

PASSION

CHIRURGIE

GESUNDHEITSPOLITIK

„BEGEISTERUNG
FÜR DIE CHIRURGIE
WECKEN ...“

im Fokus

NACH DEM
KONGRESS IST VOR
DEM KONGRESS

05 | 2017

MITGLIEDERZEITSCHRIFT:
DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR CHIRURGIE
BERUFSVERBAND DER DEUTSCHEN CHIRURGEN





Werde
ÄnderungsschneiderIn

Kein Durchschnittsjob: ChirurgIn
www.chirurg-werden.de



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

Präsident des Berufsverbandes der Deutschen Chirurgen e.V. (BDC)
Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie e.V. (DGCH)
Luisenstr. 58/59, 10117 Berlin
praesident@bdc.de,
h-jmeyer@dgch.de

Diese Erfahrung traf in diesem Jahr besonders zu, denn noch nie lagen der Bundeskongress Chirurgie in Nürnberg und der 134. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie terminlich so nah beieinander wie 2017. Dieses Faktum stellte also eine besondere Herausforderung dar.

Die Berufsverbände BDC, BNC und BAO legten in Nürnberg vom 10. bis 12. März den berufspolitischen Schwerpunkt auf die Frage: Was passiert mit den freiberuflichen Fachärzten nach der Bundestagswahl? Politiker von drei großen Parteien nahmen während des nun schon traditionellen politischen Vormittags beim Bundeskongress dazu Stellung. In weiteren Sitzungen

wurden Portalpraxen, Einholung von Zweitmeinungen sowie die Terminservicestellen, die in letzter Zeit in den Medien für sehr viel Zündstoff gesorgt haben, thematisiert. Über einige der Diskussionen und Vorträge aus Nürnberg berichten wir in dieser Ausgabe mit den Kongressen im Fokus. Die Verleihung des „Journalistenpreis der Deutschen Chirurgen 2017“ und der „Wolfgang Müller-Osten-Medaille“ im Rahmen des Bundeskongress sind ebenfalls Themen in dieser Ausgabe.

Auch beim diesjährigen Kongress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie wurden verschiedene berufspolitische Aspekte, die Chirurgie betreffend, dargestellt und diskutiert. Unter dem Kongressmotto „Verantwortung, Vertrauen, Sicherheit“ standen vor allem die politisch vorgegebenen Rahmenbedingungen im Mittelpunkt. Gerade hinsichtlich des Mangels an Pflegekräften in deutschen Krankenhäusern ist dieses Thema

aktueller denn je. Umso wichtiger ist es, den Zustand in anderen europäischen Ländern zu erfahren, um ggf. neue Lösungsansätze zu finden. Als besonderer Schwerpunkt wurde die aktuelle Situation der Notfallversorgung und -chirurgie in Deutschland thematisiert – insbesondere die notwendigen Vorbereitungen bei weiter zunehmender „Bedrohungslage“.

Zu einigen Highlights der Kongressstage finden Sie sowohl in der Rubrik INTERN DGCH als auch in CHIRURGIE sowie CHIRURGIE+ Beiträge. Ein Novum in München war die Durchführung des Nachwuchskongresses „Staatsexamen & Karriere“, der nun schon zum zehnten Mal vom Berufsverband der Deutschen Chirurgen und dem

Berufsverband Deutscher Internisten zur Vorbereitung auf die 3. Ärztliche Prüfung für Medizinstudenten organisiert wurde. Auch darüber wird in dieser Ausgabe ausführlich berichtet.

Als ein Fazit beider Kongresse stellte sich einmal mehr heraus, dass etwaige unterschiedliche Standpunkte der chirurgischen Akteure offen diskutiert werden müssen: Also miteinander und nicht über einander reden! Nur bei Demonstration der „Einheit in der Chirurgie“ kann der Nachwuchs für unser Fach begeistert und gewonnen werden. Dafür brauchen wir nicht noch mehr Dirigismus, wir müssen den freien und selbstbestimmenden Arztberuf in allen Bereichen stärken – und zwar gemeinsam und nicht nur auf den Kongressen.

Ihr H.-J. Meyer



Meyer H.-J. Editorial: Nach dem Kongress ist vor dem Kongress. Passion Chirurgie. 2017 Mai; 7(05): Artikel 01.



ALLE AUSGABEN DER PASSION CHIRURGIE FINDEN SIE AUF BDC|ONLINE (WWW.BDC.DE, RUBRIK PASSION CHIRURGIE).

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

VERLAG

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

DESIGN

Nina Maria Küchler, Berlin

ANZEIGEN

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

ABBILDUNGSHINWEISE

Cover-Foto von iStock / kasto80 | 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

03 EDITORIAL

03

im Fokus

03

"NACH DEM KONGRESS IST VOR
DEM KONGRESS"

H.-J. Meyer

06 SCHAUFENSTER

08 CHIRURGIE

- 08 Transition kinderchirurgischer Patienten in die
Erwachsenenmedizin *M. Sinnig, J. Dingemann*
- 11 Neues Screening der Bauchsclagader
- 13 Erfolgsfaktoren für die chirurgische
Fachabteilung *W. Hellmann*
- 18 Empfehlung zur Verbesserung der postoperativen
Behandlungsqualität und zur Etablierung
Medizinischer Einsatzteams (MET)
- 21 Leserbrief und Antwort zu Ausgabe 12/2016
„CME-Artikel: Leistenhernien bei Frauen“ *M. Seelig*

26 CHIRURGIE⁺

- 26 „Für mich war klar, Medizin bedeutet Chirurgie“
J. Weibach
- 29 Mediathek der DGCH – jetzt auch für BDC-Mitglieder
kostenfrei *S. Kersting, H.-J. Meyer*

32



62



- 32 Antikorruptionsgesetz – starke Verunsicherung bei den Kooperations- (Honorar) Ärzten *D. Farghal*
- 36 Zentrumskoordinator in zertifizierten Darmkrebszentren *J. Harms, T. Kemink, K. Rüttger, T. Volm*
- 46 **Safety Clip:** Der klassische Schadenfall „Dekubitus“ *C. Schnelle, K. Rosen*
- 51 Keine Angst vor teuren Verordnungen! Entlassmedikation rational prüfen *J.-A. Rüggeberg*

54 Recht

- 54 **Frage & Antwort:** Whatsapp-Nachrichten mit beruflichem Inhalt *J. Heberer*

56 GESUNDHEITSPOLITIK

- 56 TITELTHEMA „Begeisterung für die Chirurgie wecken und nachrückende Ärzte individuell fördern“ *C. Marx, H.-J. Meyer*
- 60 Ambulante Versorgung, wo geht der Weg hin? *P. Kalbe*
- 62 Gemeinsam zur Bundestagswahl Gehör finden – und dabei selber aktiv werden *J. Weilbach*
- 67 Wann muss wer warum operiert werden?
- 68 Mindestmengenregelungen erneut in der Diskussion

70 INTERN

70 DGCH

- 70 Präsidentenrede anlässlich des 134. DGCH-Kongresses
- 77 Bildergalerie zur Eröffnungsveranstaltung
- 81 Vergabe von Ehrungen, Preisverleihungen und Stipendien
- 84 Wahl des Präsidenten 2019/2020

- 85 „Damenrede“ *J. Fuchs*
- 87 Impressionen vom DGCH-Kongress 2017
- 92 Organspendelauf – Laufen für den guten Zweck
- 94 Einladung zum 135. Kongress
- 96 Protokoll der DGCH-Mitgliederversammlung 2017
- 98 Preise und Stipendien 2018
- 100 Reisebericht zu einem Stipendium
- 105 Spendenauf Ruf und Bausteine Langenbeck-Virchow-Haus
- 108 DGCH-Präsidium ab 1. April 2017

111 BDC

- 111 Protokoll der BDC-Mitgliederversammlung *U. Fleck*
- 113 Schlank und professionell: Die neue Satzung des BDC *J.-A. Rüggeberg*
- 114 Fachärzte fordern klares Bekenntnis der Politik zur ärztlichen Freiberuflichkeit
- 115 BDC-Pressemitteilungen
- 116 Der BDC beim Chirurgenkongress
- 117 BDC | Landesverbände
- 119 BDC-Pressespiegel
- 120 Personalien | Termine BDC | Akademie | Veranstaltungen

128 PANORAMA

- 128 Die Planwirtschaft der Superreichen *N. Pszolla*
- 135 Wilde Tiere beim Chirurgenkongress in München *J. Weilbach*

138 VERNETZT

- 138 NRW-Chirurgen folgen Konzept der DGAV *D. Bulian*



NEU IM EBM AB DEM 1. APRIL 2017

Die Online-Ausgabe des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes wurde aktualisiert und steht ab sofort im Internet bereit. Berücksichtigt wurden alle Neuerungen, die seit 1. April gelten. Angepasst werden musste der Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM) beispielsweise auch infolge neuer Abrechnungsmöglichkeiten beim Bereitschafts- beziehungsweise Notfalldienst. (Quelle: KBV)

[Mehr lesen ...](#)



Beschlossene Sache: Masterplan Medizinstudium 2020

Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe und Bundesforschungsministerin Professorin Johanna Wanka sowie Vertreterinnen und Vertreter der Gesundheits- und der Kultusministerkonferenz der Länder und der Koalitionsfraktionen des Deutschen Bundestages haben heute den „Masterplan Medizinstudium 2020“ beschlossen. (Quelle: BMG)

[Mehr lesen ...](#)



5 Jahre Bereitschaftsdienst: 116117

Seit fast fünf Jahren gibt es die bundesweit erreichbare Rufnummer für den ärztlichen Bereitschaftsdienst. Noch bekannter machen will die KBV die Nummer, die im vergangenen Jahr über 6,2 Millionen Anrufer nutzten. (Quelle: KBV)

[Mehr lesen ...](#)

Ambulantes Operieren in Kliniken nimmt zu

In deutschen Krankenhäusern wurden im Jahr 2015 knapp zwei Millionen ambulante Operationen durchgeführt. Dies entsprach einem Anteil von 7,1 Prozent an allen 27,7 Millionen Krankenhausbehandlungen. Den größten Teil der Krankenhausbehandlungen machten mit 19,2 Millionen (69,5 Prozent) die vollstationären Behandlungen aus, gefolgt von den vor-, nach- sowie teilstationären mit 6,5 Millionen (23,4 Prozent). (Quelle: Destatis)



[Mehr lesen ...](#)



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



Transition kinderchirurgischer Patienten in die Erwachsenenmedizin – eine interdisziplinäre Herausforderung

Der geplante Übergang von der Kinder- in die Erwachsenenmedizin wird als Transition bezeichnet und findet üblicherweise im Alter von 16 bis 18 Jahren statt. Vielen chronisch kranken Jugendlichen gelingt es selbst nicht, einen erfolgreichen Übergang in die Erwachsenenmedizin zu organisieren. Sie verlieren den Kontakt zur notwendigen Spezialbetreuung und stellen sich oft erst dann wieder vor, wenn – möglicherweise vermeidbare – Komplikationen aufgetreten sind. Langjährige Bemühungen zur Vermeidung

von Krankheitsfolgen können so in kurzer Zeit zunichte gemacht werden. Patienten mit chronischen Erkrankungen werden in der Regel bis zum 18ten Lebensjahr in Spezialeinrichtungen betreut (Spezialambulanzen, SPZ), die man in dieser Form in der Erwachsenenmedizin nicht findet. Die Erwachsenenmediziner sind zudem zumeist weniger mit dem erforderlichen Spezialwissen für die Therapie von seltenen chronischen Erkrankungen vertraut. Ohne einen strukturierten Ablauf in der Zeit des Übergangs

KORRESPONDIERENDE**AUTORIN:****DR. MED. MECHTHILD SINNIG**

Kinderchirurgie/Kinderurologie
Auf der Bult – Kinder- und
Jugendkrankenhaus
Träger: Stiftung Hannoversche
Kinderheilstalt
Janusz-Korczak-Allee 12, 30173
Hannover
Sinnig@hka.de

PRIV.-DOZ. DR. MED. JENS DINGEMANN

Klinik für Kinderchirurgie
Medizinische Hochschule Hannover
Carl-Neuberg-Str. 1, 30625 Hannover
Dingemann.jens@mh-hannover.de

gehen häufig wichtige Informationen und langfristig erarbeitete Therapieansätze verloren. Notwendige Hilfsangebote finden keine Fortsetzung.

MIT DER VOLLJÄHRIGKEIT FORDERN DIE KOSTENTRÄGER DIE WEITERBEHANDLUNG DURCH DIE ERWACHSENENMEDIZINER

Dank der hohen Spezialisierung sowohl der kinderchirurgischen Abteilungen als auch der Abteilungen für Neonatologie und pädiatrische Intensivmedizin überleben heutzutage die meisten Kinder mit angeborenen Fehlbildungen, mit schweren Entwicklungsstörungen oder Verletzungen nach Verkehrs- oder Verbrennungsunfällen. Diese Kinder werden von Kinderchirurgen und Pädiatern bis ins Jugend- und junge Erwachsenenalter begleitet und medizinisch betreut. Die Transition dieser Jugendlichen von der Kinder- in die Erwachsenenmedizin ist dann ein letzter, jedoch elementarer Bestandteil der langjährigen Verantwortung gegenüber diesen Patienten. Mit der Volljährigkeit fordern die Kostenträger die Weiterbehandlung durch die Erwachsenenmediziner. Wenn der geplante Übergang von der Jugend- in die Erwachsenenmedizin misslingt, kann dies sowohl unter individuellen als auch unter sozialökonomischen Aspekten zu weitreichenden Konsequenzen führen: Kommen die jungen Erwachsenen – nach dem letzten Besuch beim Kinderarzt oder Kinderchirurgen – erst nach Jahren in eine Erwachsenenpraxis oder -ambulanz, sind die gesundheitlichen Probleme oft weit fortgeschritten. Das bedeutet für das Individuum eine verminderte Lebensqualität und letztendlich im Verlauf oft einen erhöhten Behandlungsmehraufwand. Und es hat für die Gesellschaft vor allem auch durch erhöhte Behandlungskosten eine ökonomische und gesundheitspolitische Relevanz.

BEIM WECHSEL VON DER KINDER- IN DIE ERWACHSENENMEDIZIN VERLIEREN ETWA 40 PROZENT DER JUGENDLICHEN DEN KONTAKT ZUR SPEZIALVERSORGUNG

Etwa 14 Prozent der Jugendlichen eines Jahrgangs in Deutschland leiden an einer chronischen Krankheit, die eine lebenslange ärztliche Behandlung erfordert [1]. Es muss davon ausgegangen werden, dass beim Wechsel von der

Kinder- in die Erwachsenenmedizin 40 Prozent der Jugendlichen mit besonderem Versorgungsbedarf den Kontakt zur Spezialversorgung verlieren [2]. Dies hat möglicherweise Auswirkungen auf die Therapie und Compliance. Es kann zu erhöhten direkten und indirekten Krankheitskosten kommen. Direkte Krankheitskosten erhöhen sich durch Entgleisungen, Notfälle und Folgeerkrankungen, indirekte Krankheitskosten durch geringere Produktivität im Beruf, Behinderung oder erhöhte Mortalität. Transitionsprogramme, die als zentrales, aber nicht alleiniges Element ein prozessorientiertes Fallmanagement haben, können diese Rate von 40 auf zehn Prozent reduzieren [2]. Es mangelt allerdings vielerorts nicht nur an der praktischen Umsetzung der Erkenntnisse, sondern auch an ihrer Operationalisierung und Integration in die Gesundheitssysteme. Die Relevanz der Transitions-Problematik wird inzwischen auch in Deutschland nicht nur anerkannt, sondern als vordringlich zu lösende Aufgabe im Rahmen der Weiterentwicklung der medizinischen Versorgung hervorgehoben. So hat der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen in seinem Sondergutachten bereits 2009 der Transition ein eigenes Kapitel gewidmet [3]. In seinen Empfehlungen fordert der Rat explizit die verstärkte Förderung von Modellversuchen zur Transition und die Aufnahme der multidisziplinären Versorgung von Jugendlichen in der Transitionsphase in den Katalog hochspezialisierter Leistungen.

Die finanzielle Abbildung des erheblichen personellen Aufwandes wäre zum Beispiel im Rahmen einer Hochschulambulanz gewährleistet. Die Finanzierung der Leistungen durch die gesetzlichen Krankenversicherungen ist bis dato jedoch nicht gegeben. Als mögliches Finanzierungskonzept käme grundsätzlich die „integrierte Versorgung nach §140 SGB V oder als „Fachambulanz für seltene Erkrankungen“ nach §116b SGB V in Frage.

IN DER KINDERCHIRURGIE ETABLIEREN SICH STANDORTGEBUNDENE INDIVIDUELLE TRANSITIONSPROGRAMME

Da die Gruppe der Jugendlichen mit chronischen Erkrankungen aufgrund der verschiedenen Krankheitsätiologien sehr inhomogen ist, gibt es in Deutschland nach wie vor keine

Sinnig M., Dingemann J. Transition kinderchirurgischer Patienten in die Erwachsenenmedizin – eine interdisziplinäre Herausforderung. *Passion Chirurgie*. 2017 Mai; 7(05): Artikel 03_0X.



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

standardisierten Transitionsprozesse, die alle benötigten Fachdisziplinen einbeziehen und die von den Kostenträgern vergütet werden. Bestenfalls gibt es individuelle, sonderfinanzierte Transitionsprogramme, die überwiegend Patienten aus der Kinder- und Jugendmedizin betreffen [4]. Auch die kinderchirurgischen Patienten, die in die Erwachsenenmedizin übergeleitet werden müssen, bilden eine sehr heterogene Gruppe mit jeweils eher kleinen Fallzahlen, was die Möglichkeit einer Spezialisierung der weiterbehandelnden Erwachsenenmediziner zusätzlich erschwert. Hier etablieren sich standortgebundene individuelle Transitionsprogramme, beispielsweise in der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH) für die Transition von Patienten mit Ösophagusatresie oder anorektaler Malformation und im Kinder- und Jugendkrankenhaus „Auf der Bult“, gemeinsam mit der MHH für die Transition brandverletzter Jugendlicher. Beide Programme basieren auf wiederholten gemeinsamen Transitionssprechstunden mit Kinderchirurgen als Primärbehandler und Erwachsenen spezialisten als Mitbehandler. Nach erfolgter Überleitung in

die Erwachsenenmedizin wechselt der Erwachsenen spezialist in die Rolle des Primärbehandlers, der Kinderchirurg bleibt beratender und begleitender Mitbehandler. Hinzu kommen Teilnahmen an einem transitionsspezifischen Schulungsprogramm (ModuS) aus dem Programm des Kompetenznetzwerkes Patientenschulung (KomPaS) [5].

LITERATUR

- [1] Scheidt-Nave C, Ellert U, Thyen U, et al (2008) Versorgungsbedarf chronisch kranker Kinder und Jugendlicher. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 51: 592–601
- [2] Van Walleghem N, MacDonald CA, Dean HJ (2011) The maestro project: a patient navigator for the transition of care for youth with type 1 diabetes. Diabetes Spect 24: 9–13
- [3] Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Spezielle Versorgungsanforderungen

im Übergang vom Jugend- ins Erwachsenenalter (transitional care). In: Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. Sondergutachten 2009 Kurzfassung. http://www.svrgesundheits.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2009/Kurzfassung-2009.pdf; 73-79 (abgerufen 7. Febr. 2014)

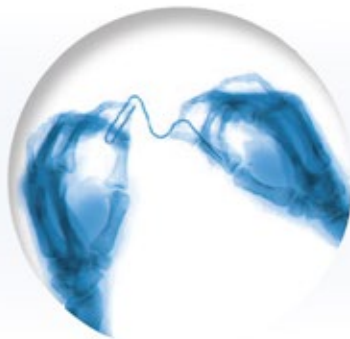
- [4] Mütter S, Rodeck B, Wurst C, et al (2014) Monatsschr Kinderheilkd 162: 711
- [5] Development and evaluation of a genetic education program for chronic diseases in childhood. Ernst G, Menrath I, Lange K, et al (2017) ModuS Study Group. Patient Educ Couns pii: S0738-3991(17)30001-0. doi: 10.1016/j.pec.2017.01.001 [Epub ahead of print] 

Quelle: Nachdruck aus der Kongresszeitung des 134. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie, Ausgabe vom 24. März 2017, Seite 12

Akademie für chirurgische Weiterbildung und praktische Fortbildung



Empfohlen für
Berufseinsteiger



Basischirurgie

WORKSHOP

Intensivmedizin & Reanimation

Potsdam, 16. – 17. Juni 2017

13. – 14. Oktober 2017



BDC | Berufsverband der
Deutschen Chirurgen e.V.

BDC|Akademie
Information & Anmeldung

Tel. 030/28004-120, Fax 030/28004-129

E-Mail: akademie@bdc.de



Neues Screening der Bauchsclagader

OPERIEREN ODER ABWARTEN – WOZU CHIRURGEN RATEN

Männer über 65 Jahre können demnächst an einer kostenlosen Ultraschall-Untersuchung zur Früherkennung eines Aneurysmas der Bauchsclagader teilnehmen. Etwa zwei von 1.000 Männern wird danach zu einer Operation geraten, die einem lebensbedrohlichen Riss der Hauptsclagader zuvorkommen soll. In anderen Fällen kann abgewartet werden, ob der Durchmesser der Aorta weiter zunimmt. Worauf betroffene Männer achten müssen und wann ein Eingriff in Frage kommt, erläuterten Experten anlässlich des 134. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH).

Ein Bauch-Aortenaneurysma ist eine krankhafte Ausweitung der Hauptsclagader. Sie

tritt bei Männern im höheren Alter fünfmal häufiger auf als bei Frauen. Die wichtigsten Risikofaktoren sind Rauchen, ein langjähriger Bluthochdruck oder erhöhte Blutfette. Auch Männer, die bereits einen Herzinfarkt erlitten haben oder bei denen in der Familie ein Aneurysma aufgetreten ist, sind besonders gefährdet.

Eine Früherkennung ist durch eine Ultraschalluntersuchung der Bauchsclagader möglich. „Sie wird demnächst allen Männern über 65 Jahre als Kassenleistung angeboten, was wir Chirurgen uneingeschränkt begrüßen“, erklärt Professor Dr. med. Tim Pohle, Präsident der DGCH. Experten gehen davon aus, dass bei 20 von 1.000 Männern ein Aneurysma gefunden wird, das aber nur bei 2 von 1.000 Männern eine lebensbedrohliche Größe erreicht hat.

**DEUTSCHE GESELLSCHAFT
FÜR GEFÄSSCHIRURGIE UND
GEFÄSSMEDIZIN (DGG)**

Gesellschaft für operative,
endovaskuläre und präventive
Gefäßmedizin e.V.
Robert-Koch-Platz 9, 10115 Berlin
sekretariat@gefaesschirurgie.de

DGG. Neues Screening der Bauchschlagader.
Passion Chirurgie. 2017 Mai, 7(05): Artikel
03_02.



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

Eine lebensbedrohliche Größe ist bei einem Durchmesser von 5,5 Zentimetern gegeben. Manchmal zeigt auch eine Pilzform an, dass das Aneurysma jederzeit einreißen kann. „Diese Ruptur führt zu einer schweren inneren Blutung, die auch bei einer sofortigen Operation nur in etwa 60 Prozent der Fälle überlebt wird, wenn der Patient das Krankenhaus lebend erreicht“, sagt Professor Dr. med. Thomas Schmitz-Rixen, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Gefäßchirurgie und Gefäßmedizin (DGG). In Deutschland sterben jedes Jahr etwa 1.200 Menschen an geplatzten Bauch-Aortenaneurysmen. Prominente Opfer waren beispielsweise Albert Einstein oder Thomas Mann.

Eine frühzeitige Behandlung kann den Tod verhindern. Zur Auswahl stehen zwei Methoden. Bei der klassischen Operation eröffnet der Chirurg den Bauchraum und ersetzt nach beidseitigem Abklemmen der Aorta das Aneurysma durch eine Gefäßprothese. Beim häufiger angewandten endovaskulären Verfahren wird über beide Leistenschlagader ein sogenannter Stentgraft in die Aorta geschoben, der das Aneurysma von innen überdeckt. „Der Eingriff ist schonender, weil die Bauchhöhle nicht eröffnet wird und die Zirkulation nicht wesentlich unterbrochen wird“, erklärt

Schmitz-Rixen, der die Klinik für Gefäß- und Endovascularchirurgie an der Universität Frankfurt leitet. „Nachteilig ist eine regelmäßige, immer lebenslange Überwachung.“

Beide Behandlungen sind nicht ohne Risiken. Einige Patienten sterben nach dem Eingriff, wenngleich das Risiko sehr gering ist. „Nach den neuesten Zahlen der DGG beträgt die Sterblichkeit 5,4 Prozent bei der Operation und 0,9 Prozent nach dem endovaskulären Verfahren“, berichtet Gefäßchirurg Schmitz-Rixen. Dennoch muss das individuelle Sterblichkeitsrisiko nach Ansicht des Experten in die Kalkulation einbezogen werden.

„Jüngere Patienten ohne weitere Begleiterkrankungen sollten sich auf jeden Fall behandeln lassen“, rät DGG-Experte Schmitz-Rixen. Bei einem älteren Menschen über 80 Jahre, der stark übergewichtig ist, unter der chronischen Lungenerkrankung COPD leidet, eine eingeschränkte Nierenfunktion oder schon einen Herzinfarkt erlitten hat, falle die Entscheidung schwieriger. „Nach sorgfältiger Abwägung von Nutzen und Risiken kann es günstiger sein, Blutdruck und Blutfette zu behandeln und abzuwarten, ob das Aneurysma sich weiter vergrößert“, bilanziert der Chirurg. ○

Erfolgsfaktoren für die chirurgische Fachabteilung





PROF. DR. HABIL. WOLFGANG HELLMANN

Leiter Studienprogramm
Medical Hospital Management für
leitende Ärztinnen und Ärzte
Hochschule Osnabrück
Junkerngarten 15, 30966 Hemmingen
Hellmann-W@t-online.de

GANZHEITLICHE UMSETZUNG VON QUALITÄTSMANAGEMENT, RISIKOMANAGEMENT UND QUALITÄTSSICHERUNG

Das Krankenhausstrukturgesetz (KHSg) ist Treiber für umfassende Bemühungen um Qualität. Viele Fragen zur Umsetzung bleiben aber offen. Was Qualität beinhalten soll, welche Qualitätskategorien sinnvollerweise einzubeziehen sind und welche Qualitätsindikatoren zum Tragen kommen sollen, bleibt vage. Nicht ausreichend beantwortet wurde auch die Frage, wie gute Qualität belohnt und schlechte Qualität sanktioniert werden soll [1]. Es ist deshalb geboten, Überlegungen anzustellen, die den Krankenhäusern Hilfestellung bei der praktischen Umsetzung von Qualität geben können. Nachfolgend wird ein neues Konzept für die Umsetzung von Qualität und Risikomanagement beschrieben. Es basiert auf einer neuen Sicht von Kundenorientierung im Kontext einer multidimensionalen Qualitätsperspektive, eines ganzheitlichen Ansatzes von Risikomanagement und einer neuen Logik von Qualitätssicherung. Der Beitrag beschreibt das Gesamtkonzept und gibt praktische Hinweise zur Umsetzung auf Ebene der Fachabteilung.

KUNDENORIENTIERUNG NEU DENKEN!

Kunden im Krankenhaus sind nicht nur die Patienten. Daraus folgt die Notwendigkeit einer neuen Sicht von Kundenorientierung. Hier greift das Konzept Kooperative Kundenorientierung im Krankenhaus (KoKiK®) [2,3]. Es fokussiert auf folgende Aspekte:

- Kunden sind auch Mitarbeiter und Einweiser.
- Erfolgreiche Kundenorientierung setzt eine enge Zusammenarbeit der verschiedenen Berufsgruppen im Krankenhaus voraus.

Vom Grundsatz her stehen die Patienten natürlich an erster Stelle. Ohne sie kann ein Krankenhaus nicht existieren. Nicht zu vernachlässigen sind aber auch Mitarbeiter und Kooperationspartner. Sie sind von wichtiger Bedeutung für eine gute Patientenversorgung. Nur motivierte Mitarbeiter werden Patienten angemessen versorgen. Ähnliches gilt für Kooperationspartner wie Einweiser. Für eine zielgerichtete Kundenorientierung ergibt sich somit die Frage: Welche Qualitätsziele wollen wir für unsere Kunden erreichen? Diese Frage muss in regelmäßigen Abständen gestellt werden. Die Bedürfnisse und Wünsche der einzelnen Kundengruppen ändern sich. Damit geht die Notwendigkeit der Formulierung modifizierter Qualitätsziele einher. Beispiel Mitarbeiter: Die junge Generation Y stellt alles auf den Kopf. Sie definiert Forderungen, die bei anderen Generationen nicht oder kaum berücksichtigt werden mussten. Die Qualitätsziele für diese Generation sind somit andere, als sie es für Vorgängergenerationen waren (**Abb. 1**).

QUALITÄT ALS MULTIDIMENSIONALEN ANSATZ DEFINIEREN!

Die bisherige Sicht auf Qualität ist eher eindimensional auf die Ergebnisqualität ausgerichtet. Sie sollte durch eine multidimensionale

Hellmann W. Erfolgsfaktoren für die chirurgische Fachabteilung. *Passion Chirurgie*. 2017 Mai, 7(05): Artikel 03_03.



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

Qualität für Patienten	Qualität für Mitarbeiter (Arbeitgeberqualität)	Qualität für Einweiser
▪ Strukturqualität ▪ Prozessqualität ▪ Servicequalität ▪ Diagnostische Qualität ▪ Indikationsqualität ▪ Ergebnisqualität ▪ Patientensicherheit ▪ Patientenrechte ▪ Dialog- u. Fehlerkultur	▪ Work Life Balance ▪ offene Karrierewege ▪ Weiterbildung ▪ kollegiale u. gesunde Führung ▪ Teamorientierung ▪ Transparenz ▪ moderne Technik ▪ Coaching	▪ gute Kommunikation ▪ Information ▪ Kümmern ▪ abgestimmte Therapie ▪ sektorenübergreifende Kooperation ▪ gemeinsame Schulungen ▪ Qualitätszirkel

Abb.1: Qualitätsziele für wichtige Kundengruppen im demografischen Wandel und bei Fachkräftemangel

Perspektive ersetzt werden, basierend auf dem Zusammenwirken unterschiedlicher Qualitätskategorien. Ergebnisqualität hat dabei ebenfalls zentrale wichtige Bedeutung. Sie wird jedoch nicht in den Vordergrund gestellt und nicht ausschließlich an der medizinischen Expertise von Ärzten fest gemacht. Vielmehr wird sie als Endresultat definiert, in dem sich sehr verschiedene Qualitätskategorien und damit unterschiedliche Kompetenzen spiegeln (Abb. 2). Die medizinische Expertise ist nur eine davon, wenn auch diejenige von entscheidender Bedeutung.

PATIENTEN ORIENTIERTES RISIKOMANAGEMENT DURCH GANZHEITLICHEN ANSATZ ERSETZEN UND FEHLEINSCHÄTZUNGEN VERMEIDEN!

Risikomanagement macht sich bisher ebenfalls schwerpunktmäßig an Patienten fest. Ziel ist, Patientensicherheit zu gewährleisten, also Behandlungsrisiken zu minimieren und zu vermeiden. Diese Sicht ist vom Grundsatz her ebenfalls folgerichtig. Risikomanagement ist allerdings weitaus mehr als Patienten orientiertes Risikomanagement – PORISK © Prof. Dr. Wolfgang Hellmann (synonym: Klinisches Risikomanagement, Medizinisches Risikomanagement). Es muss weitere Risikokategorien wie Mitarbeiter orientiertes Risikomanagement – MORISK © Prof. Dr. Wolfgang Hellmann, Betriebswirtschaftliches Risikomanagement, Juristisches Risikomanagement und Business Continuity Management (BCM) bündeln und damit der Notwendigkeit eines ganzheitlichen Risikomanagementansatzes

Rechnung tragen (Ganzheitliches Risikomanagement – GARISK © Prof. Dr. Wolfgang Hellmann) (Abb. 3).

Vor allem das BCM wird bisher nicht ausreichend berücksichtigt. Nachvollziehbar ist dies nicht. BCM ist ein wichtiges Werkzeug zur Regulierung plötzlicher und unerwartet auftretender Ereignisse. Deren Bewältigung bedarf der Möglichkeit eines sofortigen Zugriffs auf Maßnahmen zur Gegensteuerung. Es gilt also, „Handlungsoptionen auf Tasche zu haben“, z. B. beim plötzlichen Wegbrechen von Patienten oder Einweisern.

Neben den genannten Qualitätskategorien wird ein nachhaltiges Risikomanagement nicht auf die bekannten Instrumente von Risikomanagement verzichten können. Vermieden werden sollte jedoch eine Überschätzung von anonymen Fehlermeldesystemen. So ist beispielsweise CIRS kein Risikomanagementsystem, sondern nur eines von vielen Instrumenten des Risikomanagements. Wenig empfehlenswert ist deshalb, im Marketing den Eindruck erwecken zu wollen, es sei ein Risikomanagementsystem vorhanden (Marketing muss halten, was es verspricht!). Ebenfalls nicht sinnvoll ist eine Überschätzung häufig propagierter Instrumente des Risikomanagements. Die Mehrzahl dieser Instrumente ist retrospektiv orientiert (z. B. Schadensanalysen im Kontext von einschlägigen Datenbanken). Sie haben (ergänzend) durchaus ihren Wert, nützen aber den sie offerierenden Beratungsunternehmen häufig mehr als dem Krankenhaus. Es empfiehlt sich deshalb immer eine Kosten-Nutzen-Analyse.

QUALITÄTS-, RISIKOMANAGEMENT UND QUALITÄTSSICHERUNG IN EINEM ÜBERGREIFENDEN ANSATZ BÜNDELN!

Risikomanagement sollte prospektiven Ansätzen folgen. Dies ist im Kontext eines integrativen Qualitätsansatzes möglich (Risikomanagement als Teil des Qualitätsmanagements). Konkret bedeutet dies, dass zunächst bestmögliche Ergebnisqualität auf Grundlage multidimensionaler Qualität gesichert wird. Ist dies der Fall, kann Risikomanagement greifen. Resultat ist eine hohe Qualität, die in Form qualitativ hochwertiger Behandlungsdaten in der externen Qualitätssicherung ankommt. Damit ist die externe Qualitätssicherung nicht mehr ein „eher abstraktes Einzelkonzept“ mit retrospektivem Charakter, sondern integrierter Bestandteil eines Gesamtkonzepts für mehr Qualität. Dazu steht nicht im Widerspruch, dass nachhaltiges Risikomanagement am besten durch ein Bündel von prospektiven und retrospektiven Konzepten gesichert werden kann.

VERANTWORTLICHKEIT FÜR DAS QUALITÄTSMANAGEMENT AUF EINE FUNDIERTE BASIS STELLEN!

Hinweise zu mehr Verantwortlichkeit der Fachabteilung im Qualitätsmanagement werden häufig von Ärzten mit Argwohn betrachtet. Argumentiert wird vor allem mit der ohnehin kaum zu bewältigenden Arbeitsdichte, auch im Kontext von immer mehr Aufgaben, die mit der eigentlichen Patientenversorgung nichts zu tun haben. Dies ist

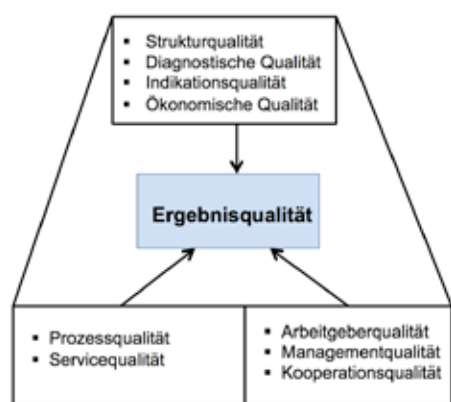


Abb. 2: Multidimensionale Qualität – Unterschiedliche Qualitätskategorien spiegeln sich in der Ergebnisqualität

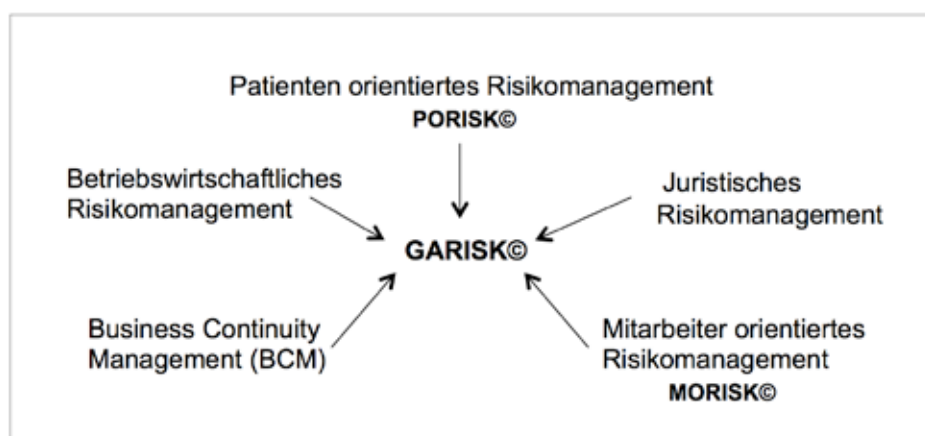


Abb. 3: Risikokategorien des ganzheitlichen Risikomanagements

wahr. Richtig ist aber auch, dass viele Ärzte zunehmend aufwändige Qualitätsmanagementsysteme nicht mehr für sinnvoll erachten [4]. Infrage gestellt wird vor allem ein angemessenes Kosten-Nutzen-Verhältnis. Andererseits wird argumentiert, dass Ärzte selbst bestimmen können müssten, wie sie Qualität definieren und umsetzen. Letztere Auffassung wird vom Autor geteilt. Qualitätsmanagement muss vorrangig Aufgabe der Fachabteilung sein. Hier erwartet der Patient hohe Versorgungs- und Servicequalität. Dies steht nicht im Widerspruch zu einer engen Zusammenarbeit mit einem evtl. vorhandenen leistungsstarken zentralen Qualitätsmanagement. Keinesfalls darf aber ein Zustand erreicht werden, der zunehmend Krankenhäuser kennzeichnet. Eine gute Zusammenarbeit zwischen zentralem Qualitätsmanagement und Fachabteilung ist nicht mehr gegeben, die Bemühungen des zentralen Qualitätsmanagements werden ignoriert. Ergebnis ist, dass der notwendige kontinuierliche Verbesserungsprozess (KVP) zum Nachteil von Patienten ausbleibt. Die Sicherstellung bestmöglicher Qualität wird dadurch nur noch schwer möglich.

QUALITÄTSMANAGEMENT AUF ABTEILUNGSEBENE GANZHEITLICH UMSETZEN!

Die Gewährleistung von exzellenter Qualität für die verschiedenen Kundengruppen ist essentiell für das Überleben der Fachabteilung im Wettbewerb. Beispielhaft wird hier auf das Anstreben von bestmöglicher Ergebnisqualität für Patienten in Zusammenhang mit der Entwicklung von Klinischen Pfaden eingegangen (Abb. 4).

Wie die Abbildung zeigt, greifen ineinander:

- multidimensionale Qualität zur Herstellung guter Ergebnisqualität,
- ganzheitliches Risikomanagement zur Identifizierung von Schwachstellen im Behandlungsprozess und zur weiteren Qualitätssteigerung,
- Qualitätssicherung als formales Instrument zur Qualitätsüberprüfung.

Das entsprechende Procedere lässt sich vom Grundsatz her auf jeden Behandlungsprozess anwenden. Es ist somit von der Entwicklung Klinischer Pfade völlig unabhängig.

Am Ende steht ein bestmögliches und „risikogeprüftes“ Behandlungsergebnis. Die darauf bezogenen qualitativ hochwertigen Daten werden anschließend in der externen Qualitätssicherung „formal“ überprüft. Aufgrund der hohen Datenqualität werden hier eher selten Auffälligkeiten identifizierbar. Ein anschließender strukturierter Dialog wird damit nur in Ausnahmefällen erforderlich. Externe Qualitätssicherung erhält damit einen anderen Stellenwert als bisher. Sie ist integrierter Anteil eines ganzheitlich orientierten Qualitätskonzeptes. Im Gegensatz zu ihrer bisherigen Logik (retrospektive Wirksamkeit) ist sie somit nicht isoliert retrospektiv angelegt, sondern Teil eines prospektiven Gesamtansatzes.

WICHTIGE VORAUSSETZUNGEN FÜR DIE ERFOLGREICHE UMSETZUNG EINES GESAMTKONZEPTS QUALITÄT

Erfolgreiches Qualitätsmanagement setzt ein ärztliches Rollenverständnis voraus, das mit den Erfordernissen neuer Patienten- und Mitarbeiterklientele kompatibel ist. So erfordern „mündige“ Patienten eine dialogische Betreuung auf gleicher Augenhöhe. Die für das Krankenhaus zunehmend wichtige Generation Y erwartet besondere Formen der Führung, breiten Zugang zu den neuen Informationstechnologien und offene Karrierewege. Teamorientierung des leitenden Arztes und nicht autoritäre Führung sind das Gebot der Stunde. Zwingend ist auch die Optimierung der vielerorts defizitären Zusammenarbeit zwischen Leitenden Ärzten und Geschäftsführungen. Möglich ist dies durch die Förderung persönlicher Fähigkeiten unter Einbeziehung von Fortbildungen zur Vermittlung von Managementkompetenzen [5] oder auch strukturelle Veränderungen, die der Zusammenarbeit der verschiedenen Berufsgruppen förderlich sind (z. B. Klinische Pfade, Safety Clips oder interdisziplinäre Behandlungszentren).

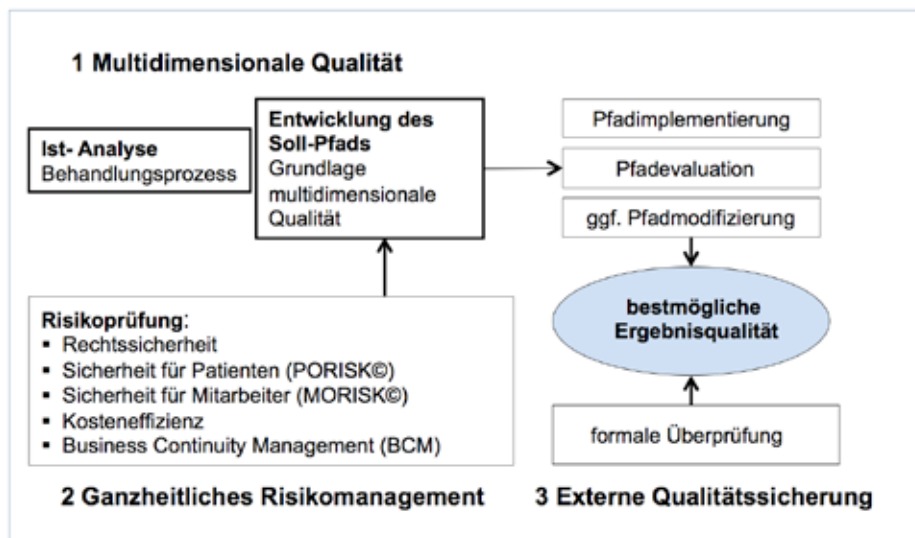


Abb. 4: Qualitäts- und Risikomanagement im Kontext externer Qualitätssicherung als prospektiver Gesamtansatz für mehr Qualität im Krankenhaus (Beispiel Klinischer Pfad)

AUSBLICK

Der Beitrag stellt ein neues Konzept zur Verankerung von Qualität im Krankenhaus vor. Zugrunde liegt ein integratives Konzept aus multidimensionaler Qualität und ganzheitlichem Risikomanagement im Kontext eines neuen Verständnisses von Qualitätssicherung. Dieser Ansatz ist neu. Er verlässt die bisherige strenge (primäre) Fokussierung auf die Ergebnisqualität, die relativ einseitige Orientierung auf am Patienten orientiertes Risikomanagement und die retrospektive Ausrichtung von Qualitätssicherung zugunsten eines insgesamt prospektiven Ansatzes.

LITERATUR

- [1] Hellmann, W. (2016): Qualitätsmängel in deutschen Krankenhäusern- Neue Sicht auf Qualität und Qualitätssicherung ist unverzichtbar. Handbuch Integrierte Versorgung, 50. Aktualisierung medhochzwei-Verlag, Heidelberg
- [2] Hellmann, W. (2016): Kooperative Kundenorientierung im Krankenhaus. Ein wegweisendes Konzept für mehr Qualität. Kohlhammer, Stuttgart
- [3] Hellmann, W. (2016): Kooperative Kundenorientierung- Ein Weg zu mehr Qualität im Krankenhaus. das Krankenhaus 10, S. 865-870
- [4] Costa, S.-D. (2014) : Nicht zum Nutzen der Patienten. Deutsches Ärzteblatt 38, A 1556 -1557
- [5] Hellmann, W. (Hrsg.): (2016): Herausforderung Krankenhausmanagement. Studienprogramm absolvieren- Klinisches Management erfolgreich gestalten. Hogrefe, Bern

Akademie für chirurgische Weiterbildung und praktische Fortbildung



Berlin, 29. April 2017 Bewerbungstraining
Berlin, 01. – 02. Dezember 2017 Refresherkurs



Führungsseminarreihe CHIRURGINNEN AUF DEM WEG NACH OBEN

Geeignet für Assistenzärztinnen in Weiterbildung,
Fachärztinnen und Chefärztinnen



Empfehlung zur Verbesserung der postoperativen Behandlungsqualität und zur Etablierung Medizinischer Einsatzteams (MET)

PRÄAMBEL

Ziel der gemeinsamen Anstrengungen der beteiligten wissenschaftlichen Fachgesellschaften und Berufsverbände ist es, Qualität und Sicherheit bei operativen und perioperativen Behandlungsprozessen weiter zu verbessern, um Komplikationen zu vermeiden und drohende Komplikationen früher zu erkennen.

Moderne operative, interventionelle und anästhesiologische Techniken erlauben zunehmend

komplexere Eingriffe bei akut und chronisch schwer vorerkrankten Patienten, bei denen eine Erfolg versprechende Behandlung noch vor wenigen Jahren nicht denkbar gewesen wäre. Gleichzeitig nehmen personelle und finanzielle Ressourcen deutscher Krankenhäuser nicht im proportionalen Maße zu: Nach der Gesundheitsberichterstattung des Bundes [1] stieg die Anzahl der in Deutschland durchgeführten operativen Eingriffe von 12,1 Mio. im Jahre 2005 auf 16,4 Mio. im Jahre 2015 um mehr

INITIATOREN:

Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie
und Intensivmedizin (DGAI)

Deutsche Gesellschaft für Chirurgie
(DGCH)

Berufsverband Deutscher Anästhesisten
(BDA)

Berufsverband der Deutschen Chirurgen
(BDC)

AN DIESER GEMEINSAMEN**EMPFEHLUNG HABEN****MASSGEBLICH MITGEWIRKT:**

Prof. Dr. Dr. h.c. H. Van Aken, Münster

Dr. C. Ertmer, Münster

Prof. Dr. G. Geldner, Ludwigsburg

Prof. Dr. Th. Koch, Dresden

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

Prof. Dr. T. Pohlemann, Homburg/Saar

Prof. Dr. W. Schwenk, Hamburg

Prof. Dr. B. Zwißler, München

als 35 % an bei gleichzeitiger Erhöhung des Anteils geriatrischer, multimorbider Patienten. Gleichzeitig wurde die Anzahl des Pflegepersonals nicht bedarfsgerecht angepasst und liegt zwischenzeitlich im unteren Bereich des europäischen Vergleichs [2]. Diese Entwicklung erfordert eine entsprechende Anpassung des prä-, intra- und postoperativen Managements, beginnend bei der individuellen Indikationsstellung bis zur Sicherstellung einer optimalen postoperativen und poststationären Weiterbetreuung.

Während die Behandlungsperioden „präoperative Vorbereitung und Risikoevaluation“, „intraoperative Behandlung“ und „postoperative Intensivmedizin“ in Bezug auf Personalausstattung und Behandlungsprozesse interdisziplinär und interprofessionell definiert sind, fehlen solche, an die individuellen Patientenbedürfnisse angepassten Struktur- und Prozessbeschreibungen für die weiterführenden Bereiche (bspw. „IMC“, „step down unit“, „high care Bereiche“) und insbesondere für Normalstationen.

