durchschnittsjob:
ChirurgIn

www.chirurg-werden.de

Vom Chirurg zum Traumschiff-Doc

Bis zu 20-mal in der Woche legte er als Gefäßchirurg im OP-Saal die Lupenbrille an. Nach seiner Pensionierung wollte der Ex-Chefarzt den weiten Blick aufs Meer genießen und stach als Schiffsarzt in See. Ab und an kehrt Dr. med. Gunter Schimmel zurück ans St.-Adolf-Stift, um von seiner zweiten Berufung auf Luxuslinern zu berichten.



PANORAMA

"Die etwas andere Rente"



ANNE MÜLLER

Redakteurin

Bergedorfer Zeitung

anne.mueller@bergedorfer-zeitung.de

**DR. MED. GUNTER SCHIMMEL**

Ex-Chefarzt der Reinbeker Gefäßchirurgie Dr. med. Gunter Schimmel heuerte im Ruhestand als Schiffsarzt an und hat seitdem auf Luxuslinern mehr oder weniger die „ganze“ Welt gesehen.

ZWEITE KARRIERE NACH DER PENSIONIERUNG

Im Herbst 2011 hatte Dr. Schimmel seine „zweite Karriere“ begonnen. Zuvor waren mehrere Lehrgänge notwendig, unter anderem um für eventuelle Rettungseinsätze auf hoher See gut vorbereitet zu sein. Innerhalb von vier Jahren hat er nun bereits sieben Einsätze, die bis zu zehn Wochen dauerten, als Schiffsarzt absolviert. Dabei steuerte er auf einer Weltreise über fünf Kontinente so exo-

tische Ziele wie Neukaledonien, Bora Bora, Tahiti und die Osterinsel an.

„In guter Erinnerung blieben mir auch die Eisberg-Safari in Grönland und eine Gletschereis-Party in Spitzbergen sowie die beiden spektakulären Durchfahrten des Panama- und Suezkanals“, schildert er besonders aufregende Erlebnisse. Aber auch pulsierende Millionenstädte wie Dubai, Singapur, Bangkok, Ho Chi Minh-Stadt, Manila oder Auckland haben den Wentorfer beeindruckt.



Müller A. Die etwas andere Rente:
Vom Chirurg zum Traumschiff-Doc.
Passion Chirurgie. 2017 Januar, 7(01):
Artikel 07_01.



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

EXPERTEN-TIPPS FÜR DIE ZDF-FILMCREW

Zu Beginn seiner Weltreise 2014/2015, bei der ihn auch seine Frau begleitete, wurde im Januar 2015 wie mit einem Paukenschlag bekannt, dass das ZDF seine Traumschiff-Serien auf der „Amadea“ fortsetzen wird. Genau auf diesem Schiff war Dr. Schimmel gerade im Dienst, als die Filmcrew um Wolfgang Rademann mit den Dreharbeiten begann. Zu Weihnachten und Silvester 2015

liefen dann die ersten beiden Folgen im ZDF. Dabei zu sehen war auch Schauspieler Nick Wilder, den Dr. Schimmel vor dem Dreh zu den einzelnen Szenen beriet, damit der Traumschiff-Arzt möglichst realistisch und medizinisch authentisch wirkte. Auch hierzu wird Dr. Schimmel etwas aus dem Nähkästchen plaudern.

Anhand von Fällen wird der erfahrene Schiffsarzt auch darüber aufklären, mit welchen Erkrankungen Passagiere welche Kreuz-

fahrten unternehmen oder besser auch nicht buchen sollten. „Viele Laien unterschätzen die eingeschränkte medizinische Versorgung etwa auf einem transatlantisch fahrenden Schiff, bei dem das nächste Krankenhaus manchmal selbst nicht per Hubschrauber zu erreichen ist.“

Quelle: „Bergedorfer Zeitung“



© J. Schimmel - Traumschiff



Chirurgie-Suche

Berufsverband der
Deutschen Chirurgen e.V.

Finden statt suchen!

3 Monate
Premium-Paket
kostenlos testen

Ihre Klinik und Praxis auf Chirurgie-Suche.de

- ✓ Optimale Positionierung bei Google u.a. Suchmaschinen
- ✓ Man findet Sie – Selbst auf Facebook
- ✓ Fakten statt Bewertungen
- ✓ Gewinnung neuer Patienten, Zuweiser und Assistenzärzte