POSTOPERATIVE LETALITÄT

Die postoperative Letalität nach elektiven Eingriffen wird international mit 0,5-4,0 % angegeben [3, 4]. In sämtlichen Studien wird klar herausgestellt, dass Patienten mit postoperativen Komplikationen eine deutlich erhöhte Letalität aufweisen. Erwartungsgemäß fanden

sich als Risikofaktoren für Komplikationen und Letalität die Schwere und Dringlichkeit des operativen Eingriffs sowie die Vorerkrankungen des Patienten.

Im Gegensatz zur klassischen Annahme, dass die postoperative Letalität hauptsächlich durch akute ischämische Ereignisse (z. B. Myokardinfarkt, Schlaganfall) bedingt ist, stellen nach aktuellen Erkenntnissen die Sepsis, das akute Nierenversagen und pulmonale Komplikationen einen wesentlichen Anteil der Todesursachen nach nicht-kardialer Chirurgie dar [5]. Es wird zunehmend klar, dass die Letalität nicht nur durch das Auftreten von Komplikationen an sich bedingt ist, sondern durch fehlende Früherkennung und konsequente Behandlung [6, 7].

Häufig entwickeln sich bereits 24 Stunden vor einer kardiopulmonalen Notfallsituation messbare und detektierbare Veränderungen von klinischen Variablen (Tachypnoe, Tachykardie, Fieber, ggf. Somnolenz), auf die häufig zu spät reagiert wird. Es ist also anzunehmen, dass ein relevanter Anteil intrahospitaler Kreislaufstillstände vermeidbar ist.

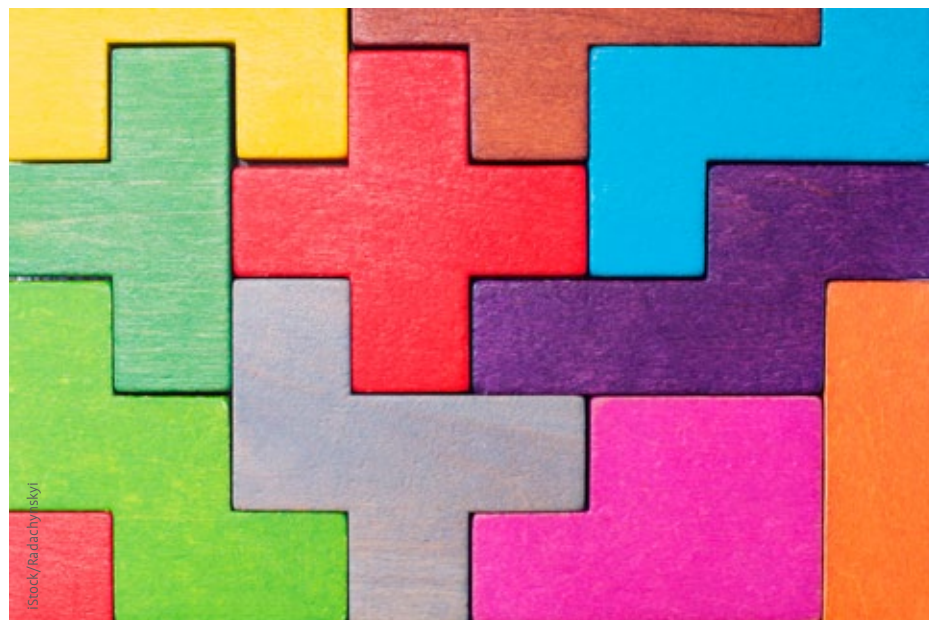
VERMEIDUNG POSTOPERATIVER LETALITÄT

Gemeinsames Ziel der beteiligten Fachgesellschaften und Berufsverbände ist die Sicherstellung von intrahospitalen Strukturen, um schwerwiegende Organdysfunktion nach

DGAI, DGCH, BDA, BDC. Empfehlung zur Verbesserung der postoperativen Behandlungsqualität und zur Etablierung Medizinischer Einsatzteams (MET). *Passion Chirurgie*. 2017 Mai, 7(05): Artikel 03_04.



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



operativen Eingriffen zu vermeiden oder frühzeitig zu erkennen.

Während sich der Zusammenhang zwischen Komplikationshäufigkeit einerseits und Personalqualifikation bzw. zeitliche Personalpräsenz am Patienten andererseits recht gut belegen lässt [8], gibt es eine Reihe weiterer Maßnahmen, die insbesondere durch die Früherkennung von drohenden Komplikationen zur Qualitätssteigerung beitragen können. Infrage kommen hierbei speziell die Medizinischen Einsatzteams (MET) ggf. in Kombination mit telemetrischen und zukünftig vielleicht auch roboter-basierten Überwachungssystemen.

Die Basis einer erfolgreichen frühzeitigen Detektion von Komplikationen kann nur die kontinuierliche Präsenz qualifizierten pflegerischen und ärztlichen Personals auf der Normalstation sein [9]. Eine Erkennung kritischer Patienten kann sowohl durch den klinischen Eindruck (Erfahrung) als auch durch etablierte Scores erfolgen [10, 11].

Bei Verdacht auf eine drohende Komplikation muss der Patient unverzüglich durch erfahrenes ärztliches Personal evaluiert werden. Idealerweise erfolgt dies durch den anwesenden und qualifizierten Stationsarzt. Für den Fall, dass dies nicht gewährleistet ist, haben sich weltweit ergänzende Organisationsstrukturen entwickelt.

MEDIZINISCHE EINSATZTEAMS (MET)

Die meiste wissenschaftliche Evidenz bezüglich dieser Organisationsstrukturen liegt für sogenannte „Medical Emergency Teams“ (MET) vor. In Deutschland haben sich die wissenschaftlichen Fachgesellschaften und Berufsverbände auf den Begriff „Medizinisches Einsatzteam“ (MET) geeinigt. Der Unterschied des MET zum klassischen Reanimationsteam liegt darin, dass Letzteres erst zum Einsatz kommt, wenn eine akute,

	• VIGILANZ • DELIR • KRAMPFANFALL	Akute Vigilanzminderung (Somnolenz, Sopor, Koma) Neu aufgetretenes Delir (z.B. Verwirrtheit, Denkstörungen, Entzug) Neu aufgetretene Krampfanfälle
	• RHYTHMUS • BLUTDRUCK • ISCHÄMIE	Neu aufgetretene Herzrhythmusstörungen mit klinischer Symptomatik Schwere arterielle Hypotonie oder Hypertonie mit klinischer Symptomatik Akute Zeichen der Organminderdurchblutung
	• DYSPNOE • ASPIRATION • HYPOXÄMIE	Akute Atemnot, neu aufgetretenes Lungenödem, schwere Bronchospastik Schwere oder rezidivierende Aspiration Akute Hypoxämie (SpO₂ unter 88% bei Raumluft) oder Hyperkapnie
	• ELEKTROLYTE • AZIDOSE • OLIGURIE	Akute Elektrolytentgleisung mit klinischer Symptomatik Akute respiratorische oder metabolische Azidose Mehrstündige Oligurie (< 0,5 ml/kg/h) bzw. akutes Nierenversagen
	• SONSTIGES	Potenziell bedrohliche Störung (z. B. zunehmende Ödeme, Fieber unklarer Genese, schwere systemische Infektion)

unmittelbar lebensbedrohende Situation vorliegt. Das MET hat dagegen die Aufgabe, eine solche Situation zu verhindern [12].

In den unterschiedlichen klinischen Studien werden fast immer dieselben Variablen zur Detektion kritischer Patienten eingesetzt [13]. Einige in der Literatur häufig verwendete „Trigger“ für die Alarmierung eines MET sind nachfolgend exemplarisch dargestellt.

Ein MET sollte mindestens mit einem intensivmedizinisch erfahrenen Arzt und einer Pflegekraft besetzt sein, damit eine zielgerichtete Therapie zeitnah eingeleitet werden kann. Idealerweise wird diese Therapie dann auch auf der Normalstation weitergeführt. Nicht zuletzt soll durch die Etablierung von MET auch die Häufigkeit ungeplanter Aufnahmen auf Intensivstationen reduziert werden.

Organisatorisch wird in den meisten bislang etablierten MET-Systemen der Notruf auf einer Intensivstation entgegengenommen, und das Team rückt von der Intensivstation aus.

SCHLUSSFOLGERUNG

Gemeinsames Ziel ist die kontinuierliche Sicherung und Steigerung der perioperativen Patientensicherheit durch Optimierung der Versorgung während des gesamten Behandlungsverlaufs. Die bedarfsgerechte Ausstattung von operativen Normalstationen bleibt dabei ein wesentliches Ziel unserer Bestrebungen zur Qualitätssicherung und -steigerung.

Ohne primäre Ressourcen zu gefährden, sollte die gemeinsame Einführung von MET gefördert werden und idealerweise, im Sinne der begleitenden Versorgungsforschung, auf ihre primären und sekundären Effekte zur angestrebten Qualitätsverbesserung untersucht werden.

Literatur erhalten Sie via
passion_chirurgie@bdc.de





Leserbrief und Antwort zu Ausgabe 12/2016 „CME-Artikel: Leistenhernien bei Frauen“

LESERBRIEF VON PROF. DR. M. SEELIG

In der Dezemberausgabe der gemeinsamen Mitgliederzeitschrift der DGCH sowie des BDC wurde ein bemerkenswerter Fortbildungsartikel zum Thema der Leistenhernienchirurgie bei Frauen publiziert [1]. Dies ist ein durchaus löbliches Unterfangen, zumal vermutlich etwa 30.000 primäre Leistenhernien-Operationen bei Frauen pro Jahr durchgeführt werden und, so die Autoren, eine klare Evidenz fehlt, wie am besten bei einem solchen Szenario operativ vorgegangen werden sollte.

Der Anspruch des als CME-zertifizierten Fortbildungsartikels publizierten Beitrags ist hoch, versucht er doch den aktuellen Wissensstand insbesondere anhand der Daten des in Deutschland entwickelten Herniamed-Registers zu werten und auch aktuelle internationale Leitlinienempfehlungen einzuordnen, um schlussendlich aktuelle Handlungsempfehlungen zu destillieren. Dabei suggeriert der provokative Titel der Arbeit bereits die Antithese, nämlich die Gleichwertigkeit der anderen operativen Verfahren oder – modern formuliert – die „Nicht-Inferiorität“, als repräsentierten die

**PROF. DR. MATTHIAS H. SEELIG,
MHBA**

Chefarzt der Klinik für Allgemein-,
Viszeral-, Thorax- und Gefäßchirurgie
Kliniken des Main-Taunus-Kreises
Lehrkrankenhaus der Johann-Wolfgang-
von-Goethe-Universität Frankfurt
Kronberger Str. 36, 65812 Bad Soden
mseelig@kliniken-mtk.de

laparoskopischen Verfahren (TEP/TAPP) eine etwas zu enge Hose, in die alle Leistenhernien der Frau hineingezwängt werden müssten.

Der vorliegende Artikel erhebt andererseits den Anspruch auf besondere Wissenschaftlichkeit, um dann Vorschläge zur Behandlung der weiblichen Leistenhernie zu machen, ohne dafür überhaupt nur irgendeine wissenschaftliche Evidenz zu präsentieren. Er wehrt sich insbesondere gegen die Empfehlung, Leistenhernien bei Frauen sollten mit Netz und nach Möglichkeit laparoskopisch operiert werden, eine Consensus-Empfehlung, die im Rahmen des Kongresses der European Hernia Society 2016 vorgestellt wurde und deren Publikation kurzfristig zu erwarten ist [2]. Sie ist zwar noch nicht final publiziert, aber bereits in einer vorläufigen Version als „World Guidelines for Groin Hernia Management“ einsehbar und wurde unter Mitwirkung auch namhafter deutscher Autoren verfasst. Dadurch soll das Risiko, eine synchrone Femoralhernie zu übersehen, und das Risiko chronischer Leistenbeschmerzen minimiert werden.

Grund sei, so die Autoren des Fortbildungsartikels, dass bislang der definitive Nachweis durch eine prospektive randomisierte Studie fehle. Demzufolge wird gleichsam deduktiv abgeleitet, dass für die Behandlung der Leistenhernie der Frau wieder ein ganzes Sammel-surium von Operationsverfahren einsetzbar sei. Dieser Vorschlag erscheint bar jeder Wissenschaftlichkeit und nicht sonderlich professionell, vielmehr muss man bei extensiver Analyse vermuten, dass ganz andere Interessen unter dem Deckmantel fehlender Evidenz ausgebreitet werden.

Interessanterweise wurde im März 2016, also etwa neun Monate zuvor im Deutschen Ärzteblatt ein Fortbildungsartikel über die „Evidenzbasierte Behandlung der Leistenhernie des Erwachsenen“ publiziert [3]. Hier wird klar formuliert, dass die Leistenhernie der Frau immer mit Netz und vorzugsweise laparoskopisch operiert werden sollte.

Als Argument gegen eine laparoskopische Operation wird von den Autoren die Arbeit von Mikkelsen et al. aus dem Jahr 2002 angeführt, die zeigte, dass nach vorausgegangener Leistenhernienoperation das Risiko eines femoralen Rezidivs 15-fach erhöht war [4]. Weil diese Rezidive in der Regel jedoch vor dem inguinalen Rezidiv auftraten, wurde

in dieser Arbeit vermutet, die synchrone Femoralhernie sei bei der initialen Operation übersehen worden. Diese Tatsache wird von Lorenz et al. nun als Argument gegen eine laparoskopische Operation benutzt. Dabei waren in dieser nur Studie 4,9 Prozent laparoskopisch operiert worden. Es wurde u. a. vermutet, dass der Femoralkanal nicht exploriert wurde oder dieser bei inguinalen Zugang nur ungenügend exploriert werden kann. Gerade deshalb ist diese Studie eher ein Argument dafür, laparoskopisch zu operieren, da hier die femorale Bruchpforte wesentlich komfortabler visuell inspiziert werden kann.

Es wäre nachvollziehbar, wenn in scheinbarer Ermangelung eindeutiger wissenschaftlicher Belege auf eine Empfehlung zur Versorgung der weiblichen Inguinalhernie gänzlich verzichtet würde. Aber ohne jeden wissenschaftlichen Beleg nun wieder Operationsverfahren aus der „Büchse der Pandora“ zu lassen, die dort besser verblieben, entbehrt nun wirklich jedes ernsthaften wissenschaftlichen Anspruches.

Interessanterweise empfiehlt der Senior-Autor der vorliegenden Publikation für die elektive primäre unilaterale und bilaterale Leistenhernie bei der Frau grundsätzlich entweder TEP oder TAPP in Anlehnung an die Leitlinienempfehlungen der European Association of Endoscopic Surgery, der European Hernia Society und der International Endohernia Society [5]. Dies steht in deutlichem Kontrast zur vorliegenden Empfehlung.

Das eigentliche Problem der Publikation eines solchen Fortbildungsartikels, der ja allen operativ tätigen Kollegen einen validen Behandlungskorridor eröffnen soll, scheint jedoch vielmehr an der Zerstrittenheit zwischen maßgeblichen Akteuren der Deutschen Herniengesellschaft, der Chirurgischen Arbeitsgemeinschaft Hernien (CAH) sowie der Chirurgischen Arbeitsgemeinschaft Ambulante Chirurgie (CAAC) zu liegen. Zu unterschiedlich sind die Interessen, sodass, wie vorliegend, einfach die Evidenz internationaler Leitlinienempfehlungen ignoriert wird und eine deutsche herniologische Insellösung propagiert wird.

Es bleibt dem kritischen Betrachter nicht verborgen, dass sich auf dem Gebiet der Herniologie eine Vielzahl von selbsternannter Kompetenz tummelt und dass die Kritik an den Leitlinien gerade von denen kommt, die nicht

Leserbrief und Antwort zu Ausgabe 12/2016
„CME-Artikel: Leistenhernien bei Frauen – „One fits all“ oder doch maßgeschneiderte OP?: Passion
Chirurgie. 2017 Mai, 7(05): Artikel 03_05.



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

laparoskopisch operieren. Offenbar besteht hier ein enormes Interesse daran zu verhindern, ein primäres endoskopisches Verfahren zur Operation auch der weiblichen Hernie in die Leitlinienempfehlungen aufzunehmen.

Weil die Refinanzierung durch die Forderung nach vorwiegend ambulanter Versorgung für endoskopische Versorgung ungleich schwerer ist, wird das primär schlechtere Verfahren durch die ökonomischen Rahmenbedingungen begünstigt. Hier liegt der eigentliche Skandal: Es wird versucht, das Verfahren mit den Rahmenbedingungen zu harmonisieren, anstatt der Forderung, allen Patienten ein optimales netzgestütztes endoskopisches Verfahren zu ermöglichen, auch auf gesundheitspolitischer Ebene Nachdruck zu verleihen. In unverständlicher Ahnungslosigkeit machen sich hier Vertreter der Fachgesellschaften letztendlich zum

Instrument gesundheitspolitischer Vorgaben, obwohl sie es besser wissen müssten.

Es ist ehrlicher, die Kontroversen aufzuzeigen und auszuhalten, bis vielleicht ein Evidenzbeweis gelingt oder zu akzeptieren, dass eine solche Studie möglicherweise aus ethischen Gründen nicht realisierbar ist, weil das laparoskopische Vorgehen eindeutige Vorteile aufweist und auch bei Frauen ein primäres laparoskopisches Vorgehen zu den besseren Ergebnissen führt. Zu dieser Überzeugung ist zumindest die Mehrheit der international tätigen Hernienchirurgen gekommen.

LITERATUR

[1] Lorenz R, Koch A, Köckerling F. Leistenhernien bei Frauen – „one fits all“ oder doch maßgeschneiderte OP? *Passion Chirurgie* 2016; 4, 14-22

[2] World Guidelines for Groin Hernia Management. www.eeaes2016eu/EAES.Congress/media/media/Amsterdam2016/HerniaSurge-Statements-and-Recommendations-EAES.pdf (letzter Zugriff: 12.1.2017)

[3] Berger D. Evidenzbasierte Behandlung der Leistenhernie des Erwachsenen. *Deutsches Ärzteblatt* 2016; 113: 150-157

[4] Mikkelsen T, Bay-Nielsen M, Kehlet H. Risk of femoral hernia repair after inguinal herniorrhaphy. *Br J Surg* 2002; 89: 486-488

[5] Köckerling F, Schug-Pass C. Tailored approach in inguinal hernia repair- decision tree based on the guidelines. *Front Surg* 2014; 1: 20; doi 10.3389/fsurg.2014.00020

ANTWORT DER AUTOREN

R. LORENZ, A. KOCH, F. KÖCKERLING

Zunächst danken wir Herrn Kollegen Seelig für die kritische Stellungnahme. Allerdings hätten sich die Autoren mehr Sachlichkeit in der Stellungnahme gewünscht. Äußerungen wie „dieser Vorschlag erscheint bar jeder Wissenschaftlichkeit“ und „sich auf dem Gebiet der Herniologie eine Vielzahl von selbsternannter Kompetenz tummelt“ gehören nicht in eine ernstzunehmende wissenschaftliche Diskussion. Eine einfache PubMed-Recherche zeigt deutlich auf, wer sich mit dem Thema „Hernie“ wissenschaftlich beschäftigt und wer nicht.

Wir wollen uns dennoch fundiert mit den Argumenten der Stellungnahme auseinandersetzen.

Zunächst einmal muss festgestellt werden, dass Guidelines in der Medizin nicht gleichzusetzen sind mit den in Stein gemeißelten zehn Geboten, sondern maximal die momentane evidenz-basierte Datenlage wiedergeben. Sich daraus ableitende Empfehlungen können durch neue Studienergebnisse jederzeit wieder außer Kraft gesetzt werden. Hinzu kommen dann auch noch Meinungen von Experten in der Guidelines-Gruppe, die zusätzlich in die Empfehlungen einfließen. Da der Senior-Autor des Beitrages Mitglied der Guidelines-Gruppe „HerniaSurge“ ist, kann er die Entstehung der neuen „World Guidelines for Groin Hernia Management“ gut beurteilen. Dies soll an einem Beispiel aufgezeigt werden.

Herr Kollege Seelig schreibt, „dass für die Behandlung der Leistenhernie der Frau wieder ein ganzes Sammelsurium von Operationsverfahren einsetzbar sind“. Weiter schreibt er: „Aber ohne jeden wissenschaftlichen Beleg nun wieder Operationsverfahren aus der Büchse der Pandora zu lassen, die dort besser verblieben, entbehrt nun wirklich jedes ernsthaften wissenschaftlichen Anspruches.“ Gemeint sind die Verfahren Plug, Gilbert und Shouldice. Wie sieht nun für diese Operationstechniken die evidenz-basierte Datenlage aus? Da bisher die „World Guidelines for Groin Hernia Management“ noch nicht publiziert sind, weil es eben an so mancher Stelle noch sehr heftige Diskussionen gibt, gilt für Europa immer noch das „Update with level 1 studies of the European Hernia Society guidelines on the treatment of inguinal hernia in adult patients“ (Miserez et al. 2014). In diesem Update wird mit dem Evidenzgrad 1 A festgestellt, dass die Techniken „PHS“ (Gilbert) und „Plug and Patch“ ein vergleichbares Outcome in Bezug auf die Rezidivrate und die chronische Schmerzrate haben wie die Lichtenstein-Operation (ein bis vier Jahre Follow-Up). Für die Shouldice-Technik blieb es bei der Feststellung auf dem Evidenzlevel 1 A, dass sie die beste Methode ohne Netzverwendung ist.

Aus dieser Auswahl an Operationstechniken (TEP, TAPP, Lichtenstein, Plug, PHS, Shouldice) nach evidenz-basierten Kriterien eröffnete sich für den Chirurgen die Möglichkeit, je nach seiner

persönlichen Expertise und patientenseitigen Besonderheiten und Befundkonstellationen, ein maßgeschneidertes Konzept (Tailored Approach) umzusetzen, unter der Zielsetzung einer Risikominimierung für die Patienten. Aus der Sicht eines bevorzugt endoskopisch operierenden Hernienchirurgen, hat der Senior-Autor den sich daraus ergebenden „Tailored Approach“ publiziert (Köckerling et al. 2014). Dieser „Tailored Approach“ sieht natürlich für einen überwiegend offen operierenden Hernienchirurg ganz anders aus. Da weltweit immer noch mehr offene als laparo-endoskopische Leistenhernienchirurgie durchgeführt wird, kann man gerade in World-Guidelines verantwortungsbewusst nicht ausschließlich bestimmte Konzepte favorisieren, solange sie nicht mit der ausreichenden Expertise von Chirurgen hinterlegt sind. So wird man vernünftigerweise nicht erwarten können, dass alle Hernienchirurgen mit Erscheinen der Welt-Guidelines von einem Tag auf den anderen dann laparo-endoskopisch operieren können. Dies wäre auch bei der langen Lernkurve der TEP und TAPP nicht sinnvoll. Hier kann es sich maximal um eine sehr langsam verlaufende Entwicklung handeln. Auch muss dabei die Nicht-Verfügbarkeit von Equipment und Netzen in weiten Teilen der Welt berücksichtigt werden.

Nun wurden in den neuen „World Guidelines for Groin Hernia Management“ der Plug und PHS aus den Empfehlungen, trotz evidenz-basierter Gleichwertigkeit mit der Lichtenstein-Operation, herausgenommen, weil die Mehrheit der Experten in der HerniaSurge-Gruppe der Meinung ist, dass ein Rezidiv bei Netzplatzierung in der anterioren und posterioren Schicht schwieriger zu operieren ist (Simons et al. 2017). Dafür liegt keine Studie vor. Die Shouldice-Technik soll nur noch eingesetzt werden, wenn der Patient ein Netz ablehnt oder kein Netz zur Verfügung steht. Ansonsten sollen für mögliche Indikationen bei jungen Männern mit L1-, L2-Befunden Studien durchgeführt werden.

In der Zwischenzeit ist eine große Studie auf der Basis von administrativen Daten aus Ontario publiziert worden, die 65.127 Patienten der Shouldice-Klinik mit 170.065 Patienten aus Allgemeinkrankenhäusern Ontarios, die von 1993 bis 2007 operiert wurden, miteinander vergleicht. Dabei wurde auch die Fallzahl an Hernienoperationen pro Klinik berücksichtigt. Die Ergebnisse zeigen, dass die Rezidivraten der in der Shouldice-Klinik operierten Patienten im Vergleich signifikant niedriger sind, als in den Allgemeinkrankenhäusern in Ontario. Die signifikant niedrigere Rezidivrate gilt auch für ältere Patienten, Frauen und Patienten mit mehr Komorbiditäten.

Aus den obigen Ausführungen lassen sich zwei wichtige Erkenntnisse ableiten:

1. Die Spezialisierung in der Hernienchirurgie ist vielleicht noch wichtiger als die Operationstechnik.
2. Auch Guidelines müssen kritisch hinterfragt werden und können sich jederzeit aufgrund neuer Studien wieder ändern. Anhand von verfügbaren Daten müssen auch Guidelines immer wieder auf ihre Richtigkeit hin überprüft werden.

Das ist genau das, was die Autoren mit ihrem Beitrag in *Passion Chirurgie* versucht haben und was bei der Leistenhernie der Frau so wichtig ist, weil die Evidenzlage viel zu dünn ist. Es ist sinnvoller, sich nicht auf Operationstechniken festzulegen, da sie nicht von allen beherrscht werden, sondern auf Prinzipien des Vorgehens, welches mit unterschiedlichen Techniken möglich ist. Und deshalb bleibt es bei den Schlussfolgerungen des Beitrages:

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

Was die ökonomischen Aspekte in der Stellungnahme von Herrn Kollegen Seelig anbelangt, wären wir Chirurgen sicherlich alle daran interessiert, wenn die Leistenhernienchirurgie adäquat bezahlt würde, unabhängig von der angewandten Technik und des Vorgehens ambulant oder stationär. Das konkrete Vorgehen sollte von medizinischen und nicht ökonomischen Aspekten geprägt sein.

Zusammenfassend zeigt der Leserbrief, wie Guidelines leicht als unumstößliche Wahrheiten und in Stein gemeißelte Weisheiten fehlinterpretiert werden können und keinen Raum mehr für Diskussionen zulassen. Jede andere Meinung lässt sich damit leicht verunglimpfen. Aber das gibt die Evidenzlage auch der neuen weltweiten Guidelines an vielen Stellen nicht her. Mit Veröffentlichung der „World Guidelines for Groin Hernia Management“ wird der Prozess der Evaluierung der Statements and Recommendations beginnen, und man wird sehen, welche Aussagen und Empfehlungen auch in ein paar Jahren noch Bestand haben werden. Dies gilt besonders unter dem Aspekt völlig unterschiedlicher ökonomischer Voraussetzungen in den Regionen dieser Welt.

LITERATUR

- [1] Miserez M, Peeters E, Aufenacker T, Bouillot JL, Campanelli G, Conze J, Fortelny R, Heikkinen T, Jorgensen LN, Kukleta J, Morales-Conde S, Nordin P, Schumpelick V, Smedberg S, Smietanski M, Weber G, Simons MP Update with level 1 studies of the European Hernia Society guidelines on the treatment of inguinal hernia in adult patients *Hernia* (2014) 18: 151-163 DOI: 10.1007/s10029-014-1236-6
- [2] Köckerling F, Schug-Pass C. Tailored approach in inguinal hernia repair – decision tree based on the guidelines *Frontiers in Surgery* Jun 2014 Volume 1 Articles 20 DOI: 10.3389/fsurg.2014.00020
- [3] Simons MP, Aufenacker TJ, Berrevoet F, Bingener J, Bisgaard T, Bittner R, Bonjer HJ, Bury K, Campanelli G, Chen DC, Chowbey PK, Conze J, Cuccurullo D, de Beaux AC, Eker HH, Fitzgibbons RJ, Fortelny RH, Gillion JF, van den Heuvel BJ, Hope WW, Jorgensen LN, Klinge U, Köckerling F, Kukleta JF, Konate I, Liem AL, Lomanto D, Loos MJA, Lopez-Cano M, Miserez M, Misra MC, Montgomery A, Morales-Conde S, Muysoms FE, Niebuhr H, Nordin P, Pawlak M, van Ramshorst GH, Reinbold WMJ, Sanders DL, Sani R, Schouten N, Smedberg S, Smietanski M, Simmermacher RKJ, Tran HM, Tumtavitikul S, van Veenendaal N, Weyhe D, Wijsmuller AR (2017). World Guidelines for Groin Hernia Management. www.herniasurge.com. Zugriffen: 09.01.2017



© Peter Schmalefeldt

„Für mich war klar, Medizin bedeutet Chirurgie“

VOM NACHWUCHS-KONGRESS „STAATSEXAMEN & KARRIERE“

Schon zum zehnten Mal haben der Berufsverband der Deutschen Chirurgen e.V. (BDC) und der Berufsverband Deutscher Internisten e.V. (BDI) auf das Staatsexamen vorbereitet. Wieder war der Nachwuchs-Kongress „Staatsexamen & Karriere“ sehr gut besucht und Studenten aus ganz Deutschland reisten nach München zur Prüfungsvorbereitung. Richtig, dieses Mal nach München, ein Novum. Auch einer der wissenschaftlichen Leiter war neu beim Kongress dabei: Andreas Kirschniak aus Tübingen. Carsten Krones und Michael Denking, die schon von Anfang an als wissenschaftlicher Leiter beim Kongress dabei sind, haben ihn mit ins Boot geholt. Und was die Nachwuchsarbeit angeht, ist Kirschniak alles andere als ein unbeschriebenes Blatt. Der Chirurg hat sich bereits innerhalb

der DGAV unter den Jungen Chirurgen und bei der Chirurgischen Woche der DGCH für den chirurgischen Nachwuchs engagiert. „Es macht mir einfach Spaß, aber da ich nun leider kein junger Chirurg mehr bin, war es Zeit, etwas Neues zu machen und dafür bietet der Nachwuchs-Kongress von BDC und BDI eine super Möglichkeit“, erzählte Kirschniak nach seinem Vortrag in München.

Bei diesem Kongress war Kirschniak gemeinsam mit internistischen Kollegen als einer der Ansprechpartner für die *Karriere-Beratung* zuständig – Medizinstudierende können sich dabei individuell von erfahrenen Chirurgen und Internisten beraten lassen. Die Referenten erzählten aber von ganz unterschiedlichen Erfahrungen bei der Beratung. „Bei mir waren die Studierenden extrem informiert und wirkten sehr karrierebezogen. Sie haben im neunten Semester bereits promoviert und stellten mir die Frage, ob es sinnvoll



JULIA WEILBACH
Pressereferentin des BDC
weilbach@bdc.de



PD Dr. med. Andreas Kirschniak bei seinem Vortrag



sei, gleich einen MBA dranzuhängen. Das hat mich schon etwas verblüfft. Da ich immer die Devise vertrete „erstmal machen“ und praktisch arbeiten, um auch das richtige Gefühl als Chirurg zu bekommen“, so Kirschniak.

Nina Rosa Neuendorff, die exemplarische Fälle der Inneren Medizin beim Nachwuchs-Kongress vorstellte, beantwortete viele Fragen zu Subspezialisierungen während der *KarriereBeratung* und schaute gemeinsam mit den Studierenden deren Bewerbungsunterlagen durch. „Ich hatte eher das Gefühl, dass man eine Hilfe beim „Sortieren“ der eigenen

Prioritäten bezüglich der Facharztwahl ist. Insgesamt waren es sehr konstruktive Gespräche.“ Daniel Vallböhmer, der als BDC-Präsidiumsmitglied auch schon öfter Referent beim Nachwuchs-Kongress war, sagte über die Gespräche mit den Studierenden, dass die Kombination aus dem passenden Team und dem „manuellen Arbeiten“ viele überzeugt, einen chirurgischen Weg einzuschlagen. Es waren drei Teilnehmer bei ihm in der *KarriereBeratung*, die sich erst für die Innere Medizin entschieden hatten, sich aber dann im PJ umentschieden haben. „Wir müssen also genau in dieser Phase der Ausbildung Überzeugungsarbeit leisten und für die Chirurgie – oder auch die Innere Medizin – begeistern“, so Vallböhmer. Aber nicht nur die Laufbahn im Krankenhaus war Thema, sondern auch die künftige Niederlassung, die wegen der besseren Vereinbarkeit von Familie und Beruf oft als Ziel der Jung-Mediziner angegeben wurde. „Letztendlich wollen wir die Studierenden mit unseren Tipps und der *KarriereBeratung* einen Schritt näher zu ihrem Ziel bringen, die 3. Ärztliche Prüfung zu bestehen, egal welchen Weg sie danach einschlagen. Aber wir freuen uns natürlich über jeden künftigen Internisten – oder auch Chirurgen – den wir für unseren Job begeistern können. Deshalb haben wir dieses gemeinsame Projekt der Berufsverbände ins Leben gerufen“, erzählt Denking, BDI-Vorstandsmitglied und wissenschaftlicher Leiter des Nachwuchs-Kongresses.

Auf die Frage, wie Kirschniak zu seinem Traumjob Chirurg gekommen sei, antwortet

FACTS

144

Beim Nachwuchs-Kongress „Staatsexamen & Karriere“ in München informierten sich insgesamt 144 Studierende.

24

Insgesamt 24 Teilnehmer nutzten die Gelegenheit, sich mit Experten bei der *KarriereBeratung* auszutauschen.

75

Von den Studierenden beim Nachwuchs-Kongress waren 75 Prozent weiblich.

17

Von den 17 teilnehmenden Referenten waren acht Internisten und neun Chirurgen.

Weilbach J. „Für mich war klar, Medizin bedeutet Chirurgie“. *Passion Chirurgie*. 2017 Mai, 7(05): Artikel 04_01.



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

er lachend, dass er eben nicht Bänker wie sein Vater werden wollte und Glück hatte bei der Aufnahmeprüfung. „Medizin hat mich immer schon interessiert und für mich war klar, Medizin bedeutet Chirurgie. Es stand also mit der Entscheidung zum Medizinstudium für mich fest, dass ich Chirurg werden möchte. Allerdings weiß ich jetzt natürlich auch, dass Medizin viel mehr als Chirurgie ist. Genau deshalb finde ich das Konzept des Kongresses super: Trotz der Scherze zwischen uns Chirurgen und den Internisten sind wir ein Team und bereiten die Studierenden gemeinsam auf die Prüfungen vor – hoffentlich nehmen viele von ihnen auch etwas von dieser Zusammenarbeit mit“, erzählte er weiter.

Was die Studierenden auf jeden Fall aus München mitgenommen haben, sind laut ihrem Feedback „viele persönliche Tipps

und Ratschläge für die Prüfung“, „sehr gute Motivation durch die Dozenten“ und „viele Themen wie z. B. Frakturen wurden das erste Mal richtig gut erklärt“. Einige würden sich sogar wünschen, den Nachwuchs-Kongress noch weiter auszubauen und auf drei Tage zu verlängern.

Ob Kirschniak seinen eigenen Kindern auch raten würde, Chirurg zu werden? „Ja, auf jeden Fall – ist ja auch ein toller Beruf“, antwortete der zweifache Vater begeistert. Vielleicht werden sie sich also auch irgendwann bei unserem Kongress auf die 3. Ärztliche Prüfung vorbereiten – bisher waren es schließlich schon knapp 2.000 Teilnehmer.

Schicken Sie Ihre PJler und Famulanten doch auch mal zum Nachwuchs-Kongress „Staatsexamen & Karriere“. Der nächste Termin steht schon fest: 29. Bis 30. September 2017. ○



NACHWUCHSKONGRESS

„STAATSEXAMEN & KARRIERE“

Bereits seit 2012 bieten die Berufsverbände der Deutschen Chirurgen (BDC) und Internisten (BDI) ein eigens entwickeltes Seminar- und Kongressformat für Medizinstudierende an, das auf die 3. Ärztliche Prüfung vorbereitet.

Im Zentrum stehen dabei der praktisch-mündliche Prüfungsteil der beiden Pflichtfächer Chirurgie und Innere Medizin sowie Tipps und Tricks aus dem Klinikalltag und viele wertvolle Kontakte.

Wissenschaftliche Leiter:



Prof. Dr. med. Michael Denking, Ulm



PD Dr. med. Carsten J. Krones, Aachen



PD Dr. med. Andreas Kirschniak, Tübingen

WWW.STAATSEXAMEN-UND-KARRIERE.DE



Mediathek der DGCH – jetzt auch für BDC-Mitglieder kostenfrei

Die Mediathek der Deutschen und Österreichischen Gesellschaft für Chirurgie hält zurzeit über 400 Medien zu Aus- und Fortbildungszwecken bereit. Die Filmsammlung der verschiedenen chirurgischen Fachdisziplinen wird stetig erweitert. Während des 134. Kongress der DGCH in München wurde die Kooperation mit dem BDC ausgebaut: Im vergangenen Jahr wurden BDC-Mitgliedern bereits einige Videos in PASSION CHIRURGIE zur Verfügung gestellt. Ab sofort können sich Mitglieder bei der Mediathek registrieren und das vollständige Angebot kostenfrei nutzen.

WISSENSTRANSFER – MOBIL, MODERN, FLEXIBEL

Die Mediathek der DGCH hat sich dem Wissenstransfer verschrieben. Die Filmsammlung der Mediathek wächst kontinuierlich – die Filme werden von Chirurgen für Chirurgen erstellt. Sie sind vertont und werden von der Chirurgischen Arbeitsgemeinschaft Medien (CAM) gesichtet und auf inhaltliche sowie technische Eignung geprüft. Neue Filme sind immer herzlich willkommen.


**KORRESPONDIERENDER
AUTOR:**

Prof. Dr. med. Stephan Kersting
Vorsitzender CAM
stephan.kersting@uk-erlangen.de


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

Generalsekretär DGCH
Präsident BDC
praesident@bdc.de

mediaThek

DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR CHIRURGIE
ÖSTERREICHISCHE GESELLSCHAFT FÜR CHIRURGIE

Speziell für Studenten ausgearbeitete Filme sind das neueste Angebot der Mediathek – ihnen stehen über 100 kostenfreie Filme zur Verfügung. Sie ergänzen die aktuellen Lehrbücher optimal und bieten eine kostenfreie, visuelle Lernunterstützung.

ZWEI VARIANTEN DER FILMAUFNAHME

In **Variante A** erhält der Autor als Entgelt für die Übertragung des nicht exklusiven Nutzungsrechtes an seinem Beitrag:

- eine pauschale Lizenzgebühr von 250,- Euro
- einen Zugang zur Nutzung und Bearbeitung des eigenen Beitrags in der Online-Mediathek

Variante B bietet dem Autor folgende Vorteile:

- zitierfähige Publikation in Kooperation mit dem „Zentralblatt für Chirurgie“

und der „Zeitschrift für Orthopädie und Unfallchirurgie“

- einen Zugang zur Nutzung und Bearbeitung des eigenen Beitrags in der Online-Mediathek

Ob Variante A oder B, jeder Beitrag wird außerdem einmalig für den mit 3.000 Euro dotierten Edgar-Ungeheuer-Preis nominiert.

Kontakt:

AESCU LAP AKADEMIE GmbH

Am Aesculap-Platz

78532 Tuttlingen

Tel.: +49 (0) 7461 95-1132

Fax: +49 (0) 7461 95-2050

mediathek@aesculap-akademie.de

Kersting S. / Meyer H.-J. Mediathek der DGCH – jetzt auch für BDC-Mitglieder kostenfrei. Passion Chirurgie. 2017 Mai, 7(05): Artikel 04_03.



HIER GEHT'S ZUR MEDIATHEK

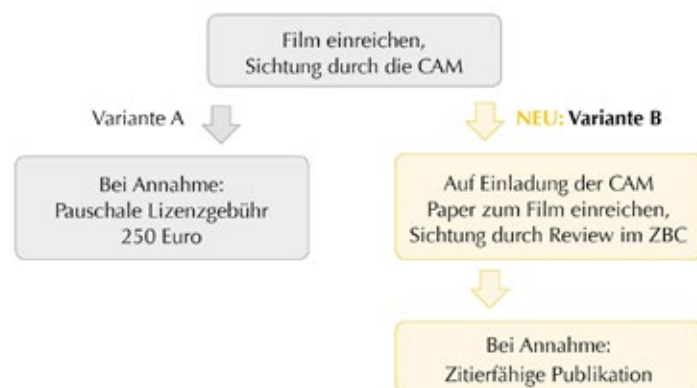


HIER FINDEN SIE DIE
AUTORENINFORMATIONSMAPPE



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

SIE HABEN EINEN LEHRREICHEN FILM – WIR BIETEN IHNEN DAS PUBLIKUM



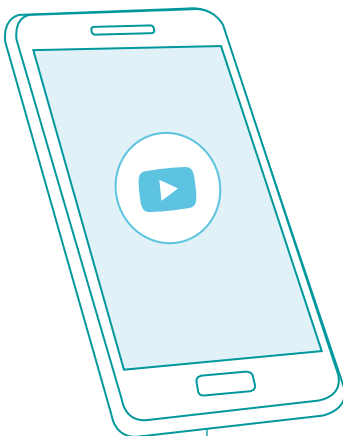
Wenn Sie Autorin oder Autor eines Beitrags sind, freuen wir uns auf Ihren Film. Seit August 2012 können wir Ihnen durch eine Kooperation mit dem Zentralblatt für Chirurgie (ZBC) zwei Varianten der Filmaufnahme anbieten.

WWW.MEDIATHEK-DGCH.DE

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.

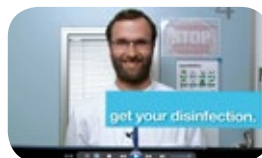
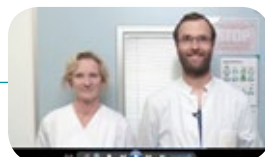
Die Thematik Händedesinfektion wurde von vielen weiteren guten Projekten, wie der „Aktion saubere Hände“ aufgegriffen.

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)





© iStock/Ocskaymark

Antikorruptionsgesetz – starke Verunsicherung bei den Kooperations- (Honorar) Ärzten

ERGEBNISSE EINER UMFRAGE ZUR VERTRAGSSITUATION DER KOOPERATIONSÄRZTE DER ARBEITSGEMEINSCHAFT BELEG- UND KOOPERATIONSÄRZTE IM BDC

Das Antikooperationsgesetz hat zu einer starken Verunsicherung bezüglich der Vertragsgestaltung zwischen Krankenhäusern und Kooperationsärzten geführt. Der BDC benutzt hier den Begriff des Kooperationsarztes, um diesen vom reinen Konsiliararzt und dem reinen Honorararzt zu unterscheiden.

Grund genug für die Arbeitsgemeinschaft der Beleg- und Kooperationsärzte, sich über eine Umfrage einen Überblick zur aktuellen Vertragssituation zu verschaffen. Hierzu wurden im November 2016 alle im BDC organisierten niedergelassenen Kooperationsärzte und Belegärzte angeschrieben und um Teilnahme gebeten. Geantwortet haben 403 Kolleginnen und Kollegen.

20,8 % geben an, Belegärzte zu sein, 37,5 % sind Kooperationsärzte, 8,9 % sind Konsiliarärzte und 3,4 % sind Honorarärzte. Die zusätzlichen Angaben im Klartext zeigten,

**DIRK FARGHAL**

Leiter der Arbeitsgemeinschaft Beleg- und Kooperationsärzte im BDC
Chirurgische Praxis am Hauptbahnhof
Bahnhofplatz 9, 97424 Schweinfurt
dirk.farghal@t-online.de
www.chirurgie-schweinfurt.de

Belegarzt

Zugelassener Belegarzt, der seine Leistungen nach Kapitel 36 des EBM gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung abrechnet.

Konsiliararzt

Niedergelassener Facharzt, der auf Anforderung des Krankenhauses in einzelnen Fällen tätig wird, um konsiliarische Leistungen auf Fachgebieten zu erbringen, die in den Fachabteilungen des Krankenhauses nicht vorgehalten werden.

Honorararzt

Freiberuflich tätiger (nicht niedergelassener) Facharzt, der auf Honorarbasis an (verschiedenen) Krankenhäusern tätig wird, meist auf der Basis von Stundenhonorar und als Vertreter im Bereitschaftsdienst und/oder bei Ärztemangel.

Kooperationsarzt

Niedergelassener Facharzt, der auf vertraglicher Basis in Nebentätigkeit regelmäßig Leistungen im Krankenhaus erbringt, sei es als Teilzeit-Angestellter oder auf Honorarbasis.

Abb. 1: Definitionen der verschiedenen Kooperationsmöglichkeiten

dass es hierbei auch zahlreiche Kombinationen gibt, vor allem zwischen der Anstellung als Krankenhausarzt und der Tätigkeit in der Niederlassung.

Insgesamt wurden 37 verschiedene Vertragsmodelle angegeben, was die Variabilität noch unterstreicht.

Als Vertragskliniken kommen alle Versorgungsstufen des Krankenhauswesens infrage. Der Schwerpunkt liegt jedoch bei den grund- und regelversorgenden Krankenhäusern mit 51,1 %, gefolgt von den Belegkrankenhäusern mit 24,6 % und den Schwerpunktkrankenhäusern mit 14,9 %. Es sind aber auch Verträge mit Maximalversorgern (5,8 %) und Universitätskliniken (3,6 %) geschlossen worden.

Auch bei der Art der Einbindung in die Krankenhausstruktur zeigt sich die große Vielfalt der Vertragsgestaltung – es werden insgesamt 21 verschiedene Varianten angegeben. Die Umfrage ergab, dass die Haftpflichtversicherung im Kooperationsarztwesen zu rund 50 % von der Klinik und zu rund 50 % vom Arzt übernommen wird.

Dass das Antikorruptionsgesetz jetzt deutlich in das Bewusstsein der Ärzte vorgedrungen ist, zeigt die Tatsache, dass gut 44 % der Ärzte ihre Verträge haben prüfen lassen oder diese sich in Prüfung befinden. Jedoch haben offenbar bis zum Zeitpunkt der Umfrage mehr als die Hälfte noch nicht reagiert! Diesen Kolleginnen und Kollegen wird dringend geraten, dies nachzuholen.

Eine der wichtigsten Fragen, nämlich die Frage nach der Honorierung, wurde erfreulicherweise von vielen beantwortet. Immerhin haben 258 von 403 Teilnehmern Angaben zum DRG-Anteil gemacht. Im Durchschnitt werden ca. 16 % der DRG an den Arzt/die Ärztin gezahlt. Die Bandbreite reicht von 6 % bis 75 %, wobei es sich hierbei um einen Ausreißer handeln dürfte. Bei der Mehrheit von 63,2 % ist ein fester Anteil ausgehandelt und bei 36,8 % ist der DRG-Anteil variabel.

Die Leistungsanteile sind höchst unterschiedlich, wie die **Abbildung 3** zeigt. Fast alle Verträge umfassen operative Leistungen, konservative Behandlungen sind offenbar

Farghal D. Antikorruptionsgesetz – starke Verunsicherung bei den Kooperations- (Honorar) Ärzten. *Passion Chirurgie*. 2017 Mai, 7(05): Artikel 04_03.



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

die Ausnahme. In 75% sind zusätzlich die Visiten enthalten, in gut 50% die Verbandsleistungen. Ca. ein Drittel enthält noch einen Honoraranteil für Rufbereitschaft, ärztliche Assistenz und sonstiges. Insgesamt werden 51 verschiedene Vertragsbestandteile angegeben.

Die Abrechnung von Privatpatienten ist im Hinblick auf die aktuelle Rechtsprechung von besonderem Interesse. Ca. 50 % der Kooperationsärzte rechnen selbst ab, die restlichen 50 % rechnen über die Kliniken ab. Wenn die Rechnungsstellung der Privatpatienten über die Klinik erfolgt, werden hierbei ca. 54 % des Rechnungsbetrages an den Arzt weitergegeben. Von der DRG der Privatfälle werden ca. 17 % der DRG von der Klinik an den Kooperationsarzt weitergegeben. Somit besteht kein wesentlicher Unterschied zu den GKV-Fällen mit rund 16 % der DRG.

Als Behandlungsschwerpunkt überwiegt die Orthopädie und Unfallchirurgie (58,2 %) gefolgt von der Viszeralchirurgie (15,7 %), der Allgemeinchirurgie (10,1 %), Gefäßchirurgie (7,2 %) und der plastischen Chirurgie (5,9 %).

Wie groß die Verunsicherung ist, zeigt sich insbesondere in den freien Kommentaren, immerhin 86 an der Zahl. Die meisten befassen sich mit der drohenden oder erfolgten Kündigung der Verträge durch die Krankenhausträger. Viele Kolleginnen und Kollegen haben den Eindruck, dass unter dem Vorwand der rechtlichen Überprüfung vor allem niedrigere Honoraranteile der Kooperationsärzte durchgesetzt werden sollen.

FAZIT

Die Umfrage der Arbeitsgemeinschaft Beleg- und Kooperationsärzte im BDC zeigt aufgrund der Vielfalt der Verträge, Vertragsinhalte und der großen Zahl an Variationen, wie kompliziert das Kooperationsarztwesen mittlerweile ist. Dies macht es für uns als Berufsverband extrem schwierig generelle Empfehlungen zu geben. Jeder einzelne Kooperationsvertrag muss gesondert mit juristischer Unterstützung geprüft und ggf. neu verhandelt werden. Weitgehende Rechtssicherheit besteht allenfalls für das Belegarztwesen, hier jedoch auch nur für die GKV-Patienten. Die BDC-Umfrage zeigt aber auch, dass die Krankenhausträger ein großes

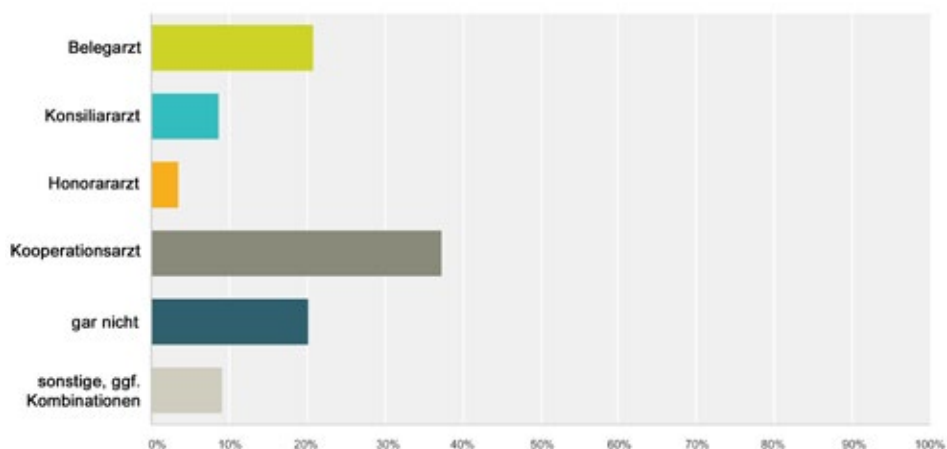


Abb. 2: In welcher Art und Weise arbeiten Sie mit einer Klinik zusammen?

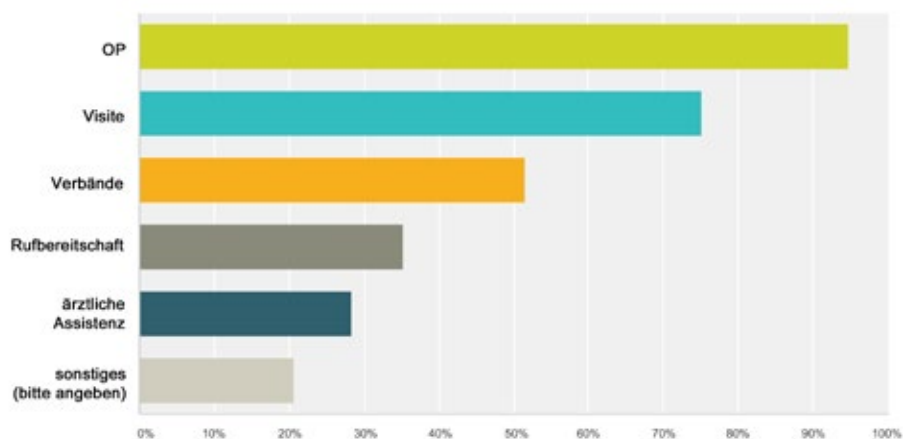


Abb. 3: Welche Leistungen sind in der Vergütung beinhaltet? (Mehrfachantwort möglich)

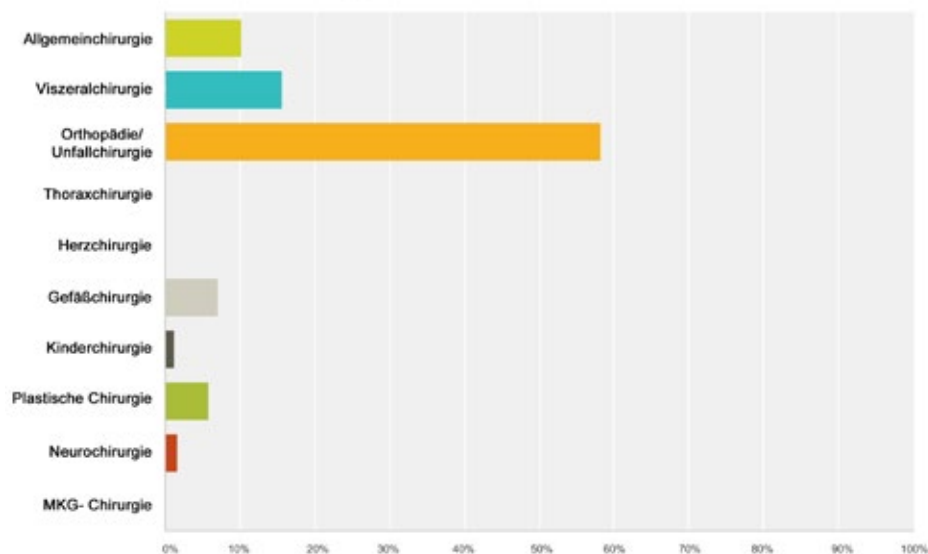


Abb. 4: Ihr Behandlungsschwerpunkt in der Klinik?

Interesse an den Kooperationsärzten haben und sich in der Vertragsgestaltung sehr flexibel zeigen. Zudem ist keine Krankenhaus-versorgungsstufe mehr ausgenommen. Als

eine Konsequenz aus der Umfrage hat der BDC in Kooperation mit mehreren anderen Berufsverbänden eine Initiative gestartet, um einerseits mehr Rechtssicherheit für

Kooperationen zu erlangen und andererseits eine erhöhte Attraktivität des Belegarztwesens zu fordern.



FRAGEBOGEN ZUR UMFRAGE „AG BEKO“

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

bitte beantworten Sie diese Umfrage auf jeden Fall. Wenn Sie nur in der Praxis und nicht im Krankenhaus tätig sind, brauchen Sie nur die Frage 1 zu beantworten.

Für alle Chirurgen, die auch im stationären Bereich tätig sind hat der BDC eine neue AG "Beleg- und Kooperationsärzte" (BeKo) gegründet. Die vordringlichen Ziele der neuen Arbeitsgemeinschaft sind die Stärkung des Belegarztwesens und die Schaffung von Rechtssicherheit für Kooperationsverträge. Aus Anlass der juristischen Unsicherheiten durch das so genannte Antikorruptionsgesetz möchten wir uns zunächst einen Überblick über die aktuell gelebten Kooperationen zwischen niedergelassenen Chirurgen und Krankenhäusern verschaffen. Bitte unterstützen Sie uns bei dieser Bestandsaufnahme. Die Ergebnisse werden wir auswerten und in der Passion Chirurgie veröffentlichen.

Die Beantwortung des nachfolgenden Fragebogens erfordert in gebotener chirurgischer Kürze maximal drei Minuten. Im Sinne der Leserfreundlichkeit findet die Verwendung der Begriffe geschlechtsneutral statt. Diese Umfrage wird anonym durchgeführt, weder Ihr Name noch sonstige Merkmale, die auf Sie zurückführen könnten, werden gespeichert.

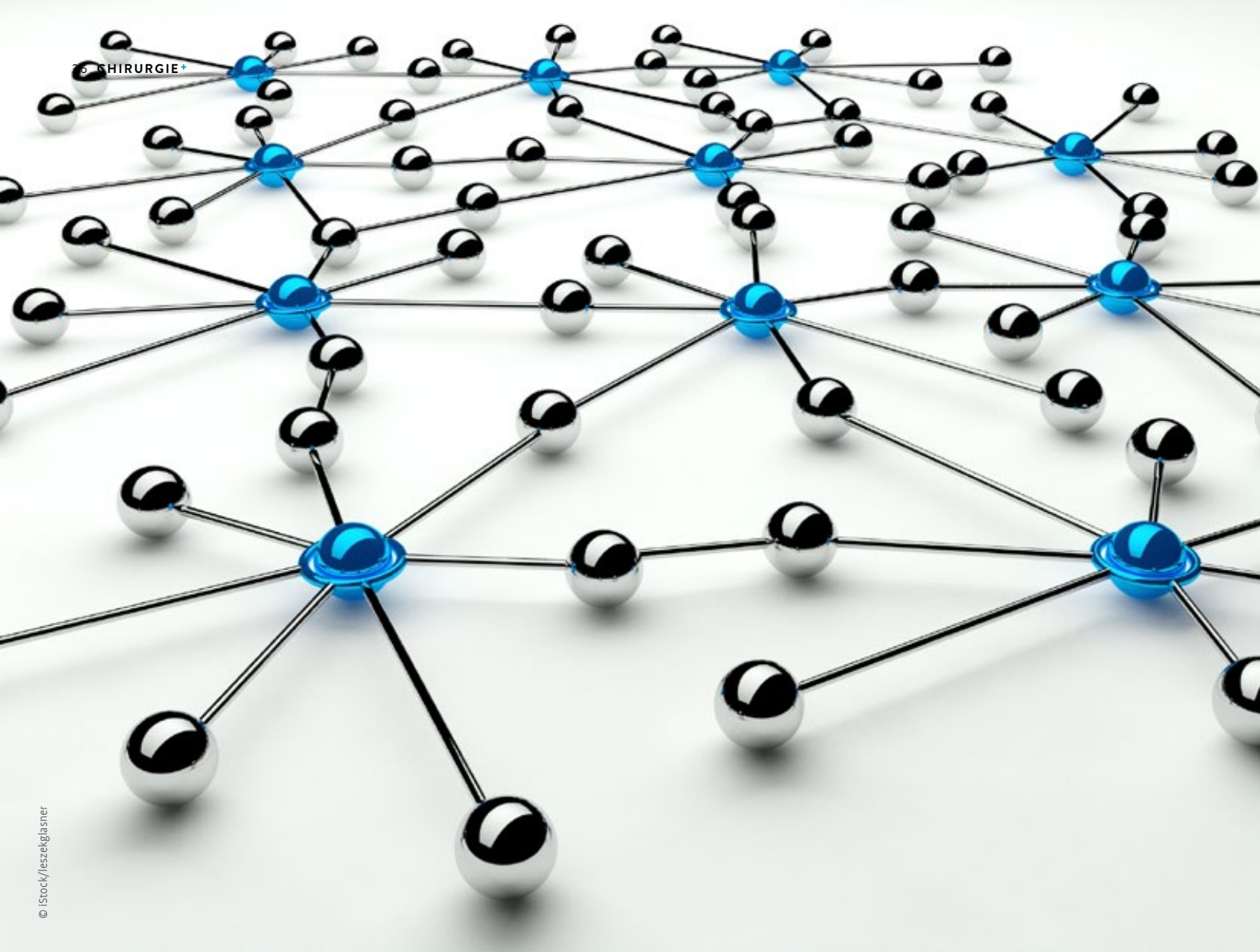
Mit kollegialen Grüßen

Dirk Farghal (Vorsitzender AG BeKo)

Prof. Dr. Alexander Herold (Vorsitzender AG BeKo)

Dr. Jörg Schrödter (Vorsitzender AG BeKo)

Dr. Peter Kalbe (BDC-Referatsleiter Niedergelassene)



© iStock/leszekglasner

Zentrumskoordinator in zertifizierten Darmkrebszentren

EINE STANDORTBESTIMMUNG AUF DER GRUNDLAGE EINER STRUKTURIERTEN UMFRAGE UNTER ZENTRUMSKOORDINATOREN IN DEUTSCHLAND

Das Zertifizierungsverfahren der Deutschen Krebsgesellschaft e.V. (DKG) mit seiner Struktur von spezifischen Organkrebszentren, wie zum Beispiel Brustkrebszentren, Darmkrebszentren und Onkologischen Zentren hat sich in der letzten Dekade in Deutschland

etabliert und bildet mittlerweile den Status Quo zur Abbildung der onkologischen Expertise im deutschen Gesundheitssystem und im benachbarten Ausland.

Im Unterschied zu einer gesamtheitlichen institutionsbezogenen Zertifizierung, die oftmals bei Qualitätsmanagementsystemen im Vordergrund steht, fokussieren die spezifischen Anforderungen der DKG auf sogenannten Behandlungspfaden (**Abb. 1**) [1, 2, 3]. Die Sichtweise in Behandlungspfaden zentriert sich auf den Patienten bei seinem Weg



**KORRESPONDIERENDER
AUTOR:**

DR. MED. JENS HARMS

Brahmsstraße 9a
38106 Braunschweig
dr.jens.harms@gmx.de

TIMM KEMINK, M.A.

Pfingstweidstraße 59
61440 Oberursel
timm.kemink@gmx.de

DR. MED. KAI RÜTTGER

Rotlaufweg 29
61350 Bad Homburg
kai@ruettger.com

DR. MED. TANJA VOLM

EVO Consult, Bergstraße 5
CH-9037 Speicherwendi bei St.Gallen
t.volm@evo-consult.ch

Harms J. / Kemink T. / Rüttger K. / Volm T. Zentrumskoordinator in zertifizierten Darmkrebszentren. *Passion Chirurgie*. 2017 Mai, 7(05): Artikel 04_04.



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

durch die verschiedenen „Instanzen“ und das Zusammenspiel medizinischer Fachabteilungen innerhalb der versorgenden Institution und angegliederter Partner im ambulanten Bereich. Die Anforderungen der DKG umfassen das gesamte interdisziplinäre Behandlungskonzept von der Prävention, über die Diagnostik, Beratung und Therapie bis zur Nachsorge und schließen Mindestanforderungen an Ausstattung und Personalkapazitäten mit ein.

Durch den prozessorientierten Ansatz wird nicht nur die Struktur, sondern auch der Ablauf der onkologischen Betreuung der Patienten verbessert und bietet den Patienten in jeder Phase und für jeden Bereich ihrer Erkrankung eine an hohen Qualitätsmaßstäben orientierte Behandlung. Von großer Bedeutung für die Akzeptanz und die Validität des Zertifizierungsmodells ist die Ergebnisorientierung, das heißt die verpflichtende jährliche Überprüfung der fachlichen Expertise des Zentrums anhand der Sollvorgaben (Leistungskennzahlen) und institutionellen Standards (strukturelle Anforderungen gemäß Erhebungsbogen) sowie die Teilnahme an einem Benchmarking-Prozess aller zertifizierter Fachzentren. In den jährlichen Vor-Ort-Audits, die von medizinischen Fachexperten der jeweiligen Krebserkrankung durchgeführt werden, werden die Einhaltung der vorgegebenen Sollvorgaben und Standards und die Weiterentwicklung des Zentrums überprüft und die gemessene Qualität der Patientenversorgung beurteilt.

Entgegen der etablierten Organisationsstruktur eines Krankenhauses als „Verbund“ einzelner Kliniken, Institute und Versorgungsbereiche, liegt der Struktur der Organkrebszentren vordringlich ein interdisziplinärer Ansatz zugrunde, der sich horizontal durch die vertikalen Strukturen anhand der fachübergreifenden Behandlungspfade zieht (**Abb. 2, 3**) [1, 2, 3]. Der Zentrumsleiter ist seinen cheförztlichen Kollegen weder organisatorisch noch fachlich weisungsbefugt [1, 2, 3]. Für die Akzeptanz eines solchen Zentrums ist es wesentlich, dass dessen Leitung koordinierend und vernetzend tätig wird. Fast durchgängig wird deshalb neben dem Leiter des Zentrums ein sogenannter Zentrums-Koordinator eingesetzt.

ZIELE

In den Anforderungen des Zertifizierungssystems ist definiert, dass die gemeinsamen Aufgaben im Zentrum durch die Zentrumsleitung, die Zentrumskoordination und durch das Qualitätsmanagement wahrgenommen werden [4, 5] sollen. Die Zentrumskoordination hat die Aufgabe, die unterschiedlichen Fachabteilungen organisatorisch zusammen zu halten und die Umsetzung des Behandlungspfades sicher zu stellen. Dazu gehören die Überwachung und Dokumentation der fachlichen Anforderungen, aber auch eine profunde Kenntnis der medizinischen Diagnose- und Therapierichtlinien [4, 5].

Neben der grundsätzlichen Identifizierung mit den Zertifizierungssystematiken erfordert das Aufgabenspektrum des Zentrumskoordinators ein umfangreiches medizinisches Wissen, einen sicheren Umgang mit den fachlichen Anforderungen der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG), Kreativität, ein „Faible“ für Kommunikation und Konfliktmanagement zwischen den Berufsgruppen (Ärzte, Pflegende, Leistungsträger) sowie ein Talent für Organisation, Statistik und Betriebswirtschaft.

Die Stelle des Zentrumskoordinators ist im Organzentrum somit eine Schlüsselposition, die maßgeblich zum „Funktionieren“ und zum Erfolg eines solchen Zentrums beiträgt.

Die für die Gestaltung des Zertifizierungssystems zuständigen Organisationen, haben bis auf die Forderung, einen Zentrumskoordinator zu bestellen, der für interne und externe Audits, Monitoringaspekte, als Kommunikationsschnittstelle und zur Organisation von Sitzungen und Maßnahmenmanagement zuständig ist, keine weiteren Beschreibungen der Stelle und Position des Zentrumskoordinators vorgelegt [6]. Dies führt nicht selten zu Schwierigkeiten in der Auswahl und Positionierung des Koordinators im Krankenhaus-Betrieb.

Spezifische Ausbildungen für Zentrumskoordinatoren werden bislang vor allem auf private Initiative angeboten [7, 8, 9, 10]. Die DKG bietet bislang keine derartigen Qualifizierungsmöglichkeiten an.

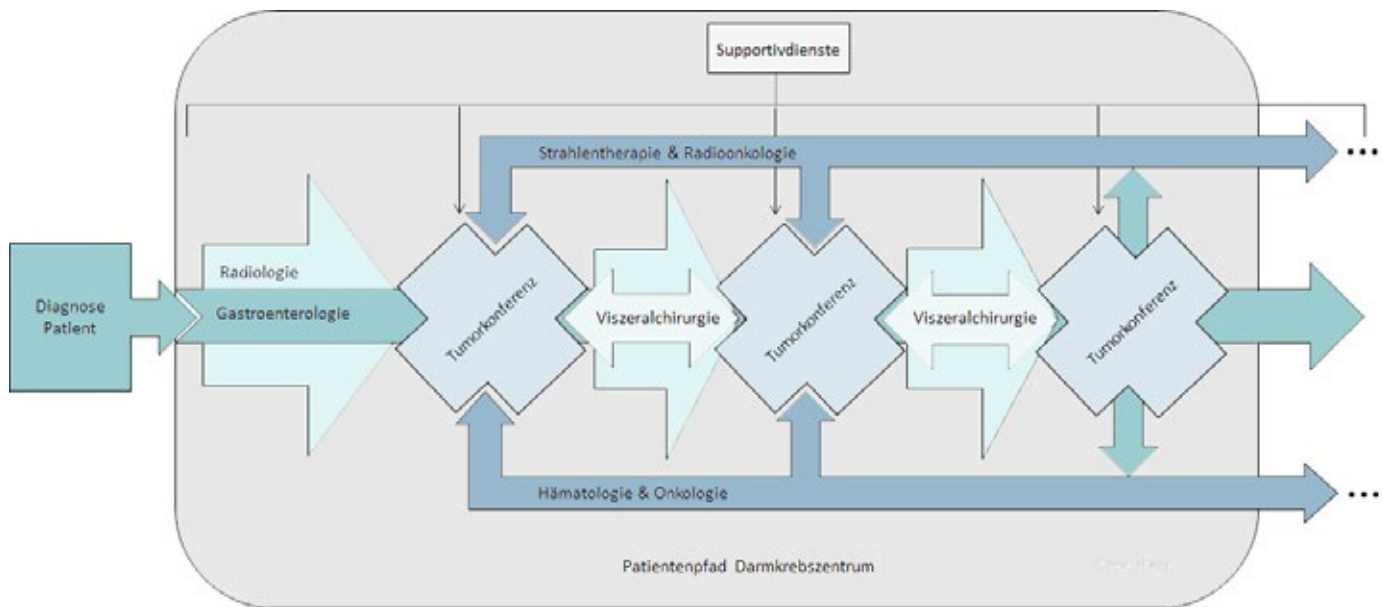


Abb. 1: Darstellung des Patienten-, Behandlungspfades

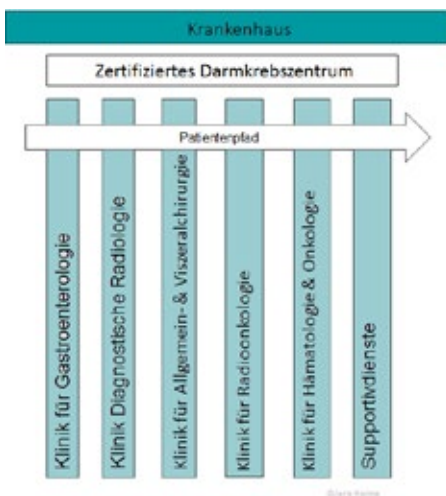


Abb. 2: Matrixorganisation Organkrebszentrum

Mittels einer strukturierten Umfrage soll daher die Rolle des Zentrumskoordinators aus der Sicht der derzeitigen Stelleninhaber analysiert werden.

MATERIAL UND METHODE

Die Umfrage erfolgte im Jahr 2014. Grundlage der Erhebung waren die auf der Internetseite OncoMap registrierten DKG-zertifizierten Darmkrebszentren [11].

Eine direkte E-Mail-basierte Auslösung der Umfrage war nicht möglich, da aus datenschutzrechtlichen Gründen weder von der DKG, noch von dessen Zertifizierungsinstitut

OnkoZert ein E-Mail-Anschriftenverteiler der Zentrumskoordinatoren zur Verfügung gestellt werden konnte.

Nach Internet- und telefonischer E-Mail-Anschriftenrecherche erfolgte die Versendung der Fragebögen elektronisch und erschriftlich an die Adresse des jeweils ausgewiesenen Zentrumskoordinators. Eine zweitschriftliche Benachrichtigung erfolgte an die jeweilige Zentrumsleitung. Die Bearbeitungs- und Rücksendefrist wurde mit 14 Tagen angesetzt. Bei fehlender Antwort erfolgte ein E-Mail-basierter „Reminder“ mit wiederum 14-tägiger Bearbeitungsfrist.

Der Fragebogen umfasste 38 Items mit sechs Themenschwerpunkten:

1. Generelle Zufriedenheit mit dem Zertifizierungssystem,
2. Zufriedenheit und Verständlichkeit mit dem Erhebungsbogen „Darm“,
3. Zufriedenheit und Verständlichkeit mit dem Kennzahlenbogen „Darm“,
4. Aspekte der Zentrumskoordination,
5. Ausbildungssituation und Qualifikationsprofil Zentrumskoordinator in DKG-zertifizierten Darmkrebszentren,
6. Anforderungs- und Schulungsprofil in DKG-zertifizierten Darmkrebszentren.

Nach statistischer Aufbereitung erfolgte die Auswertung der Umfrageergebnisse durch

zwei voneinander unabhängige Untersucher. Als Auswertungssoftware wurde Microsoft-Excel® verwendet.

Im Weiteren erfolgte

1. die Entwicklung eines Aufgaben- und Eignungsprofils als Zentrumskoordinator,
2. die Erarbeitung möglicher Inhalte einer Zentrumskoordinatoren-Vereinbarung und
3. die exemplarische Entwicklung eines modularen Schulungs-, Weiterbildungssystems für Zentrumskoordinatoren.

ERGEBNISSE

Die Befragung erfolgte im Februar 2014 bei 270 Koordinatoren DKG-zertifizierter Darmkrebszentren von denen nach Internet- und Telefonrecherche eine elektronische Korrespondenzadresse in Erfahrung zu bringen war.

Die Rücklaufquote betrug 33 % (90/270). 55 % des Umfragerücklaufs entstammten aus Krankenhäusern der Grund- und Regelversorgung, 37 % aus Krankenhäusern der Maximalversorgung und 8 % aus Universitätskliniken. Die durchschnittliche operative Primärfallanzahl aller an der Umfrage beteiligten Zentren lag mit 97,5 Primärfällen (2,4 %) über dem DKG-Bundesdurchschnitt mit 95,2 Primärfällen je Zentrum [12].

für familiären Darmkrebs (Kennzahl Nr. 8) am häufigsten gestellte Frage ist, ob die Vorstellung verpflichtend in einem der sieben bundesweit akkreditierten Zentren für familiären Darmkrebs zu erfolgen hat [12]. Ungeklärt ist auch, ob die Vorgabe bereits mit der formulierten Empfehlung zur genetischen Beratung im ärztlichen Entlassungsbrief, erfüllt sei.

(4) ASPEKTE ZUR ZENTRUMSKOORDINATION

Zum Zeitpunkt der Befragung besteht der Status eines „zertifizierten Darmkrebszentrum“ nach Erstzertifizierung durchschnittlich seit 4,0 Jahren. Als Zentrumskoordinator sind die Befragten seit durchschnittlich 3,96 Jahren tätig. Viele Koordinatoren begleiten demnach bereits ab dem Zeitpunkt der Erstzertifizierung das Zentrum in dieser Funktion.

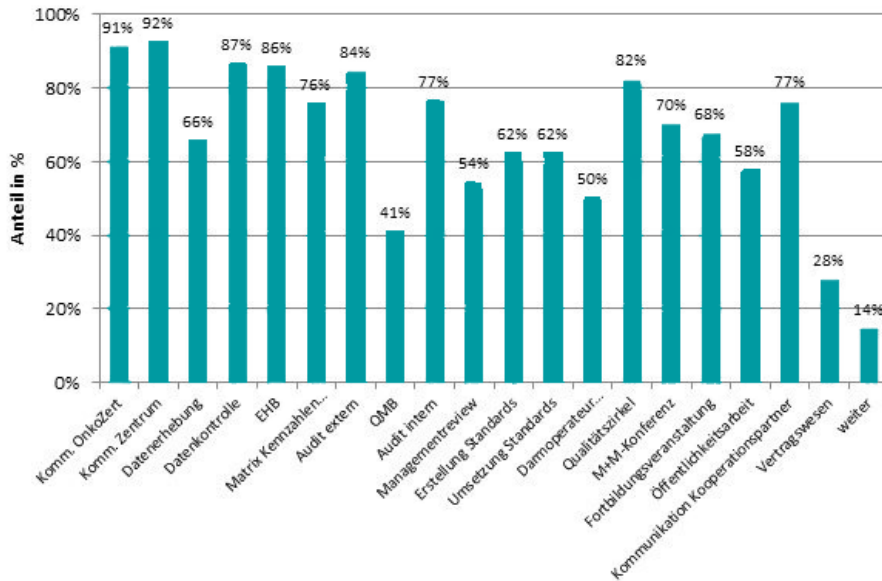


Abb. 4: Darstellung der Umfrageergebnisse zum tatsächlichen Aufgabenprofil der Zentrumskoordinatoren

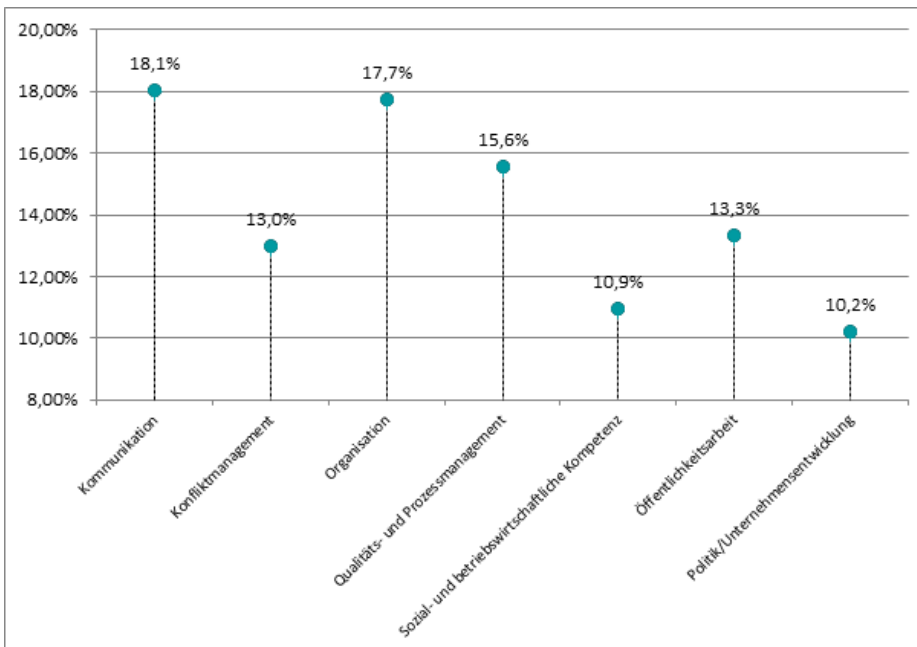


Abb. 5: Bedeutungsgewichtung Qualifikation Zentrumskoordinator

Zentrumskoordinatoren sind im Durchschnitt 46 Jahre alt und zu 68 % männlich. 86 % sind Viszeralchirurgen, 16 % Internisten, von denen 12 % über die Schwerpunktbezeichnung Gastroenterologie und 4 % über die Schwerpunktbezeichnung Hämatologie/Onkologie verfügen. In 6 % wird die Funktion des Zentrumskoordinators durch nicht ärztliches Personal, wie QM-Beauftragte, Studien-Nurses und Mitarbeitern des Pflegedienstes ausgeübt.

Bei den Zentrumsleitern sind 86 % Viszeralchirurgen, gefolgt von Internisten mit der Schwerpunktbezeichnung Gastroenterologie in 13 % und den Hämatologen/Onkologen mit 1 %. Zentrumskoordination und Zentrumsleitung in zertifizierten Darmkrebszentren sind demnach eine Domäne der Viszeralchirurgie.

6 % der Zentrumskoordinatoren sind in einer Chefarztposition, 18 % in leitender Oberarztfunktion, 55 % als Oberarzt, 6 % als Facharzt und 12 % in anderer ärztlicher (1 %) und nichtärztlicher Dienststellung (14 %) tätig. Demnach ist die Position des Zentrumskoordinators mehrheitlich an eine Oberarztfunktion gebunden. Chefärzte übernehmen demgegenüber vornehmlich die Position der Zentrumsleitung.

59 % der Befragten bewerten die Funktion des Zentrumskoordinators als einen sinnvollen Zugewinn zu ihrer hauptberuflichen Tätigkeit. 16 % äußerten sich indifferent. 25 % geben an, durch diese Zusatzaufgabe, keinen direkten oder indirekten beruflichen Zugewinn zu haben.

(5) AUSBILDUNGSSITUATION UND QUALIFIKATIONSPROFIL ZENTRUMSKOORDINATOR IN DKG- ZERTIFIZIERTEN DARMKREBSZENTREN

Der Erhebungsbogen der DKG für Darmkrebszentren beschreibt die Aufgaben und die Zuständigkeiten des Zentrumskoordinators im Kapitel 1.1. [5, 6]. Das hier beschriebene Aufgabenspektrum umfasst die Koordination in- und externer Audits, die Überwachung der fachlichen Anforderungen und deren Sicherstellung, die Kommunikationsschnittstelle und die Steuerungs- und Überwachungsfunktion fachübergreifender Aktionen.

In der Umfrage wurde dazu aufgefordert, die tatsächlich im Zentrum anfallenden Arbeitstätigkeiten, mit der Möglichkeit der Mehrfachnennung, zu beschreiben (siehe Abb. 4).

Betrachtet man die Ergebnisse zum Tätigkeitsspektrum in **Abbildung 4**, so hat der Zentrumskoordinator im Darmkrebszentrum ein interdisziplinäres „Querschnittsmanagement“ zu leisten.

In 78 % der Fälle ergeben sich berufsgruppen- und funktionsübergreifende Schnittmengen mit Funktionen und Kompetenzfeldern der Tumordokumentare, der Zentrumsleitungen in 51 % und des Qualitätsmanagements in 40 %.

80 % der Zentrumskoordinatoren haben keine Zusatzausbildung für diese Aufgabe. 10 % wurden durch externe Beraterfirmen angelernt. 5 % geben an, ihre Erfahrungen für die Koordination des jeweiligen Darmkrebszentrums aus der Koordinatorentätigkeit für andere innerbetriebliche Orgazentren erworben zu haben.

51 % geben an, über keine Stellen- und Funktionsbeschreibung als Koordinator zu verfügen. Bei denjenigen Koordinatoren, die eine solche Beschreibung haben, ist mit 30 % auch eine administrative Weisungsbefugnis innerhalb der Zentrumsstrukturen aufgenommen.

80 % der Zentrumskoordinatoren geben an, über keine definierten Zeitkontingente für zentrumsrelevante Arbeiten zu verfügen. 75 % finden solche Zeitgarantien jedoch wichtig. Von den 20 % der Koordinatoren mit entsprechender Zeitgarantie für zentrumsrelevante Arbeiten geben 73 % an, dass deren Bemessung, mit im Durchschnitt 10 bis 15 % der regulären Arbeitszeit, zu gering sei.

86 % der Befragten geben an, keine finanziellen Sonderzuwendungen für ihre Aufgaben als Zentrumskoordinator zu erhalten. 6 % bekommen einen „non-monetären“ Ausgleich, als Freizeitausgleich und Fortbildungsmöglichkeit. 8 % erhalten eine monetäre Zusatzvergütung.

(6) ANFORDERUNGS- UND SCHULUNGSPROFIL IN DKG ZERTIFIZIERTEN DARMKREBSZENTREN

Die Koordinatoren wurden nach den wichtigsten Eigenschaften und Kompetenzen von Zentrumskoordinatoren gefragt. Dazu wurden die Teilnehmer aufgefordert, auf einer Matrix mit sieben Items eine Gewichtung vorzunehmen. Wie in **Abbildung 5** dargestellt werden dem Rang nach als relevante Kompetenzen genannt:

1. Sozial- und Organisationskompetenz,
2. Fähigkeiten und Kenntnisse im Qualitäts- und Prozessmanagement,
3. der Gesundheitsökonomie und
4. der Öffentlichkeitsarbeit und Unternehmensentwicklung.

67 % der Befragten geben in diesem Zusammenhang an, dass vorbereitende und weiterführende Ausbildungs- und Qualifikationsangebote erforderlich seien, um auf dem aktuellen Wissensstand zu sein.

DISKUSSION

(ZU 1) GENERELLE ZUFRIEDENHEIT MIT DEM ZERTIFIZIERUNGSSYSTEM

Mehrheitlich befürworten und identifizieren sich die Teilnehmer mit dem Grundgedanken qualitätskontrollierter Medizin und dem Wesen des Zertifizierungssystems.

Die „Kommunikationsachse“ zwischen den Zentren, dem Zertifizierungsinstitut OnkoZert und den Fachexperten wird eindeutig positiv bewertet. Gute Kommunikation ist für alle Beteiligte eine „Win-Win-Situation“. Die Zentrumskoordination benötigt Informationen zur Weiterentwicklung ihrer Zentren und den qualitativen Aspekten in den Versorgungsstrukturen. Die DKG/OnkoZert ist angewiesen auf eine engagierte, zielorientierte und harmonische Zusammenarbeit zur Weiterentwicklung des Zertifizierungssystems. Fachexperten wiederum benötigen einen guten persönlichen Erstkontakt und Austausch mit den zu überprüfenden Zentren auf Augenhöhe im Rahmen einer Peer-Review-Situation vor Ort auf der Basis der definierten Vorgaben.

Die hier vorgestellte Umfrage berücksichtigt nicht die Situation und Interessenlage der Koordinatoren anderer Organkrebszentren, wie zum Beispiel Mamma- und Prostatazentren. Auf Grund der struktursystematisch analog aufgebauten Zertifizierungen lässt sich als Arbeitshypothese annehmen, dass die hier erhobenen Ergebnisse übertragbar sind.

(ZU 2) ZUFRIEDENHEIT UND VERSTÄNDLICHKEIT DES ERHEBUNGSBOGENS „DARM“ [5, 6]

Die Umfrage zeigt, dass Aktualisierungen des Erhebungs- und Kennzahlenbogens

besser kommuniziert werden sollten. Um die Arbeitsabläufe von Koordinatoren effizienter zu gestalten, sollten Neuerungen im Zertifizierungssystem durch die Zertifizierungsgesellschaft zeitnah und konkret den Zentrumskoordinatoren mitgeteilt werden.

Kontroversen bestehen darüber, ob die ab 2017 verpflichtend zu nutzende „Studybox“ das richtige Instrument darstellt, um einerseits die Studienkultur zu verbessern und andererseits die Studienquote in den Zentren zu erhöhen [14]. Es ist unklar warum die DKG mit der „Studybox“ die Hoheit über die Studienlandschaft übernimmt und es sollte bei der Studienselektion transparent sein, wie die Entscheidungsprozesse der Gremien ablaufen.

(ZU 3) ZUFRIEDENHEIT UND VERSTÄNDLICHKEIT MIT DEM KENNZAHLENBOGEN „DARM“ [5, 6]

Ein relevanter Kritikpunkt der Zentrumskoordinatoren ist die Verständlichkeit des Kennzahlenbogens. Aufgrund der hohen Relevanz der Kennzahlen für den Zertifizierungserfolg sind hier bereits kleinere Unklarheiten eine Herausforderung. Hier wäre es wünschenswert, einen begleitenden Erläuterungstext zu veröffentlichen. Außerdem sollten Vertreter der Zentrumskoordinatoren in den Fachausschüssen des Zertifizierungssystems beteiligt sein.

Kennzahlen die für Koordinatoren besondere Schwierigkeiten in der Interpretation bereiten, sind die Kennzahlen zu den Themen „Studientätigkeit“, „Familiäre Belastung und genetische Beratung“ sowie „Lebermetastasenresektion“. Relevant ist auch ein Abgleich der Anforderungen der unterschiedlichen Organ-Anforderungskataloge. Als Beispiel kann hier das Thema „Behandlung von Lebermetastasen“ genannt werden, bei dem es differente Anforderungen in den Katalogen „Darm“ und „Leber“ gibt.

(ZU 4) ASPEKTE DER ZENTRUMSKOORDINATION

Die Mehrzahl der Zentrumsleitungen und Koordinatoren sind Allgemein- und Viszeralchirurgen. Koordinatoren waren zu 67 % promoviert, die Zentrumsleitungen zu 97 % promoviert oder habilitiert.

Koordinatoren zertifizierter Darmkrebszentren erfüllen ihre Aufgabe meist neben ihrer hauptberuflichen Arztfunktion, manche

neben der Aufgabe als Qualitätsmanager, einer Funktion in der Krankenhausverwaltung oder der Pflege. Eine Schwierigkeit liegt in der Matrixorganisation der Zentren: Der Zentrumskoordinator hat in seiner Funktion als Assistenz- oder Oberarzt (zum Beispiel Klinik/Abteilung für Viszeralchirurgie) einen vorgesetzten Chefarzt und als Zentrumskoordinator einen vorgesetzten Zentrumsleiter. Chefarzt und Zentrumsleiter müssen dabei nicht identisch sein und nicht dieselben Ziele verfolgen. Das kann zu „double-bind“ Situationen beim Zentrumskoordinator führen. Aus diesem Grund ist es relevant, die Kommunikations- und Weisungsstrukturen in einer Vereinbarung schriftlich zu beschreiben und von allen Beteiligten abzeichnen zu lassen.

In 3 % wird die Zentrumskoordination durch die Pflege, in 11 % durch andere nicht ärztliche Berufsgruppen wahrgenommen. Gutes Zentrumsmanagement muss nicht an den ärztlichen Berufsstand gebunden sein. Diese Tatsache sollte in den Anforderungen des Zertifizierungssystems explizit aufgenommen werden.

Zentrumskoordinatoren fühlen sich vorwiegend auf „sich alleine gestellt“. Kompetenzen werden vornehmlich durch „learning by doing“ erworben. Vorkenntnisse aus dem Qualitätsmanagement, einer Beraterfunktion, als Fachexperte oder anderer interdisziplinärer Organisationsstrukturen im Krankenhausbereich sind für die Bewältigung und die Gestaltung der Funktion Zentrumskoordinator von Vorteil. Weiterführende Angebote sind daher erforderlich und sollten

den Zentrumskoordinatoren zur Verfügung gestellt werden. Über ein Ausbildungskonzept als „Zentrumskoordinator“ sollte ebenfalls nachgedacht werden.

Bedenklich stimmt, dass 25 % der Befragten keinen beruflichen Zugewinn in der Betätigung als Zentrumskoordinator finden. Ohne eine reine Pflichterfüllung zu unterstellen, eröffnet sich die Frage, wie die Funktion des Koordinators attraktiver gestaltet werden kann, um ihre Akzeptanz zu erhöhen.

Die fehlende - beziehungsweise nicht ausreichende - Bereitstellung von Zeitkontingenten für die Zentrumsarbeit innerhalb der regulären Arbeitszeit könnte zwei Ursachen haben:

1. Die Leitung erwartet, dass die Koordinationstätigkeit „nebenher“ erledigt wird, z. B. weil keine entsprechende Gegenfinanzierung besteht
2. Zentrumskoordinatoren möchten selbst keine Reduzierung ihrer ärztlichen Tätigkeit, z. B. weil sie Nachteile für die operative Tätigkeit oder den OP-Katalog befürchten.

Daten über die Zeitkontingente für Koordinatoren in den unterschiedlichen Phasen eines Zertifizierungsprozesses sind in der Literatur nicht verfügbar.

14 % der Befragten erhalten für die Tätigkeit als Zentrumskoordinator eine Aufwandsentschädigung, entweder in monetärer oder non-monetärer Form. Manchmal wird der Zertifizierungserfolg über Zielvereinbarungen definiert und vergütet. Falls eine Tätigkeit als

Zentrumskoordinator nicht über ein Zeitkontingent in der Stellenbeschreibung definiert ist, das heißt wenn diese Tätigkeit zusätzlich zur ohnehin zu leistenden Arbeit geleistet wird, muss eine Zusatzvergütung erfolgen.

Mögliche Inhalte einer derartigen Koordinatoren Vereinbarung sind in **Tabelle 1** dargestellt.

(ZU 5) AUSBILDUNGSSITUATION UND QUALIFIKATIONSPROFIL ZENTRUMSKOORDINATOR IN DKG-ZERTIFIZIERTEN DARMKREBSZENTREN

Der Erhebungsbogen für Darmkrebszentren stellt unter der Ziffer 1.1 den Aufgaben- und Zuständigkeitsbereich des Zentrumskoordinators eher abstrakt dar [5,6]. Auf der Grundlage der in der **Abbildung 4** dargestellten Umfrageergebnisse zum Tätigkeitsspektrum und dem resultierenden Qualifikationsprofil in **Abbildung 5** wurde das Aufgabenspektrum für den Zentrumskoordinator inhaltlich konkretisiert und in der **Tabelle 2** dargestellt.

(ZU 6) ANFORDERUNGS- UND SCHULUNGSPROFIL IN DKG ZERTIFIZIERTEN DARMKREBSZENTREN

Entsprechend der Umfrageergebnisse sind spezifische Schulungs- und Qualifikationsmaßnahmen seitens der Zentrumskoordinatoren gewünscht. Möglichkeiten aus dem Zertifizierungssystem heraus bestehen jedoch nicht. Externe Leistungserbringer im Zertifizierungswesen und der Industrie haben diese Bedürfnisse der Zentrumskoordinatoren, erkannt und bieten Ausbildungs- und Qualifikationslehrgänge auf freiwilliger Basis, gegen Gebühr, z. B. mit der Abschlussqualifikation „Zertifizierter Zentrumskoordinator“ an. Ohne entsprechende Qualitätsanforderungen auf Seiten der Zertifizierungsgesellschaft an Zentrumskoordinatoren kann hier kein einheitliches Angebot geschaffen werden.

Um die Diskussion der Erfordernisse eines Ausbildungscurriculums für Koordinatoren aktuell zu halten, wurde auf der Basis der Umfrageergebnisse und der Aus- und Weiterbildungscurricula der Berater- und Pharmafirmen ein modulares Schulungsprofil entwickelt (**siehe PDF am Ende zum Download**).

ETHIK

Da keine personenbezogenen Daten analysiert wurden und auch die Bewertung der

Tabelle 1 Auflistung möglicher Inhalte einer Koordinatorenvereinbarung

a.	Regelungen zum Unter- und Überstellungsverhältnis
b.	Ggfs. Weisungsfreiheit im Rahmen einer Koordinatorentätigkeit
c.	Stellvertreterregel
d.	Verfügbarer Stellenanteil für Koordinations- & Qualitätsmanagementaufgaben (Freistellung/Überstundenausgleich etc.)
e.	Vergütungsregelung
f.	Schnittstellendefinition: Regelungen zur Verfügbarkeit, Zusammenarbeit, Ressourcen oder Eigenleistung
f1.	Projekt-, Qualitätsmanagement
f2.	Controlling
f3.	Öffentlichkeitsarbeit
f4.	Diagnostik (z. B. Endoskopie/Radiologie)
f5.	Verwaltung

Tabelle 2 Aufgabenprofil Koordinator Darmkrebszentrum

1. Kommunikation (Schnittstelle)	
a.	Zentrumsinterner Ansprechpartner (abteilungsintern & interdisziplinär)
b.	Ansprechpartner für Zertifizierungsstellen
c.	Ansprechpartner für externe Kooperationspartner
d.	Beratung Zentrumsleitung/Geschäftsführung zur Festlegung globaler Qualitätsziele
e.	Schlichtung / Konfliktmanagement
2. Organisation/Projektwesen	
a.	Sicherstellung einer Aufbau- und Ablauforganisation (interdisziplinär, patientenorientiert und qualitätsgerecht)
b.	Entwicklung & Erhalt des kooperativen Netzwerks (intersektorale Kooperationen)
c.	Überwachung und Ausbau der Ergebnisqualität (Tumordokumentation, Behandlungspfade, Vorgabe- und Nachweisdokumente etc.)
d.	Erstellung und/oder Umsetzung zentrumsspezifischer Standards
e.	Vorbereitung, Teilnahme und Nachbereitung interner und externer Audits
f.	Vorbereitung, Moderation und Nachbereitung zentrumsspezifischer Sitzungen (Leitungssitzungen/Lenkungsgremien, Managementreviews, Qualitätszirkel, M+M-Konferenzen etc.)
g.	Initiierung, Begleitung und Umsetzung von (interdisziplinären) Projekten zur Qualitätsentwicklung
h.	Umsetzung der Zentrumsbeschlüsse und Qualitätsmaßnahmen
i.	Umsetzung von operativen und strategischen
3. Controlling/Überwachung fachliche Anforderungen	
a.	Einhaltung der fachlichen Anforderungen der Fachgesellschaften & Zertifizierungsvorgaben und Überwachung der Ergebnisqualität (DKG & Qualitätsmanagementvorgaben)
b.	Erhebungsbogen - Erstellung/Validierung (Zentrumsdarstellung/-entwicklung/Prozessqualität)
c.	Kennzahlen (Qualitätsindikatoren) - Erhebung/Validierung: 1. gemäß Vorgaben der Fachgesellschaft, 2. Zentrumsintern
d.	Überwachung und Nachhaltung der Umsetzungsergebnisse der Zentrumsbeschlüsse und aus Maßnahmen zur strategischen und qualitativen Entwicklung
4. Berichtswesen	
a.	Regelmäßige Ergebnisrückmeldungen gegenüber Vorgesetzten
b.	Regelung zu Turnus, Art und Umfang der Berichterstattung
c.	Regelung zu Informationserhalt von und – weitergabe gegenüber supportiven Abteilungen
5. Öffentlichkeitsarbeit / Produktentwicklung, -realisierung	
a.	Erstellung und Durchführung von Befragungen (Patienten- Einweiser-Zufriedenheit, Mitarbeiterbefragungen etc.)
b.	Öffentlichkeitsarbeit des Zentrums (in Abstimmung/Zusammenarbeit mit der Unternehmenskommunikation)
c.	Organisation und Durchführung von Fortbildungsveranstaltungen (Patienten, Niedergelassene, Fachexperten)
6. Verwaltung/Ökonomie	
a.	Verantwortlich für das Vertragswesen des Zentrums
b.	Erstellung/Auswertung zentrumsspezifisches Benchmark ()
c.	Struktur- und Umfeldanalysen (Geschäftsfeldern)
d.	Kalkulation von Erlösen und Zentrumszuschläge

Umfrage nur anonym erfolgte, musste die Studie nicht durch eine Ethikkommission begutachtet werden.

EPILOG

Als Folge der Architektur des Zertifizierungssystems und der Organisationsstrukturen eines Organkrebszentrums ist die Bestimmungszuständigkeit und Funktion eines

Zentrumskoordinators vergleichbar mit der eines „Innenministers“. Organkrebszentren haben in ihrer inneren Struktur nach zunächst nur drei Spieler; die Zentrumsleitung, die Zentrumskoordination und das Qualitätsmanagement. Der Zentrumskoordinator fungiert als „Bindeglied“ zwischen der Zentrumsleitung und den Versorgungsstrukturen. Dabei rückt er rangmäßig so nah an den Zentrumsleiter heran wie möglich.

Der Zentrumskoordinator ist für die Binnenstruktur natürlich einer der wichtigsten Zentrumsrepräsentanten. Gleichzeitig ist er der innerbetrieblichen Kontroverse nicht entzogen. Das wird ihm regelmäßig entweder mit hohen Beliebtheitswerten oder offener beziehungsweise verdeckter Kritik aufgezeigt. Der zyklische Verlauf mit Erst-, Rezertifizierungen und Überwachungsaudits bedingt das seine Anerkennung einem stetigen

zeitlichen Wandel unterliegt. Je näher der Zertifizierungszeitpunkt rückt, desto größer und umgekehrt ist sein Bedeutungsniveau.

Der Zentrumskoordinator ist mehr „Akteur“ im Wortsinn als alle anderen. Die interne und gegebenenfalls auch externe politische Leitung obliegt dem Leiter des Zentrums - neben dem mehr oder weniger stark agierenden Qualitätsmanagement. Das kann nicht anders sein. Eine Zentrumsleitung und ein Qualitätsmanagement, die sich die Zentrumsgestaltung aus der Hand nehmen ließen, würden ihren Aufgaben nicht gerecht, sie brächten das Zentrum sogar in Gefahr. Wenn funktionsfähig, hat deshalb, wenn es um zentrumsübergreifende oder betriebsinterne Entscheidungen und Darstellungen geht, mehrheitlich die jeweilige Zentrumsleitung

bzw. das Qualitätsmanagement das Sagen, während der Zentrumskoordinator Probleme zu analysieren und zwischen den Parteien zu vermitteln hat. Zentrumskoordinator und Zentrumsleitung vereint in einer Person stellen eine eher ungewöhnliche Konstellation, zum Beispiel in Krisenzeiten innerhalb der Organisationsstrukturen von Organkrebszentren dar.

Aus diesem kühlen Grunde kann man als „Innenminister“ agierende Zentrumskoordinatoren nicht an ihrer Gestaltungsmacht messen. Ein angebrachter Maßstab für die Qualität der Zentrumskoordinatoren „als Dompteure unterschiedlichster Partikularinteressen“ bilden neben sehr belastbarer Konstitution, ihre Fachkenntnisse, Geduld, Klugheit, Besonnenheit und natürlich ihre Fähigkeit Brücken zu bauen.



Chirurgie-Suche
Berufsverband der
Deutschen Chirurgen e.V.

Auf Chirurgie-Suche.de haben Sie die Möglichkeit, Ihre erworbenen Zertifizierungen in Ihrem Klinikprofil abzubilden und so Ihre Qualität für Einweiser, Patienten und den chirurgischen Nachwuchs (nach außen hin) sichtbar zu machen.

[HTTP://WWW.CHIRURGIE-SUCHE.DE/](http://www.chirurgie-suche.de/)



ENTWURF EINES MODULAREN
SCHULUNGSPROGRAMMS FÜR
ZENTRUMSKOORDINATOREN

Modulares Schulungsprofil Zentrumskoordinator

Jährliches Schulungsprogramm. Organspezifische Themen der Basismodule und Vertiefungsmodule im zweijährigen Wechsel.	
Zielgruppe Basismodul: Neueinsteiger	
Zielgruppe Erweiterungen: Koordinatoren, Leitungen etc. in Arbeitsroutine	
Basismodule	
Onkologische Zentren/Organkrebszentren - Grundlegende Systematik und Struktur (Duales Zertifizierungssystem (QM und Fachmed. Anforderungskatalog)) - modulare Aufbaustruktur (vom Organkrebszentrum (C) über das Onkologische Zentrum (CC) zum Onkologischen Spitzenzentrum mit Forschungsauftrag (CCC)) - Beurteilungssystematik, Gremien -> Zentren, Module, Schwerpunkte, Transit	Dauer: 0,5 Tage
Qualitätsmanagement - Zertifizierungssysteme - Qualitätssicherungs- und -managementstrukturen - Projektmanagement-Qualitätsmanagement - Planbeispiele	Turnus: jährlich
Auditierungsverfahren - Planung, Anmeldung, Ablaufplanung, Fristen und Aufgabenverteilung - Auditablauf - Auditfeststellungen, Auditdokumentation und Maßnahmenmanagement	
Basismodul organbezogene Anforderungen des EHBs Interpretation/Auslegungshinweise EHB (Bedeutung, Erfassungskriterien, interne referentielle Bezüge), Nachweise etc. für alle Organkrebszentren, onkologisches Zentrum, Module, Schwerpunkte, Transit	Dauer: 1,0 Tage
Basismodul organbezogene Kennzahlen Interpretation/Auslegungshinweise EHB (Bedeutung, Erfassungskriterien, interne referentielle Bezüge), Nachweise etc. für alle Organkrebszentren, onkologisches Zentrum, Module, Schwerpunkte, Transit	Turnus: jährlich im Rotationsprinzip
Erweiterungen	
Gesundheitsökonomie - Finanzierungsstrukturen im Gesundheitssystem, zentrenassoziierte (Gegen-) Finanzierungsmodelle. Heterogenität in föderalen Strukturen. Zentrumszuschläge, ASV- §116b, Komplexpauschalen etc. - Effiziente Pfadstrukturen und Praxisbeispiele - Kernelemente der Kostenkalkulation. - Musterbeispiele für Zentrumskosten & Antragsverfahren	Dauer: 0,25 Tage Turnus: jährlich
Zentralfunktionen in Zentren Zentrumsleitung, Zentrumskoordinator, QMB. Rollenverständnis, Aufgabenspektrum, Kompetenz in interdisziplinären funktions- und fachbereichsübergreifenden Strukturen.	Dauer: 0,5 Tage
Kommunikation - Aufgabenfelder (Vertragspartner, in-/externe Schnittstellen, Besprechungsmanagement, QM-Zirkel, Krisenintervention) - Besprechungsmanagement - Kernkompetenz und Lösungsstrategien in Verhandlungen und Struktur aufbauen	Turnus: jährlich
Vertiefungsmodul Organbezogene Anforderungen des EHBs Interpretation/Auslegungshinweise EHB (Bedeutung, Erfassungskriterien,	Dauer: 1,0

Der Dienst als Zentrumskoordinator ist kein persönlicher Gehorsam. Ein Zentrumskoordinator, der sein Amt tief versteht, verkörpert geradezu die Grundlagen der Idee der lebenden medizinischen Zentrumsphilosophie.

Wie die aktuelle politische Welt im Jahr 2017 zeigt, ist keine Situation als stabil und statisch zu betrachten. Das Zertifizierungssystem unterliegt ständigen Wandlungen bezüglich der Steigerung der medizinischen Versorgungsqualität. Um diesen Prozess positiv, nicht nur auf der Ebene der Judikative und Legislative zu forcieren, wäre es sinnvoll, die diskutierten

Anliegen und Anregungen der „Innenminister der Länder“ in ein sinnvolles Gesamtkonzept, unter Beteiligung der Ministerpräsidenten und deren Berater, zu integrieren. Dies sollte jeweils mit Beteiligung und unter der Obhut beteiligter medizinischer Fachgesellschaften, seitens der Judikative und Legislative mit reflektiert und für ihre jeweiligen Zentrumskoordinatoren abgestimmt und realisiert werden.

INTERESSENKONFLIKTE

Die Befragung wurde von den Autoren J. Harms, T. Kemink und K. Rüttger konzipiert,

initiiert, durchgeführt und ausgewertet. EVO-Consult unterstützte bei der Manuskripterstellung in beratender Funktion. Zwischen den Autoren bestehen keine Interessenkonflikte.

Der dem Artikel zugrunde liegende Umfragebogen kann über die im Artikel genannte Anschrift des Korrespondenzautors bezogen werden.

Die Literaturliste erhalten Sie auf Anfrage über passion_chirurgie@bdc.de.

SCHLUSSFOLGERUNG

Die Position des Zentrumskoordinators im Darmkrebszentrum ist eine Schlüsselposition, die maßgeblich zum Funktionieren und zum Erfolg beiträgt. Zentrumskoordinatoren sind „Querschnittsmanager“. Häufig besteht kein klarer Auftrag und kein klares Mandat, frei nach dem Motto „Macht Zertifizierung irgendwie!“ Das Tätigkeitsfeld ist mehrheitlich heterogen, aber ohne klare Weisungsbefugnis. Die Schnittstellenkommunikation, das Qualitäts- und Prozessmanagement, die Organisation, Planung und Umsetzung von Zentrumsangelegenheiten sowie das Konfliktmanagement im interdisziplinären Beziehungsgeflecht bilden die Schwerpunkte. Nahezu dreiviertel der Befragten (72 %) beurteilen die zur Verfügung stehenden zeitlichen Ressourcen als nicht adäquat um ihre Aufgaben erfüllen zu können. Mehrheitlich fehlen für die Ausübung dieser Funktion überhaupt vertragliche Regelungen mit dem Arbeitgeber. Entsprechendes gilt auch für eine Vergütungsregelung. Strukturierte Qualifizierungsmaßnahmen und Weiterbildungen werden von der DKG bisher nicht gefordert. Diese Tatsache steht dem bekundeten Begehren der Zentrumskoordinatoren entgegen. Die hier vorgestellte Umfrage berücksichtigt nicht die Situation und Interessenlage der Koordinatoren anderer Organkrebszentren, wie zum Beispiel Mamma- und Prostatazentren. Aufgrund der struktursystematisch analog aufgebauten Zertifizierungen lässt sich als Arbeitshypothese annehmen, dass die hier erhobenen Ergebnisse übertragbar sind.



© iStock/jensGade

Safety Clip: Der klassische Schadenfall „Dekubitus“

Ein „Klassiker“ unter den Arzthaftpflichtschäden: Dekubiti bei Patienten sind für Haftpflichtversicherer, die im Krankenhausbereich agieren, ein wohlbekanntes Thema. Im

Folgenden stellen wir drei Schadenfälle aus der Datenbank der Ecclesia Versicherungsdienst GmbH vor, die auf einen Dekubitus bzw. seine Behandlung zurückzuführen waren.



**KORRESPONDIERENDER
AUTOR:**

CHRISTIAN SCHNELLE

Assessor jur., Unternehmensbereich
Schaden/Abteilung Krankenhaus
Ecclesia Versicherungsdienst GmbH
Klingenbergstraße 4, 32758 Detmold
christian.schnelle@ecclesia.de



KATHRIN ROSEN

Risikoberaterin bei der GRB
Gesellschaft für Risiko-Beratung mbH
Klingenbergstraße 4, 32758 Detmold
kathrin.rosen@grb.de, www.grb.de

FALL 1

Eine Patientin, 82, die an Multipler Sklerose und damit einhergehender Paraplegie und Paraparese leidet, befindet sich wegen der operativen Entfernung eines Vaginalulcus stationär im Krankenhaus. Bei Aufnahme war noch kein Dekubitus bei der Patientin vorhanden. Nach der Operation entwickelt sie jedoch Dekubiti im Steißbereich, an der rechten Ferse, an der Außenseite des linken Fußes und am Knöchel des linken Fußes.

Die Krankenkasse macht deswegen Ansprüche geltend. Die Vorwürfe: Aufgrund der Lähmung und der Multiplen Sklerose habe ein hohes Dekubitusrisiko bei der Patientin bestanden. Eine Risikoeinschätzung habe im Krankenhaus aber nicht stattgefunden. Die Ärzte hätten weder regelmäßige Lagerungsmaßnahmen angeordnet noch seien erfolgte Fersenfreilegungen ersichtlich. Zudem sei der Einsatz von Hilfsmitteln in der Dokumentation nur mangelhaft beschrieben.

Das betroffene Krankenhaus kann keinen Pflegefehler erkennen und hält dagegen, dass sehr wohl eine Risikobeurteilung nach Braden erfolgt sei. Drei Tage nach der Aufnahme habe man die Patientin auf eine Antidekubitusmatratze gebettet. Außerdem sei eine Bewegungstherapie angeordnet worden und erfolgt. Einen vollständigen Bewegungsplan kann das Krankenhaus allerdings nicht vorlegen, verweist aber auf die Pflegedokumentation, aus der das regelgerechte Vorgehen des Personals ebenfalls hervorgehe.

Die Krankenkasse gibt sich mit dieser Gegendarstellung nicht zufrieden und mandatiert eine Kanzlei. Die Anwälte untermauern die Vorwürfe mit detaillierten Nachweisen zur Schadenberechnung.

Erneut mit Vorwürfen konfrontiert, muss das Krankenhaus schließlich Dokumentationslücken einräumen, die eine adäquat erfolgte Dekubitusprophylaxe in der Tat nicht nachvollziehbar erscheinen ließen. Das Krankenhaus muss sich eingestehen, dass weder der vormals erklärte Einsatz der Antidekubitusmatratze noch die Realisation eines Bewegungsplans aus der Dokumentation hervorgingen. Ferner enthalte die Dokumentation widersprüchliche Angaben zur Wundbeschaffenheit, zur Anzahl der Wunden und zur Wundlokalisation.

ERGEBNIS

Vor dem Hintergrund dieser Unklarheiten einigte sich der Haftpflichtversicherer mit der Krankenkasse letztlich außergerichtlich auf einen Regulierungsbetrag von 85.000 €.

RISIKOBEWERTUNG

Wenn, wie im hier beschriebenen Fall, der Behandlerseite vorgeworfen wird, das Dekubitusrisiko falsch eingeschätzt und deswegen notwendige Gegenmaßnahmen verspätet oder gar nicht eingeleitet zu haben, ist der Haftpflichtversicherer zur Aufarbeitung des Sachverhalts auf eine vollständige Dokumentation angewiesen. Dokumentationsversäumnisse erschweren die Aufklärung und können die Abwehr unberechtigter Patientenansprüche verunmöglichen.

Des Weiteren macht der Fall deutlich, dass bei Patienten mit Dekubitusrisiko schnelles und vor allem strukturiertes Handeln geboten ist. Heißt: Zunächst ist das Dekubitusrisiko zu erfassen und dies ist zu dokumentieren. Im Anschluss sind unverzüglich Maßnahmen festzulegen und umzusetzen. Diese sind ebenfalls detailliert zu dokumentieren. Doch damit ist es nicht getan: Auch im laufenden Behandlungsprozess ist das Pflegepersonal angehalten, regelmäßig den Erfolg oder Misserfolg der getätigten Maßnahmen zu kontrollieren und bei Bedarf Anpassungen vorzunehmen. All diese Schritte sind ebenfalls zu dokumentieren.

FALL 2

Eine 77-jährige kommt aus vollstationärer Pflege (Pflegestufe 2) zur Behandlung einer Enzephalitis ins Krankenhaus und im Anschluss in die Rehaklinik. Aus dem Verlaufsbericht des erstbehandelnden Hauses geht hervor, dass eine Mazeration am Steiß bei ihr vorliegt. Während der Rehabilitationsbehandlung kommt es zu einer erheblichen Verschlechterung des Dekubitus, sodass die Patientin als nicht mehr rehabilitationsfähig ins Altenpflegeheim (APH) entlassen wird. Bei einem später diagnostizierten Dekubitus 4. Grades bleibt unklar, ob die Patientin sich diesen noch während der Reha zugezogen hat oder schon im APH.

Schnelle C. / Rosen K. Safety Clip: Der klassische Schadenfall „Dekubitus“. Passion Chirurgie. 2017 Mai, 7(05): Artikel 04_05.



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

In der Annahme, der Dekubitus 4. Grades sei während der Reha entstanden, macht die Krankenkasse unter Einbeziehung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) Ansprüche gegen die Rehaklinik wegen fehlerhafter, nicht fachgerechter Dekubitusprophylaxe geltend.

Die Rehaklinik räumt Versäumnisse bei der Dokumentation ein, besteht aber darauf, die Patientin korrekt versorgt zu haben. Sowohl eine konsequente Lagerung als auch eine fachgerechte Versorgung seien, soweit möglich, erfolgt. Als Entlastungsversuch weist die Rehaklinik auf die zahlreichen Vorerkrankungen (z. B. multiple Hirninfarkte) hin, unter denen die Patientin bereits bei ihrer Einweisung ins vorbehandelnde Krankenhaus gelitten habe. So sei ihr während ihres Krankenhausaufenthalts u. a. ein Stent in die Arteria vertebralis links gelegt worden. Zudem sei sie wegen optischer Halluzinationen mit Antipsychotika behandelt worden.

Die Rehaklinik betont, dass die Patientin bereits bei Aufnahme multimorbid gewesen sei und einen Dekubitus 2. Grades aufgewiesen habe. Ihre kognitiven Leistungen seien schon zu diesem Zeitpunkt deutlich eingeschränkt gewesen. Zudem sei sie kollaptisch gewesen, was eine Mobilisation unmöglich gemacht habe. Die Patientin habe keinerlei Nahrung oder Flüssigkeit aufgenommen, weswegen sie über Infusionen versorgt worden sei. Mehrmals täglich sei es spontan zu breiigen Darmentleerungen und damit einhergehend zu Kontaminationen des Dekubitus mit Stuhl gekommen.

Die Patientin sei regelmäßig gelagert worden mit dem Ziel, das Gesäß zu entlasten. Doch die Lagerung habe sich als problematisch erwiesen, da die Patientin sich immer wieder selbst in Rückenlage gebracht habe, sodass eine ausreichende Druckentlastung unmöglich gewesen sei.

Für die Behandelnden habe sich das Bild eines fortgeschrittenen Multiinfarktsyndroms mit palliativer Ausrichtung ergeben. Die Ausbildung bzw. Verschlechterung des Dekubitus ließ sich nach Einschätzung der Rehaklinik nicht vermeiden. Als die Reha wegen der Verschlechterung des Allgemeinzustands konsequenterweise abgebrochen

worden sei, habe allerdings erst ein Dekubitus 3. Grades vorgelegen. Grad 4 habe sich erst nach der Rückverlegung der Patientin ins APH entwickelt, wo man den Dekubitus ebenfalls nicht unter Kontrolle habe bringen können.

Wo auch immer der Dekubitus 4. Grades entstanden ist: Er wird schließlich in einem Akutkrankenhaus mit einer Vakuumverbandtherapie und durch Druckentlastung behandelt. Während dieses Aufenthaltes erleidet die Patientin eine Colitis und einen Harnwegsinfekt, die eine Behandlung mit Antibiose notwendig machen. Im Anschluss wird die Patientin wieder ins APH zurückverlegt, wo sie kurze Zeit darauf stirbt.

ERGEBNIS

Angeichts der Leidensgeschichte der Patientin erschienen die Ausführungen der Rehaklinik dem Haftpflichtversicherer zwar glaubwürdig, weil aber die Dokumentation sowohl zur Einschätzung des Dekubitusrisikos als auch zur Dekubitusprophylaxe mangelhaft war, einigte man sich auf einen Vergleich mit der Krankenkasse, anstatt die (vermeintlich) unberechtigten Ansprüche abzuwehren. So flossen am Ende 6.000 € an die Krankenkasse.

RISIKOBEWERTUNG

Wie bei Fall 1 traf der Dekubitus auch hier eine Seniorin. Tatsächlich erleiden hauptsächlich ältere Patienten – vielfach Bewohnerinnen und Bewohner von Altenpflegeheimen – Dekubiti, denn gerade bei Bettlägerigkeit tragen sie ein deutlich höheres Risiko als Jüngere bzw. nicht Bettlägerige.

Darüber hinaus haben die beiden Fälle gemeinsam, dass die mangelhafte Dokumentation letztlich über den Ausgang des Falles entschied. Beide Male konnten die Haftpflichtversicherer die Argumentation der von ihnen vertretenen Krankenhäuser zwar nachvollziehen, entschieden sich aber wegen der schwierigen Dokumentations-situation, die im Klagefall ein Restrisiko bedeutet hätte, für eine außergerichtliche Einigung.

Im Unterschied zu Fall 1 aber war bei Fall 2 nur die Dokumentation fehlerhaft, während die geeigneten und notwendigen Behandlungsschritte allem Anschein nach unter-nommen worden waren. Nichtsdestoweniger musste der Haftpflichtversicherer den Schaden regulieren, obwohl die Ansprüche der Krankenkasse bei vorhandenen, wohl dokumentierten Nachweisen sich voraussichtlich als unberechtigt herausgestellt hätten. Der Fall macht einmal mehr die wichtige Rolle der Dokumentation gerade auch bei der Dekubitusbehandlung deutlich.

FALL 3

Auch in diesem Fall ist der Protagonist ein älterer Patient. Der 80-jährige APH-Bewohner muss wegen Oberschenkelhalsfrakturen in die Behandlung eines Krankenhauses gegeben werden. Ein präsakraler Dekubitus liegt bereits bei Einweisung vor. Während des Krankenhausaufenthaltes entwickeln sich Dekubitalgeschwüre 3. Grades präsakral und 2. Grades an der rechten Ferse. Die Geschwüre heilen über Monate nicht ab, auch nach Entlassung und Rückverlegung des Patienten ins APH. Auch eine deswegen eingeleitete chirurgische Behandlung bringt keine Besserung, sondern führt stattdessen zu weiteren Komplikationen.

Eine von der Krankenkasse beauftragte Kanzlei erhebt daraufhin Schadenersatzansprüche gegen das Krankenhaus. Die Begründung: Die Entstehung und die Verschlimmerung der Dekubiti seien auf eine falsche Behandlung zurückzuführen.

Der MDK, der den Fall aufgrund der Anwürfe begutachtet, gibt der Kassenseite Recht. Die Dekubiti hätten entstehen können, weil neueste pflegewissenschaftliche Erkenntnisse nicht angewendet worden seien. Das Dekubitusrisiko sei gar nicht erst bestimmt worden. Auch eine qualifizierte Wunddokumentation sei ausgeblieben.

Nach Prüfung der Vorwürfe vonseiten der Kasse und des MDK sieht auch das Krankenhaus keine andere Möglichkeit, als sich der Einschätzung des MDK anzuschließen, weil sich der tatsächliche Behandlungsablauf in Anbetracht der insuffizienten und zum Teil

gänzlich fehlenden Dokumentation nicht mehr objektiv nachvollziehen lässt. Darüber hinaus muss das Krankenhaus einräumen, dass die wenigen Pflegemaßnahmen, die dokumentiert wurden, obendrein nicht dem im Haus geltenden Pflegestandard entsprachen.

REGULIERUNGSPROGNOSE

Die Regulierungsgespräche mit der Kasse zu diesem Fall laufen noch. Im Raum stehen zudem persönliche Ansprüche des Patienten. Insgesamt ist mit einem Schadenaufwand von mindestens 60.000 € zu rechnen.

RISIKOBEWERTUNG

Ähnlich wie in den anderen beiden Fällen spielt auch hier die mangelhafte Dokumentation eine entscheidende Rolle. Dem betroffenen Krankenhaus gelang es nicht, den im eigenen Hause stattgefundenen Behandlungsablauf nachzuvollziehen. Erschwerend kam hinzu, dass die bekanntermaßen eingeleiteten Maßnahmen nicht den Pflegestandards entsprachen, deren Einhaltung Krankenhäuser selbstverständlich sicherstellen müssen.

FAZIT UND HINWEISE FÜR DIE PRAXIS

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass sich gerade bei Schadenfällen durch Dekubitalgeschwüre eine unzureichende Dokumentation ungünstig auf die Regulierung auswirken kann. Lässt sich retrospektiv nicht nachvollziehen, dass wirkungsvolle Maßnahmen zur Bewältigung des Dekubitus ergriffen worden sind, geht dies in der Regel zulasten des Behandelnden und damit zulasten der Versicherung, wie Fall 2 beispielhaft zeigt.

Abschließend sei daher einmal mehr auf die Grundregeln der Dokumentation verwiesen (§ 630f BGB):

„Der Behandelnde ist verpflichtet, in der Patientenakte sämtliche aus fachlicher Sicht für die derzeitige und künftige Behandlung wesentlichen Maßnahmen und deren Ergebnisse aufzuzeichnen, insbesondere Anamnese, Diagnosen, Untersuchungen, Untersuchungsergebnisse, Befunde, Therapien und ihre Wirkungen, Eingriffe und ihre Wirkungen etc.“

Zu den wesentlichen und damit aufzeichnungspflichtigen Kriterien gehören – besonders bei gefährdeten Menschen (z. B. Ältere,

Bettlägerige, Personen, die sich nicht aufrichten können, etc.) – zum einen die spezifischen Risikofaktoren der jeweiligen Person sowie zum anderen, als Reaktion auf diese Risiken, ein risikobasierter Präventionsplan, der alle Maßnahmen enthält, die nach Feststellung des Dekubitusrisikos im Laufe der Behandlung ergriffen werden, einschließlich der Wirkung dieser Maßnahmen.

Fotos als Bestandteil der Dokumentation können sinnvoll sein, auch wenn sie nicht zwingend vorgeschrieben sind. Für eine (gute) Fotodokumentation spricht, dass sie das Ausmaß, die Beschaffenheit, die Entwicklung und die Lage der Wunde(n) sozusagen „auf einen Blick“ sichtbar macht. Die Subjektivität rein (hand-)schriftlicher Aufzeichnungen und mögliche Unklarheiten können so vermieden werden. Aber Vorsicht: Kein Foto kann schriftliche Einträge in die Pflegedokumentation ersetzen. Eine Fotostrecke kann höchstens eine – mitunter sinnvolle – Ergänzung sein, indem sie den Behandlungsverlauf bildlich dokumentiert. ○

DEKUBITUSPROPHYLAXE

Präventive Maßnahmen zur Dekubitusprophylaxe im Sinne des klinischen Risikomanagements

- Jeder Patient wird bei der Aufnahme im Hinblick auf sein Dekubitusrisiko eingeschätzt und der Anamnesestatus wird dokumentiert.
- Neu eingeschätzt wird das Risiko immer dann, wenn sich signifikante Änderungen am Zustand des Patienten ergeben. Besonders bei bereits gefährdeten Patienten wird der Hautzustand in angemessenen, individuell festgelegten Zeitintervallen überprüft.
- Sind prophylaktische Maßnahmen erfolgt, werden diese im Behandlungsverlauf nachvollziehbar dokumentiert.
- Die Wirkung der prophylaktischen Maßnahmen wird ebenfalls nachvollziehbar dokumentiert.
- Bei einer Verlegung wird die nachbehandelnde Institution schriftlich darüber informiert, dass das Fortführen prophylaktischer Maßnahmen erforderlich ist. Eine Kopie dieser Verlegungsdocumentation verbleibt in der Patientenakte.

**RECHT &
VERSICHERUNG**

Versicherungs- angebote des BDC



Diese Leistungen sind in Ihrem BDC-Mitgliedsbeitrag erhalten:

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

Weitere Versicherungsangebote für BDC-Mitglieder über Rahmenverträge

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

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

HABEN SIE FRAGEN ODER WÜNSCHEN SIE EIN KONKRETES ANGEBOT? BITTE SPRECHEN SIE UNS AN:

BDC-VERSICHERUNGSMAKLER ECCLESIA VERSICHERUNGSDIENST GMBH

BDC-Versicherungsservice

Klingenbergstr. 4, 32758 Detmold

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

E-Mail: bdc-versicherungsservice@ecclesia.de

Keine Angst vor teuren Verordnungen! Entlassmedikation rational prüfen

Seit ewigen Zeiten zieht sich die Angst vor Regressen durch alle Bereiche unserer budgetierten Arbeit und führt zu Vermeidungsstrategien, die durchaus zum Nachteil der Patientenversorgung werden können. Dabei handelt es sich um ein Gespenst, das bei näherer Betrachtung letztlich ein Phantom ist und mit geschickter Argumentation viel von seinem Schrecken verliert.

Was ist der Grund dafür, dass Vertragsärzte davor zurückschrecken, teure Verordnungen aus der Klinik in der ambulanten Versorgung nicht weiter verschreiben zu wollen und so

eine möglicherweise notwendige Behandlung unterbrechen? Wie immer gibt es mehrere Facetten einer derartigen Änderung der vom Klinikkollegen empfohlenen weiteren Therapie. Beiden ist gemeinsam, dass sie auf Unwissen der Beteiligten beruhen.

WIRTSCHAFTLICHKEITSPRÜFUNG & REGRESSFORDERUNGEN

Grundlage allen Übels ist die sogenannte Wirtschaftlichkeitsprüfung – hier verkürzt nur für den Pharmabereich abgehandelt.



**DR. MED. JÖRG-ANDREAS
RÜGGEBERG**

Vizepräsident des BDC
dr.rueggeberg@t-online.de

Jeder Vertragsarzt (also der niedergelassene Arzt) wird getreu den Paragraphen des Sozialgesetzbuches dahingehend überprüft, ob er wirtschaftlich, ausreichend, notwendig und zweckmäßig (WANZ) arbeitet. Luxusmedizin und Überflüssiges darf nicht für Kassenpatienten verordnet werden. Entgegen den Beteuerungen der Politik und der Kassenvertreter hat der gemeine Kassenpatient eben nur Anspruch auf Notwendiges und Ausreichendes (in der Schule Note vier, reicht gerade so zur Versetzung). Das gilt nicht nur für die ärztliche Leistung an sich, sondern auch für alle damit verbundenen Verordnungen (Medikamente, orthopädische Hilfsmittel, Physiotherapie etc.). Die Leistungen von uns Ärzten sind über die budgetierte Honorierung (DRG im Krankenhaus und EBM samt HVM in der Praxis) sowieso gedeckelt. Dagegen sind Verordnungen im Prinzip völlig ungebremst und deshalb wurde das Instrument der Wirtschaftlichkeitsprüfung mit der Androhung eines Regresses eingeführt. Zum Verständnis für die Krankenhauskollegen: Regress bedeutet, dass der Arzt Geld bezahlen muss, dass er nie selber bekommen hat, für von ihm verordnete Medikamente oder Heil- und Hilfsmittel. Nachvollziehbar, dass keiner so etwas riskieren möchte.

Das bedeutet aber nicht, dass es im Falle einer Auffälligkeit automatisch zu einem Regress kommt. Zunächst läuft ein eher standardisiertes Prüfverfahren ab, indem die Verordnungen des Einzelnen mit denen der Fachgruppe in Relation gesetzt werden. Die Fachgruppenwerte sind dabei durchaus unterschiedlich, ein Internist hat ein höheres Volumen für Medikamente als ein Chirurg, der wiederum kann mehr Krankengymnastik verordnen, weil das in der Gruppe allgemein in höherem Umfang erfolgt. Wie auch immer, zunächst wird nur eine Überschreitung des Einzelnen gegenüber seiner Fachgruppe festgestellt. Nur dann wird es aufwendig und bei einem echten Fehlverhalten auch teuer.

EINZELFALLPRÜFUNG

Aber: Immer noch bleibt bei allem der Anspruch des Patienten auf die o. g. WANZ-Kriterien. Was notwendig ist, darf und muss verordnet werden, egal wie das Budget überschritten wird. Allerdings muss dann im

Rahmen einer Einzelfallprüfung nachgewiesen werden, dass es auch so gewesen ist. Das ist extrem ärgerlich und mühsam, zumal die Prüfung lange zurückliegende Zeiträume (drei bis vier Jahre) erfasst. Wenn dann der Nachweis erbracht wird, dass die Verordnung erstens notwendig und zweitens wirtschaftlich war, passiert gar nichts!

Soweit die theoretische Ausgangslage, kommen wir zu den praktischen Anwendungen:

Wer grundsätzlich nur teure Coxibe verordnet und einfache nicht-steroidale Antirheumatika beiseite lässt, wird Schwierigkeiten haben, dies durch die aktuelle Studienlage begründen zu können. Im Einzelfall kann das natürlich geschehen, wenn sonst keine Wirkung zu erzielen ist. Das sollte dann schon im Vorfeld so dokumentiert werden, dass im Falle einer Prüfung diese Patienten identifiziert werden und die Notwendigkeit im Einzelnen begründet werden kann. Ähnliches gilt für die Gabe von Antibiotika. Auch hier gibt es nun einmal entsprechende Leitlinien, die zu befolgen sind. Ein genereller Schrotschuss ist nicht nur teuer und wird zu Recht in der Wirtschaftlichkeitsprüfung zur Auffälligkeit führen, sondern ist auch medizinisch fragwürdig. Für solche nicht wissenschaftlich begründete Pharmakotherapie gibt es dann auch kein Entkommen. Erst recht trifft dies bei Präparaten zu, die tendenziell im Wellnessbereich dem allgemeinen Wohlbefinden dienen sollen. Lesen gefährdet die Dummheit und die Lektüre der Leitlinien muss schon vorausgesetzt werden.

SPEZIALFALL: EMPFEHLUNG DES KRANKENHAUSES

Anders verhält es sich bei Verordnungen, die vom Krankenhaus im Entlassbericht mehr oder weniger verbindlich vorgeschrieben werden. Hier kommt zum Problem der Wirtschaftlichkeit noch das für die Niedergelassenen extrem unangenehme Problem dazu, mit den Patienten eine möglicherweise notwendige Änderung der Medikation unter Wirtschaftlichkeitsgesichtspunkten zu diskutieren, ganz zu schweigen von den rechtlichen Konsequenzen, wenn einer Empfehlung des Krankenhauses (aus welchen Gründen auch immer) nicht entsprochen wird. Deshalb

J.-A. Rüggeberg. Keine Angst vor teuren Verordnungen! Entlassmedikation rational prüfen. Passion Chirurgie. 2017 Mai, 7(05): Artikel 04_06.



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

ist dieser Artikel vor allem dazu gedacht, das gegenseitige Verständnis zu wecken und beide – Kliniker und Niedergelassene – dazu zu bringen, sich jeweils rational zu verhalten.

Man muss noch ergänzend wissen, dass manche Medikamente in der Klinik zu extrem billigen Preisen abgegeben werden, die aber in der „freien Wildbahn“ ganz anders aussehen. Die Gründe für eine solche Strategie der Pharmaindustrie liegen auf der Hand. Für die Kliniker muss daher gelten, dass sie in die Entlassbriefe möglichst nur Generika schreiben und dem Vertragsarzt explizit freistellen, aus dieser Gruppe ein preiswertes Medikament zu verordnen. Außerdem darf auch gerne nachgedacht werden, ob die Medikation überhaupt noch zwingend, also notwendig ist.

Im Einzelfall ergibt sich aber durchaus die Notwendigkeit, spezielle Originalpräparate,

z. B. spezifische Antibiotika, auch über einen längeren Zeitraum zu verordnen. Dann ist es sehr hilfreich, wenn von der Klinik auch eine schriftliche Begründung für den Einsatz dieses speziellen Medikaments geliefert wird. Mit einer solchen Begründung (wissenschaftlich durch Studienlage evidenzbasiert) hat der Vertragsarzt die notwendige Dokumentation an der Hand, um ggf. diesen konkreten Fall aus seiner Wirtschaftlichkeitsprüfung herausnehmen zu können. Das gilt übrigens sinngleich auch für die Verordnung von Heil- und Hilfsmitteln.

KOLLEGIALE ZUSAMMENARBEIT & INFORMATION

Im Klartext: Wenn Sie als Krankenhausarzt wollen, dass eine spezifische Therapie (die

ggf. sehr teuer ist) auch von den Niedergelassenen weitergeführt wird, so müssen Sie das bitte mit entsprechenden Dokumenten belegen, die wiederum den Niedergelassenen vor einem Regress schützen. Die Niedergelassenen wiederum müssen in den Patientenakten die (extern vorgegebene und aber auch selbst überprüfte) Begründung für die jeweilige Verordnung dokumentieren und sind dann vor einem möglichen Regress geschützt.

Kollegiale Zusammenarbeit und gegenseitige Information an der Schnittstelle zwischen Klinik und Praxis hilft allen, vor allem aber den Patienten. ○

Akademie für chirurgische Weiterbildung und praktische Fortbildung



Berlin, 05. Mai 2017
13. Oktober 2017



MEDIZINISCHE KRISENKOMMUNIKATION

unter juristischen und medialen Aspekten

Empfohlen für Chefarzte
und Niedergelassene Ärzte

Frage & Antwort



WhatsApp-Nachrichten mit beruflichem Inhalt



ANTWORTEN VON DR. JUR. JÖRG HEBERER:

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

Heberer J. F+A: WhatsApp-Nachrichten mit beruflichem Inhalt. Passion Chirurgie. 2017 Mai; 7(05): Artikel 04_07.



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

FRAGE:

Ein Oberarzt fragt an, ob eine von ihm auf seinem privaten Handy verfasste Nachricht, die er auf das private Handy seines Arbeitskollegen per WhatsApp versandt und die jedoch einen beruflichen Inhalt hatte, von dem Arbeitskollegen ohne die Einwilligung des Oberarztes veröffentlicht, sprich in diesem konkreten Fall an den Betriebsrat weitergeleitet werden durfte.

ANTWORT:

Eine allgemeingültige Antwort kann hier pauschal nicht erteilt werden, da es auf die konkreten Umstände im Einzelfall ankommt.

Das Recht am geschriebenen Wort ist Inhalt des allgemeinen Persönlichkeitsrechtes, da aus Sicht der Rechtsprechung jede sprachliche Festlegung eines bestimmten Gedankeninhalts Ausfluss der Persönlichkeit des Verfassers ist. Das Recht am geschriebenen Wort gibt auch die alleinige Befugnis zur Entscheidung über das Ob und die Form der Veröffentlichung der Aufzeichnungen (vgl. OLG Hamburg, Beschluss vom 04.02.2013 – 7 W 5/13). Folglich stellt sich nach Ansicht des

Verfassers die Veröffentlichung einer (privaten) WhatsApp-Nachricht zwar als Eingriff in den Schutzbereich des allgemeinen Persönlichkeitsrechts dar.

Allerdings müsste der Eingriff rechtswidrig gewesen sein, um beispielsweise einen Unterlassungsanspruch geltend machen zu können. Die ständige Rechtsprechung vertritt hierzu die Auffassung, dass die Rechtswidrigkeit nicht bereits durch die Verletzung indiziert wird, sondern durch eine Gesamtabwägung der widerstreitenden Interessen unter sorgfältiger Würdigung aller Umstände des konkreten Einzelfalls und der Beachtung des Verhältnismäßigkeitsgrundsatzes positiv festgestellt werden muss (vgl. Palandt-Sprau, Kommentar zum BGB, 76. Auflage 2017, § 823 Rn. 95). Überwiegt hiernach das Schutzzinteresse des Betroffenen die schutzwürdigen Belange der anderen Seite, so war der Eingriff rechtswidrig. Im Rahmen dieser Abwägung kommt der Sphäre des allgemeinen Persönlichkeitsrechtes, in die eingegriffen wurde, erhebliche Bedeutung zu. Es wird unterschieden zwischen der Intim-, der Privat- und der Sozialsphäre. Unter die Sozialsphäre fällt der Bereich, in dem sich die persönliche Entfaltung von vornherein im Kontakt mit der

Umwelt vollzieht, also insbesondere das wirtschaftliche und berufliche Wirken (vgl. BGH, NJW 2012, 771; OLG Hamm, Beschluss vom 03.08.2011 – I-3 U 196/10). Von der Privatsphäre werden hingegen vor allem der häusliche, familiäre Bereich sowie Aspekte, deren öffentliche Erörterung wegen ihrer engen Verbindung zur Person der Entscheidung des Betroffenen überlassen ist, umfasst (vgl. Palandt-Sprau, a. a. O., § 823 Rn. 87).

Auch wenn die Nachricht vorliegend von einem privaten Handy an ein anderes verschickt wurde, sodass diese letztendlich privat verfasst wurde, vertritt der Verfasser dennoch die Auffassung, dass hier aufgrund des Gesamtkontextes wohl eher ein Eingriff in die Sozialsphäre gegeben ist, da der Inhalt ausschließlich beruflicher Natur war bzw. sich auf ausschließlich berufliche Themen bezog.

Bedauerlicherweise genießt die Sozialsphäre nach der Rechtsprechung den geringsten Schutz. Die ständige Rechtsprechung ist dabei der Ansicht, dass Umstände, die lediglich die Sozialsphäre betreffen, nur im Falle schwerwiegender Auswirkungen auf das Persönlichkeitsrecht mit negativen Sanktionen verknüpft werden dürfen, so etwa dann, wenn eine Stigmatisierung, soziale Ausgrenzung oder eine Prangerwirkung zu besorgen seien (vgl. Saarländisches OLG, Urteil vom 13.06.2012 – 5 U 5/12-2; OLG Hamm, a. a. O.). Ebenso hat das Bundesverfassungsgericht entschieden, dass kein Anspruch darauf besteht, in der Öffentlichkeit nur so dargestellt zu werden, wie es einem selbst genehm ist (vgl. BVerfG, NJW 2010, 1587).

Ferner wäre bei der Güterabwägung Bezugnehmend auf die Rechtsprechung des Saarländischen OLG auf Seiten des Oberarztes zu berücksichtigen, dass die Nachricht nur an den konkreten Kollegen und nicht auch an weitere Personen oder gar einen unüberschaubaren Personenkreis gerichtet war,

sodass der Oberarzt grundsätzlich für sich in Anspruch nehmen konnte, dass die Nachricht, auch wenn deren Inhalt nur beruflicher Natur war, nicht ohne weiteres einer breiten Öffentlichkeit zugänglich gemacht werden würde (vgl. Saarländisches OLG, a. a. O.). Auf Seiten des die Nachricht veröffentlichenden Kollegen ist jedoch regelmäßig das Grundrecht der Meinungs- und Kommunikationsfreiheit zu berücksichtigen, das insbesondere auch die Befugnis umfasst, Äußerungen anderer wörtlich, insbesondere in Form von Zitaten, wiederzugeben. Wird durch die Art und Weise der Wiedergabe allerdings der Aussagegehalt verändert oder verfälscht, so gilt dies nicht (vgl. Saarländisches OLG, a. a. O.; BVerfG, NJW 1980, 2072). Dass der Leser die Äußerungen, gerade weil sie aufgrund ihrer wörtlichen Darstellung die Erklärung besonders authentisch darstellen, möglicherweise anders wertet, als es dem Verfasser behagt, ist aus Sicht der verfassungsgerichtlichen Rechtsprechung unmaßgeblich (vgl. BVerfG, a. a. O.).

Das Saarländische OLG hat in dem dortigen Fall entschieden, dass sofern ein berechtigter Anlass auf Seiten des Anderen besteht, die Nachricht zu veröffentlichen und mit der Veröffentlichung, die ihrem Inhalt nach allein die gewerbliche Betätigung und damit die Sozialsphäre des Klägers betraf, keine Stigmatisierung, soziale Ausgrenzung oder Prangerwirkung zu befürchten sei, die vorzunehmende Güterabwägung dahingehend ausfällt, dass die schutzwürdigen Belange des Verfassers der Nachricht hinter denen des die Nachricht Veröffentlichenden zurücktreten müssen.

Folglich könnte im Hinblick auf die vorgenannte Rechtslage bei der in dem konkreten Fall vorzunehmenden Güterabwägung eine Tendenz dahingehend bestehen, dass die schutzwürdigen Belange des Oberarztes diejenigen des ärztlichen Kollegen, der die

Nachricht gegenüber dem Betriebsrat veröffentlicht hat, nicht überwiegen, sodass die Veröffentlichung rechtmäßig gewesen sein könnte. Hierfür müsste aber u. a. ein berechtigtes Interesse an der Veröffentlichung gegeben gewesen sein. Zudem müsste man genauer prüfen, inwieweit hierdurch gravierende Folgen, wie eine Stigmatisierung, soziale Ausgrenzung oder Prangerwirkung zu befürchten sind. Somit müssen für die erforderliche Güterabwägung sämtliche konkrete Umstände des Einzelfalls bekannt sein, um hier eine Entscheidung treffen zu können.

Eine weitere Frage wäre in diesem Zusammenhang, inwieweit dem Oberarzt arbeitsrechtliche Konsequenzen drohen könnten. Das Landesarbeitsgericht Rheinland-Pfalz hat beispielsweise entschieden, dass wenn diffamierende und ehrverletzende Äußerungen über Vorgesetzte oder Kollegen nur in vertraulichen Gesprächen unter Arbeitskollegen abgegeben werden, auch diese dem Schutzbereich des allgemeinen Persönlichkeitsrechts unterfallen, sodass der Arbeitnehmer regelmäßig darauf vertrauen dürfe, dass seine Äußerungen nicht nach außen getragen werden und der Betriebsfrieden nicht gestört bzw. das Vertrauensverhältnis nicht zerstört werde. Sofern der Gesprächspartner dann später die Vertraulichkeit aufhebt, dürfe dies grundsätzlich nicht zu Lasten des die Äußerung tätigen Arbeitnehmers gehen, sodass arbeitsrechtliche Konsequenzen nicht rechtmäßig wären (vgl. LAG Rheinland-Pfalz, Urteil vom 22.01.2015 – 3 Sa 571/14). Allerdings ist aus der Entscheidung erkennbar, dass es auch hierbei Ausnahmen geben kann, sodass abermals die konkreten Umstände des Einzelfalls entscheidend sind und eine abschließend gesicherte Antwort nicht erteilt werden kann. ○

„Begeisterung für die Chirurgie wecken und nachrückende Ärzte individuell fördern“

**INTERVIEW MIT PROF. DR. H.-J. MEYER,
BDC-PRÄSIDENT UND GENERALSEKRETÄR
DER DGCH**

Kongresszeitung: Eine jüngst publizierte Umfrage des Hartmannbundes unter 1.300 Assistenzärzten verschiedener Fachrichtungen hat eine erschreckend hohe Unzufriedenheit unter jungen Ärzten ergeben. Moniert wurden etwa nicht dokumentierte Überstunden, keine Pausen, eine wenig strukturierte

Weiterbildung und vor allem die hohe Arbeitsbelastung und der ökonomische Druck in den Kliniken. Wie kann man in Anbetracht dieser komplexen Problemlage junge Menschen überhaupt noch für das Fach Chirurgie begeistern?

Prof. Meyer: Die in der Umfrage geäußerten Punkte zur Unzufriedenheit junger Ärzte im Berufsleben stellen nun sicherlich kein Novum dar und sind auch nicht erst seit gestern bekannt, was der Vorsitzende des

**DAS GESPRÄCH FÜHRTE
CAROLA MARX**

Ressortleitung Chirurgie
Dr. R. Kaden Verlag GmbH & Co. KG
Maaßstr.32/1, 69123 Heidelberg
marx@kaden-verlag.de



INTERVIEWPARTNER
**PROF. DR. MED. DR. H.C. HANS-
JOACHIM MEYER**
Generalsekretär DGCH
Präsident BDC
praesident@bdc.de

Marx C. „Begeisterung für die Chirurgie wecken und nachrückende Ärzte individuell fördern“
Passion Chirurgie. 2017 Mai, 7(05): Artikel
05_01.



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

Hartmannbundes bestätigt. Allerdings hat ihn die Deutlichkeit in dieser Analyse überrascht. Den Hilferuf der jungen Ärztegeneration versah eine große überregionale Tageszeitung mit der Titelzeile: „Studiert bloß nicht Medizin!“ Fast zeitgleich wurde dann noch eine Umfrage des Marburger Bunds Schleswig-Holstein zu den Arbeitsbedingungen im Klinikbereich veröffentlicht. Die befragten Ärzte klagten ebenfalls darüber, dass die Arbeitsbelastung zu hoch sei, wobei sich 93 Prozent der Ärzte in Weiterbildung überlastet fühlten. Als Gründe für die zunehmenden, über die gesetzlichen Vorgaben von wöchentlich 48 Stunden hinausgehenden Arbeitszeiten werden vor allem Personalmangel, Arbeitsverdichtung bei ökonomischem Druck in den Kliniken, Organisationsmangel oder überbordende Bürokratie genannt. Diese Problematik betrifft dabei nicht nur die Chirurgie, sondern in gleicher Weise fast alle anderen Fächer. Eine gewisse Ernüchterung bei Eintritt in die normale Arbeitswelt ist sicherlich auch in anderen Berufsgruppen keine Besonderheit, aber gerade in der Medizin wird der Studierende bereits im praktischen Jahr, also noch während der Ausbildung, mit dem realen Klinikbetrieb konfrontiert, was dann in der Tat schnell zu einem Wechsel von der Entscheidung für die Chirurgie in ein anderes Fach führen kann.

„VERÄNDERUNGEN IM KLINISCHEN BETRIEBSABLAUF SIND LÄNGST ÜBERFÄLLIG“

Generell sind also Veränderungen im klinischen Betriebsablauf überfällig; diese werden allerdings seit Jahren mehr oder weniger erfolgreich angestrebt, ebenso wie man versucht, eine weitere ökonomische Überformung der Medizin zu verhindern. Nicht erst seit den Empfehlungen des Deutschen Ethikrates ist klar, dass ökonomische Ziele nicht die medizinischen

Indikationsstellungen beeinflussen dürfen: Ökonomie muss der Patientenversorgung dienen und nicht umgekehrt! Hinsichtlich des Personalmangels bei zahlreichen unbesetzten Arztstellen wird nun im Rahmen der gerade getroffenen Vereinbarungen von Personaluntergrenzen in der Pflege im Krankenhausbereich vom Marburger Bund und Hartmannbund auch die Festlegung von Personaluntergrenzen für Ärzte durch die Politik gefordert. Allerdings sieht die Politik für einen Personalmehrbedarf keine finanziellen Mittel vor. Eine Alternative könnte die Teilzeittätigkeit darstellen, die während der Weiterbildungszeit dann generell von den Landesärztekammern anerkannt werden müsste. Obwohl nach neuesten Angaben des statistischen Bundesamtes bereits ein Drittel der etwa 80.000 im Krankenhaus tätigen Ärztinnen nicht in einem Vollzeitbeschäftigungsverhältnis stehen, wird gerade unter dem Aspekt der geforderten Vereinbarkeit von Familie und Beruf sowie wissenschaftlicher Karriere die berufliche Teilzeittätigkeit neben guter Kinderbetreuung und geregelten Arbeitszeiten als eine der wesentlichen Forderungen von Ärztinnen angesehen. Veränderungen von Arbeitsstrukturen mit frühzeitiger Erstellung von Dienstplänen lassen sich wohl realisieren, insbesondere aber muss die seit Jahren eingeforderte Reduktion der bürokratischen Tätigkeiten des Arztes endlich einmal in praxi umgesetzt werden. Ob alle diese bekannten Probleme für die Klinikärzte durch die vom Hartmannbund geplanten Gespräche mit Krankenhausträgern oder der deutschen Krankenhausgesellschaft wirklich entscheidend verändert oder gar verbessert werden können, halte ich persönlich für fraglich. Vielmehr sind gerade die Ärzte in leitender Funktion selbst aufgefordert, die nachrückende Generation von Ärztinnen und Ärzten individuell zu fördern und gerade im praktischen Jahr der Ausbildung von der begeisternden und besonderen Tätigkeit in der Chirurgie zu überzeugen. Bei aller Akzeptanz einer ausgewogenen Work-Life-Balance muss dabei allerdings auch die Frage erlaubt sein, in welchem Umfang die Nachwuchsgeneration selbst bereit ist, sich in ihr späteres Berufsleben einzubringen.

Kongresszeitung: Die Zufriedenheit mit den Arbeitsbedingungen in der eingangszitierten Umfrage war an den Universitätskliniken mit Abstand am geringsten: Immerhin 22 Prozent der Befragten bewerteten die Arbeitssituation mit der Note 4 – rund 14 Prozent gaben sogar eine 5. Woran liegt das Ihrer Meinung nach?

Prof. Meyer: Diese Frage lässt sich nach meiner Meinung nicht eindeutig beantworten. Auffällig ist nämlich bei dieser Umfrage auch, dass im Vergleich zu früheren Erhebungen 31,4 Prozent der Befragten den Krankenhäusern in privatwirtschaftlicher Trägerschaft die Note 2 hinsichtlich Arbeitszufriedenheit ausstellt – häufiger als den kommunalen Kliniken mit nur 29,6 Prozent, die zuvor als beliebtester Arbeitgeber angesehen wurden. Die ausgesprochen schlechte Beurteilung der Universitätsklinik mag damit zusammenhängen, dass sich etwa 60 Prozent der befragten Ärzte in den ersten zwei Jahren der Weiterbildung befinden und für diesen Ausbildungsstand die Zahl der kleineren Eingriffe in der Chirurgie limitiert sein könnten. Ansonsten treffen die o. a. Probleme in gleicher Weise für nicht universitäre wie universitäre Kliniken zu, vor allem der personelle und ökonomische Druck findet auch in Universitätskliniken statt. Bei einer solchen Beurteilung ist zudem unklar, wie hoch der Anteil an berufstätigen Ärztinnen ist, denn gerade die Kolleginnen beklagen einen möglichen Karriereknick in der Weiterbildung durch Schwangerschaft oder notwendige Kinderbetreuung. Zudem sei auf die anlässlich des Weltfrauentags veröffentlichten Daten hingewiesen, dass Führungspositionen in der Klinik generell weiterhin eine Männerdomäne darstellen. In Universitätskliniken liegt der Anteil der Oberärztinnen bei ungefähr 30 Prozent, der in leitender Position weiterhin stabil bei nur zehn Prozent. All dies befördert möglicherweise eine negative Bewertung.

Kongresszeitung: Trotz der beklagten Arbeitsbedingungen ist ein Medizinstudium nach wie vor für viele junge Menschen ein Lebensziel, für das viele hochambitionierte Kandidaten jahrelange Wartezeiten in Kauf nehmen. Hat der restriktive Zugang zum

Studium aus Ihrer Sicht auch Auswirkungen auf die Nachwuchssituation in der Chirurgie?

Prof. Meyer: Es muss fast paradox erscheinen, dass trotz aller geklagten Missstände im Klinikbetrieb eine Vielzahl von jungen Menschen ein Medizinstudium anstrebt. Der Arztberuf generell ist also weiterhin außerordentlich beliebt. Derzeit gibt es mehr als 10.000 Erstsemester an den staatlichen Universitäten und Hochschulen, zudem existieren noch verschiedene nicht-staatliche Einrichtungen. Nach Aussagen der Stiftung für Hochschulzulassung kommen fast fünf Bewerber auf einen Studienplatz in der Humanmedizin und die Wartezeiten bis zum Studienzugang betragen etwa 14 Monate,

„ETWA 30 PROZENT DER STUDIENANFÄNGER INTERESSIEREN SICH FÜR DIE CHIRURGIE, AM ENDE DES PRAKTISCHEN JAHRES SIND ES NOCH FÜNF BIS ZEHN PROZENT“

sind also länger als die Regelstudienzeit von zwölf Semestern. Die Zulassung zum Medizinstudium ist derzeit in 20 Prozent durch den Notendurchschnitt beim Abitur, in weiteren 20 Prozent durch die Wartezeiten und in 60 Prozent durch verschiedene individuelle Vorgaben und Eignungstest der Fakultäten definiert. Letzteres Auswahlverfahren soll nun durch den Masterplan Medizinstudium 2020 – mit dem die Bundesregierung das Medizinstudium reformieren will – verändert werden. Neben der Abiturnote sollen mindestens zwei weitere Kriterien berücksichtigt werden, insbesondere die sozialen und kommunikativen Fähigkeiten wie auch die

Leistungsbereitschaft, die für die angestrebte ärztliche Tätigkeit mitentscheidende Bedeutung haben. Künftig sollen außerdem eine Ausbildung, Tätigkeit oder ehrenamtliches Engagement im Gesundheitswesen berücksichtigt werden. Eine generelle Landarztquote für die Zulassung bei Verpflichtung zur späteren Niederlassung in einer unterversorgten Region ist zwar vom Tisch, allerdings bleibt eine Option für die Länder bei dieser Regelung offen. Die Auswahlverfahren sollen unter den verschiedenen Fakultäten angeglichen werden. Ob die jetzigen Wartezeiten wirklich verkürzt werden können, bleibt abzuwarten, denn eine Erhöhung der Studienplatzzahlen, wie von der Bundesärztekammer oder dem Marburger Bund gefordert, ist nicht vorgesehen. Qualität steht also vor Quantität. Auswirkungen auf die Nachwuchssituation im Gebiet Chirurgie lassen sich durch die geplanten Vorgaben im Masterplan nicht eindeutig vorhersagen, denn man kann wohl weiterhin davon ausgehen, dass die Wahl für ein chirurgisches Fach erst im letzten Drittel des Studiums und dann besonders im praktischen Jahr getroffen wird. Frühere Untersuchungen haben nämlich gezeigt, dass sich etwa 30 Prozent der Studienanfänger für das Gebiet Chirurgie interessieren, am Ende des praktischen Jahres macht dieser Anteil dann nur noch etwa fünf bis zehn Prozent aus.

Kongresszeitung: Wie bewerten Sie die sonstigen bis dato bekannten Inhalte des Masterplans Medizinstudium 2020 im Hinblick auf die Chirurgie?

Prof. Meyer: Hier ist festzuhalten, dass es beim Masterplan Medizinstudium 2020 primär um die frühe Ausbildung geht, wo die Weiterbildung, etwa mit einer Entscheidung für das Gebiet Chirurgie, in der Regel noch in weiter Ferne steht. Zudem ist der Inhalt der wohl knapp 40 Einzelpunkte dieses Masterplans immer noch nicht genau bekannt. Klar ist lediglich eine Veränderung der Struktur im praktischen Jahr: statt zweier Pflichttertiale in Innerer Medizin und Chirurgie sowie einem Wahltertil, soll jetzt eine Quartalisierung erfolgen. Neben drei Monaten in einem Wahlfach ist ein Pflichtabschnitt ambulante Medizin vorgesehen. Zudem soll im Staatsexamen (M3-Prüfung)

eine mündlich-praktische Pflichtprüfung im Fach Allgemeinmedizin eingeführt werden, obwohl diese Vorgaben absolut nicht den Vorstellungen der Studierenden entsprechen. Im Vordergrund der Gesundheitspolitik steht also eindeutig eine Stärkung der Allgemeinmedizin. Die Interessen der Chirurgie müssen nun durch die Universitätslehrer durch eine aktive und umfängliche Beteiligung an

der frühzeitig im Studium geplanten Verknüpfung von Theorie und Praxis vertreten werden. Außerdem muss im verkürzten Chirurgie-Quartal intensiv versucht werden, bei den Studierenden die Begeisterung für das Gebiet Chirurgie zu wecken und gegebenenfalls weiter zu steigern. Dass der Masterplan Medizinstudium 2020 allerdings wirklich der geplante große Wurf wird, muss bei weiter

bestehender „Black Box“ und nicht geklärter Finanzierung mehr als ernsthaft bezweifelt werden.

Quelle: Nachdruck aus der Kongresszeitung des 134. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie, Ausgabe vom 23. März 2017, Seite 1





Ambulante Versorgung, wo geht der Weg hin?

DIE NOT DER NOTAUFNAHMEN

Die Kontroverse über die zunehmende Inanspruchnahme der Notaufnahmen der Krankenhäuser auch durch Nicht-Notfallpatienten war für den BDC der Anlass, auf dem diesjährigen Chirurgenkongress eine Vortragssitzung zum Thema ambulante Versorgung zu organisieren.

Der Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen umfasst auch die Notfallversorgung. Herr Maurer von der KV Bayern wies darauf hin, dass der Anteil der angestellten Chirurgen in der Niederlassung inzwischen 18 Prozent betrage und dies in Bezug auf das Arbeitszeitgesetz ein zusätzliches Hindernis für die Besetzung der

Bereitschaftsdienste darstelle. Die KV Bayern habe gute Erfahrungen mit Notfallpraxen in den Krankenhäusern gemacht, die vorwiegend nur zu den „Stoßzeiten“ geöffnet seien. In Anbetracht des steigenden Anteils von Ärztinnen dürfe auch der Sicherheitsaspekt nicht vernachlässigt werden. Daher werde der Fahrdienst regelmäßig unter Beteiligung eines eigenen Fahrers durchgeführt. Bezüglich der Nachbesetzungsprobleme chirurgischer Arztsitze hofft er auf konstruktive Lösungsvorschläge durch das vom G-BA beauftragte Gutachten zur Bedarfsplanung, das für 2018 oder 2019 zu erwarten sei.

Der Geschäftsführer des Verbands der Krankenhausdirektoren, Herr Dr. Düllings, stellte die Sichtweise der Krankenhäuser dar.



DR. MED. PETER KALBE

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

Er kritisierte scharf die vom MDK initiierten Zahlungsausfälle seines Krankenhauses in Millionenhöhe und bezeichnete dies als „Zechprellerei“. Somit bestünde auch für die Krankenhäuser eine Art Budgetierung. Er hob auf den Sicherstellungsauftrag der KV für den Notdienst ab und monierte den aktuellen Beschluss des erweiterten Bewertungsausschusses mit der Abklärungspauschale (01205/01207) in Höhe von 8,42 Euro außerhalb der Sprechstunden. Diese Leistung könne in der Kürze der Zeit nicht rechtssicher und schon gar nicht rentabel erbracht werden. Er kündigte eine Art „Dienst nach Vorschrift“ der Krankenhäuser an, wenn dieses Problem nicht befriedigend gelöst werde. Herr Dr. Düllings drückte auch seine Bereitschaft aus, mit den niedergelassenen Ärzten zusammen den Patienten wieder mehr in den Fokus zu rücken.

Der Vizepräsident des BDC Dr. Rüggeberg nahm in seinem Vortrag diesen Faden auf und schlug vor, sich aus den „Schützengräben“ hervorzuwagen und die fachärztliche Versorgung der Zukunft mit Fachärzten aus den Praxen und den Krankenhäusern gemeinsam zu organisieren. Er betont dabei ausdrücklich, dass die Chirurgen der Zukunft bei der notwendigen Tiefe der Spezialisierung niemals auch die vollständige Breite des Fachs abbilden könnten. Er forderte von der Politik Konzepte, um das „Konsumverhalten“ der Patienten zu steuern oder bei den begrenzten Ressourcen zumindest zu definieren, welche Versorgungsanteile Vorrang hätten. Er sieht vernetzte intersektorale Versorgungsstrukturen als Modell der Zukunft und wünschte sich eine Stärkung des Belegarztwesens. Dies hat der BDC bereits durch die Gründung einer Arbeitsgemeinschaft für Beleg- und Kooperationsärzte als neuen Arbeitsschwerpunkt aufgenommen.

Herr Dr. Neumann als Präsident des Bundesverbands Ambulantes Operieren zeichnete ein skeptisches Bild der Zukunft. Trotz der durch das „Oberender-Gutachten“ eindeutig belegten Vorteile des ambulanten Operierens werde dieses nur unzureichend von den Krankenkassen gefördert. Im Gegenteil seien aktuell zahlreiche Struktur- und Selektivverträge gekündigt worden. Dem Leistungstransfer vom Krankenhaus in den ambulanten Bereich folge kein

Budget-Transfer. Eine Zukunftschance sieht er vor allem für ambulante Operationszentren an den Krankenhäusern oder in der Kooperation mit einer Klinik. Operateur und Anästhesist sollten dort verstärkt auf die Sicherheit und die Zufriedenheit der ambulant operierten Patienten setzen.

Für den Bundesverband ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV) sprach die Geschäftsführerin Frau Froschauer über die Zukunftschancen dieser neuen Versorgungsform. Sie stellte zunächst die grundsätzliche Konstruktion der ASV-Teams nach dem „Zwiebelschalenmodell“ vor. Die aktuelle Anzahl der ASV-Teams sei wegen der komplizierten Meldeverfahren nicht ganz klar, liege aber sicher noch unter 100 Teams deutschlandweit. Chirurgen seien insbesondere bei den gastrointestinalen Tumoren beteiligt. Sie erwarte eine deutliche Steigerung bei der gerade angelaufenen Versorgung gynäkologischer Tumoren. Für die Zukunft rechne sie mit weiteren Indikationen im Bereich der Onkologie. Das ursprüngliche Konzept des „wer kann, der darf“ sei durch zahlreiche bürokratische Hemmnisse obstruiert worden. Auch die geplante eigene Abrechnungssystematik mit sektorenübergreifenden Fallpauschalen lasse auf sich warten und die jetzige Abrechnung nach EBM sei unattraktiv. In der Diskussion wurden die Problematik der Bereinigung des ASV-Honorarvolumens und die nur optionale Beteiligung der KVen hervorgehoben. Dies stelle weitere Hindernisse für die ASV dar.

Insgesamt zeigte die Sitzung, dass im Bereich des Bereitschaftsdienstes und der Notaufnahmen noch kein ausreichendes gegenseitiges Verständnis der Probleme des jeweils anderen Versorgungsbereiches besteht. Gemeinsame Versorgungsprojekte könnten die Vertrauensbildung fördern. Das ambulante Operieren dürfte einen Zentralisierungstrend vor sich haben. Die ambulante spezialärztliche Versorgung könnte als Modell für weitere sektorenübergreifende Versorgungsmodelle dienen, wenn die Anlaufschwierigkeiten überwunden werden und die Patienten und die Ärzte dafür begeistert werden könnten. Alle Referenten bedauerten den vorwiegend ökonomisch gefärbten Blick auf die Versorgungslandschaft und forderten, den Patienten wieder mehr in den Mittelpunkt zu rücken. ○

Kalbe P. Ambulante Versorgung, wo geht der Weg hin? Passion Chirurgie. 2017 Mai; 7(05): Artikel 05_02.



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



© iStock / AppleEyeStudio

Gemeinsam zur Bundestagswahl Gehör finden – und dabei selber aktiv werden

Der Appell, sich gemeinsam für die Chirurgie einzusetzen und das ganz besonders im Bundestagswahljahr, zog sich wie ein roter Faden durch den diesjährigen Bundeskongress Chirurgie in Nürnberg. Der Kongress wird seit 2011 durch den Berufsverband der Niedergelassenen Chirurgen e.V. (BNC), den Berufsverband der Deutschen Chirurgen e.V. (BDC) und den Bundesverband Ambulantes Operieren e.V. (BOA) gemeinsam mit weiteren chirurgischen Fachgesellschaften und Berufsverbänden veranstaltet.

KOOPERATION UND GEMEINSAME ZIELE GROSSGESCHRIEBEN

„Die Kooperationen innerhalb der Chirurgie haben sich in den letzten Jahren sehr verändert. Wir gleichen uns an. Und die Forderungen gegenüber der Politik zeigen neben allen Unterschieden auch viele Gemeinsamkeiten“, betonte der Präsident des BDC und Generalsekretär der DGCH, Prof. Dr. med. Dr. h.c. Hans-Joachim Meyer bei der Eröffnung des Kongresses. Trotz der Unterschiede



JULIA WEILBACH
Pressereferentin des BDC
weilbach@bdc.de



Abb. 1: BDC-Stand auf dem Kongress

liegen laut Meyer drei Themen bei allen Chirurgen weit vorn: die Therapiefreiheit, die Freiberuflichkeit und weiterhin die Notfallaufnahmen. Aufgrund dieser gemeinsamen Interessen wurde bereits Anfang des Jahres in Zusammenarbeit mit anderen Verbänden und Fachgesellschaften ein umfangreiches Thesenpapier zur Bundestagswahl verfasst – „passend zum Lutherjahr“, bemerkte Meyer bei der Eröffnung in Nürnberg. Er fasste zusammen, dass nicht noch mehr Dirigismus notwendig wäre, sondern der freie und selbstbestimmte Arztberuf in allen Bereichen gestärkt und erhalten werden müsse. So kritisierten die ausrichtenden Berufsverbände, dass der für eine freiberufliche Tätigkeit erforderliche Handlungsspielraum immer weiter

beschnitten worden sei. Das Ziel der Stärkung der freiberuflichen Chirurgen teilen sich alle beteiligten Verbände und deshalb war es auch zentraler Punkt des politischen Vormittags beim diesjährigen Bundeskongress.

ÜBERLEBEN DER FREIBERUFLICHEN FACHÄRZTE NACH DER BUNDESTAGSWAHL

Von Politikern und Institutionen werden freiberufliche Chirurgen kaum wahrgenommen, umso interessanter war es beim Politischen Vormittag, die Antworten einzelner Politiker auf die Frage nach der Zukunftsperspektive freiberuflicher Fachärzte zu hören. Die anwesenden Politiker aus SPD, CSU und

FACTS

1050

Teilnehmer

148

Referenten

58

Aussteller

60

Sitzungen &
Workshops

Weilbach J. Gemeinsam zur Bundestagswahl Gehör finden – und dabei selber aktiv werden. *Passion Chirurgie*. 2017 Mai, 7(05): Artikel 05_03.



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

FDP bekannten sich ganz klar zur ärztlichen Freiberuflichkeit. Doch ihre Lösungsansätze stimmen nur teilweise mit den Forderungen der Ärzteschaft überein. So rechtfertigte die SPD-Bundestagsabgeordnete Martina Stamm-Fibich die Forderung nach einer Bürgerversicherung damit, dass die Politik endlich Lösungen für einkommensschwache Menschen anbieten müsse, die sich ihre Krankenversicherung nicht mehr leisten können: „Hier fehlen mir bislang konstruktive Lösungsvorschläge aus den Reihen der Ärzteschaft.“ Der CSU-Landtagsabgeordnete Bernhard Seiderath bekräftigte die Haltung seiner Partei, mithilfe der Landarztquote den Nachwuchs auf's Land locken zu wollen. Der FDP-Bundestagskandidat Prof. Andrew Ullmann wiederum versprach, die flächendeckende wohnortnahe Versorgung auch ohne derartige Regularien zu stärken und das Zwei-Säulen-Modell aus privater und gesetzlicher Krankenversicherung nicht anzutasten, obwohl das FDP-Wahlprogramm für die Bundestagswahl noch nicht verabschiedet wurde. Echten Gegenwind gab es aus der Politik also nicht. Was sich nach der Bundestagswahl aber wirklich in der Gesundheitspolitik – und besonders für freiberufliche Chirurgen – ändern wird, steht noch in den Sternen. Umso wichtiger sei es, sich auch als einzelner im eigenen Wahlkreis bemerkbar zu machen, lautete der Appell der Verbandsvertreter an die Kongressteilnehmer.

ENGAGEMENT IST GEFRAGT – „DAS EIGENE SCHICKSAL IN DIE HAND NEHMEN“

Jeder einzelne sei gefragt, sich zu engagieren. Das betonte BDC-Vizepräsident Dr. med. Jörg-Andreas Rüggeberg auch bei der Verleihung der Wolfgang Müller-Osten Medaille für besonderes Engagement im BDC und rief dazu auf, „das eigene Schicksal in die Hand zu nehmen“. Die Ehrenmedaille wird vom Berufsverband an Persönlichkeiten verliehen, die sich außerhalb der offiziellen Mandate im Besonderen für die Belange der Chirurgen und Chirurgen verdient gemacht haben. So wie Dr. med. Manfred Giensch, der stets dem Motto folgte „Nur die Chirurgie unter einem Dach ist sinnvoll“ und durch seinen



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

persönlichen Einsatz wesentlich zur Annäherung des BNC mit dem BDC beigetragen hat. Ohne ihn würde es den gemeinsamen Bundeskongress Chirurgie wahrscheinlich nicht geben und die Gräben zwischen niedergelassenen Chirurgen und Chirurgen aus dem stationären Bereich wären wahrscheinlich noch sehr tief. Auch Dr. med. Werner Boxberg bekam im Namen des BDC-Vorstands die Wolfgang Müller-Osten Medaille verliehen. Seiner ehrenamtlichen Arbeit ist es mit zu verdanken, dass gemeinsam mit den Partnern der gesetzlichen Unfallversicherung Clearingstellen eingerichtet werden konnten, die wesentlich zur Befriedung von Konflikten bei der Abrechnung beitragen. Boxberg bedankte sich sehr für die Ehrenmedaille und fügte provokant hinzu „Ich drohe schon mal, ich mache so weiter wie bisher!“ – Und genau darauf freut sich der BDC.

GESUNDHEITSPOLITIK IN DEN MEDIEN: DER JOURNALISTENPREIS DER DEUTSCHEN CHIRURGEN

Um politisches Gehör zu finden, gehört es auch dazu, mediale Aufmerksamkeit zu bekommen. Aus diesem Grund, also um die Berichterstattung gesundheitspolitischer Themen hervorzuheben und zu fördern,

verleiht der BDC jedes Jahr den Journalistenpreis der Deutschen Chirurgen. In Nürnberg wurde der Preis an Kristina Gnirke, Isabell Hülsen und Martin U. Müller für den Beitrag „Ein krankes Haus“ (DER SPIEGEL, 51/2016) verliehen. „Die Folgen der zunehmenden Ökonomisierung unseres Gesundheitssystems werden in dem Artikel anhand eines Beispiels nachvollziehbar und allgemein verständlich 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.“

SITZUNGEN ÜBER ENDOPROTHETIK BIS HIN ZUR GESUNDHEITSPOLITIK

Insgesamt nutzten wieder viele Chirurgeninnen und Chirurgen den Kongress zur Fortbildung und um sich gesundheitspolitisch auf den neuesten Stand zu bringen: Schwerpunkte in diesem Jahr waren die Bereiche Viszeral-, Hand-, Venen- sowie proktologische Chirurgie. Die unteren Extremitäten standen im Bereich der Unfallchirurgie im Vordergrund – dabei vor allem die neuen Standards der Endoprothetik im Hüft- und Kniegelenksbereich sowie neue Verfahren von Bandplastiken



Abb. 2: K. Gnirke, Dr. J. Rügberg/BDC und Martin U. Müller (v. l. n. r.)

im Bereich des Kniegelenks. Auch das Thema multiresistente Keime wurde von Hygienespezialisten, aber auch von Veterinärmedizinern aus unterschiedlichen Standpunkten beim Kongress beleuchtet – diese Sitzungen waren besonders gut besucht, da dabei auch die Rolle der Zusatzqualifikation „Hygienebeauftragter Arzt“ im niedergelassenen Sektor besprochen wurde.

Gesundheitspolitische Debatten wurden in vielen Sitzungen zu unterschiedlichen Themen wie Portalpraxen, Zweitmeinungen sowie Terminservicestellen geführt. Bei den Sitzungen kristallisierte sich immer wieder heraus, dass gemeinsames Engagement und vor allem gemeinsame Lösungsansätze gefragt sind. Vor allem bei der Gestaltung sektorenübergreifender Versorgung seien

Chirurginnen und Chirurgen gefragt, Modelle zu initiieren und nicht auf politische Lösungsansätze zu warten.

„WIR MÜSSEN VERLETZEN, UM ZU HEILEN“

„Die Chirurgie ist eine besondere Branche in der Medizin mit besonderen Eigenschaften“, sagte Prof. Dr. med. Tim Pohlemann, Präsident der DGCH, bei der Eröffnungsveranstaltung. „Denn wir müssen verletzen, um zu heilen“. Chirurginnen und Chirurgen müssten ihre besonderen Eigenschaften erkennen, sich gemeinsam engagieren, um dieses spezielle Arbeitsumfeld gestalten zu können und auch gemeinsam zur Bundestagswahl Gehör zu finden, betonte auch Pohlemann. Der rote Faden des Bundeskongresses, gemeinschaftlich für die Chirurgie einzustehen, wurde im Laufe der Veranstaltung ergänzt: um die Aufforderung, sich trotz aller Widrigkeiten, Raum zu schaffen, um sich zu engagieren und mit Ideen diesen einzigartigen Beruf zu gestalten – auch mit Unterstützung der Berufsverbände. ○

SAVE THE DATE



Im nächsten Jahr wird der Bundeskongress Chirurgie wieder gemeinsam vom BNC, BDC und BAO veranstaltet werden: vom 23. bis 25. Februar 2018 in Nürnberg.

WWW.BUNDESKONGRESS-CHIRURGIE.DE

AKTUELLE MELDUNGEN

BDC⁺ Fünf Prozent mehr Gehalt für Ärzte an Unikliniken

03.05.2017 Presseagentur Gesundheit

BDC⁺ Gesundheitskompetenz der Deutschen ist problematisch – Lernen von den Niederlanden

02.05.2017 Presseagentur Gesundheit

Entscheidung über gute Pflege von Kindern – DGKCH zur Reform der Pflegeberufe

02.05.2017 Deutsche Gesellschaft für Kinderchirurgie e.V.

Regressrisiko – KBV fordert gesetzliche Klarstellung zu Mischpreisen

28.04.2017 Kassenärztliche Bundesvereinigung

Remifentanyl: Gefährden Lieferengpässe ambulante Operationen?

27.04.2017 BDC

Niederlassung ist attraktiv: Junge Mediziner in der ambulanten Versorgung

26.04.2017 Kassenärztliche Bundesvereinigung

Ärztestatistik 2016: Anzahl der Ärzte gestiegen

25.04.2017 Bundesärztekammer

BDC⁺ Verhilft Personalquote zu Krankenhausschließungen?

20.04.2017 Presseagentur Gesundheit

Fehlende Investitionsmittel führen zu Mehrbelastung des Personals

19.04.2017 Deutsche Krankenhausgesellschaft

www.bdc.de/politik/

Wann muss wer warum operiert werden? Chirurgen setzen auf Leitlinien



PRESSE-
MITTEILUNG

GEMEINSAME PRESSEMITTEILUNG DER DGCH UND DES BDC

Die Ärzteinitiative „Klug entscheiden“ erarbeitet derzeit Empfehlungen gegen Über- oder Unterversorgung in der Medizin. Die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (DGCH) engagiert sich schon seit vielen Jahren dafür, überflüssige Untersuchungs- und Behandlungsverfahren konsequent zu vermeiden. Die Entscheidungen für oder gegen eine Operation werden grundsätzlich nach ausführlichen Gesprächen mit dem Patienten und gemeinsamem Abwägen getroffen. Daher halten sich die Chirurgen zunächst mit Empfehlungen im Rahmen der Initiative zurück. Auf dem 134. Kongress der DGCH am 24. März 2017 in München erläuterten Experten, welche Bedeutung die aus Amerika stammende Initiative „Choosing wisely“ in der Chirurgie hat.

Die „Choosing Wisely“-Initiative wurde 2012 in den USA gestartet. Ziel war es, unnötige oder zu häufig durchgeführte Verfahren in der Medizin zu definieren. In Deutschland wurde die Initiative von der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM) unter dem Titel „Klug entscheiden“ und von der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) unter dem Slogan „Gemeinsam klug entscheiden“ aufgegriffen und um den Aspekt der Unterversorgung erweitert: Seit einigen Monaten erarbeiten nun verschiedene deutsche Fachgesellschaften Top5-Listen, welche

Maßnahmen häufiger und welche seltener im Sinne des Patientenwohls angewandt werden sollten.

Das American College of Surgeons, der Verband der US-Chirurgen, hatte beispielsweise in seiner „Top5-Liste“ der zu häufig durchgeführten Maßnahmen die routinemäßigen Röntgenuntersuchungen bei Beschwerden im Brustbereich oder die zu rasche Entscheidung für eine Computertomographie bei Verdacht auf Blinddarmentzündung bei Kindern angeführt. „Das sind Forderungen, die in Deutschland schon lange praktiziert werden“, sagt Professor Dr. med. Tim Pohlemann, Präsident der DGCH. Er verweist auf die wissenschaftlichen Leitlinien, die auf Basis der Evidenz basierten Medizin bereits klare Empfehlungen enthalten.

„Die Leitlinien stellen einen gewissen Schutz vor einer Unter- wie auch Überversorgung dar“, betont Professor Dr. med. Dr. h. c. Hans-Joachim Meyer, Generalsekretär der DGCH und Präsident des Berufsverbandes der Deutschen Chirurgen (BDC). „Die To Do's oder Don't do's werden in den Leitlinien sowohl in der Lang-, als auch in der Kurzversion deutlich herausgestellt und in den Patienteninformationen klar erläutert.“ Diese seien bekannt und sollten schon lange im klinischen Alltag praktiziert werden.

Darüber hinaus sei es in der Chirurgie üblich, Fragen nach der Notwendigkeit und Nebenwirkung einer Untersuchung oder Behandlung bereits beim ersten Kontakt mit

dem Patienten zu klären. „Wir informieren außerdem regelhaft über bestehende Alternativen und raten den Patienten, wenn sinnvoll, von einer Operation ab oder gegebenenfalls abzuwarten“, sagt der BDC-Präsident. Das Konzept der partizipativen Entscheidungsfindung mit dem Patienten sollte schon lange im klinischen Alltag umgesetzt werden und ist in weiten Teilen der Chirurgie fest verankert. Dies sei mitentscheidend für den unverzichtbaren Vertrauensaufbau zwischen dem Patienten und „seinem“ Chirurgen.

Aus Sicht von DGCH und BDC sei es daher jetzt nicht angezeigt, parallel zu den Leitlinien weitere Empfehlungen zu benennen. „Die Chirurgen werden die derzeitige Entwicklung sorgfältig beobachten, warten jedoch mit eigenen Empfehlungen ab“, so Meyer. Die jetzt bereits vorliegenden Empfehlungen seien nicht vollständig und wiederholten zum Teil längst bekannte und praktizierte Hinweise. „Teilweise beruhen die Empfehlungen auch auf subjektiven Erfahrungen der Autoren“, so Meyer. Im Gegensatz dazu wurden die zahlreichen vorliegenden Leitlinien nach einer transparenten Methodik und häufig in Abstimmung mit Patientenvertretern erarbeitet. Auch ob und welche Auswirkungen diese Top5-Empfehlungen tatsächlich auf die Verbesserung der Versorgungsqualität haben werden, sei nicht sofort, sondern erst im langfristigen Verlauf abzusehen. ○

Mindestmengenregelungen erneut in der Diskussion

PRESSE-
MITTEILUNG

GEMEINSAME PRESSEMITTEILUNG DER DGCH UND DES 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.

134. CHIRURGENKONGRESS

Wann sind Mindestmengen in operativen Fächern sinnvoll? Über diese und weitere wichtige Fragen des 134. Chirurgenkongresses der DGCH informieren Sie auf der Vorab-Presseskonferenz am Mittwoch, 15. März 2017, von 11.30 bis 12.30 Uhr im Künstlerhaus München Kongresspräsident Prof. Dr. med. Tim Pohlemann, Homburg/Saar, Prof. Dr. med. Dr. h.c. Hans-Joachim Meyer, Generalsekretär der DGCH und Präsident des BDC, Allgemein- und Viszeralchirurg Prof. Dr. med. Heinz-Johannes Buhr sowie Kinderchirurg Prof. Dr. med. Stuart Hosie.

www.bdc.de/presse/



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



ALLE PRESSEMITTEILUNGEN UND
DAS MEDIENECHO FINDEN SIE AUF
BDC|ONLINE IM BEREICH PRESSE.



AUS DER
DGCH

Nachlese Chirurgenkongress 2017

BEITRÄGE:

70	Präsidentenrede anlässlich des 134. DGCH-Kongresses 2017	<i>T. Pohlemann</i>
77	Bildergalerie zur Eröffnungsveranstaltung	
81	Vergabe von Ehrungen, Preisverleihungen und Stipendien	
84	Wahl des Präsidenten 2019/2020	
85	„Damenrede“	<i>J. Fuchs</i>
87	Impressionen vom DGCH-Kongress 2017	
92	Organspendelauf - Laufen für den guten Zweck	<i>M. Orth</i>
94	Einladung zum 135. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie	
96	Protokoll der DGCH-Mitgliederversammlung 2017	
98	Preise und Stipendien 2018	

Präsidentenrede anlässlich des 134. DGCH-Kongresses 2017

AUS DER
DGCH

Sehr verehrte Damen und Herren,
liebe Kolleginnen und Kollegen,

Verantwortung, Vertrauen, Sicherheit – warum dieses Motto, was wollen Sie damit erreichen und warum gerade jetzt? Das waren häufige Fragen, die ich im bisherigen Präsidentenjahr in vielen Gesprächen beantworten musste.

Lassen Sie uns gemeinsam diese Fragen erörtern und versuchen zu erläutern, warum wir uns nicht nur in den nächsten Tagen intensiv mit den sogenannten Grundwerten der Chirurgie beschäftigen sollten und wie uns die DGCH in unseren gemeinsamen Zielen unterstützen könnte.

Ich konzentriere mich auf drei Themenbereiche:

1. Was sind Grundwerte in der Chirurgie und wie definieren wir sie?
2. Was erwarten wir konkret von Politik, Kostenträgern und Partnern?
3. Welche Rolle spielt die DGCH in diesem Prozess?

1. WAS SIND GRUNDWERTE IN DER CHIRURGIE UND WIE DEFINIEREN WIR SIE?

Was macht nun eine Chirurgin, einen Chirurgen aus? Auf den ersten Blick eine einfache Frage, erscheint das Berufsbild des Chirurgen doch klar definiert. Bei genauerer Betrachtung ist eine Definition allerdings vielschichtiger und viel komplizierter! Sind wir auf das Führen eines Skalpells reduziert, eine Definition, die die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin in einer kürzlich veröffentlichten Stellungnahme angewandt hat, oder ist es die besondere Form der Verantwortung

dem Patienten gegenüber? Ist es unsere besondere Charakterstruktur und innere Einstellung – ich verweise nur auf die gerne in Arztserien verwendeten Klischees – oder ist es die Verpflichtung nicht nur akademisch verankerter Mediziner zu sein, sondern auch noch manuelles Geschick zu haben? Ist es Entscheidungsfreude, aber auch Entscheidungszwang, gerade in kompliziertesten Situationen unmittelbar Lösungen finden zu müssen? Ist es die Weisheit manche Dinge zu lassen oder aber die Gewissheit, dass wir letztendlich in vielen Fällen „verletzen“ müssen – und das teilweise in ganz erheblichen Maße – um hoffentlich eine Heilung zu erreichen?

Wahrscheinlich werden wir nur durch die Kombination verschiedener Eigenschaften, letztendlich aber eher durch ihre Summe beschreibbar!

Aus dem Gesagten wird aber ganz klar: Die Chirurgie ist besonders! Sie ist salopp gesagt eine „besondere Branche“ innerhalb der Medizin. Sie braucht auch sehr spezielle Mediziner, die sie ausüben können. Diese brauchen dafür auch ganz besondere Rahmenbedingungen, über die wir noch sprechen werden. Das betrifft grundsätzlich alle Bereiche der Chirurgie, ob überwiegend operativ oder auch konservativ, die chirurgische Denkweise, das chirurgische Herangehen an das klinische Problem ist die bindende Eigenschaft.

BESONDERHEITEN IN DER CHIRURGIE:

ARZT-PATIENTEN-BEZIEHUNG

In diesem Zusammenhang ist zunächst die ganz besondere Arzt-Patienten-Beziehung zu nennen, eine Beziehung ohne „Hintertür“, unmittelbar und häufig ohne Ausweichmöglichkeit, weder für den Patienten, noch für den Chirurgen. Wir müssen definitionsgemäß oft



**PROF. DR. MED. TIM
POHLEMANN**

Präsident DGCH 2016/2017
info@dgch.de

„verletzen“. Der Patient weiß das, davor hat er Angst! Wir selbst hingegen müssen abwägen, ob die Therapieoption geeignet ist, ob der Patient geeignet ist, ob wir selbst geeignet sind und wo und wie eventuelle Lösungsmöglichkeiten bei der großen Vielzahl von erwarteten, aber auch viel häufiger, den möglichen, unerwarteten Komplikationen liegen. In diesem Spannungsfeld bewegt sich unser Verantwortungsbewusstsein, das kann uns niemand abnehmen und das soll uns auch niemand abnehmen! Dieses Verantwortungsbewusstsein ist die Grundlage des benötigten Vertrauensverhältnisses zum Patienten. Dieses Vertrauen ist extrem persönlich, ich möchte sogar sagen intim. Es entwickelt sich oft in wenigen Sekunden, wenn der erfahrene chirurgische Arzt auf den Patienten zugeht und der Dialog über einen anstehenden operativen Eingriff beginnt. Natürlich kann es dabei auch Störungen geben, aber im Regelfall verlässt sich der Patient darauf, dass genau dieser Chirurg ihn sicher durch die ihm vollkommen unbekannte Welt des Krankenhauses, des Operationssaals führt und den Überblick über alle, ihm in der Regel unbekannten, Beteiligten behält. Die Entwicklung dieser Eigenschaft wächst mit der Zeit, wir bezeichnen sie landläufig als Erfahrung. Rein formell als „Indikationsstellung“ bezeichnet, inkludiert dieser Prozess einen äußerst komplexen, intellektuellen Vorgang. Es ist eine hochindividuelle, patientenzentrierte Entscheidungsabwägung. Sie kann, von außen betrachtet, schnell, direkt und einfach aussehen, ist es aber nicht. Diese verantwortliche Abwägung ist ein wesentlicher Grundwert einer verantwortungsvollen Chirurgie und hat uns von Anbeginn begleitet. Daher waren wir auch über die öffentlichkeitswirksame Kampagne „Choosing wisely“ (Gemeinsam klug entscheiden) überrascht. Wir dachten, darauf müsste man an sich nicht explizit hinweisen müssen, die gemeinsame Entscheidungsbasis ist in der modernen Chirurgie Alltag! Für schwierige Situationen haben wir in vielfältigen Leitlinien Entscheidungshilfen gegeben.

BESONDERHEITEN IN DER CHIRURGIE: DER OPERATIVE EINGRIFF UND DIE PERIOPERATIVE BETREUUNG

Die Indikationsstellung, Operationsdurchführung und -nachsorge sind Spezifika in der

operativen Medizin. Hierzu werden besondere Rahmenbedingungen benötigt. Die präoperative Risikoevaluation, Indikationsstellung, der Operationsbereich und die postoperativen Intensiv- oder Überwachungseinheiten sind zwischenzeitlich in Ausstattung und Prozessen recht gut definiert und zumindest von der Papierform her auskömmlich ausgestattet. Fehlt dort eine der benötigten Komponenten, macht sich das innerhalb kurzer Zeit durch Bettenschließungen, Operationsverschiebungen, Saalschließung und andere Kapazitätsengpässe bemerkbar. Neu für uns sind dagegen die Mangelsituationen im Bereich der Normalstationen. Diese Bereiche sind leider nicht gut definiert und unterliegen daher, wie alle anderen Normalstationen eines Krankenhauses, einem radikalen Sparkurs. Chirurgische Stationen wiesen aber aufgabenbedingt schon immer einen deutlich höheren Pflegeaufwand auf. Ich erinnere daran, es waren chirurgische Stationen aus denen sich die ersten Überwachungseinheiten und Intensivstationen entwickelt haben. Diesen besonderen Pflege- und Betreuungsaufwand gibt es aber noch immer, er ist heutzutage sogar noch höher, da sich Liegezeiten verkürzen, damit Patientenwechsel häufiger werden und der dramatische demographische Wandel inzwischen auf den Stationen angekommen ist. Darunter leidet die Chirurgie besonders. Der allgemeine Pflegeschlüssel Deutschlands ist nach aktuellen Untersuchungen im Europavergleich an die unterste Stelle gerückt. Bei der Betrachtung der Personalausstattung wird aber nur selten auf unsere spezifischen Bedürfnisse eingegangen. Ich nenne in diesem Punkt aber unsere Krankenhausverwaltungen. Im derzeitigen Vergütungssystem muss systembedingt jedes Jahr erneut gespart werden oder die Leistung erweitert werden, um zusätzliches Einkommen zu generieren und Abschläge zu kompensieren. Das führt natürlich auch innerhalb der Häuser zu unschönen Verteilungskämpfen um die Ressourcen. Der bisher von uns schablonenhaft geübte „chirurgische“ Lösungsansatz ist leider jetzt nicht mehr zielführend und inzwischen hinderlich. Steigt der Patientendruck, wird schneller gearbeitet, die ärztliche Versorgung auf den Stationen wird eingeschränkt und alle verfügbaren Kräfte in



POHLEMANN T. PRÄSIDENTENREDE
ANLÄSSLICH DES 134. DGCH-
KONGRESSES 2017. PASSION
CHIRURGIE. 2017 MAI, 7(05): ARTIKEL
06_01.

Operationsbereich und Ambulanz eingesetzt, um möglichst vielen Patienten gerecht zu werden. Die Überlastung auf den Normalstationen und das Komplikationsrisiko nimmt dadurch weiter zu, vielfältige wissenschaftliche Untersuchungen belegen diese Entwicklung. Reduziert man sich auf eine vernünftige Belegungsrate, müssen Patienten abgewiesen werden und die typischen Folgeeffekte sind Bettenschließungen, weiterer Personalabbau oder Patientenunzufriedenheit bei unzumutbaren Wartezeiten. Anders ist das z. B. in Skandinavien, wo lange Wartezeiten, teilweise über mehrere Monate für elektive Operationen, politisch begründet werden und gesellschaftlich akzeptiert sind.

BESONDERHEITEN IN DER CHIRURGIE: CHIRURGIE IST TEUER!

Operationsbereiche sind normalerweise die teuersten und personalintensivsten Bereiche eines Krankenhauses. Unter dem derzeitigen ökonomischen Druck ist es verständlich, dass sie effektiv, optimal und möglichst lange über die Zeit betrieben werden sollen. Denn damit kann sich der Kostenfaktor Operationsbereich umkehren und im derzeitigen Finanzierungssystem ganz erheblich zum Einkommen der Häuser beitragen und sogar andere Bereiche querfinanzieren. Unter dem angesprochenen Aspekt der patientengerechten, individuellen Indikationsstellung ist von Seiten des verantwortlichen Chirurgen ein sehr hoher ethischer Standard zu fordern, um sich ggf. bestehenden Fehlanreizen konsequent zu widersetzen. Zwar hat auch der Krankenhausarzt natürlich Therapiefreiheit und ist nur gegenüber seinem ärztlichen Gewissen verantwortlich, nach derzeitiger Vertragslage müssen aber selbst Chefärzte in einem erheblichen Abhängigkeitsverhältnis arbeiten. Die zunehmende Zahl von Chefarztwechseln, auch in chirurgischen Kliniken, sollte aufhören lassen. Grundsätzlich zielführender für die Chirurgie wäre es, über zwangsläufig entstehende Anreize und Hindernisse im derzeitigen Finanzierungssystem nachzudenken, die sogenannten Fehlanreize. Ist es wirklich notwendig, alle Patienten einem Quotienten aus Diagnose und Prozedur zuzuordnen? Die Diagnose allein spielt nämlich nur in Kombination mit der „richtigen“ Prozedur eine

„günstige“, finanziell definierte, Rolle. Kurz erläutert, beim altersbedingten Wirbelkörperbruch macht die Krankenhausbehandlung nur Sinn, wenn, zwar minimalinvasiv, aber doch operativ vorgegangen wird. Die gleichwertige konservative Behandlung ist zeitaufwändiger und schwieriger, insbesondere wenn ausreichende ambulante Versorgungsmöglichkeiten fehlen, die Familie ausfällt und die betroffene Patientin einfach zwei Wochen intensive Betreuung benötigt. Das Ergebnis wird das gleiche bleiben, nur ist eine Operation vermieden. Hier benötigt man einen starken Charakter, um standhaft zu bleiben!

BESONDERHEITEN IN DER CHIRURGIE:

INTERDISZIPLINARITÄT!

Die Chirurgie hat sich immer den fachgebietsübergreifenden Entwicklungen angepasst und war immer Vorreiter im „Technologietransfer“, um Fortschritte zu erzielen. Sie sieht sich daher auch heute noch als typisches, patientenbezogenes Schnittstellenfach. Da wir mit der Entscheidung zu einem operativen Eingriff eine extrem hohe Verantwortung tragen, ist es notwendig engen Kontakt zu allen Nachbargebieten zu halten, um im Sinne der Patienten eine optimale Entscheidung treffen zu können. Die Kenntnis von nichtoperativen Verfahren ist dabei selbstverständlich. Nur so kann die Beratung individuell erfolgen, eine Therapie in allen Facetten durchgeführt und gesteuert wird. Man stelle sich nur die Entwicklung der operativen Frakturbehandlung vor, wenn sich hier über die Jahre hinweg konkurrierende Systeme entwickelt hätten! Nicht vorstellbar, sogar lächerlich, werden Sie zurecht denken, aber es gibt eben Bestrebungen uns zu methodendefinierten Handwerkern zu „degradieren“. Daher ist auch dieser Aspekt eine wichtige und überlebenswichtige Komponente bei der Definition unserer chirurgischen Grundwerte zuzuordnen!

BESONDERHEITEN IN DER CHIRURGIE:

AUSBILDUNG UND SCHULUNG

Wie lernt man Chirurgie? Die Besonderheit liegt in der Vielzahl der Inhalte, der Komponente der akademischen Medizin kombiniert mit manuellen Fähigkeiten, dem Fähigkeits-erhalt, der Persönlichkeitsformung und der notwendigen Erfahrung. Das Erlernen dieses

breiten Spektrums braucht Zeit, Zeit die mit und am Patienten verbracht wird sowie Zeit mit erfahrenen Kolleginnen und Kollegen. Der dazu verfügbare Zeitrahmen wird aber geringer und daher müssen wir auch in der Weiterbildung über spezifische Rahmenbedingungen für die Chirurgie sprechen. Zur Erlangung von Operationsfertigkeiten brauchen wir Repetitionen in relativ kurzen Zeitabschnitten, um die jungen Kolleginnen und Kollegen auf einen operativen Stand zu bringen, in dem sie sich selbstständig, zwar noch unter Anleitung, aber in den Grundfähigkeiten geschult, weiterentwickeln können. Ich vergleiche das gerne mit Piloten, die ja auch neben theoretischen Wissen von Erfahrung und fliegerischem Können abhängen. Nach intensivster Grundausbildung wird in der Berufsluftfahrt noch recht lange unter Anleitung geflogen, bis das erste komplett eigenverantwortliche Kommando übernommen werden kann. Die „Komplikationsraten“ in der Fliegerei sind inzwischen so niedrig, dass zur Komplikationsvermeidung auf Simulatoren ausgewichen wird. Hier kann repetitiv geübt werden. An derartigen Strategien arbeiten wir zwar, stehen aber noch ziemlich am Anfang und das „System Mensch“ ist dabei komplexer und überraschender! Das bedeutet aber, dass wir auf nicht absehbare Zeit noch an unseren traditionellen Strukturen zur Wissensvermittlung festhalten müssen. Die Komponente „Zeit am Patienten“ darf nicht signifikant durch Bürokratie und Arbeitszeitgesetzgebung beschnitten werden. Der Weg zur Chirurgen und zum Chirurgen sollte für uns innerhalb unserer, ich spreche hier provokativ, „Zunft“ bestimmbar bleiben. Stringente Konzepte mit Flexibilität und Bürokratieabbau fehlen hier und erschweren die Nachwuchswerbung zusätzlich.

BESONDERHEITEN IN DER CHIRURGIE: BRAUCHEN WIR VORBILDER?

Wir brauchen sie und in vielen Gesprächen wurde mir bestätigt, dass die Berufsentscheidung Chirurg sich häufig an spezifischen Vorbildern orientiert hat. Wir brauchen also attraktive „Rollenbilder“. Ich darf zu meinem eigenen Werdegang abschweifen. Familiär war ich medizinisch vollkommen unbelastet und kann in dieser autobiographischen

Einzelfallstudie damit als unverdächtig gelten. In den ersten Semestern wollte ich auf keinen Fall Chirurg werden, Unfallchirurg schon gar nicht, eher etwas mit „Forschung“ und „Medikamenten“ machen. Nach meinem Wechsel von Heidelberg nach Mannheim war ich von der zwar morgens ungünstig gelegenen, aber faszinierenden chirurgischen Hauptvorlesung von Trede sehr beeindruckt. Die Schönheit der praktischen Aspekte brachte mir danach das PJ-Tertial in der Klinik von Junghanns in Ludwigsburg näher und meine Entscheidung Chirurgie zu machen, war gefallen.

In Hannover trat ich 1983, mehr zufällig, als ausgesucht, in ein für damalige Verhältnisse sehr modern aufgestelltes chirurgisches Zentrum ein. Hier beeindruckten mich Persönlichkeiten wie Georg Borst, Rudolf Pichlmayr und Harald Tscherne. Es war ein System, dass nicht nur Persönlichkeit schulte, sondern eine Struktur darstellte, die mit starken, hochspezialisierten Partnern in der interdisziplinären Zusammenarbeit an sich keine chirurgische Grenze anerkannte. Das war mein Rollenbild, das wollte ich können, solche Strukturen wollte ich auch aufbauen können. An dieser Stelle bedanke ich mich ausdrücklich bei meinen glücklicherweise noch anwesenden chirurgischen Lehrern für diese einmalige Chance und den weiter bestehenden Zusammenhalt!

Warum erzähle ich das aber? Das damalige Rollenbild war attraktiv: Hoher Spezialisierungsgrad, ein Zentrum starker Persönlichkeiten, die sich gegenseitig förderten, aber auch forderten, ein besonderer Rückhalt durch die Verwaltung und hohe Durchsetzungskraft gegen die Verwaltung. Chirurgie wurde geschätzt und für uns Assistenten hat sich unser Engagement langfristig immer gelohnt.

Taugt aber auch heutzutage die Position eines Klinikdirektors, eines Chefarztes, oder auch des Praxisinhabers, kurz gesagt des eigenverantwortlich agierenden Chirurgen noch als Rollenbild? Vielfach habe ich da meine Zweifel! Zerrieben zwischen Mangelmanagement, Verwaltung, Bürokratisierung, Gesetzgebung und fallzahlbezogener Leistungsorientierung überwiegt vielerorts die Fremdbestimmung oder zumindest

der Eindruck einer Fremdbestimmung. Die eigentliche Patientenbehandlung und Operationstätigkeit ist dabei nur noch eine kurze Periode der beruflichen Erfüllung im Tagesablauf, eingebettet in ein enges Korsett der fremdbestimmten Tätigkeiten.

Da erscheint es logisch, dass heute eher das Berufsziel eines „surgical consultant“ an Attraktivität gewinnt. Schnelle Hyperspezialisierung, schnellerer Zugang zu eigenständiger Operationsfähigkeit und baldige Tätigkeit an Operationszentren wird gerne als chirurgisches Berufsziel angegeben.

Sind solche Entwicklungen auch für Deutschland eine Lösung? Ich bezweifle das. Wir haben mit der möglichen Aufgabe unseres Systems der „Chirurgischen Schulen“ viel zu verlieren. Vor vier Wochen diskutierten wir dieses Problem mit dem Vorstand des Royal College of Surgeons of England. Trotz differenter, auf Consultants basierender Systeme, bestehen auch in England große Probleme Nachwuchs zu gewinnen, große Schwierigkeiten, die Consultants in eine flächendeckende Versorgung zu integrieren und ein im Vergleich zu Deutschland deutlich erschwelter und teilweise rationierter Zugang der Bevölkerung zu chirurgischen Leistungen. Die USA? Schnelle Spezialisierung, schnelle eigenverantwortliche Tätigkeit sind auch dort Merkmale. Auf den ersten Blick erscheint das attraktiv. Aus Patientensicht ist das aber nicht unkritisch. Die zu erwartende Leistung hängt wesentlich vom Erfahrungsgrad des sich selbstständig in seiner Spezialität weiterentwickelnden jungen Chirurgen nach einer „Fellowship“ ab. Der Zugang der Bevölkerung zu speziellen Leistungen ist deutlich stärker an das Einkommen gekoppelt als bei uns und das in Verbindung mit einem deutlich teureren Gesundheitssystem.

Das bedeutet, wir haben viel zu verlieren, wenn wir unkritisch und leichtfertig über chirurgische Weiterbildungscurricula und Organisationsformen entscheiden! Die Chirurgie hat auch hier besondere Anforderungen, die grundsätzlich auch von uns gestaltet werden müssen. Qualität und Sicherheit zu riskieren, um in fünf Jahren „Barfußchirurgen“ weiterzubilden, die dann in der unterversorgten Fläche ihre Erfahrungen sammeln, kann und darf nicht unser Ziel sein! Die chirurgischen

Standards von Qualität und Sicherheit müssen überall in Deutschland gelten!

Ich komme zum nächsten Abschnitt:

2. WAS ERWARTEN WIR NUN KONKRET VON POLITIK, KOSTENTRÄGERN UND PARTNERN?

DIE RAHMENBEDINGUNGEN FÜR DIE CHIRURGIE MÜSSEN DEFINIERT UND PATIENTENGERECHT ANPASST WERDEN!

Chirurgische Stationen sind pflegeintensive Stationen, sie brauchen besondere Ausstattung und Berücksichtigung. Die demographische Entwicklung erhöht den Aufwand zusätzlich! Die notwendige perioperative pflegerische und ärztliche Betreuung muss einheitlich ausreichend berücksichtigt werden.

Die erforderlichen Rahmenbedingungen haben wir heute Morgen zusammen mit dem Berufsverband Pflege und dem Deutschen Pflegerat diskutiert und artikuliert.

CHIRURGISCHE FORSCHUNG ERMÖGLICHEN!

Über den Bereich der chirurgischen Forschung habe ich bisher noch nicht gesprochen. Das hätte den Rahmen gesprengt und war auch ständiges Thema der letzten Jahre. Aber auch jetzt ist dieses Thema weiter hochaktuell und brisant. Wir wissen, dass chirurgische Sprunginnovationen, wie z. B. die Einführung endoskopischer Operationen, die operative Frakturbehandlung, Technologieintegration und anderes sich außerhalb der strukturellen Forschungsförderung entwickelt haben. Auch hierzu brauchen wir eine besondere Betrachtung der Forschung. Chirurgische Forschung braucht Raum und Zeit im Alltag. Fragestellungen entwickeln sich aus dem Patientenkontakt. Vorschläge zum „Chirurgischen Clinician Scientist“ haben wir heute in einer Sitzung formuliert und werden sie als Münchner Deklaration zu Papier bringen.

WIR WOLLEN QUALITÄT UND SICHERHEIT IN DER PERIOPERATIVEN CHIRURGIE STEIGERN!

In diesem Zusammenhang einen herzlichen Dank an die DGAI und ihre anwesenden Repräsentanten für die offenen und konstruktiven Gespräche! Wir brauchen einander und trotz

aller Neckereien können wir nur gemeinsam agieren! Klare Aussagen zur ärztlichen Ausstattung von chirurgischen Stationen, MET und möglichen technischen Ergänzungen wurden diskutiert und auch in gemeinsamen Statements artikuliert.

Erhöhte Qualität und Sicherheit braucht aber zusätzliche Ressourcen. Diese müssen sinnvoll eingesetzt werden und wir sind uns alle einig, dass zusätzliche Strukturen erst dann akzeptabel sind, wenn die ausreichende Grundausrüstung chirurgischer Stationen gesichert ist.

UNSERE POSITION ZUR

MINDESTMENGENDISKUSSION

Eine rein numerische Betrachtung der Mindestmenge ist unseres Erachtens zu kurz gegriffen. Wir alle wissen, dass höhere Fallzahlen die Expertise wachsen lassen und damit auch zu einer höheren Qualität beitragen können. Die Zertifizierungsangebote unserer Fachgesellschaften gehen da weiter und schließen Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität ein. Muss gesteuert werden, brauchen wir Vorgaben. Andere Länder, und ich nenne hierbei exemplarisch unser Partnerland Niederlande, sind in dieser Beziehung schon deutlich weiter. Hier ist genau festgelegt, in welchem Zentrum, welche Art von Chirurgie angeboten werden soll und im Endeffekt auch nur angeboten werden darf. Das ist aber eine gesundheitspolitische Entscheidung, die auch politisch durchgesetzt wird. Derartiges würde uns sehr helfen, denn die Prinzipien der „freien Marktwirtschaft“ sind meiner Meinung nach im hochregulierten Gesundheitsmarkt nur bedingt tauglich.

Auch das Abrücken von einem flächendeckenden, wohnortnahen Versorgungsangebot muss gemeinsam vertreten werden und kann nicht am Unvermögen eines einzelnen Krankenhauses festgemacht werden, das die Mindestmenge nicht erreicht hat.

Es ist zu begrüßen, dass schon derzeit in hochspezialisierten Zentren einzelne Operationen hochfrequent und hochqualitativ angeboten werden. Diese Zentren arbeiten auch ökonomisch vorbildlich und werden als Positivbeispiele genannt. Für eine

Standardsituation ist das eine, für alle Beteiligten, äußerst positive Situation.

Es kann aber auf der anderen Seite nicht angehen, dass sich eben diese Zentren aus der Notfall- und Komplikationsbehandlung heraushalten können und Problemsituationen wie komplizierte Verläufe, Komplikationen, Rezidive und Notfallvorstellungen von den Maximalversorgungszentren rund um die Uhr aufgefangen werden müssen. Diese können wiederum, wegen ihres auftragsgemäß sehr breiten Spektrums, die Mindestmengen für Standardoperationen gar nicht mehr erreichen und haben ökonomisch daher kaum noch Kompensationsmöglichkeiten. Hier bräuchte es Steuerung oder einen Ausgleich!

Sehr gerne würden wir auch gemeinsam mit den Kassen an den vorgelegten Routinedaten forschen und könnten sicherlich noch zusätzliche Expertise einbringen!

Wir Chirurgen stehen für Qualität und Sicherheit, wir sind auch bereit, notwendige Strukturänderungen mitzutragen. Dazu verlangen wir aber verlässliche Vorgaben, die gemeinsam von Politik und Kostenträgern den Beitragszahlern gegenüber vertreten werden müssen.

Erlauben Sie mir bitte in diesem Zusammenhang zwei grundlegende und ggf. auch provokative Fragen:

1. Ist es nötig, dass in einem als Solidarsystem angelegten Gesundheitssystem, das auch noch weltweit als herausragend anerkannt ist, der gerade erlebte Konkurrenzkampf zwischen den Krankenhäusern bewusst geschürt wird oder erlaubt der politische Sicherstellungsauftrag nicht auch andere Lösungen der Steuerung?
2. Macht es im Rahmen einer immer komplizierter werdenden Abrechnungssystematik wirklich Sinn, einerseits in den Krankenhäusern immer mehr hochqualifiziertes medizinisches Fachpersonal im Controlling und Performing einsetzen zu müssen, um den zeitaufwändigen Überprüfungen eines ebenfalls mit Fachkompetenz immer weiter „hochgerüsteten“ medizinischen Diensts der Krankenkassen

standzuhalten, wenn uns auf den Stationen und in den Notaufnahmen dauerhaft qualifiziertes Personal fehlt, um unsere Patienten situationsgerecht und auch empathisch zu behandeln?

Sie müssen verstehen, dass genau diese Fragen immer dann von uns Chirurgen diskutiert werden, wenn es wieder einmal gilt Patienten zu beruhigen, weil Stationen geschlossen wurden, Operationen verschoben werden mussten, die Wartezeiten in den Notaufnahmen ausufern oder die notwendige aufwändige perioperative Betreuung nur noch unter höchster Anstrengung eines sowieso schon erschöpften Personals aufrechterhalten werden kann.

WIR ERWARTEN GEHÖR IN DER

GESTALTUNG DER ZUKÜNFTIGEN

MUSTERWEITERBILDUNGSORDNUNG!

Wir haben eine gemeinsame Weiterbildungskommission. Wir stehen für die flächendeckende Weiterbildung. Wir halten die Balance zwischen Spezialisierung und genereller Betätigung. Qualität richtet sich zwangsläufig mittelfristig immer am Spezialisten-Standard aus! Braucht es Spezialisten-Kenntnisse in Personalunion, können diese durch Doppel- und Dreifachqualifikation erworben werden, z. B. für die Einsatzchirurgie.

DIE NOTFALLVERSORGUNG VON PATIENTEN!

Der intersektorale Streit muss aufhören und das möglichst schnell! Gegenseitige Vorwürfe führen bekanntermaßen zu nichts! Weder müssen Betten gefüllt werden, noch werden Patienten böswillig von Praxen ferngehalten. Die geänderte Grundeinstellung unserer heutigen Patienten muss zusätzlich berücksichtigt werden. Erwartet, und oft auch vorgegaukelt, wird die jederzeitige Verfügbarkeit von medizinischer Kompetenz und Leistungen. Von Seiten der Patienten wird dieser Anspruch häufig durch eine eigenen, erhöhten beruflichen Druck begründet und der generell schwindenden Akzeptanz von Wartezeiten und Mehrfachvorstellungen. Medizinische Leistungen erscheinen jederzeit und überall abrufbar, besonders in den immer geöffneten

Notaufnahmen. Wie auch andere Waren und Leistungen im modernen Leben nahezu jederzeit verfügbar sind. Die erneute Einführung von Notfallgebühren könnte Steuerungsfunktion übernehmen. Ist dieser Patient allerdings erst einmal in der Notaufnahme angelangt, muss er ärztlich gesehen werden. Bei der derzeitigen Patientenfülle und geringen Personalausstattung ist die schnelle Behandlung der zuverlässigere Weg dem Patientenstrom Herr zu werden. Sektorenübergreifende, intelligente Strukturen würden allen Beteiligten helfen. Die derzeitigen Bestrebungen Zuschläge für den Betrieb leistungsfähiger Notaufnahmen zu gewähren gehen sicherlich in die richtige Richtung, werden aber kaum ausreichen, das Problem grundlegend zu lösen.

DIE WERTIGKEIT DER CHIRURGISCHEN LEISTUNG MUSS AUSREICHEND HONORIERT WERDEN

Die gerade beschriebenen hochkomplexen, erfahrungs- und wissensbasierten chirurgischen Entscheidungsabläufe, die außerordentliche Verantwortung, gepaart mit manueller Kunst, muss sich auch finanziell niederschlagen! Gerade in der Beratungsfunktion zur eventuellen Vermeidung unnützer Operationen liegt die Kunst! Diese essenzielle chirurgische Leistung ist bisher nicht oder nur am Rande berücksichtigt. Es ist nicht hinnehmbar, dass sowohl in der Gebührenordnung als auch im stationären Finanzierungssystem die Beträge für technische Leistungen und Zusatzleistungen oft ein Vielfaches der chirurgischen Kernleistung betragen.

Unser Problem: wie quantifizieren wir unsere Leistung? In Zeiteinheiten? Sicherlich nicht! In gewonnenen Lebensjahren? Auch das geht nicht! Andere Partner haben es da leichter, hier müssen wir als Chirurgen schnell vorankommen. Ansonsten ist in der ganzen Abrechnungssystematik die chirurgische Kernleistung als „all inclusive“ in einer allgemeinen Rechnungsspezifikation unter den Tisch gefallen!

DIE CHIRURGIE ALS FREIER BERUF

Dieses Thema betrifft nicht nur uns! Aber insbesondere die gute und jederzeitige Zugänglichkeit zu chirurgischen Leistungen zu einem sehr annehmbaren Preis ist ein Erfolg

einer immer noch relativ freien ärztlichen Tätigkeit. Andere Systeme, wie z. B. England oder Skandinavien, reglementieren und rationieren ärztliche Leistungen. Dort wird es von der Bevölkerung hingenommen. Wie das in Deutschland aussehen würde, wage ich nicht zu prognostizieren. Chirurgisch wird derzeit noch nicht „nach Vorschrift“ agiert, daher funktionieren die chirurgischen Einheiten im Großen und Ganzen – noch!

3. WELCHE ROLLE SPIELT DIE DGCH IN DIESER GEMENGELAGE?

DGCH 1872 bis 2017, 145 Jahre eine Erfolgsstory!

„Das wird sicher so weitergehen! Änderungen brauchen wir nicht und als Präsident bist du sowieso eine Eintagsfliege ohne Gestaltungsoption! Lass doch am besten alles wie es ist!“

Das wäre die eine Seite meiner Medaille. Auf der anderen Seite ertönt die allgemeine Kritik an der DGCH: „vollkommen verkrusteter Verein! überholt, nicht mehr zeitgemäß! In Traditionen erstickt!“

Ich möchte es dabei belassen. Aber auch innerhalb unserer Fachgesellschaften sind derartige Kommentare, ich möchte es mal freundlich als Lästereien bezeichnen, nicht gerade selten.

Warum stehe ich also hier? Weil ich auch einmal diese Plakette umhaben wollte, wie eine Trophäe, wie ein Sportabzeichen?

Sicher nicht und wer mich kennt, wird das auch bestätigen.

Ich persönlich glaube an das Potenzial der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie. An die enorme Stärke der „Marke Chirurgie“, an unsere gemeinsamen Grundwerte, an die DGCH als Heimat unserer chirurgischen Identität, aber auch an den für uns alle zwischenzeitlich erlebbaren Mehrwert. Ich glaube aber auch an unsere Tradition.

Wieso Tradition? Genau betrachtet war die Tradition von heute ehemals auch eine Innovation, d. h. heutige Innovationen haben durchaus das Potenzial für morgige Traditionen.

Wir Chirurgen sind vom Grundsatz her Traditionalisten. Das müssen wir auch sein, denn chirurgischer Fortschritt ist immer auch

risikobehaftet, für alle Beteiligten, besonders für den Patienten.

Nehmen wir das Beispiel Raumfahrt: für viele von Ihnen sicherlich ein überraschender Vergleich. Auch dort gibt es eine ähnliche Situation. Es gilt hier wie dort, keine unherrschbaren Risiken, keine Fehler, möglichst nur erprobte und bewährte Verfahren einzusetzen. Ganz ähnlich agieren wir! Wir müssen auf der sicheren Seite bleiben, das hat uns erfolgreich über lange Perioden getragen, aber auch etwas träge gemacht.

Jetzt sind wir aber erneut in einer Phase, in der wir uns erheblichen Anforderungen stellen müssen. Die Rahmenbedingungen für die Chirurgie stellen sich derzeit als besorgniserregend dar. Die Spezialisierung hat uns medizinisch gestärkt, politisch aber schwächer gemacht. Grundlegende Änderungen kann keine einzelne Fachgesellschaft erreichen, allenfalls individuelle Vorteile aushandeln. Grundlegende Änderungen gelingen nur gemeinsam. Dazu muss die DGCH aber ihre Struktur, ihre Aufgaben und ihre Zielrichtung anpassen.

„Dann sollen die mal machen“, höre ich häufig. Ist die DGCH wirklich ein abstraktes Gebilde? Weit gefehlt, Sie alle, die chirurgischen Fachgesellschaften, wir alle sind die DGCH! Die Fachgesellschaften stellen den Vorstand, sie entscheiden! Wir haben gemeinsam die Umsetzung einer Doppelmitgliedschaft beschlossen, d. h. die Aufnahme aller assoziierten Mitglieder als stimmberechtigte Einzelmitglieder in die DGCH. Das wird unsere gemeinsame Durchsetzungskraft stärken, wir haben leider schon viele Jahre durch die vorangegangene Strukturdiskussion verloren. Die Umsetzung wird mühsam sein und erfordert Mut und Überzeugungskraft. Ich bin aber überzeugt, dass ein Verband, der 25.000 chirurgische Meinungsführer vertritt, mehr politisches Gehör finden wird. Nur so kann es gelingen, unser Arbeitsumfeld wieder nach unseren Vorstellungen, patientengerecht und an unsere gewohnten Qualitäts- und Sicherheitsstandards angepasst, auszugestalten!

Dieser Weg ist steinig und ein Ende ist noch nicht absehbar. Er verlangt große Anstrengung und Kompromissfähigkeit. Natürlich brauchen wir dabei auch eine

Mehrwertdiskussion. Aber Mehrwert ist nicht alles. Es geht um eine Idee, es geht um unsere Identität!

Von daher auch ein eindringlicher Appell an alle Beteiligten: Wir brauchen eine starke chirurgische Vertretung, wir brauchen die DGCH als Marke! Beteiligen Sie sich, arbeiten Sie mit, gestalten Sie mit an den neuen Strukturen! Erste Erfolge z. B. in Richtung der Neugestaltung der Musterweiterbildungsordnung und erreichte Lösungen bei der Definition von Fachbereichsgrenzen zeigen, dass wir auf dem richtigen Weg sind. Sie sehen die DGCH bewegt sich, zwar nicht blitzschnell, aber konsequent und stetig, an die Erfordernisse angepasst und überlegt, chirurgisch eben. Und das im Alter von 145 Jahren!

Über die notwendigen Satzungsänderungen werden wir in der Mitgliederversammlung beraten. Ich bitte um Ihre Zustimmung. Sie machen den Weg frei für die Neuausrichtung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie.

Im nächsten Schritt ist es an den tragenden Fachgesellschaften, die notwendigen internen Diskussionen konsequent zu führen und die entsprechenden Satzungsergänzungen von Ihren Mitgliedern tragen zu lassen. Zögerliches Vorgehen ist dabei sicherlich nicht angezeigt, taktieren schadet uns allen und einen fraglich besseren „Deal“ wird es auf absehbare Zeit nicht geben!

Dies wird nicht in einem oder zwei Jahren zu schaffen sein. Präsidenten sind wichtig,

aber es sind die vorhandenen Strukturen, die uns durch schwierige Zeiten getragen haben. Die neu angepassten Strukturen werden uns in die Zukunft tragen! Konvent der Generalsekretäre, Gruppentreffen der Schatzmeister, neue Projektgruppen für Doppelmitgliedschaft und Kongressentwicklung, alles trägt zur Stärkung bei!

Besinnen wir uns auf unsere Grundwerte, besinnen wir uns auf unsere Stärken. Wir Chirurgen sind von Haus aus Teamplayer, in kaum einem Beruf arbeitet man so eng zusammen. Leben wir das auch zwischen unseren Spezialitäten, schätzen wir unsere gegenseitige Arbeit, ergänzen wir uns und bringen wir alle Kompetenzen und Kräfte zum Nutzen der Gesamtheit und der uns anvertrauten Patienten ein!

In einer derartigen Ausrichtung wird die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie unsere Heimat bleiben und uns allen gemeinsam als starke Marke dienen.

Die Chirurgie, unsere Chirurgie, ein wunderschöner und von uns allen geschätzter Bereich der Medizin, aber auch ein sehr spezieller Bereich, eine besondere Branche eben, sollte uns diese gemeinsame Anstrengung wert sein!

Meine sehr verehrten Damen und Herren, ich komme zum Schluss.

Was erwartet uns nun die nächsten Tage?

Die angesprochenen Themen werden uns natürlich weiter beschäftigen.

Es gibt thematisch einige Neuerungen, beachten Sie dazu bitte das Programm!

Besuchen Sie unsere Aktionsfläche „Junge Chirurgie“. Sie dient dem Austausch zwischen Nachwuchs und ihnen als gestandene Chirurgen und Chirurgen, eine Innovation, die hoffentlich auch zur Tradition wird!

Unterstützen Sie den Organspendelauf! Beteiligen Sie sich, spenden Sie, helfen Sie! 10.000 Patienten warten auf ein neues Organ, viele werden sterben. Die Etablierung eines neuen „Netzwerkes Spenderfamilien“ wird sicher ein wichtiger und notwendiger Schritt für eine höhere Spendenbereitschaft.

Ich danke an dieser Stelle schon allen Partnern und explizit auch den Industriepartnern unseres Kongresses. Ihr Interesse und die Akzeptanz unserer Bestrebungen machen dieses wichtige Forum zum Erkenntnisgewinn erst möglich! Der Kongress soll attraktiv bleiben, wir wollen wachsen! Das spannende Gebiet der Chirurgie ist es sicher wert, dass wir in dieser Beziehung alle in eine Richtung agieren.

Ich danke allen, die mich in den anstrengenden Tagen unterstützt haben und noch unterstützen, meinen Mitarbeitern und ganz besonders natürlich meiner Frau. Liebe Inga, ohne Deine Geduld und Hilfe könnte ich hier nicht stehen!

Uns allen wünsche ich anregende Tage und fruchtbare Diskussionen!



Bildergalerie zur Eröffnungsveranstaltung



Vorstand



Grußwort BMG: Minister H. Gröhe



Grußwort BÄK: Präsident Prof. Dr. F. K. Montgomery



Grußwort DGAV: Prof. Dr. C. T. Germer



Grußwort DGKCH: Prof. Dr. B. Tillig



Grußwort Nederlandse Vereniging voor Heelkunde:
Prof. Dr. E. Heineman



Grußwort Sanitätsdienst Bundeswehr: Dr. M. Tempel



Verleihung Ehrenmitgliedschaft: Prof. Dr. M. Menger



Verleihung Ehrenmitgliedschaft: Prof. Dr. Prof. h.c. Dr. h.c. E. Neugebauer



Verleihung Ehrenmitgliedschaft: Prof. Dr. E. Degiannis



Senator: Prof. Dr. Dr. h.c. mult. K.-W. Jauch



W-Körte-Medaille Gold: Prof. Dr. J. Faß, Prof. Dr. T. Carus, Prof. Dr. B. Gerdes



W-Körte-Medaille Silber: Hr. J. Vollmann



Siegel: Prof. Dr. G. Diallo



v-Langenbeck-Preis: Prof. Dr. A. Pascher



R-Zenker-Preis: Prof. Dr. Dr. h.c. N. Haas



K.-H.-Bauer-Preis: Dr. P. Malkomes



F-Steichen-Preis: Prof. Dr. C. Schafmayer, Prof. Dr. B. Schniewind



K.-Storz-Preis: Dr. C. Marquardt



E.-Ungeheuer-Preis: Dr. M. Chmielnicki

Vergabe von Ehrungen, Preisverleihungen und Stipendien

Preis	Name/Klinik bzw. Funktion	Vergabe wofür
Ehrenmitglied der DGCH	Prof. Dr. Michael Menger Ordinarius für klinisch-experimentelle Chirurgie Universität des Saarlandes Homburg/Saar	Herausragende Leistungen im Bereich der chirurgischen Forschung sowie unermüdlicher Einsatz zur interdisziplinären Förderung des wissenschaftlichen Nachwuchses in der Chirurgie und ihrer Grenzgebiete
	Prof. Dr. Prof. h.c. Dr. h.c. Edmund Neugebauer em. Direktor des Instituts für Forschung in der operativen Medizin Köln Universität Witten/Herdecke	Hoch anerkannte Ergebnisse auf dem Gebiet der chirurgischen Forschung und entscheidende Impulse für die klinische Forschung und Versorgungsforschung in der Chirurgie
	Prof. Dr. Elias Degiannis em. Direktor am C. Hani Baragwanath Krankenhaus Universität Witwatersrand Johannesburg/Südafrika	Langjährige Unterstützung der Fortbildung deutscher und internationaler Chirurgen in der interdisziplinären Akutbehandlung von Massivverletzungen und Etablierung standardisierter internationaler Ausbildungskurse
Senator auf Lebenszeit	Prof. Dr. Dr. h.c. mult. Karl-Walter Jauch Ärztlicher Direktor Klinikum Großhadern-Innenstadt Universität München	Anerkennung und Würdigung seiner langjährigen Verdienste um die DGCH, vor allem als ihr Präsident im Jahr 2012/2013
Werner-Körte-Medaille in Gold	Prof. Dr. Jürgen Faß, Kassel Prof. Dr. Thomas Carus, Hamburg Prof. Dr. Berthold Gerdes, Minden	Langjährige Unterstützung unserer Gesellschaft und speziell erfolgreiche Entwicklung und Leitung des chirurgischen Trainingslabors der DGCH
Werner-Körte-Medaille in Silber	Jörg Vollmann Director Surgical Technologies Medtronic GmbH Meerbusch	Persönliches Engagement bei der Förderung der wissenschaftlichen Chirurgie und Fortbildung des chirurgischen Nachwuchses mit seinem Unternehmen
Siegel der DGCH	Prof. Dr. Gangaly Diallo Dpt. für Chirurgie Universität Bamako/Mali	Zeichen der Verbundenheit der Gesellschaft für Chirurgie in Mali sowie Verdienste bei der Entwicklung einer engen fachlichen und freundschaftlichen Kooperation mit jungen deutschen Chirurgen
Von-Langenbeck-Preis	Prof. Dr. Andreas Pascher Chirurgische Klinik Charité, Campus Mitte und Virchow Universitätsmedizin Berlin	„Intestinal rehabilitation and intestinal transplantation with special focus on chronic transplant enteropathy“
Rudolf-Zenker-Preis	Prof. Dr. Dr. h.c. Norbert Haas em. Direktor Zentrum für muskuloskeletale Chirurgie Klinik für Orthopädie Klinik für Unfall- und Wiederherstellungschirurgie Charité, Universitätsmedizin Berlin	Internationale Anerkennung für herausragende Ergebnisse in Orthopädie und Unfallchirurgie. Als Kliniker, Forscher und Lehrer Bedeutung der DGCH wesentlich mit geprägt
Fritz-Linder-Preis	Anastasia Rakow und Coautoren Centrum für muskuloskeletale Chirurgie Charité, Campus Virchow Berlin	„Der Einfluss von Degradationsprodukten des Abriebs von Hüftendoprothesen mit Metall-Metall-Gleitpaarungen auf die Qualität periprotehtischen Knochens“
Karl-Storz-Preis	Dr. Christoph Marquardt Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie Onkologisches Zentrum Klinikum Ludwigsburg	„Die intraoperative Fluoreszenzangiographie zur Prävention von Anastomoseninsuffizienzen bei der tiefen anterioren Rektumresektion“

Preis	Name/Klinik bzw. Funktion	Vergabe wofür
Felicien-Steichen-Preis	Prof. Dr. Clemens Schafmayer Universität SH, Campus Kiel und Prof. Dr. Bodo Schniewind Städtisches Krankenhaus Lüneburg	„Endoscopic-vacuum therapy in esophageous perforations and anastomotic leakages after esophagectomy. The best treatment option to solve a major complication in upper GI-surgery?“
K.-H.-Bauer-Preis	Dr. Patrizia Malkomes und Coautoren Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie Universität Frankfurt/Main	„Selective AKI inhibition by MK-2206 represses colorectal cancer-initiating stem cells“
Video-Film-Preis	Dr. Christian Krautz und Coautoren Chirurgische Klinik Universität Erlangen	„Rektumexstirpation und Sofortrekonstruktion mit dem transpelvinen VRAM Lappen“
	PD Dr. Robert Sucher und Coautoren Klinik für Viszeral-, Transplantations- Thorax- und Gefäßchirurgie Universität Leipzig	„Erweiterte minimal-invasive Leberresektion rechts unter Anwendung des intrakorporalen 'liver hanging maneuver'“
Edgar-Ungeheuer-Preis	Dr. Marc Chmielnicki Klinik für Unfallchirurgie Krankenhaus Sindelfingen	„Perkutane Achillessehnnennaht – eine lohnende Anfängeraufgabe?“
Posterpreis	Elisabeth Blüthner und Coautoren Berlin und Aachen	„Signifikanter Einfluss der dynamischen Leberfunktion auf das rezidivfreie Überleben nach Leberteilresektion bei HCC“
	Dr. Markus Ahrens und Coautoren Klinik für Allgemein-, Viszeral-, Transplantations- und Kinderchirurgie Universität Schleswig-Holstein, Campus Kiel	„Vergleich von Malnutrition und metabolischen Komorbiditäten nach Sleeve-gastrektomie versus Magenbypass: 2-Jahres-Nachuntersuchung“
Stipendium als Fortbildungshilfe	Dr. Dimitra Kotsougiani Klinik für plastische und rekonstruktive Chirurgie BG Klinik Ludwigshafen	Verbesserung der Kenntnisse auf dem Gebiet der plastisch-rekonstruktiven Gesichtschirurgie in Wien
	Konstantin Möller Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Gefäßchirurgie Charité, Campus B. Franklin Universitätsmedizin Berlin	Beherrschung einer etablierten Methodik zur Ableitung intestinaler Nerve-aktivität und Integrierung in ein bestehendes Forschungsprojekt
H.-Junghanns-Stipendium	PD Dr. Max Kauther Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie Universität Essen	Vertiefung der Kenntnisse auf dem Gebiet der hand-/mikrochirurgischen oberen Extremität in San Diego
Reisestipendium zum Kongress des ACS	Dr. Hans Fuchs Chirurgische Klinik Universität Köln	
	PD Dr. Aristoteles Perrakis Chirurgische Klinik Universität Erlangen	
Reisestipendium zum Japanischen Chirurgenkongress	Dr. Maciej Malinowski Klinik für Allgemeine-, Viszeral-, Gefäß- und Kinderchirurgie Universität des Saarlandes Homburg/Saar	
Stipendium der Wolfgang-Müller-Osten-Stiftung	Dr. J.R. de la Garza Herrera Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Transplantationschirurgie Universität Heidelberg	Weiterführung seines Forschungsaufenthaltes auf dem Gebiet der bariatrischen Chirurgie am Universitätsklinikum Heidelberg
	Dr. Eduard Charchyan Nationales Forschungsinstitut für Chirurgie Moskau/Russland	Weiterbildung an einer deutschen Klinik für Kardiochirurgie

Preis	Name/Klinik bzw. Funktion	Vergabe wofür
	Dr. Lofty- John Anyanwu Abt. Chirurgie Lehrkrankenhaus Kano/Nigeria	Fortbildung an der Klinik für Kinderchirurgie der Universität Frankfurt/M.
	Dr. P. Jamtsho Fakultät für Chirurgie und Neurochirurgie Universität Thimphu/Bhutan	Weiterbildung an der Abt. Allgemein- und Viszeralchirurgie Rotkreuzklinikum München
Gaststipendium	Dr. Ayrat Kaldarov Vishnevsky Forschungsinstitut Moskau/Russland	Forschungsaufenthalt an einer deutschen Klinik
	Dr. Evgeny Evseev Nationales Forschungszentrum für Chirurgie Moskau/Russland	Fortbildung im Bereich Herzchirurgie an einer deutschen Klinik
Stipendium für serbische Chirurgen in Deutschland	Dr. Ivan Pesic Klinik für Allgemeinchirurgie Universität Nis/Serbien	Weiterbildung an Zentrum für Gastroenterologie in Deutschland

Wahl des Präsidenten 2019/2020

CURRICULUM VITAE PROF. DR. MED. THOMAS SCHMITZ-RIXEN



PROFESSOR DR. MED. THOMAS SCHMITZ-RIXEN

Präsident der Deutschen Gesellschaft für Gefäßchirurgie und Gefäßmedizin (DGG e.V., Berlin)
Direktor der Klinik für Gefäß- und Endovascularchirurgie und des Universitären Wundzentrums, Universitätsklinikum Frankfurt am Main

PERSÖNLICHE DATEN

*1954, verheiratet, 2 Kinder

KÖLN UND BOSTON (1973-1998)

Studium und Weiterbildung zum Chirurgen und Gefäßchirurgen

Promotion und Habilitation in der Chirurgischen Universitätsklinik Köln

Zweijähriger Forschungsaufenthalt im Massachusetts General Hospital (Harvard Medical School) in Boston, USA

Fünffähriges Gerhard-Hess-Stipendium der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG), Thema: „Biologische Rekonstruktionsverfahren in der Gefäßchirurgie“

Forschungsgruppenleiter und Oberarzt in der Chirurgischen Klinik der Universität Köln u.a. Oberarzt im Dr. Mildred Scheel-Haus, Zentrum für Palliativmedizin

FRANKFURT AM MAIN – GOETHE-UNIVERSITÄT (SEIT 1998)

1998 Ruf auf die Professur für Gefäßchirurgie an die Goethe-Universität

Seit 2002 Research Associate am Max-Planck-Institut für Herz- und Lungenforschung in Bad Nauheim und seit 2011 Leiter der Arbeitsgruppe Arteriogenese

Seit 2000 Mitglied der Ethik-Kommission der Goethe-Universität, Mitglied im Forschungs- und Strukturausschuss des Fachbereichs Medizin, seit 2013 Mitglied im Fachbereichsrat Forschungsförderung u. a. durch ein Exzellenzcluster des Landes Hessen (LOEWE-Programm) und die DFG

FRANKFURT AM MAIN – KLINIKUM DER GOETHE-UNIVERSITÄT (SEIT 1999)

Direktor der Klinik für Gefäß- und Endovascularchirurgie, seit 2011 Leiter des Universitären Wundzentrums, seit 2004 auch Chefarzt

der gefäßchirurgischen Abteilung im Hospital zum heiligen Geist in Frankfurt am Main auf der Basis eines Kooperationsvertrages, seit 2016 dto im Asklepios-Klinikum Langen

LANDESÄRZTEKAMMER HESSEN (SEIT 2000)

Vorsitzender des Krankenhausausschusses und Mitglied des Weiterbildungsausschusses der Landesärztekammer Hessen, Mitglied im Lenkungsausschuss der Qualitätssicherung Hessen

DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR CHIRURGIE

Seit 2003 Mitglied im Exekutiv-Komitee der Sektion Chirurgische Forschung, Veranstalter zweier Forschungstage, seit 2014 stellv. Vorsitzender des Aufsichtsrates des Studienzentrums der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie an der Universität Heidelberg

DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR GEFÄSSCHIRURGIE UND GEFÄSSMEDIZIN

Seit 2010 Mitglied im Vorstand, 2015-16 Vizepräsident und 2017-18 Präsident
2002 - 2016 Vorsitzender des Forschungsausschusses
2015 - 2017 Geschäftsführer des Deutschen Instituts für gefäßmedizinische Gesundheitsforschung gGmbH, Berlin

AUSSERDEM

Vorstandsmitglied und Präsidenschaften bei: European Society for Vascular Surgery und Association of International Vascular Surgeons, Delegierter in der AWMF, Ehrenmitglied der Vascular Society of Great Britain and Ireland
Seit 2008 Diözesanarzt und Mitglied im Vorstand des Malteserhilfsdienstes der Diözese Mainz

„Damenrede“



PROF. DR. MED. JÖRG FUCHS

Präsident der DGCH 2017/2018
 Ärztlicher Direktor
 Universitätsklinik für Kinder- und
 Jugendmedizin
 Lehrstuhl für Kinderchirurgie und
 Kinderurologie
 Vizepräsident der Deutschen
 Gesellschaft für Chirurgie
 Hoppe-Seyler-Str.3, 72076 Tübingen
 Joerg.Fuchs@med.uni-tuebingen.de

Sehr geehrte Damen,

die traditionsreiche Damenrede in diesem honorigen Kreise ist für jeden, der sie halten darf, eine ultimative Herausforderung und wohl die schwierigste offizielle Rede des zukünftigen Amtsinhabers dieser Gesellschaft. Im Grunde genommen ist sie ja eine Form des Minnegesanges und wird lt. Wikipedia immer vom Consensor oder auch – man höre – dem jüngsten Fuchs von Vereinsfesten gehalten.

Gestatten Sie mir für diese so wichtige Rede auf unsere Damen ein „parabolam istam“ oder auch Gleichnis. Dieses parabolam istam beinhaltet die Rolle der Dame im Schachspiel und innerhalb der Chirurgie.

Das Brettspiel „Schach“ hat viele bekannte Dichter animiert Romane und Geschichten zu schreiben. Erwähnen möchte ich nur die „Schachnovelle“ von Stefan Zweig oder „Der Richter und sein Henker“ und die tragische Komödie „Der Besuch der alten Dame“ von Friedrich Dürrenmatt. Die Dame ist die beweglichste, gefährlichste und wertvollste Figur in dem strategischen Brettspiel „Schach“. Meine

Damen und Herren, ich denke diese Position haben Damen im Vergleich zu früheren Zeiten mittlerweile nicht nur im königlichen Brettspiel inne, sondern in vielen Bereichen des täglichen Lebens.

Bezogen auf das Brettspiel war dem interessanterweise nicht immer so. Die Dame hat im Laufe der letzten 1000 Jahre innerhalb dieser Königsdisziplin eine eher revolutionäre Entwicklung erfahren.

Betrachten wir hingegen die Etablierung der Damen in der Chirurgie, können wir nur auf eine vergleichsweise kurze Zeit zurückblicken. Allerdings würde ich hier zunächst eher von einer Evolution sprechen. Dennoch erscheint es mir sehr sicher, dass die revolutionäre Phase der Damen in der Chirurgie bereits begonnen hat. Diese Phase wurde spätestens mit unserer Präsidentin eingeläutet.

Bleiben wir aber zunächst beim Schach. Dieses Spiel entstand wahrscheinlich im dritten bis sechsten Jahrhundert in Persien und Indien. Erst im elften Jahrhundert wurde das Brettspiel im abendländischen Europa bekannt. Die Position der Dame war immer eine Besondere. Im Ur-Schach, dem



© iStock / internetbimmer

sogenannten „Chaturanga“, hatte die Dame die Funktion des Ministers (Mantiri) und war zunächst die schwächste Figur auf dem Brett (Bewegung nur in der Diagonalen). Die Perser nannten die Dame „Farzin“ und mit der Einführung des Spiels in Europa wurde daraus „Ferz“ mit einem französischen Synonym „vierge“ oder auf Deutsch „Jungfrau“. Aufgrund der räumlichen Nähe zum König bürgerte sich der Begriff „Dame“ ein.

Erst 1490 setzte sich die heute großzügige Zugweise der Figur durch. Als historisch fragwürdiges Vorbild für die immense Verstärkung der Figur gilt Jeanne d'Arc.

Meine Herren, ich vermute, viele von Ihnen frönen dem Schachspiel und setzen alles, nein, alle anderen Figuren aufs Spiel, um die eigene, so geliebte Dame zu schützen. Denn sie ist die wichtigste Figur mit den größten Freiheitsgraden. Also wie im Schach, so auch im richtigen Leben. Nun, in der Medizin im Allgemeinen und der Chirurgie im Besonderen sieht es mit dem Schutz der Damen schon etwas anders aus.

Schauen wir auf das 18. Jahrhundert. Ca. 100 Jahre vor Gründung unserer Fachgesellschaft existierte ein berühmter britischer Chirurg namens James Barry.

James Barry war ein berühmter Militärchirurg und führte u. a. als erster britischer Chirurg erfolgreich einen Kaiserschnitt durch.

In Wirklichkeit handelte es sich aber um Margaret Ann Bulkley, eine irische Krämer-tochter, die entgegen den viktorianischen Gepflogenheiten Medizin studieren wollte und aufgrund ihres Geschlechts abgewiesen wurde. Sie entschloss sich kurzerhand ein Mann zu sein. Erst ihr Tod im Rahmen einer Ruhrepidemie bringt das Geheimnis ans Licht und führt zu einem Vertuschungsskandal im viktorianisch-bigotten Militär.

Etwa zeitgleich lebte die erste deutsche approbierte Ärztin Dorothea Christiane von Erxleben (1715-1762). Sie absolvierte nach der Übernahme der Praxis ihres verstorbenen Vaters ihr Promotionsexamen an der Universität Halle. Sie prägte einen Spruch, den wir Männer uns zu Herzen nehmen sollten: „*Ein jeder will gern ein verständiges Weib haben, aber die Mittel des Verstandes will man ihnen nicht zulassen.*“

Viele Jahre der Leere hinsichtlich des weiblichen Geschlechtes in unserem Fach folgten.

Blicken wir nun noch einmal auf die europäische Zeitfolge der Entwicklung der Dame im Schach. Sie startete immerhin als Minister mit wenig Rechten im elften Jahrhundert und bereits 300 Jahre später war sie die wichtigste strategische Figur auf dem Brett. Rechnen wir nun 300 Jahre auf das Wirken unserer beiden Frauen Margaret Ann Bulkley und Dorothea Christiane von Erxleben hinzu, so gelangen wir zu unserem Erstaunen ins 21. Jahrhundert, also ins Hier und Jetzt! Wir sind also auch in der Chirurgie in einer „Revolution der Geschlechter“ angekommen.

»EIN JEDER WILL GERN EIN VERSTÄNDIGES WEIB HABEN, ABER DIE MITTEL DES VERSTANDES WILL MAN IHNEN NICHT ZULASSEN.«

Meine Herren, wir sind zwar noch die Könige, aber unsere Manövrierfähigkeit ist mit einer Feldbewegung in alle Richtungen sehr eingeschränkt. Die Dame steht direkt neben uns, kann sich diagonal, vertikal und horizontal frei bewegen, sie ist die Figur, die den Gegner am häufigsten schachmatt setzt.

Ein kleiner Trost bleibt uns mit dem Zitat des Journalisten Johannes Groß: „*Schach ist ein höfliches, ritterliches Spiel. Der König kann verfolgt, bedroht, schließlich mattgesetzt, aber nicht geschlagen und des Feldes verwiesen werden. Demokratischem Empfinden ist es fremd, dass das Oberhaupt des besiegten Gegners geschont werden soll.*“

Nun, Geschichte ist nie unumstritten. Zweifelsohne bleibt es unklar, ob die politische Rolle der Jungfrau von Orleans wirklich die Rolle der Dame auf dem Holzbrett

verändert hat. Aber ein kluger Schachspieler beherrscht die strategische Dame.

Heinrich Heine schrieb dazu seinem Freund Christian Sethe 1816:

„Ich bin ein wahnsinniger Schachspieler: Schon beim ersten Stein habe ich die Königin verloren, und doch spiel ich noch und spiele - um die Königin. Soll ich weiterspielen?“

Die Jungfrau von Orleans war enthusiastisch, hartnäckig, unbeirrbar im Glauben an die Sache und mit diesen Tugenden absolut erfolgreich. Ähnlich energisch etablieren sich die Damen in der Chirurgie und zeigen uns auf anderen Wegen mit femininer Strategie neue Horizonte.

Meine Herren, für uns haben sich die Zeiten nicht nur im Alltag, sondern auch in unserer vermeintlich eigenen Domäne der schneidenden Zunft merklich geändert. Wir sind wieder in der Position der Minnesänger und tun dies ja irgendwie auch gern, da wir ohne unsere reizenden Damen die wahrhaftige Motivation im Leben verlieren würden.

Gestatten Sie mir abschließend, diese Motivation mit einem Gedicht von Walther von der Vogelweide in Form einer kleinen Ode an die Damenwelt zu untermalen:

„Durchsüßet und geblümet sind die reinen Frauen.

*So Wonnigliches gab es niemals anzuschauen
in Lüften noch auf Erden noch in allen grünen Auen.*

*Lilien oder Rosenblumen, wenn sie blicken
im Maien durch betautes Gras, und kleiner Vögel Sang*

sind gegen solcher Wonnen farblos, ohne Klang.

*Wenn man ein schönes Weib erschaut, das
kann den Sinn erquickern,*

*und wer an Kummer litt, wird augenblicks
gesundt.“*

Meine Herren, erheben wir das Glas auf unsere Damen! ○

Impressionen vom DGCH-Kongress 2017

MITGLIEDERVERSAMMLUNG



Bericht Generalsekretär

INDUSTRIERUNDGANG



B. Braun Melsungen AG



3. Vizepräsident Prof. Dr. T. Schmitz-Rixen



Bundeswehr



Vergabe der Stipendien



Johnson & Johnson GmbH

INDUSTRIERUNDGANG



KARL STORZ GmbH & Co. KG

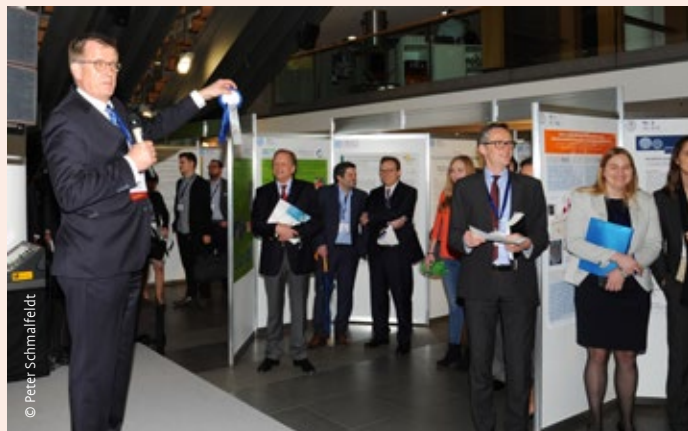


Dr. Langer Medical GmbH



Medtronic GmbH

POSTERAUSSTELLUNG



ORGANSPENDELAUF



ORGANSPENDELAUF



GESELLSCHAFTSABEND



ABSCHLUSSVERANSTALTUNG



F-Linder-Preis Fr. A. Rakow



Übergabe des Schecks an Netzwerk Spenderfamilien



Video-Filmpreis PD Dr. R. Sucher, Dr. C. Krautz



Festredner Dr. h.c. P. Müller



Posterpreis Fr. E. Blüthner



Übergabe Amtskette



Trainingslabor



„erste Trockenübungen“



© iStock / Martin-Lang

Organspendelauf – Laufen für den guten Zweck

Am 22. März 2017 fand traditionell im Rahmen des 134. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie der Organspendelauf in München statt. Die Teilnehmer konnten wahlweise an einem Lauf über eine Kurzstrecke von 4,8 km, einer Langstrecke über 9,6 km oder als Staffel über 4 x 1,2 km teilnehmen. Anders als in den Jahren zuvor fand der diesjährige Lauf unmittelbar vor den Toren des Kongresses am Messesee und im angrenzenden Riemer Park statt. Der Lauf wurde maßgeblich von der B. Braun Melsungen AG, der Firma Theiss Naturwaren GmbH, dem Bayerischen Staatsministerium für Gesundheit und Pflege sowie der Messe München GmbH unterstützt.

Den Startschuss für die insgesamt 177 Teilnehmer gab Klaus Wolfermann, Olympiasieger im Speerwerfen bei den Olympischen Sommerspielen 1972. Unter den Teilnehmern fand sich auch eine Präsidentenstaffel um Prof. Dr. Tim

Pohlemann, dem aktuellen Präsidenten der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie. Darüber hinaus nahmen Herr Thomas Biet, kaufmännischer Vorstand der Deutschen Stiftung Organtransplantation, Herr Ulrich Roth, ehemaliger Handball-Nationalspieler, Ingalena Schömburg-Heuck, ehemalige Deutsche Meisterin im Halbmarathon und Deutsche Vizemeisterin über 10.000 m sowie Dr. Hans Neft, Leitender Ministerialrat des Bayerischen Staatsministerium für Gesundheit und Pflege, teil.

ÜBER 10.000 PATIENTINNEN UND PATIENTEN WARTEN DERZEIT BUNDESWEIT AUF EINE LEBENSWICHTIGE ORGANTRANSPLANTATION

Diese Menschen setzen ihre ganze Hoffnung darauf, dass andere Menschen bereit sind, nach ihrem Tod ihre Organe zu spenden. Das Überleben vieler dieser Patienten und ihre

**DR. MED. MARCEL ORTH**

Universitätsklinikum des Saarlandes
und Medizinische Fakultät der
Universität des Saarlandes
Klinik für Unfall-, Hand- und
Wiederherstellungschirurgie
Gebäude 57
Kirrberger Straße, 66421 Homburg
marcel.orth@uks.eu

Lebensqualität hängen von dieser Spendenbereitschaft ab.

„Mit dem Lauf, an dem traditionell auch viele Chirurgen teilnehmen, wollen wir darauf aufmerksam machen, dass Organspenden Leben retten können“, so Prof. Pohlemann.

Anders als in den Jahren zuvor, wurden im Vorfeld und während des Kongresses über die alleinige Kostendeckung hinaus Spendengelder zur Unterstützung und Verbesserung der Rahmenbedingungen der Organspende in Deutschland gesammelt. Die Spende in Höhe

von 10.000 Euro fließt an das neu gegründete „Netzwerk Spenderfamilien“, das dem Verein „Lebertransplantierte Deutschlands e. V.“ angegliedert ist und Angehörige von Organspendern betreut. „Eine solche Unterstützung gab es bisher in Deutschland noch nicht, obwohl der Bedarf da ist. Wir hoffen, durch unsere Spende eine Starthilfe für das Netzwerk zu leisten“, betonte Prof. Pohlemann bei der feierlichen Spendenübergabe im Rahmen der Kongress-Abschlussveranstaltung am 24. März 2017. ○



Abb. 1: Startschuss zum Organspendelauf durch Klaus Wolfermann (rechts außen). In der ersten Reihe Prof. Dr. T. Pohlemann (Startnummer 401), I. Schömburg-Heuck (Startnummer 244), sowie U. Roth (Startnummer 234)



Abb. 2: v.l.n.r.: Dr. B. Fröhlich (B. Braun Melsungen AG), Prof. Dr. T. Pohlemann, K. Wolfermann, Ingelena Schömburg-Heuck, U. Roth, Prof. Dr. P. Schmittenebecher, Prof. Dr. B. Tillig, Prof. Dr. M. Anthuber, T. Biet



ORTH M. ORGANSPENDELAUF –
LAUFEN FÜR DEN GUTEN ZWECK.
PASSION CHIRURGIE. 2017 MAI, 7(05):
ARTIKEL 06_07.

Einladung zum 135. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie



PROF. DR. MED. JÖRG FUCHS

Präsident der DGCH 2017/2018
 Ärztlicher Direktor
 Universitätsklinik für Kinder- und Jugendmedizin
 Lehrstuhl für Kinderchirurgie und Kinderurologie
 Vizepräsident der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie
 Hoppe-Seyler-Str.3, 72076 Tübingen
 Joerg.Fuchs@med.uni-tuebingen.de

Sehr geehrte Kolleginnen, sehr geehrte Kollegen,

zum 135. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie möchte ich Sie ganz herzlich in unsere Hauptstadt Berlin einladen. Traditionsgemäß werden auf diesem Kongress die Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie (DGAV), die Deutsche Gesellschaft für Kinderchirurgie (DGKCH) ihre Jahrestagungen und die Deutsche Gesellschaft für Gefäßchirurgie und Gefäßmedizin (DGG), sowie die Deutsche Gesellschaft für Thoraxchirurgie (DGT) ihre Frühjahrestagungen abhalten. Wir freuen uns auch auf die Teilnahme und Mitgestaltung des Kongresses durch den Berufsverband der Deutschen Chirurgen, der niedergelassenen Chirurgen, der Bundeswehr,

Gastland ausgewählt und wir freuen uns ganz besonders auf die Teilnahme der spanischen Kolleginnen und Kollegen.

Das Motto des Kongresses lautet:
Tradition – Innovation – Globalisierung

Die **Tradition** spielt in der Medizin und der Chirurgie eine außerordentliche Rolle. Sie wird geprägt durch unser ärztliches Ethos, begründet auf dem Eid des Hippokrates und einem immensen, über Jahrhunderte erworbenen empirischen und wissenschaftlich fundierten Wissen. Die Tradition in unserer Fachgesellschaft basiert vor allem auf den herausragenden Persönlichkeiten in der Chirurgie und den sich daraus ergebenden verschiedenen chirurgischen Schulen, die immer wieder junge Chirurgen motiviert haben und motivieren werden, Gegenwart und Zukunft mit innovativen Konzepten neu zu gestalten. Die chirurgischen Schulen sollen im Kontext von Leitlinien und Qualitätssicherung beleuchtet werden. Besonders wichtig ist auch die Diskussion über die Rolle des Chirurgen in der peri-operativen Medizin.

Die **Innovation** ist in unserem Fachgebiet der Garant für einen hohen Behandlungsstandard und Voraussetzung für eine weitere Optimierung der chirurgischen Maximalversorgung. Hier gilt es vor allem die vorhandenen Konzepte der personalisierten Medizin und multimodalen Therapien auf der Basis einer interdisziplinären Zusammenarbeit auszubauen. Gleichzeitig sollten Innovationen und das technisch Machbare mit den sich daraus ergebenden medizin-ethischen Herausforderungen in Einklang gebracht werden. Innovationen werden aber auch von uns Chirurgen mit der damit verbundenen

TRADITION – INNOVATION – GLOBALISIERUNG

dem Berufsverband für Pflegeberufe und der Rettungsdienste.

Wir erwarten in Berlin zahlreiche internationale Gäste und unsere Partnergesellschaften aus Österreich, der Schweiz, England, Japan und den USA. Der Kongress wird auch im Jahr 2018 zweisprachig (deutsch/englisch) abgehalten werden.

In der langen Geschichte unserer Fachgesellschaft wurde Spanien erstmalig als

Personalakquise und Finanzierbarkeit des technischen Fortschritts abverlangt.

Die **Globalisierung** erfährt auch in der Medizin in den letzten Jahrzehnten sowohl im Allgemeinen als auch in der Chirurgie im Besonderen eine zunehmende Bedeutung. Diese Entwicklung macht es erforderlich, die vielen berufspolitischen und gesundheitsökonomischen Fragen mit Hilfe unserer Fachgesellschaft im Sinne der angestrebten Einheit der Chirurgie gemeinsam zu gestalten. Hierzu zählt vor allem die exzellente Förderung des chirurgischen Nachwuchses in klinischer und auch in wissenschaftlicher Hinsicht. Unser gemeinsames Engagement für junge Chirurgeninnen und Chirurgen ist ein wesentlicher Garant dafür, dass alle Fachbereiche innerhalb der Chirurgie in der Zukunft medizinische Spitzenleistungen anbieten können, um im globalen Wettbewerb Bestand zu haben. Demzufolge wird u. a. ein Schwerpunkt des Kongresses die Innovation und Motivation in der Weiterbildung darstellen. Wichtige Themen werden u. a. die translationale und internationale Forschung, die Telemedizin sowie die europäische Netzbildung innerhalb der Chirurgie sein. Weitere Aspekte für intensive wissenschaftliche und berufspolitische

Diskussionen sind Konzepte zur Beseitigung des Ärzte- und Pflegemangels, zum Medizintourismus und zur Herausforderung der Immigration und der Katastrophenmedizin.

Zweifelsohne existieren für jede einzelne chirurgische Fachgesellschaft, dem Berufsverband der Deutschen Chirurgen, den Pflegeberufen und dem Sanitätsdienst der Bundeswehr spezifische Herausforderungen, die wir auf unserem gemeinsamen Kongress diskutieren möchten. Grundsätzlich soll der Anteil der interdisziplinären Sitzungen weiter ausgebaut werden, da die Kongressanalysen hier ein zunehmendes Interesse dokumentieren.

Einladen möchte ich Sie auch zu den attraktiven chirurgischen Trainingslaboren, fachspezifischen Workshops, Seminaren und interessanten Industriesymposien.

Die Poster-Ausstellung wird in der 2017 eingeführten Tradition der Verleihung von „Best Poster“-Preisen bei Bier und Brezeln fortgeführt.

Ein Kongress lebt nicht nur vom wissenschaftlichen Programm allein, die Knüpfung und Vertiefung sozialer Kontakte hat eine ebenso große Bedeutung. Der gemeinsame Gesellschaftsabend der DGCH, der DGAV

und DGKCH ist dafür ein idealer Event. Das traditionsreiche Ambiente der Orangerie des Schlosses Charlottenburg bietet alle Möglichkeiten für einen Abend in entspannter Atmosphäre, vereint mit Gastronomie auf hohem Niveau und guter Musik.

An dieser Stelle möchte ich mich schon jetzt bei allen Co-Präsidenten, Fachgesellschaften, Berufsverbänden und der Bundeswehr für ihre engagierte Unterstützung bei der Kongressgestaltung bedanken.

Berlin ist eine faszinierende Stadt mit einem sehr spezifischen Charme und zählt zu den aufstrebenden internationalen Zentren Europas. Das interessante und abwechslungsreiche Rahmenprogramm soll Ihnen und Ihren Familien neben dem Berliner Flair auch die vielseitige Kultur und Politik der Stadt näherbringen. ○

Herzlich willkommen in Berlin!
Ihr

Prof. Dr. med. J. Fuchs
Präsident der DGCH 2017/2018

Protokoll der DGCH-Mitgliederversammlung 2017

Internationales Congress Center München
23.03.2017, 12.30-14.00 Uhr

TOP 1: ERÖFFNUNG DURCH DEN PRÄSIDENTEN

Der *Präsident* eröffnet die Versammlung und weist auf Folgendes hin: Es wurde ordnungsgemäß rechtzeitig unter Angabe der Tagesordnung durch zweimalige Veröffentlichung in *Passion Chirurgie* eingeladen. Ein Antrag des Vorstands der DGCH zur Änderung der Satzung wurde allen Mitgliedern schriftlich zugestellt. Laut Satzung besteht bei jeder ordnungsgemäß einberufenen Mitgliederversammlung ohne Rücksicht auf die Zahl der erschienen Mitglieder Beschlussfähigkeit.

TOP 2: WAHLEN

Der *Präsident* erläutert die satzungsgemäßen unterschiedlichen Vorgaben zur Bestätigung bzw. Wahl von Mitgliedern des Geschäftsführenden Vorstands bzw. des Präsidiums sowie den Wahlmodus für ordentliche und assoziierte Mitglieder. Zum Wahlleiter wurde Herr Prof. Dr. med. Karsten Ridwelski, Magdeburg vorgeschlagen und bestätigt.

Der *Generalsekretär* teilt mit: An den Eingängen zum Saal wurde die Legitimation der Teilnehmer der Mitgliederversammlung überprüft und jedem ordentlichen Mitglied zwei Stimmzettel für die anstehenden Wahlen ausgehändigt: zum einen zur Abstimmung über die Personalentscheidungen und zum anderen über den Antrag auf Satzungsänderung. Den Mitgliedsgesellschaften waren Stimmzettel für die assoziierten Mitglieder zur Abstimmung über die Personalentscheidungen übergeben worden, auf denen zur Festlegung einer Vollstimme eine

Stimmrechtsübertragung von maximal 19 anderen assoziierten Mitgliedern vorgenommen werden konnte. Der *Präsident* stellt die Kandidaten vor, wie sie bereits veröffentlicht worden waren. Weitere Vorschläge sind nicht eingegangen:

1. 3. Vizepräsident 2017/18 und Präsident 2019/20:

Herr Prof. Dr. med. Thomas Schmitz-Rixen, Frankfurt

2. Generalsekretär (Verlängerung der Amtszeit um fünf Jahre)

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

3. Vertreter des Konvents der leitenden Universitätschirurgen (Wiederwahl für drei Jahre)

Herr Prof. Dr. med. Jörg C. Kalff, Bonn

4. Vertreter des Konvents der leitenden Krankenhauschirurgen

Herr Prof. Dr. med. Hubertus J.C. Wensch, Potsdam

5. Vertreter der Oberärzte/-ärztinnen in nicht selbstständiger Stellung einer chirurgischen Universitätsklinik

Frau PD Dr. med. Tina Histing, Homburg oder

Herr Prof. Dr. med. Clemens Schafmeyer, Kiel

6. Vertreter der Oberärzte/-ärztinnen in nicht selbstständiger Stellung einer chirurgischen Krankenhausabteilung (Wiederwahl für drei Jahre)

Frau Dr. med. Frauke Fritze-Büttner, Berlin

Da über den Antrag zur Satzungsänderung auch per Stimmzettel votiert werden muss, erläutert der *Präsident* die Zielstellung Doppelmitgliedschaft und bittet um Zustimmung für eine einheitliche starke politische Vertretung.



Nach Bestätigung, dass nur Mitglieder im Saal seien und nach dem Schließen der Türen erfolgt die Wahl mittels Einsammeln der ausgefüllten Wahlzettel in Urnen durch mehrere Wahlhelfer. Laut *Generalsekretär* werden nach Überprüfung und Feststellung, dass der Wahlvorgang abgeschlossen sei, dann die Türen wieder geöffnet.

Nach abgeschlossener Auszählung dankt der *Präsident* dem Wahlleiter und gibt das Wahlergebnis bekannt:

1. Bestätigung durch die Mitglieder-versammlung:

- Auf *Herrn Schmitz-Rixen*, 3. Vizepräsidenten und Präsident 2017/2018, entfielen von 104 abgegebenen gültigen Stimmen 97 Ja-Stimmen (92 Prozent) bei drei Nein-Stimmen und eine Enthaltung.
- Auf *Herrn Meyer*, Generalsekretär, entfielen von 105 abgegebenen gültigen Stimmen 94 Ja-Stimmen (90 Prozent) bei fünf Nein-Stimmen und sechs Enthaltungen.

2. Wahl durch die Mitgliederversammlung:

- Auf *Herrn Kalff*, Vertreter des Konvents der leitenden Universitätschirurgen, entfielen von 105 abgegeben gültigen Stimmen 98 Ja-Stimmen (93 Prozent) bei drei Nein-Stimmen und vier Enthaltungen.
- Auf *Herrn Wenisch*, Vertreter des Konvents der leitenden Krankenhauschirurgen, entfielen von 102 abgegeben gültigen Stimmen 95 Ja-Stimmen (90 Prozent) bei zwei Nein-Stimmen und vier Enthaltungen.
- Auf die Kandidaten als Vertreter der Oberärzte/-ärztinnen einer chirurgischen Universitätsklinik entfielen:
 - auf *Frau Histing* 71 Ja-Stimmen (68 Prozent) bei zwei Nein-Stimmen und sieben Enthaltungen,
 - auf *Herrn Schafmeyer* 28 Ja-Stimmen (27 Prozent) bei acht Nein-Stimmen und acht Enthaltungen.
- Auf *Frau Fritze-Büttner*, Vertreter der Oberärzte/-ärztinnen einer chirurgischen Krankenhausabteilung, entfielen von 105 abgegeben gültigen Stimmen 96 Ja-Stimmen (91 Prozent) bei vier Nein-Stimmen und vier Enthaltungen.

Der *Präsident* fragt alle Kandidaten, ob sie die Wahl annehmen. Dies ist der Fall. Die gewählten Vertreter bedanken sich für das Vertrauen. Der *Präsident* stellt damit den erfolgreichen Abschluss des Wahlvorgangs fest.

TOP 3: BERICHT DES PRÄSIDENTEN

Mittels einer Präsentation geht der *Präsident* auf Schwerpunkte im Zeitraum seit dem 133. Kongress ein. Hauptaugenmerk liegt auf der Bestrebung, bis Ende 2018 die Doppelmitgliedschaft zu erreichen. Es gibt keine Fragen oder Bemerkungen.

TOP 4: BERICHT DES GENERALSEKRETÄRS

Der *Generalsekretär* erläutert Aufgaben, Ziele und Probleme sowohl in der Arbeit der Fachgesellschaften als auch in politischen Gremien. Keine weitere Diskussion folgt.

Der *Präsident* dankt dem Generalsekretär für seine Ausführungen und seine engagierte Arbeit.

TOP 5: BERICHT DES SCHATZMEISTERS

(Anlage 2). Der *Schatzmeister* bedankt sich bei allen, die ihn stets in seiner Tätigkeit unterstützen und erläutert die Entwicklung der Mitgliedsbeiträge im Falle einer Doppelmitgliedschaft.

Er legt Rechenschaft ab über Einnahmen und Ausgaben im Jahr 2016.

Der *Präsident* bittet die Kassenprüfer um ihren Bericht. *Herr Germer* empfiehlt den Mitgliedern, auch im Namen von Herrn Wenisch, den Jahresabschluss 2016 zu verabschieden und den Vorstand zu entlasten. Der *Generalsekretär* bittet um Handzeichen. Das geschieht bei Enthaltung des geschäftsführenden Vorstands. Damit ist der Jahresabschluss genehmigt.

Nach der Vorstellung des Haushaltsplanes 2017 wird – ebenfalls per Handzeichen – über die vorgesehenen Einnahmen und Ausgaben abgestimmt. Auch der Haushaltsplan für 2017 wird per Handzeichen verabschiedet.

Nach Befragung durch den *Präsidenten* erteilen die Mitglieder bei Stimmenthaltung der Vorstandsmitglieder dem Vorstand inkl. *Schatzmeister* einstimmig die Entlastung.

Der *Präsident* dankt dem *Schatzmeister* für seine verdienstvolle Arbeit.

TOP 6: VERGABE DER STIPENDIEN

Präsident und *Generalsekretär* bitten die Stipendiaten, deren Namen projiziert werden, auf die Bühne und überreichen ihnen unter dem Beifall der Mitglieder ihre Urkunden. Die Namen werden mit allen anderen Preisträgern wieder in der *Passion Chirurgie* veröffentlicht.

TOP 7: VERSCHIEDENES

Ein *Mitglied* kritisiert, dass einige Sitzungen mit Werbespots begonnen hätten, was er „befremdlich“ und „nicht akzeptabel“ finde. Der *Präsident* erklärt, dass dadurch erzielte höhere Erlöse natürlich nicht der Maßstab sein dürften und bittet um eine kurze schriftliche Stellungnahme. Dann werde sich der Vorstand der DGCH mit dem Problem befassen.

Zur Anfrage eines *Teilnehmers* zur Entwicklung des Facharztes Allgemeinchirurgie in Europa verweist der *Generalsekretär* auf noch nicht abgeschlossene Diskussionen in der UEMS und der Bundesärztekammer.

Der *Präsident* dankt dem Vorstand, den Damen der Geschäftsstelle sowie allen Mitgliedern für ihre Arbeit in der Gesellschaft. Er schließt die Sitzung um 14.00 Uhr.

gez.

Prof. Dr. T. Pohlemann
Präsident

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

Prof. Dr. T. H. K. Schiedeck
Schatzmeister

DGCH. Protokoll der DGCH-Mitgliederversammlung 2017. *Passion Chirurgie*. 2017 Mai, 7(05): Artikel 06_09.

Preise und Stipendien 2018

Die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie vergibt im Jahr 2018 die nachfolgend aufgeführten Preise und Stipendien.

IHRE BEWERBUNGEN ERBITTEN SPÄTESTENS BIS ZUM 30.09.2017 AN DIE

Deutsche Gesellschaft für Chirurgie
Generalsekretär
Herrn Prof. Dr. med. Dr. h.c. H.-J. Meyer
Luisenstraße 58/59
10117 Berlin

PREISE

B.-VON-LANGENBECK-PREIS

Auszeichnung für besondere wissenschaftliche Leistungen auf dem Gebiet der Chirurgie. Bewerben können sich Oberärzte und Assistenten.

Dotierung: € 10.500

W.-MÜLLER-OSTEN-PREIS

Auszeichnung für hervorragende Leistungen auf dem Gebiet der chirurgisch-interdisziplinären Arbeit oder der Zukunftsentwicklung des Faches Chirurgie.

Dotierung: € 8.000

F.-STEICHEN-PREIS, GESTIFTET VON MEDTRONIC GMBH

Vergabe für besondere Leistungen auf dem Gebiet der Klammernahttechnik und Endoskopie.

Dotierung: € 5.000

K.-STORZ-PREIS, GESTIFTET VON KARL STORZ GMBH CO. KG

Vergabe für besondere Verdienste und Leistungen auf dem Gebiet der minimal-invasiven Chirurgie.

Dotierung: € 4.000

E.-UNGEHEUER-PREIS, GESTIFTET VON DER AESCULAP AKADEMIE

Verleihung für Neuaufnahmen von besonderem wissenschaftlichen und didaktischen Wert in die Mediathek der DGCH.

Dotierung: € 3.000

FILMPREIS

Der Preis wird verliehen für Filme bzw. Videos über die Chirurgie und ihre Teilgebiete, die neue wissenschaftliche oder operationstechnische Kenntnisse vermitteln sowie als Lehr- oder Unterrichtsfilm angemeldet werden.

Dotierung: € 1.500

POSTERPREIS

Gegenstand soll die Darstellung der neuesten Ergebnisse aus der klinischen und experimentellen Chirurgie sein.

Dotierung: € 1.500

F.-LINDER-PREIS

Wird an den Erstautor des besten Vortrages innerhalb der Fritz-Linder-Sitzungen zur chirurgischen Forschung vergeben.

Dotierung: € 2.500

EINSENDUNGEN FÜR DEN F.-LINDER-PREIS AN:

Frau Prof. Dr. med. B. Vollmar
Direktorin des Instituts für Experimentelle Chirurgie der Medizinischen Fakultät der Universität Rostock
Universitätsklinikum Rostock
Schillingallee 35
18055 Rostock

STIPENDIEN

STIPENDIUM ALS FORTBILDUNGSHILFE

Beihilfe zu einer Forschungsreise zwecks Fortbildung in der allgemeinen Chirurgie oder einem Spezialgebiet der Chirurgie.

Dotierung: € 5.000

REISESTIPENDIUM DER H.-JUNGHANNS-STIFTUNG

Die nach unserem früheren Präsidenten und langjährigen Generalsekretär benannte Herbert-Junghanns-Stiftung verleiht ein Reise-Stipendium, bevorzugt an einen Krankenhauschirurgen. Voraussetzung ist Facharztstatus und die Mitgliedschaft in der DGCH.

Dotierung: € 5.000

W.-MÜLLER-OSTEN-STIPENDIUM

Zur Förderung wissenschaftlicher Arbeiten über die Geschichte der Chirurgie, die Erhaltung von Substanz und Einheit sowie der Zukunftsentwicklung der Chirurgie, der Qualitätssicherung der chirurgischen Tätigkeit in Krankenhaus und Praxis und den wissenschaftlichen und ethischen Grundlagen des chirurgischen Berufes.

Dotierung: € 5.000

W.-MÜLLER-OSTEN-STIPENDIUM FÜR

AUSLÄNDISCHE HOSPITANTEN

Wird ausgeschrieben zur Weiterbildung durch Hospitation an einer selbst gewählten deutschen chirurgischen Klinik.

Dotierung: € 5.000

REISESTIPENDIUM ZUM JAPANISCHEN

CHIRURGENKONGRESS

In Abstimmung mit der Japanischen Gesellschaft für Chirurgie wird die aktive Teilnahme am Japanischen Chirurgenkongress mit anschließender Hospitation in japanischen Zentren unterstützt.

INTERNATIONALES GASTSTIPENDIUM DER DGCH

Wird verliehen an junge Chirurgen, die ihre Weiterbildung zum Facharzt für Chirurgie (oder entsprechende Qualifikation) in ihrem Heimatland absolviert haben und anschließend zur Ausübung ihres Berufes dorthin zurückkehren.

Dotierung: € 5.000

REISESTIPENDIUM ZUM JAHRESKONGRESS DES AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS

In Abstimmung mit dem American College of Surgeons (ACS) wird die aktive Teilnahme am Jahreskongress des ACS mit anschließender Hospitation in relevanten Zentren unterstützt.

REISESTIPENDIUM FÜR DEUTSCHE UND SERBISCHE CHIRURGEN

Beihilfe zur Teilnahme serbischer Chirurgen an den Jahreskongressen der DGCH und damit zusammenhängend zur Hospitation an einer oder mehreren deutschen Kliniken/en oder zur Finanzierung einer Vortragsreise oder eines Weiterbildungsaufenthaltes eines deutschen Chirurgen an serbischen Kliniken.
Dotierung: € 5.000

Die Bestimmungen für die Verleihung der Preise und die Vergabe von Stipendien finden Sie im Internet unter

www.dgch.de

Sie können auch in der Geschäftsstelle (Tel.: 030/28876290) abgefordert werden.



Reisebericht zu einem Stipendium als Fortbildungshilfe

UNIVERSITY OF PITTSBURGH MEDICAL CENTER (UPMC)

Der erste Teil des Stipendiums erfolgte am international sehr renommierten University of Pittsburgh Medical Center (UPMC), Department of Plastic Surgery, Body Contouring, Breast Surgery and Aesthetic Surgery unter der Leitung von Universitäts-Professor Dr. J. Peter Rubin, MD, FACS (**Abb. 1**).

Professor Rubin ermöglichte mir im Mai 2015 für die Dauer von einer Woche die Teilnahme an einem „Clinical Observer Fellowship“ in den Services „Aesthetic Plastic Surgery Center“ und „Life After Weight Loss Program“ bzw. „Body Contouring“.

Das Department für Plastische Chirurgie beinhaltet insgesamt acht Zentren (Aesthetic

Plastic Surgery Center, Life After Weight Loss Program, Plastic Surgery After Cancer, Reconstructive Plastic Surgery, Hand Plastic Surgery Program, Facial Nerve Center, UPMC Center for Innovation in Restorative Medicine and Reconstructive Transplantation). Der Klinik ist des Weiteren ein eigenes Forschungslabor angeschlossen, in dem Forschungsprojekte im Bereich der Stammzellenforschung insbesondere bei Fettgewebszellen sowie posttraumatischer Geweberegeneration und Krebstherapie betrieben werden. Professor Rubin ist darüber hinaus Forschungsleiter von klinischen Versuchsreihen zur Verbesserung der Lebensqualität von posttraumatisch beeinträchtigtem Militärpersonal.

Es finden regelmäßige interne Journal Clubs statt, bei denen u. a. Vorträge von

Titelabb: Panorama von Pittsburgh mit dem University of Pittsburgh Medical Center (UPMC, schwarzer Wolkenkratzer, Mitte)



**DR. MED. ANDREAS WOLTER,
FEBOPRAS**

Oberarzt
Klinik für Plastische und Ästhetische
Chirurgie
Sana Kliniken Düsseldorf GmbH
Gräulinger Strasse 120
40625 Düsseldorf
a_wolter@gmx.de

eingeladenen Gastprofessoren anderer Universitätskliniken gehalten werden. Der Klinik für Plastische Chirurgie gehören 16 Oberärzte und 24 Residents an.

Professor Rubin und der Co-Direktor Dr. Jeffrey A. Gusenoff initiierten das „UPMC Life after Weight Loss Program“ (LAWLP). Innerhalb eines multidisziplinären Therapiekonzepts mittels bariatrischer Chirurgie, Ernährungsberatung, Sport- und Physiotherapie sowie Gewichtsmanagement bereiten mehrere Experten die Patienten im Rahmen eines Lifestyle-Coaching Programms auf die bevorstehenden Varianten des „Body Contourings“ vor. Zu diesen gehören die Abdominoplastik, hinteres unteres Bodylifting, Chestlifting, Brust-, Oberschenkel- und Oberarmstraffung sowie Liposuktion und Face-/Neckliftings. Professor Rubin veröffentlichte

ein Fachbuch zum Thema „Liposuktion“ und „Body Contouring“.

Als Clinical Observer ist es mir erlaubt gewesen, die operativen und klinischen Tätigkeiten passiv zu beobachten sowie an allen Visiten, Ambulanzvorstellungen, Weiterbildungsveranstaltungen, Journal Clubs, Besprechungen und Seminaren teilzunehmen.

Professor Rubin und Dr. Gusenoff sind Co-Direktoren des Adipose Stem Cell Center und des UPMC Aesthetic Plastic Surgery Center.

Gerade im Bereich des Body Contourings entwickelten Professor Rubin und Dr. Gusenoff eigene Techniken wie z. B. eine Autoaugmentationsmastopexie zum Breast-Reshaping bei ausgeprägter Ptosis mammae nach massivem Gewichtsverlust alleine durch Verwendung residuellen körpereigenen Brustdrüsengewebes ohne ein zusätzliches Brustimplantat.



Abb. 1: v.l.n.r. Univ.-Professor J. Peter Rubin, Dr. Andreas Wolter, Wesley Sivak, M.D.



WOLTER A. REISEBERICHT
ZU EINEM STIPENDIUM ALS
FORTBILDUNGSHILFE. PASSION
CHIRURGIE. 2017 MAI, 7(05): ARTIKEL
06_11.

Ich bekam die Möglichkeit die UPMC-Methoden des Body Contourings anhand von zahlreichen Abdominoplastiken, Liposuktionen, Lipofillings sowie Bruststraffungen in den OP-Sälen des Montefiore Hospitals zu beobachten.

Auch in der Plastischen und Ästhetischen Chirurgie in Düsseldorf-Kaiserswerth herrscht ein großes Aufkommen an postbariatrischen Patienten, sodass wir einige Methodenmodifikationen aus Pittsburgh in bestehende Behandlungsstrategien einfließen lassen konnten.

Professor Rubin und Dr. Gusenoff sowie das gesamte Team zeichneten sich durch ein äußerst hohes Maß an Gastfreundschaft aus und vermittelten mir jederzeit sehr bereitwillig und ausführlich ihre klinischen plastisch-chirurgischen Vorgehensweisen.

SPECTRUM HEALTH BLODGETT HOSPITAL, GRAND RAPIDS (MICHIGAN, USA)

Die zweite Destination des Stipendiums stellte das „Department of Plastic Surgery im Spectrum Health Blodgett Hospital“ in Grand Rapids, Michigan sowie die Privatklinik „Partners in Plastic Surgery of West Michigan“ unter der Leitung von Dr. Dennis C. Hammond dar (**Abb. 2, 3**). Hier erfolgte ebenso ein einwöchiges Clinical Observer Fellowship im direkten Anschluss an den Aufenthalt in Pittsburgh.

Herr Dr. Hammond ist ein international sehr renommierter Plastischer Chirurg und sowohl Mitglied der American Society of Plastic Surgeons (ASPS) als auch der American Society for Aesthetic Plastic Surgery (ASAPS) und veröffentlichte bereits zahlreiche Publikationen in hochrangigen Journals, mehrere Buchbeiträge und eigene Fachbücher, vor allem im Bereich Breast Surgery und Body Contouring.

Von ihm wurde die sogenannte „SPAIR-Technique“ (Short Scar Periareolar Inferior Pedicle Reduction) zur narbensparenden Mammareduktion entwickelt. Eine weitere von ihm entwickelte Technik ist die „Interlocking Gore-Tex Suture“, die eine Alternative zur traditionellen „Benelli-Pexie“ bei einer

periareolären konzentrischen Mastopexie unter Verwendung eines teflonbeschichteten Nahtmaterials darstellt. Weitere richtungsweisende Veröffentlichungen behandeln das Thema Brustrekonstruktion, Augmentationen und deren Komplikationsmanagement sowie die Gynäkomastie („pull-through technique“).

Während des Aufenthalts hatte ich neben der Observation von Patientenfällen im OP (zahlreiche SPAIR-Fälle, Silikonprothesenimplantationen, Brustrekonstruktionen durch Lipofilling und eine M. latissimus dorsi Lappenplastik) auch die Möglichkeit, Erstvorstellungen von Patienten in der Ambulanz, postoperative Follow Ups sowie präoperative



Abb. 2: Spectrum Health Blodgett Hospital



Abb. 3: v.l.n.r. Dr. Andreas Wolter, Dennis C. Hammond, M.D., Melissa Kath, M.D., OP-Schwester Melissa Williams, Gregory Knoll, M.D.

Anzeichnungen und Planungen am vorstationären Tag zu erleben.

Herr Dr. Hammond war während des gesamten Aufenthalts außerordentlich gastfreundlich und erläuterte sehr ausführlich auch anhand von Powerpointpräsentationen und Videos die einzelnen Techniken. Hervorzuheben sind darüber hinaus das gesamte Team um Dr. Hammond sowie die beiden Praxisteilhaberinnen Dr. Andrea van Pelt und Dr. Melissa Kath, die mir ebenso gastfreundlich und offen gegenübertraten.

Da sich die Behandlungsspektren der beiden Destinationen mit dem Spektrum der Kaiserswerther Diakonie sehr überschneiden (Mammachirurgie, Body Contouring), war

es mir möglich, während des Aufenthalts interessante Einblicke in neue innovative Techniken aus erster Hand dieser beiden Expertenzentren zu erhalten. Einige dieser Methoden konnten bereits in neue klinische Therapiekonzepte implementiert werden.

Zusammenfassend hat dieses Reisestipendium nachhaltig sehr gewinnbringende Erfahrungen bei mir hinterlassen, von denen ich in meiner weiteren beruflichen Laufbahn sicherlich sehr profitieren werde. Bedanken möchte ich mich ganz besonders herzlich bei Professor Rubin sowie Dr. Hammond und dem jeweiligen dazu zugehörigen Team für die außerordentliche Gastfreundschaft und die ausgesprochen hohe Bereitschaft ihr

Wissen weiterzuvermitteln sowie bei meiner ehemaligen Chefärztin Frau Professor Liebau, Klinik für Plastische und Ästhetische Chirurgie in Düsseldorf-Kaiserswerth, die mich bei diesem Stipendium uneingeschränkt unterstützt und mir diesen Auslandsaufenthalt ermöglicht hat.

Abschließend gilt mein herzlicher Dank insbesondere der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie für die Stiftung dieses Stipendiums, durch das ich sehr wertvolle innovative plastisch-chirurgische Erfahrungen sammeln durfte. Ich wünsche allen weiteren Stipendiaten ein ebenso erfolgreiches und interessantes Travelling Fellowship. ○

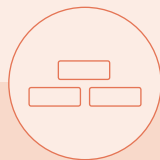
ERNENNUNGEN & AUSZEICHNUNGEN

Frau Prof. Dr. med. Martina Kadmon ist seit 1. Mai 2017 Gründungsdekanin für den Aufbau der Medizinischen Fakultät der Universität Augsburg. Die Fachärztin für Allgemeinchirurgie ist nach Uniangaben bisher an der Carl von Ossietzky Universität in Oldenburg als Professorin und kommissarische Dekanin tätig.

Seit 2015 leitet Frau Professor Kadmon erfolgreich die Chirurgische Arbeitsgemeinschaft Lehre (CAL) innerhalb der DGCH.

SPENDENAUFTRUF

Langenbeck-Virchow-Haus



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

sich mit einem Spendenaufruf an die Mitglieder zu wenden.

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

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

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



Prof. Dr. med. T. Pohlemann

Präsident

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

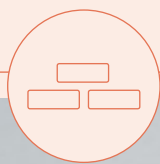
Generalsekretär

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

Schatzmeister

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
Herr Prof. Dr. Dr. h. c. mult. Roland Hetzer,
Berlin

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. Schmittenbecher, 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	B. Braun, Homburg

WEITERE MITGLIEDER

Leitender Universitätschirurg	J. C. Kalff, Bonn
Leitender Krankenhauschirurg	H. J. C. Wenisch, Potsdam
Oberarzt in nichtselbstständiger Stellung einer Chirurgischen Universitätsklinik	T. Histing, Homburg
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





Protokoll der BDC-Mitgliederversammlung



DR. MED. ULLRICH FLECK
Schriftführer des BDC
ullrich.fleck@kh-luckenwalde.de

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

Ort: ICM München, Raum 21, während des 134. Chirurgenkongresses

Anwesende: 25 stimmberechtigte Mitglieder, 7 Gäste

TOP 1: BERICHT DES PRÄSIDENTEN

Der Präsident Herr Professor Meyer begrüßt die anwesenden Mitglieder und dankt dem Vorstand für die geleistete Arbeit. Nach einem Jahr „Fahrt in unruhigen Gewässern“ konstatiert der Präsident, um im Bild zu bleiben, haben sich „die Wogen geglättet und das Schiff BDC hat wieder Fahrt aufgenommen“. Dies zeigt sich in der aktuellen Mitgliederzahl von 17.448 (Stand 31.12.2016). Danach ging der Präsident in seinem Rechenschaftsbericht,

der durch eine Powerpoint-Präsentation unterstützt wurde, auf die Reorganisation der Leitungsstrukturen des BDC (Vorstand und Präsidium) ein – vor dem Hintergrund einer Verschlingung der Leitungsstrukturen mit dem Ziel der schnellen Reaktion auf aktuelle Ereignisse verbunden mit Kosteneinsparungen. Somit wird es zukünftig nur noch eine Präsidiumssitzung jährlich geben. Noch nach alter Satzung wird die nächste Sitzung im Mai 2017 stattfinden. Die doch erheblichen Änderungen werden nochmals extra thematisiert im Tagesordnungspunkt (TOP) 5 **Satzungsänderungen**. Ein weiteres wichtiges Arbeitsfeld des Präsidenten und des Vorstands ist die Arbeit in der Weiterbildungskommission der BÄK und die fachliche Ausgestaltung der (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWO) im Gebiet der Chirurgie, dabei insbesondere in

Fleck U. Protokoll der BDC-Mitgliederversammlung. Passion Chirurgie. 2017 Mai, 7(05): Artikel 07_01.



HIER FINDEN SIE DIE AKTUELLEN ÄNDERUNGEN DER BDC-SATZUNG. [LINK: [HTTPS://WWW.BDC.DE/WP-CONTENT/UPLOADS/2017/04/BDC-SATZUNGSÄNDERUNG_2017.PDF](https://www.bdc.de/wp-content/uploads/2017/04/BDC-SATZUNGSÄNDERUNG_2017.PDF)]



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



der Facharztkompetenz Allgemeinchirurgie/ Allgemein- und Viszeralchirurgie. Auch dieses Thema wird erneut beim TOP 6 aufgegriffen.

Bei der inhaltlichen Ausgestaltung der neuen GOÄ dankt der Präsident dem Vizepräsidenten Herrn Dr. Rüggeberg für die kompetente Zuarbeit. Des Weiteren dankt der Präsident Herrn Professor Izbicki und mehreren nicht namentlich genannten Juristen für Medizinrecht für die juristische Beurteilung bestimmter GOÄ-Probleme. Abschließend werden weitere BDC-Aktivitäten aufgeführt, wie Nachwuchsförderung, Neuausrichtung der BDC|Akademie mit 85 Seminaren und 29 Hospitationsveranstaltungen, Lobbyarbeit auf Bundes- und Landesebene, Presseaktivitäten, Hygienebeauftragter Arzt sowie Gründung der AG Beleg- und Kooperationsärzte.

Auch das Projekt „Einheit der Chirurgie“ zeigt langsam Fortschritte. So konnte eine gemeinsame Mitgliederzeitschrift, gemeinsame Workshops sowie eine Intensivierung der Zusammenarbeit mit den Akademien der chirurgischen Fachgesellschaften (außer der DGAV) realisiert werden. Der Rechenschaftsbericht des BDC-Präsidenten Herrn Professor Meyer wurde ohne Zusatzfragen und Kommentare angenommen. Im Anschluss an den Rechenschaftsbericht wurde der verstorbene Mitglieder gedacht.

TOP 2: BERICHT DES SCHATZMEISTERS

Nach dem Bericht des Präsidenten stellt der Schatzmeister Herr Dr. Mayer, ebenfalls unterstützt durch eine Powerpoint-Präsentation, die wirtschaftliche Situation des BDC dar. Der Schatzmeister dankt dem Geschäftsführer Herrn Dr. Dittmar sowie der Geschäftsstelle für die gute Zusammenarbeit und Unterstützung. Die Einnahmen des BDC aus Beiträgen sind dank der Mitgliederentwicklung stabil und belaufen sich auf 1,75 Millionen Euro. Auch bei der Rechtsschutzversicherung halten sich Einnahmen und Ausgaben im erwarteten Rahmen. Während eine Senkung der Kosten im Bereich des Präsidiums zu verzeichnen war, wurde der Erlösgewinn durch die Kosten des Vorstands geschmälert, vornehmlich

durch die Beraterverträge faktisch vorgezogene Erweiterung des Vorstands. Besonders erfreulich wird die Kostenentwicklung der Geschäftsstelle konstatiert, die durch kluge Personalpolitik und einnahmewirksame Zunahme der Serviceleistungen die steigenden Anforderungen kostenneutral gestaltete. Genauso positiv werden die finanzpolitischen Bemühungen der BDC|Akademie bewertet, die gegenüber den Vorjahren die satzungsgemäße Unterdeckung trotz Angebotssteigerung bei 17 Prozent halten konnte. Die Rechtsschutzberatung ist in der Bilanz ebenfalls konstant, verbunden mit dem Dank an Rechtsanwalt Herrn Dr. Heberer. Im Fazit konnte der Schatzmeister, trotz unklarer Neubewertung der Umsatzsteuer, die noch nicht abschließend durch die Finanzbehörde Berlin entschieden wurde, ein positives Betriebsergebnis konstatieren.

TOP 3: ENTLASTUNG DES VORSTANDS

Aus der Mitgliederversammlung stellt Herr Professor Jauch den Antrag auf Entlastung des Vorstands, der ohne Gegenstimme bei Enthaltung der Vorstandsmitglieder angenommen wurde.

TOP 4: BERICHT DES JUSTITIARS

Im TOP 4 gibt der Justitiar seinen Bericht, der sich gegenüber den Vorjahren kaum unterscheidet. Pro Tag werden vom Justiziar ca. acht Anfragen unterschiedlichen Zeitaufwands beantwortet. In seinem Bericht wird das Antikorruptionsgesetz thematisiert, wobei die Aktivitäten der Staatsanwaltschaft noch nicht eindeutig abgeschätzt werden können. Zurzeit laufen vier Verfahren, bei denen in den nächsten drei Jahren gerichtlich Entscheidungen erwartet werden. Der Präsident dankt Herrn Dr. Heberer für seinen Bericht.

TOP 5: SATZUNGSÄNDERUNG

Der Vizepräsident Herr Dr. Rüggeberg erläutert der Mitgliederversammlung die

Veränderungen der BDC-Satzung, die allen Mitgliedern mit der Einladung schriftlich überstellt worden ist. Basierend auf den Vorschlägen der Satzungskommission und des BDC-Präsidiums sollen die Veränderungen zur Professionalisierung der Verbandsarbeit, zur Demokratisierung und zur Verschlinkung beitragen, mit dem Ziel die Lobbyarbeit zu intensivieren und schnell, zeitnah auf die aktuelle Tagespolitik zu reagieren. Dem Einwand von Herrn Dr. Dittrich, dass er die zahlenmäßig große Gruppe der angestellten MVZ-Chirurgen nicht in der Struktur des neuen Präsidiums wiederfindet, entgegnet der Präsident, dass die jetzige Struktur sehr flexibel sei, ggf. zusätzliche Referate einzuführen. Im Übrigen seien die MVZ-Chirurgen zurzeit im Referat „Niedergelassene Chirurgen“ geführt. Die Veränderungen der Satzung werden einstimmig mit einer Enthaltung angenommen (25 stimmberechtigte Mitglieder).

TOP 6: WEITERBILDUNGSKOMMISSION

Im TOP 6 erläutert das Mitglied der Weiterbildungskommission des BDC, Vizepräsidentin Frau Professor Seifert, die Vorschläge der Ständigen Kommission der MWO der BÄK. Dabei werden erhebliche Diskrepanzen dargestellt, die ein konsequentes Handeln des BDC erfordern. Im Detail existieren zwei völlig konträre Vorstellungen in der Gesamtweiterbildungszeit und in der Facharztkompetenz Allgemein- und Viszeralchirurgie, wobei weder einer Verkürzung der Pflichtweiterbildungszeit auf 60 Monate, noch dem Vorschlag einer 18-monatigen Weiterbildungszeit bei einem 24-Monate Weiterbildungs-Ermächtigten in Spezielle Unfallchirurgie zugestimmt werden kann.

Anfragen an den Vorstand zu den in der Tagesordnung angegebenen Punkten 7 und 8 werden von den Mitgliedern nicht gestellt. Der Präsident beendet die Mitgliederversammlung und wünscht allen noch einen angenehmen Abend und einen erfolgreichen Kongressverlauf.



Schlank und professionell: Die neue Satzung des BDC



**DR. MED. JÖRG-ANDREAS
RÜGGEBERG**

Vizepräsident des BDC
dr.rueggeberg@t-online.de

Am 22.3.2017 hat die Mitgliederversammlung des BDC eine neue Satzung verabschiedet, die nach den erforderlichen Überprüfungen durch das Registergericht dann ab der nächsten Wahlperiode unser Arbeiten bestimmen wird. Grundlage der neuen Struktur ist der Wunsch nach mehr Effektivität und Professionalität.

Zur Verschlanung und auch zur Reduktion kostenträchtiger Sitzungen ist die bisherige Doppelstruktur mit geschäftsführendem und erweitertem Präsidium zu einem einzigen Präsidium zusammengelegt worden. Dieses wird einmal im Jahr tagen und die Grundsätze der Verbandsarbeit festlegen. Die Landesverbände erhalten eine hervorgehobene Stellung und werden unabhängig vom Präsidium ebenfalls einmal im Jahr zusammengerufen.

Zur Stärkung der Handlungsfähigkeit unseres Verbandes wird neben dem dreiköpfigen Vorstand, bestehend aus Präsident und zwei Vizepräsidenten ein erweiterter Vorstand mit fünf weiteren Mandatsträgern gebildet. Alle Vorstandsmitglieder sollen gleichzeitig als eine Art Ministerium ein Referat

verantwortlich betreuen und damit die vielfältige Sacharbeit in der täglichen Arbeit bündeln. Der Vorstand tagt in kurzen Abständen und kann durch die neue Struktur schneller und effektiver aktuelle Entscheidungen des Tagesgeschehens treffen. Auch wenn es formal beim so genannten Ehrenamt bleibt, so bietet diese neue Struktur dennoch ein Höchstmaß an Professionalität.

Eine wichtige Änderung in der neuen Satzung betrifft die Legitimation aller Mandats-träger. Anders als in der Vergangenheit wird jetzt die Mitgliederversammlung als oberstes demokratisches Organ alle Präsidiumsmitglieder zu wählen haben. Damit obliegt die Zusammensetzung unserer Gremien allein unseren eigenen Mitgliedern und wird nicht mehr von außen bestimmt.

Die Mitgliederversammlung 2018 wird erstmalig nach dieser neuen Satzung die Repräsentanten des Verbandes für die dann neue Amtsperiode von vier Jahren wählen können. Bis dahin verfahren wir schon nach den Grundprinzipien der neuen Satzung, soweit dies nach geltender Satzung möglich ist. ○

J.-A. Rüggeberg. Schlank und professionell: Die neue Satzung des BDC. Passion Chirurgie. 2017 Mai, 7(05): Artikel 07_01.



HIER FINDEN SIE DIE AKTUELLEN
ÄNDERUNGEN DER BDC-SATZUNG.



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



Fachärzte fordern klares Bekenntnis der Politik zur ärztlichen Freiberuflichkeit



**PRESSEMITTEILUNG ZUM
BUNDESKONGRESS CHIRURGIE VOM 10.-
12. MÄRZ 2017 IN NÜRNBERG**

Nürnberg/Berlin, 14. März 2017: „Ein staatsfernes Gesundheitssystem mit freiberuflichen Ärzten und Wahlmöglichkeiten für die Patienten ist ein demokratiestabilisierender Faktor, den es zu erhalten gilt.“ Mit dieser Aussage erntete der Ökonom und Europaexperte Prof. Günter Danner großen Beifall beim politischen Samstagvormittag des 19. Bundeskongresses Chirurgie. Mit ihrem Status als Freiberufler in einem Kammer-system seien deutsche Ärzte europaweit allerdings die Ausnahme, erklärte Prof. Danner und warnte vor Bestrebungen hin zu einer EU-weiten Angleichung und Vergemeinschaftung der Sozialsysteme. Doch auch in Deutschland ist der Wert der ärztlichen Freiberuflichkeit nicht jedem Politiker bewusst, so Dr. Dirk Heinrich vom Spitzenverband Fachärzte: „Viele verwechseln Freiberuflichkeit mit selbstständiger Tätigkeit.“ Anders als Gewerbetreibende erfüllten Freiberufler aber einen gesamtgesellschaftlichen Auftrag, ob nun als Angestellte oder selbstständig tätige Ärzte.

Die ausrichtenden Berufsverbände kritisierten, dass der für eine freiberufliche Tätigkeit erforderliche Handlungsspielraum immer weiter beschnitten wurde. So erklärte BDC-Präsident Prof. Hans-Joachim Meyer: „Insbesondere der Gemeinsame Bundesausschuss ist mittlerweile ein Apparat, dessen Machtbefugnisse dringend hinterfragt werden müssen.“ BAO-Präsident Dr. Axel Neumann beobachtet eine weitere Entwicklung mit Sorge: „Wir niedergelassenen Fachärzte werden kaum noch von Politikern und Institutionen wahrgenommen, obwohl die Vorteile

unserer Arbeit für den Patienten unbestritten sind. Sogar wir selbst argumentieren nur noch mit unseren Kosten – der Wert unserer ärztlichen Leistung, der auf Ausbildung, Erfahrung und Verantwortung basiert, fällt dabei unter den Tisch!“ Der BNC-Vorsitzende Dr. Christoph Schüürmann ergänzte: „Ob im ambulanten oder stationären Bereich – in allen Gebührenordnungen ist der Anteil des Arztlohns im internationalen Vergleich viel zu niedrig angesetzt und muss endlich angepasst werden!“ Er riet seinen Kollegen, ihren Anteil an der Volkswirtschaft nicht zu unterschätzen: „Niedergelassene Vertragsärzte haben 20 Milliarden Euro in ihre Praxen und damit in das Gesundheitssystem investiert!“

Echten Gegenwind aus der Politik gab es nicht. Die anwesenden Politiker aus SPD, CSU und FDP bekannten sich klar zur ärztlichen Freiberuflichkeit. Doch ihre Lösungsansätze harmonisieren nur bedingt mit den Forderungen der Ärzteschaft. So rechtfertigte die SPD-Bundestagsabgeordnete Martina Stamm-Fibich die Forderung nach einer Bürgerversicherung damit, dass die Politik endlich Lösungen für einkommensschwache Menschen anbieten müsse, die sich ihre Krankenversicherung nicht mehr leisten können: „Hier fehlen mir bislang konstruktive Lösungsvorschläge aus den Reihen der Ärzteschaft.“ Der CSU-Landtagsabgeordnete Bernhard Seiderath bekräftigte die Haltung seiner Partei, mithilfe der unter Ärzten unpopulären Landarztquote den Nachwuchs auf's Land locken zu wollen. Der FDP-Bundestagskandidat Prof. Andrew Ullmann wiederum versprach, die flächendeckende wohnortnahe Versorgung auch ohne derartige Regularien zu stärken und das Zwei-Säulen-Modell aus privater und gesetzlicher Krankenversicherung nicht anzutasten, obwohl das FDP-Wahlprogramm für die Bundestagswahl noch nicht verabschiedet wurde. ○



**WEITERE
PRESSEMITTEILUNGEN:**

**JOURNALISTENPREIS DER
DEUTSCHEN CHIRURGEN WÜRDIGT
„EIN KRANKES HAUS“**

BDC-Pressemitteilung vom 11.03.2017

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

BDC-Pressemitteilung vom 01.03.2017

www.bdc.de/presse/



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



ALLE PRESSEMITTEILUNGEN UND
DAS MEDIENECHO FINDEN SIE AUF
BDC|ONLINE IM BEREICH PRESSE.

BDC-Pressemitteilung

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



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. ○

DER BDC BEIM CHIRURGEN-KONGRESS

17

Es gab wieder Rechtsberatung beim Kongress: Dr. Heberer, der BDC-Justitiar, beriet insgesamt 17 BDC-Mitglieder an diesem Tag.

1.800

Über 1.800 Minuten an vier Tagen waren wir für Sie beim Kongress.

10

Insgesamt gestaltete der BDC zu 10 unterschiedlichen Themen Sitzungen und Workshops.

2.000

Während des Kongresses wurden insgesamt fast 2.000 Seminar-Flyer der BDC|Akademie, Imagebroschüren des BDC und Informationen zu speziellen Fortbildung wie zum „Hygienebeauftragten Arzt“ von Interessierten mitgenommen.

20

Der KidsClub wurde wieder gut genutzt: Über 20 Kinder wurden von der Agentur Pünktchen betreut.

200

Knapp 200 Fragen von Mitgliedern und Besuchern beantworteten wir am BDC-Stand beim Kongress.

BDC | Landesverbände



DER BDC IN DEN BUNDESLÄNDERN

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

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



[https://www.bdc.de/der-bdc-2/struktur/
bdc-landesverbaende/?association_id=292](https://www.bdc.de/der-bdc-2/struktur/bdc-landesverbaende/?association_id=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=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=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=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=306)



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



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



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



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



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



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



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



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



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



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



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



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



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



www.bdc.de



BDC-PRESSESPIEGEL

03.04.2017, Journalmed

Initiative „Choosing wisely“: Chirurgen setzen auf Leitlinien

Die Ärzteinitiative „Klug entscheiden“ erarbeitet derzeit Empfehlungen gegen Über- oder Unterversorgung in der Medizin. Die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (DGCH) engagiert sich schon seit vielen Jahren dafür, überflüssige Untersuchungs- und Behandlungsverfahren konsequent zu vermeiden.

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.



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



Raymund Bay ist neuer Leitender Oberarzt der Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie am Ravensburger Krankenhaus St. Elisabeth. Der Facharzt für Chirurgie, Orthopädie und Unfallchirurgie sowie Spezielle Unfallchirurgie ist nach **Chefarzt Prof. Dr. med. Franz Maurer** zweiter Hauptoperateur des zertifizierten Endoprothetikzentrums am Elisabeth Krankenhaus.

Andreas Becker ist der neue Experte der Sektion Endoprothetik und spezielle orthopädische Chirurgie im HELIOS Klinikum Siegburg. Seit dem 1. April 2017 leitet er an der Seite seines Kollegen Dr. Norbert Moos die Abteilung in der Implantationen des modernen Gelenkersatzes an Hüfte, Knie oder Sprunggelenk vorgenommen werden. Zu Beckers Fachgebiet zählt neben der Endoprothetik auch die Fußchirurgie.

Dirk Bleymehl und **Dr. med. Peter Jung** sind seit Januar 2017 die beiden neuen Chefarzte am Nardini Klinikum in Landstuhl. Zusammen leiten sie im Kollegialsystem die Allgemein-, Gefäß- und der Viszeralchirurgie und arbeiten an der konsequenten Weiterentwicklung des Leistungsangebotes.

PD Dr. med. Francisco Castañeda ist seit dem 19. April 2017 neuer Chefarzt der Abteilung für Allgemein- und Viszeralchirurgie der Rotkreuzklinik Wertheim. Der Facharzt für Chirurgie und Biochemie bietet durch seine zusätzliche Kompetenz auf dem Gebiet der onkologischen Chirurgie sowie im Bereich der Pathobiochemie ein breites Behandlungsspektrum an.

Prof. Dr. med. Roland S. Croner ist seit dem 01.04.2017 neuer Direktor der Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Gefäßchirurgie des Klinikums des Universitätsklinikums Magdeburg A.ö.R. Der erfahrende Experte auf dem Gebiet der minimal-invasiven und Robotik-assistierten Leber- und Krebschirurgie, der auch neuer Lehrstuhlinhaber ist, möchte diese Schwerpunkte an der Uniklinik Magdeburg etablieren und die minimal-invasive Chirurgie weiter ausbauen.

Prof. Dr. med. Adrien Daigeler ist der neue Direktor der Klinik für Hand-, Plastische, Rekonstruktive und Verbrennungschirurgie an der Tübinger BG Klinik. Er übernahm dieses Amt sowie die Professur für Hand-, Plastische und Verbrennungschirurgie an der Eberhard Karls Universität Tübingen von **Prof. Hans-Eberhard Schaller**, welcher sich in den Ruhestand verabschiedete. Daigelers klinische Schwerpunkte sind die Rekonstruktive Chirurgie, die Hand- und Tumorchirurgie.

Prof. Lars Fischer ist seit dem 1. Mai 2017 neuer Chefarzt der Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie am Klinikum Mittelbaden. Der Nachfolger von **Prof. Dieter Berger** ist in seiner Funktion sowohl für das Haus in Bühl als auch für Baden-Baden zuständig.

Prof. Dr. Alexander Hyhlik-Dürr, zuvor stellvertretender Ärztlicher Direktor und Leitender Oberarzt am Universitätsklinikum Heidelberg, leitet seit dem 1. März 2017 die Klinik für Gefäßchirurgie am Klinikum Augsburg.

Dr. med. Tobias Köhler, seit 2010 Chefarzt der Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie am Krankenhaus Friedberg, hat zum 01. Februar 2017 auch die Leitung am Krankenhaus Aichach übernommen.

Prof. Dr. med. Martin Kruschewski hat zum 01.03.2017 seine Tätigkeit als Chefarzt in der Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie am Klinikum Frankfurt (Oder) aufgenommen. Sein Fokus liegt auf dem Ausbau der onkologischen Chirurgie, vor allem der Behandlung des Speiseröhren- und des Mastdarmkrebses. Dabei soll eine enge Kooperation mit den niedergelassenen Kollegen und den umgebenen Kliniken erfolgen.

Prof. Dr. med. Karin Pfister übernahm zum 01.04.2017 die Leitung der Abteilung für Gefäßchirurgie und folgt damit auf **Prof. Dr. med. Piotr Kasprzak** mit dem sie als stellvertretende Leitung und Leitende Oberärztin die Entwicklung der 2015 entstandenen Gefäßchirurgie im UKR aktiv mitgestaltet hat. Mit Übernahme der Leitung wurde Pfister auch zur W2-Professur für Gefäßchirurgie an der Universität Regensburg berufen.

Dr. med. Christian Pilkahn, Facharzt für Unfallchirurgie und Orthopädie, löste am 01. April 2017 Dr. Peter Riess als Chefarzt der Abteilung Unfallchirurgie und Orthopädie im HELIOS Klinik Bad Berleburg ab. Pilkahn ist Wirbelsäulenspezialist und wird das derzeitige Leistungsspektrum um chirurgische Eingriffe an der Wirbelsäule ergänzen und neben den endoprothetischen Eingriffen als zweiten Schwerpunkt der Abteilung aufbauen.

Anja Regel ist neue Chefärztin der Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie im St. Georg-Klinikum in Eisenach. Die Fachärztin für Chirurgie, Viszeralchirurgie und spezielle Viszeralchirurgie war zuvor als Oberärztin im SRK Krankenhaus Waltershausen-Friedrichroda tätig.

Dr. med. Markus Scheuerpflug leitet seit dem 01.04.2017 die Allgemein- und Viszeralchirurgie am Stadtkrankenhaus Schwabach. Der Facharzt für Allgemein- und Viszeralchirurgie war zuvor als Oberarzt in der Kreisklinik Roth tätig.

Dr. med. Matthias Schlensak leitet seit 01.04.2017 die Abteilung für Allgemein- und

Viszeralchirurgie der Schön Klinik Düsseldorf. Sein Fokus liegt auf dem Ausbau der Adipositas- und metabolischen Chirurgie.

Dr. med. Michael Stachow wurde Anfang April 2017 offiziell im Agaplesion Diakonie-Krankenhaus Seehausen begrüßt. Der neue Chefarzt der Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Unfallchirurgie trat die Nachfolge von **Dr. med. Georg Federmann** an, der sich in den Ruhestand verabschiedete. Stachow ist Facharzt für Chirurgie, Orthopädie und Unfallchirurgie und hat zudem auch fachliche Qualitäten in der Sport- und Notfallmedizin.

Dr. med. Florian Stadler, seit Herbst 2012 Chefarzt der Chirurgischen Abteilung am Krankenhaus Cham, ist seit Anfang dieses Jahres auch Ärztlicher Direktor der Sana Kliniken des Landkreises.

Dr. med. Andreas Wolter ist seit dem 01.04.2017 als Oberarzt an der Klinik für Plastische und Ästhetische Chirurgie der Sana Kliniken Düsseldorf GmbH tätig. ○

Termine BDC | Akademie

CURRICULUM BASISCHIRURGIE							
DATUM		ORT	KURS-NR.	SEMINARTITEL	WISSENSCHAFTLICHER LEITER	PREIS MITGLIED	PREIS NICHT-MGL
16.06.17	17.06.17	Potsdam	2017-21512	Workshop "Intensivmedizin & Reanimation"	Prof. Dr. habil. med. Frank Marusch	500,00	700,00
23.06.17	24.06.17	Tübingen	2017-21511	Workshop "Intensivmedizin"	Dr. med. Hans Fischer	400,00	600,00
29.06.17	01.07.17	Hamburg	2017-21666	Common Trunk	Prof. Dr. med. Wolfgang Schwenk; Prof. Dr. med. Bernhard Reith; Prof. Dr. med. Uwe Johannes Roblick	400,00	600,00
06.09.17	09.09.17	Braunschweig	2017-21661	Common Trunk	Prof. Dr. med. Dr. h.c. Guido Schumacher	400,00	600,00
22.09.17		Berlin	2017-21526	Workshop "Simulationstraining Notfallmanagement"	Dr. med. Jan Baus	450,00	600,00
22.09.17	23.09.17	Leipzig	2017-21521	Seminar "Notfallmanagement im Bereitschaftsdienst"	Dr. med. Ehrhardt Weiß	100,00	200,00
25.09.17	28.09.17	Duisburg	2017-21668	Common Trunk	Prof. Dr. med. Daniel Vallöhrer	400,00	600,00
09.11.17	11.11.17	Berlin	2017-21503	Praktisches Seminar: Allgemein-, Viszeral- und Gefäßchirurgie	Dr. med. Jörg Sauer	400,00	600,00

FACHARTZTVORBEREITUNG							
DATUM		ORT	KURS-NR.	SEMINARTITEL	WISSENSCHAFTLICHER LEITER	PREIS MITGLIED	PREIS NICHT-MGL
12.06.17	16.06.17	Hamburg	2017-23820	Facharztseminar – Orthopädie / Unfallchirurgie	Prof. Dr. med. Wolfgang Rüther; Prof. Dr. med. Markus Kröber	300,00	500,00
19.06.17	23.06.17	Erfurt	2017-23670	Facharztseminar – Viszeralchirurgie	Prof. Dr. med. Albrecht Stier	300,00	500,00
21.06.17	23.06.17	Herne	2017-23711	Facharztseminar – Thoraxchirurgie	Dr. med. Erich Hecker	300,00	500,00
04.09.17	08.09.17	Erfurt	2017-23822	Facharztseminar – Orthopädie / Unfallchirurgie	Prof. Dr. med. Thomas Mückley	300,00	500,00
11.09.17	15.09.17	Leipzig	2017-22550	Facharztseminar – Allgemeinchirurgie	Dr. med. Ehrhardt Weiß	300,00	500,00
06.11.17	10.11.17	Dortmund	2017-22530	Facharztseminar Allgemeinchirurgie	Dr. med. Jens-Peter Stahl; Prof. Dr. med. Mark Hartel	300,00	500,00
14.11.17	17.11.17	Hamburg	2017-23672	Facharztseminar Viszeralchirurgie	Prof. Dr. med. Dr. h.c. Jakob R. Izicki; Prof. Dr. med. Wolfgang Schwenk	300,00	500,00

FACHBEZOGENE SEMINARE, WORKSHOPS UND HOSPITATIONEN

DATUM		ORT	KURS-NR.	SEMINARTITEL	WISSENSCHAFTLICHER LEITER	PREIS MITGLIED	PREIS NICHT-MGL
17.05.17	19.05.17	Berlin	2017-23681	Endokrine Chirurgie	Prof. Dr. med. Thomas Steinmüller	250,00	450,00
19.05.17	20.05.17	Bonn	2017-23633	Kindertraumatologie für D-Ärzte	Prof. Dr. med. Christof Burger; PD Dr. med. Hans Goost; Prof. Dr. med. Axel Prokop	300,00	450,00
09.06.17	10.06.17	Templin	2017-23682	Update Viszeralchirurgie	Prof. Dr. med. habil Frank Marusch; Prof. Dr. med. Hubertus J.C. Wenisch	30,00	50,00
14.06.17	16.06.17	Berlin	2017-23678	Kolorektale Chirurgie	Prof. Dr. med. Martin Kreis; Prof. Dr. med. Johann Pratschke; PD Dr. med. Felix Aigner	250,00	450,00
21.06.17	23.06.17	Berlin	2017-23671	Hepatobiliäre Chirurgie	Prof. Dr. med. Johann Pratschke; PD Dr. med. Robert Öllinger; PD Dr. med. Moritz Schmelzle	250,00	450,00
28.06.17	30.06.17	Köln	2017-23677	Oberer Gastrointestinaltrakt	Prof. Dr. med. Wolfgang Schröder; Prof. Dr. med. Christiane Bruns	250,00	450,00
31.08.17	01.09.17	Berlin	2017-22401	CAMIC 1: Grundlagen der minimal-invasiven Chirurgie	Prof. Dr. med. Ferdinand Köckerling	400,00	600,00
18.09.17	19.09.17	Nor-derstedt	2017-23617	Orthotrauma: Obere Extremität	Prof. Dr. med. Burkhard Wippermann; Dr. med. Michael Stalp	800,00	1000,00
21.09.17	22.09.17	Berlin	2017-22403	CAMIC 2: Endoskopische Hernienchirurgie	Prof. Dr. med. Ferdinand Köckerling	400,00	600,00
22.09.17	23.09.17	Berlin	2017-23865	Fußchirurgie Seminar 3	Dr. med. Dan-Henrik Boack	500,00	650,00
22.09.17	23.09.17	Dresden	2017-23824	OP-Kurs Ellenbogen	Prof. Dr. med. Wolfgang Schneiders; Prof. Dr. med. Guido Fitze	400,00	600,00
06.10.17	07.10.17	Berlin	2017-23616	Deformitätenkorrektur mittels Ringfixateur	Prof. Dr. med. Robert Rödl; Dr. med. Micha Langendörfer	400,00	600,00
12.10.17	13.10.17	Tuttlingen	2017-23672	Spezielle Viszeralchirurgie	Prof. Dr. med. Michael Schäffer	300,00	500,00
19.10.17	20.10.17	Berlin	2017-22408	Master-Class Adipositaschirurgie	Prof. Dr. med. Volker Lange	400,00	600,00

SOFTSKILL- & MANAGEMENTSEMINARE

DATUM		ORT	KURS-NR.	SEMINARTITEL	WISSENSCHAFTLICHER LEITER	PREIS MITGLIED	PREIS NICHT-MGL
20.05.17		Berlin	2017-25590	Gutachter im Behandlungsfehler-Prozess	Prof. Dr. Heiner Wenk	250,00	400,00
22.09.17	23.09.17	Köln	2017-25820	Begutachtung von Berufskrankheiten	Dr. med. Ekkehard Hierholzer	300,00	500,00
10.11.17	12.10.17		2017-25810	Unfallbegutachtung in der gesetzlichen Unfallversicherung (Teil I: 10.-11.11.2017 und Teil II: 17.-18.11.2017)	Dr. med. Ekkehard Hierholzer; Prof. Dr. med. Bertil Bouillon	400,00	600,00

FACHÜBERGREIFENDE SEMINARE

DATUM		ORT	KURS-NR.	SEMINARTITEL	WISSENSCHAFTLICHER LEITER	PREIS MITGLIED	PREIS NICHT-MGL
13.10.17	14.10.17	Berlin	2017-24708	Abschlusscolloquium Fortbildung für Hygienebeauftragte Ärzte (HBA)	Prof. Dr. med. Julia Seifert; Prof. Dr. med. Axel Kramer		

BDC|Akademie:

Information und Anmeldung:

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

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

Berufsverband der Deutschen Chirurgen e. V.

Langenbeck-Virchow-Haus

Luisenstr. 58/59, 10117 Berlin



Kompaktkurs – geeignet für alle Ärzte

Hygienebeauftragter Arzt (HBA)

Mit der Smart-Learning-Methode

Ein modernes Lernkonzept für flexible und individuelle Fortbildung:

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

eCME-center.org®
continuing medical education

meduplus

60 CME-Punkte!



• Jetzt anmelden:

www.ecme-center.org/hba



Partner des BDC für chirurgische Weiter- und Fortbildung

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

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

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

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

Veranstaltungshinweise

Datum		Ort	Seminartitel	Wissenschaftlicher Leiter	Preis Mitglied	Preis Nicht-Mitglied
08.06.2017	10.06.2017	Wendisch Rietz	Grundlagen der Intensivmedizin (GIN)	Medizinisches Kompetenzzentrum c/o HCx Consulting GmbH	1.250,00	1.250,00
09.06.2017	10.06.2017	Hamburg	24. Norddeutsche Gefäßtage NGM e. V.	Vereinigung Norddeutscher Gefäßmediziner (NGM) e. V.	170,00	170,00
10.06.2017	11.06.2017	Wendisch Rietz	Intensivmedizinische Techniken kompakt (GIT)	Medizinisches Kompetenzzentrum c/o HCx Consulting GmbH	675,00	675,00
15.06.2017	16.06.2017	Zürich	Schulthess Clinic Academy: The Knee	Intercongress GmbH		
15.06.2017	17.06.2017		19. Kurs zur Analyse und Korrektur von Beindeformitäten	Gesellschaft für Extremitätenverlängerung und Rekonstruktion		
15.06.2017	17.06.2017	Osnabrück	199. NDCH Tagung, Osnabrück	Vereinigung Norddeutscher Chirurgen (NDCH) e.V.	75,00	75,00
16.06.2017	17.06.2017	Berlin	44. Jahrestagung der DGPR	Intercongress GmbH		
19.06.2017	21.06.2017	Berlin	Kommunikation und Konfliktmanagement	AESCLAP AKADEMIE GMBH	745,00	795,00
22.06.2017	24.06.2017	Stuttgart	15. Jahrestagung Deutsche Herniengesellschaft e.V.: Hernienchirurgie - im Spannungsfeld zwischen Innovation und Ökonomie	MCE Medical Congresses & Events e.K.	55,00	55,00
22.06.2017	24.06.2017	Tuttlingen	Trainingskurs Mikrogefäßchirurgie	AESCLAP AKADEMIE GMBH	790,00	790,00
23.06.2017	24.06.2017	Berlin	32. Jahreskongress der GOT	Intercongress GmbH		
24.06.2017	25.06.2017	Wendisch Rietz	Grundlagen der Beatmung (BEA)	Medizinisches Kompetenzzentrum c/o HCx Consulting GmbH	625,00	625,00
26.06.2017	29.06.2017	Tuttlingen	Basiskurs Laparoskopische Chirurgie	AESCLAP AKADEMIE GMBH	585,00	650,00
26.06.2017	28.06.2017	Bochum	Aufbaukurs Laparoskopische Hernienchirurgie	AESCLAP AKADEMIE GMBH	690,00	740,00
28.06.2017	01.07.2017	Bernau/Felden	Sportmedizinintage Medical Park Chiemsee	Intercongress GmbH		
30.06.2017	01.07.2017	Stuttgart	36. Jahrestagung der Sektion Kindertraumatologie in der DGU	Intercongress GmbH		
05.07.2017	08.07.2017	Gmund am Tegernsee	9. Tegernseer Schulter- und Ellenbogenkurs	Intercongress GmbH		
19.07.2017	21.07.2017	Würzburg	94. Jahrestagung der Vereinigung der Bayerischen Chirurgen e.V.	MCN Medizinische Congressorganisation Nürnberg AG	45,00	45,00
31.07.2017	01.08.2017	München	Praxisworkshop: Medizindeutsch für fremdsprachige Ärzte 2 Modul 3 2Der Arztbrief2	P.E.G. Servicegesellschaft mbH	224,00	249,00
28.08.2017	01.09.2017	Leipzig	Digital Operating Room Summer School (DORS) 2017	Innovation Center Computer Assisted Surgery ICCAS - Universität Leipzig		
07.09.2017	09.09.2017	München	34. AGA Kongress (Gesellschaft für Arthroskopie und Gelenkchirurgie)	Intercongress GmbH		
13.10.2017	13.10.2017	München	Trauma Update LMU - Schulter und Oberes Sprunggelenk	Intercongress GmbH		

LIFESTYLE- ANGEBOTE

im Mai 2017

%

13 %



**FAHRRAD.DE: 13 % RABATT FÜR
BDC-MITGLIEDER**

15 %



**KOCHZAUBER: 15 % RABATT FÜR
BDC-MITGLIEDER**

15 %



**TAUSENDKIND: 15 % RABATT FÜR
BDC-MITGLIEDER**

15 %



SAMSUNG: 15 % 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.

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.

Die Planwirtschaft der

PANORAMA

Sozialkassen – die Zwangs- finanzierung der Industrie

SOZIALKASSEN – DIE ZWANGSFINANZIERUNG DER INDUSTRIE

Umverteilung sorgt nicht nur für die Zwangsfinanzierung kostspieliger Märkte, die es vielleicht so nie gegeben hätte, sondern auch für Chancen- und Alternativlosigkeit. Unser Gesundheitswesen wird ebenso umverteilend gegen die Wand gefahren, wie viele europäische Staaten und mit ihnen ganz Europa. Da wurden spanische, griechische und andere Bauprojekte, ihre Mieter, Behörden und milliardenschwere Blasen samt Finanz- und Sozialindustrie mit unseren Steuergeldern zwangsfinanziert. Leisteten wir „Hilfe die nicht hilft“ [1] wohl aber die Hilflosigkeit der Griechen und aller anderen Betroffenen vertiefte – letztlich sogar ihre Chancenlosigkeit und europäische Uneinigkeit zementierte [2].

Superreichen

**DR. MED. NINA PSZOLLA**

Chirurgin /Unfallchirurgin
 nina.pszolla@t-online.de

Man muss also genauer hinsehen, um zu erkennen, wen und was Solidarität und Sozialkassen finanzieren: Leisten wir Hilfe für Banken und Konzerne oder aber für Menschen? Finanzieren wir Sozial- oder Kartellkassen? Denn es geht um Unsummen. Allein in Deutschland verschlang die Sozialindustrie jährlich rund 230 Milliarden Euro. Drei Mal so viel wie jeder andere Etat. Diese Ausgaben werden nun aber von den enormen Kosten der Asylindustrie um Längen getoppt (bis zu 9.400 Euro/Monat pro Flüchtling) [3]. Diese zu 100 Prozent zwangsfinanzierte Hilfs- und Asylindustrie ist natürlich das risikoloseste und somit nicht nur das größte, sondern auch sicherste Geschäft und die größte Branche in Deutschland – weit größer als das umsatzstärkste DAX-Unternehmen.

Da finanzieren wir im Gesundheitswesen mit Manpower und Steuergeldern beispielsweise Studien, die der Pharmaindustrie Märkte eröffnen. Studien, von denen ggf. „nur“ Krebspatienten, nicht aber die Industrie profitiert, werden hingegen kaum subventioniert. Unsere Sozialpolitik sorgt hier nicht allein für künstliche, weil fremdfinanzierte Märkte, sondern auch für die Kostenmaximierung und ihre Zwangsfinanzierung, die – wie sollte es anders sein – durch die Ausbeute der Leistungserbringer finanziert wird. Wie, möchte ich hier kurz an einigen Beispielen skizzieren:

- Da wurde beispielsweise ein tolerabler Cholesterinwert oder Blutdruckwert via Richtlinien nach unten reguliert und prompt werden Millionen Menschen Blutdrucksenker, Cholesterinhemmer und weitere „ach so wichtigen“ Medikamente verordnet, die eher krank als gesund machten [4].
- Auch älteren Semestern werden Antihypertonika bis zur nächtlichen Übelkeit und zentralen Minderversorgung verschrieben, ganz gleich ob dieser Blutdruckabfall ggf. für die Zunahme der Demenzerkrankungen sorgt. Wer will das wissen? Immerhin sind Demenz- und Alzheimer-Kranke in unserer „Alterschwemme“ ein, wenn gleich ggf. künstlich-medikamentös geschaffener, aber nichtsdestotrotz überaus profi-

tabler zwangsfinanzierter Markt für Pharma-Konzerne.

- Da erlaubt man Pharmakonzernen im Herbst 2016 an demenzkranken Menschen, die ungenügend mit windigen Rechtsvorkehrungen geschützt werden, allerlei Medikamente zu erproben. Die parlamentarische Absegnung dieser „legalen Menschenversuche“ wurde auch stündlich im Radio propagiert, als wären sie durch diese Propaganda ethisch vertretbarer. Ein Schelm, der vermutet, dass dieser industrielle Missbrauch „minderwertigen Lebens“ uns Deutschen unangenehm bekannt vorkommt und Pharmakonzerne die aufwendigen Ethikkommissionen und Studiengenehmigungen umgehen lässt [5].
- Damit Bürger und Patienten nicht gegen diese sinnlose, nebenwirkungsreiche Übermedikation und Menschenversuche aufbegehren, sorgte unsere Sozialpolitik neben diesen konzernfreundlichen Gesetzesvorgaben selbstverständlich auch für ihre zwangssolidarische Bezahlung.
- In gleicher Weise werden alle paar Jahre Seuchen und Tierseuchenverordnungen vorgegeben, bei Menschen Impfpfehlungen und bei Tieren flächendeckende Impfverordnungen erlassen. Damit auch hier weder Betroffene noch Landwirte gegen das ständige Impfen aufbegehren, sorgte die Politik via Sozialkassen und der steuergeldsubventionierten Tierseuchenversicherung für die reibungslose Bezahlung.

Pharmakonzerne kassieren hier Milliarden, ohne sich auch nur um den Markt zu bemühen oder Marktrisiken tragen zu müssen. Nein, die Politik sorgt planwirtschaftlich für die gesamte Abwicklung des Milliardenengeschäftes. Mussten sich Konzernlobbyisten einst noch für diese Milliardenengeschäfte in den Gesundheitsministerien von Griechenland, Deutschland, Frankreich und Spanien herumdrücken und ins Zeug legen, Termine in den Ministerien vereinbaren und Überzeugungsarbeit leisten, gehen heute im Brüsseler „Zentralkomitee“ ein paar Tausender

Pszolla N. Die Planwirtschaft der Superreichen.
 Passion Chirurgie. 2017 Mai, 7(05): Artikel
 08_01.



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

[6] unterm Tisch hindurch und schon sind im Handumdrehen die Gesetze und Richtlinien für das Mega-Milliardengeschäft über 500 Millionen Bürger hinweg abgesegnet. 500 Millionen Bürger? Was für ein gigantischer zwangsfinanzierter Markt, was für ein Business! Dank der EU kann Europa von den Konzernen „en bloc“ abgeräumt werden. Die EU fungiert als Industriekartell. Als 1938/39 die Lissabon Verträge von Walter Hallstein [7] entworfen wurden, sprach man noch offen von einem europäischen Großraumkartell. Am 23. Januar 1939, nur wenige Monate vor Beginn des Zweiten Weltkrieges, hielt Hallstein im „Mahn und Ohlerichs Keller“ in Rostock eine Rede über „Die Rechtseinheit Großdeutschlands“ eines „vereinten Europas“ unter der Kartell-Herrschaft der I. G. Farben (u. a. Bayer, BASF und Hoechst). Seither zieht sich die klebrige Spur des Milliardentransfer-Missbrauchs durch alle unsere Lebensbereiche und rund um den Globus. Es geht von Mensch zu Tier, von Staatsversicherungen zu Staatsversicherungen. Da werden mit Milliarden und Abermilliarden die Industrie, ihre Märkte und ihre Finanzierungswesen und ihr Versagen finanziert. Versagen wurde geradewegs zur lukrativsten Geschäftsidee. Ob Griechenland oder Atomenergie, immer läuft es nach demselben Schema: Erst werden Griechenland oder die Atomenergie subventioniert, die Investitionen sozialisiert, dann die Gewinne privatisiert, der Atom-Rückbau oder Grexit wieder sozialisiert. Privat ist in dieser sozialistischen Planwirtschaft nur eines: der Profit.

Da bei dieser „Sozialisierung der Kosten“ jenseits jeder Marktkontrolle der Gewinn fortwährend an den Investoren, den Steuer- und Beitragszahlern vorbei rauscht, muss es einen nicht wundern, dass unser Steuergeld und unsere Kräfte niemals reichen, unsere Bemühungen niemals fruchten. Grotesk aber wahr: Je mehr Steuern wir zahlen, desto mehr werden wir verschuldet, je mehr Beiträge die Versicherten entrichten, desto dürftiger die Leistungen. Denn all das Geld, das man der Industrie und den Behörden zuschiebt, muss man schlussendlich Ärzten, Pflegepersonal, Steuer- und Beitragszahlern nehmen. Die „Sozialisierung der Medizin“ sorgt bei genauer Betrachtung demnach für eine

asoziale Ungerechtigkeit, eine Kostenexplosion und ihre Zwangsfinanzierung. Selbstverständlich offenbart auch kein Regelwerk der Welt den Abdruck der Industrie-Lobby darum infamer als die GOÄ.

Ärzte werden nur noch dann halbwegs bezahlt, wenn sie Geräte bedienen, Industrieprodukte und Materialien verbrauchen. So wie eben Apotheker zu Regalaufstellern der Konzerne degradiert wurden, degradierte man Ärzte zu Gerätebedienern und Materialverbrauchern. Jede Unterarmgehstütze, viele Orthesen, jede OP-Abdeckung und viele OP-Instrumente wurden zum Einweg verdonnert. Die Zuwendung zum Patienten und die

ÄRZTE WERDEN NUR NOCH DANN HALBWEGS BEZAHLT, WENN SIE GERÄTE BEDIENEN, INDUSTRIEPRODUKTE UND MATERIALIEN VERBRAUCHEN

Sprechstunde werden hingegen – da industriell nicht verwertbar – rein symbolisch bezahlt. Kostet eine Beratung von Anwälten und Steuerberatern 250 Euro für 45 Minuten, darf der ebenso, wenn nicht sogar besser ausgebildete Arzt für seine Beratung nur einmal in drei Monaten, bei lebensbedrohlicher Erkrankung, mit seinem Patienten 20 Minuten reden und bekommt dafür rund 20 Euro. Das Erstgespräch zur Erörterung der Beschwerden wird heute mit 4,66 Euro vergütet, das Zweitgespräch mit 3,15 Euro. Dank demütiger Bezahlung wird der Arzt gezwungen, zehn Patienten pro Stunde durchzuschleusen, um die Unkosten zu decken. Verdient hat er dann noch nichts, es sei denn er „iGelt“ oder bedient Geräte. Der Chirurg lebt von seinen operativen Eingriffen und Privatpatienten. Zum Messer greifen aber soll er, nach

GOÄ-Vorstellung, ohne Erläuterung und Aufklärungsgespräch [8]. Da das für Patienten unzumutbar und für den in der Verantwortung stehenden Chirurg ethisch nicht vertretbar ist, finanzieren Chirurgen kurzerhand den Gesetzlichen Krankenkassen (GK) nun auch noch die Sprechstunden für ihre Versicherten. Dabei schwimmen die Kassen in Feudalgehältern, Milliardensubventionen und Milliardenüberschüssen. Gleichzeitig bezahlen die Kassen jedoch die Eingriffe immer schlechter und, na klar, auch der Privatpatient soll via Bürgerkasse abgeschafft werden. Warum liegt auf der Hand. Die Sozialkassen wollen der Industrie fortwährend dienen: Ihnen Massenabfertigung schaffen und Kosten und Verbrauch ihrer Produkte steigern. Denn je mieser diese ihre Kassen-Ärzte bezahlen, desto mehr Massenabfertigungen gibt es und desto höher ist der Verbrauch an Geräten, Pillen, Spritzen und medizinischem Material. Je schlechter die operativen Eingriffe bezahlt werden, desto mehr Operationen, invasive Eingriffe, Herzkatheter, OPs und Darmspiegelungen finden statt. Je mehr der Verbrauch an schnieken Verpackungen, teurem Zubehör, Geräten, Medikamenten und Material steigt, desto höher werden die Kosten – ihre Zwangsfinanzierung – und desto höher die Milliardengewinne der Industrie. Ja, die Rechnung ist simpel: Je schlechter die Bezahlung von Ärzten, desto boomender die Gewinne der Industrie. Sozialkassen sorgten für unser Lohndumping, die Kostenexplosion [9], den kostspieligen Behördenwahn und die Zwangsfinanzierung dieses Milliardenbusiness.

Und plötzlich schreit dieselbe politische Klasse, die dieses Turbo-Milliardengeschäft einfädelt: „Es wird zu viel operiert!“ Schlimmer geht's dann tatsächlich nimmer. Jene, die unsere Leistungen nicht mehr bezahlen, ihren Patienten nichts mehr gönnen, horrenden Beiträge für eine beschämende Minimalversorgung, Massenabfertigungen und eine ethisch immer weniger vertretbare Zweiklassenmedizin fordern und über Milliardenereinnahmen verfügen, heben nun auch noch mahnend den Finger. Bei all ihrem Knausern und Sparen, schlecht kann es den Kassen nicht gehen, denn die Gehälter in den Leitungen

sind üppig. Die gesetzlichen Beiträge, zusammengesetzt aus Arbeitnehmer und Arbeitgeberanteil, sind mindestens – wenn nicht doppelt – so hoch wie die Beitragszahlungen der Privatpatienten.

Es gibt auch noch Ärzte, die neben Konzernen, Behörden und Industrie gut mitverdienen. Ihre Patienten in großen Praxen und Massenbetrieben auf verschiedenen Kassensitzen durchschleusen und abrechnen, in Masse „iGeln“ und Gerätebedienung abrechnen „was das Zeug hält“. Da kann man schon mal mit den (auf Wochenendkursen erworbenen) Akupunktur-Kenntnissen mehr verdienen als mit anspruchsvollen Groß-Operationen. Ausbildung? Wen interessiert das in dieser Behördenmedizin. Hier geht es um Stückzahl, Turboverbrauch, Zuteilung und Wegnahme. Auch Gerätemediziner wie Radiologen, Labormediziner oder Kardiologen, die ihre Patienten durch sechs Geräte in 20 Minuten schleusen oder ihre Maschinen am Laufband mit Patienten und ihren „Körpermaterialien füttern“, machen Masse und verdienen. Ob das noch Medizin ist oder schon eine Abart davon, sei dahin gestellt. Jedenfalls verdienen die einen und andere verlieren mit hohen Qualifikationen Anerkennung und Auskommen. Es geht um „teile und herrsche“. Mal privilegiert die KV mit Millionenzuteilungen einige und beraubt gleichzeitig andere, auf das sich die Ärzteschaft niemals zusammenschließt und uns die Behörden bis zum bitteren Untergang beherrschen.

Doch in dieser „Salamitaktik“ geht es am Ende für alle geschlossen bergab. Im ersten Schritt trifft es vielleicht „nur“ die speziell ausgebildeten Chirurgen der großen Chirurgie, die stationär Operierenden. Sie haben kaum Geräte, kleine „Stückzahlen“ und werden als korrupt bezeichnet, weil sie ihren unterbezahlten Job verantwortungsvoll machen wollen. Chirurgen, die heute ihre Patienten in einem Haus ihrer Wahl, mit entsprechendem OP und Ausrüstung, geschultem Personal und Logistik operieren wollen, um ihren Patienten die bestmögliche Versorgung zukommen zu lassen, nennt man heute schon schnell korrupt. Die damit einhergehende Kriminalisierung – bald eines ganzen Standes – ging geradezu sang- und klanglos über die Bühne. Muss der Chirurg also am

Ende nicht nur den Kassen ihre Sprechstunden finanzieren, sondern zusätzlich auch den Kliniken als Angestellter die Patienten-Akquise? Dass ein solches Antikorruptionsgesetz an Zynismus kaum zu überbieten ist, liegt auf der Hand. Es ändert faktisch absehbar nichts an der angeblichen „korrupten“ Patientenzuweisung. Denn ob nun festangestellt oder nicht, Chirurgen müssen „so oder so“ ihr privates Praxis-Unternehmen zur Patienten-Akquise betreiben, um überhaupt eine Anstellung zu bekommen. Kauft aber umgekehrt eine Klinik alle Praxen im Umkreis und Zuweiser zu übersteuerten Preisen auf (Kollegen können bei ihrer aktuellen Bezahlung wohl kaum noch konkurrieren), raubt dieser Aufkauf aller Praxen dem Patienten die freie Wahl und die Klinik nimmt eine wettbewerbslose Monopolstellung ein. Das stört die Kassen nicht: Keiner schreit „Das ist korrupt, der offene Markt wird zerstört!“. Gleichwohl es sich hier um Kartellarbeit vom Feinsten handelt. Was die Ärzteschaft hinnimmt, entsetzt andere. Ein Mitarbeiter einer großen Privatkasse rief mir letzten Sommer fast schreiend durchs Telefon entgegen. „Sie glauben nicht, was die Chirurgen mit sich haben machen lassen! Die haben tatsächlich ihre Liquidationsberechtigung abgegeben“ Oh, doch, ich glaubte ihm, denn ich habe die behördliche Entwertung des medizinischen Berufes vom AIP bis zur operativen Selbstständigkeit in allen Varianten mitbekommen:

1998 ließ ich mir noch an der Uniklinik den Gehaltszettel unseres Gipsers zeigen. Dieser hatte bei 38 geregelten Wochenstunden dasselbe Nettogehalt wie ich mit mindestens 60 Wochenstunden. Er hatte einen Hauptschulabschluss, ein Jahr Ausbildung und trug kaum Verantwortung. Ich hatte bei fast doppelter Arbeitszeit, Abitur, ein Numerus Clausus Studium und acht Jahre chirurgische Weiterbildung hinter mir. Heute verdient ein nicht-akademischer Manager eines Discounters bei einer 40-Stunden-Woche im Einstiegsjahr schon 4.200 Euro (5.416 Euro monatlich Brutto) [10], eine versierte ausgebildete Arzthelferin 2.100 Euro, ein akademischer Funktionsoberarzt und Facharzt bei rund 50 bis 60 Wochenstunden 3.500 Euro Netto. Ja, wir haben es tatsächlich soweit kommen lassen, dass ein Chirurgen-Gehalt heute nicht mehr

ausreicht, um eine Familie zu ernähren. Eine mir bekannte sehr versierte Privat-Dozentin, verdient heute angestellt in einer privatärztlichen Praxis, also außerhalb des Systems, mit 15 Stunden in der Woche mehr als mit Vollzeit in einer leitenden Oberarztfunktion der Universitätsklinik. So wurde in den letzten Jahrzehnten das hochakademische Handwerk der Chirurgen und Ärzte tatsächlich ganz nach Lenin dem nicht-akademischen Handwerk der Lehrlinge angepasst. Dafür aber verdient ein nicht-akademischer AOK-Filialleiter und -Funktionär mit bilanzierten Arbeitszeiten ohne Verantwortung schon weit mehr als ein akademischer Oberarzt oder niedergelassener Chirurg bei doppelter Arbeitszeit, in der Verantwortung stehend, bei vollem Kündigungs- oder Pleiterisiko. Die „Salamitechnik“ unserer Entwertung verlief also stringent: Erst kam das Punktesystem und alle dachten, Zuteilung lohnt. Dem folgte absehbar ein krasser Abstieg und Lohndumping. Im Weiteren wurde die GOÄ jahrzehntelang nicht an die immense Teuerung angepasst, dann kamen die Pauschalen des DRG und nun kommen die Gesetze der Entrechtung. Runde um Runde wurde der chirurgische und ärztliche Beruf um jeweils 30 % gedumpt und wir arbeiten mehr und mehr umsonst. Muss man sich heute als stationär operativ tätiger Arzt anstellen lassen und erneut 30 % Lohnverlust hinnehmen? Wird es morgen die ambulant operierenden Chirurgen treffen? So sicher wie das Amen in der Kirche wird dem Plattmachen der Praxen das Plattmachen der kleinen ambulanten Zentren und diesem der ganze Rest folgen.

KOMMEN WIR NOCHMALS AUF DIE FRAGE ZURÜCK: ZU WAS FÜHRTE DIE „SOZIALISIERUNG DER MEDIZIN“ ZUR STAATLICH GEFÖRDERTEN MACHTWIRTSCHAFT.

Ok, soweit ist es also gekommen. Der Facharzt und Funktionsoberarzt verdient nach Numerus-Clausus Studium und neun Jahren Berufserfahrungen also weniger als ein nicht-akademischer Mitarbeiter eines Discounters im Einstiegsjahr, der seine Fortbildung finanziert und von Anfang an einen Firmenwagen gestellt bekommt. Eine Privat-Dozentin

außerhalb des Systems verdient mit 15 Stunden mehr als in Vollzeit in hochverantwortlich leitender Funktion an der Uniklinik. Na selbstverständlich braucht da keiner mehr Arzt zu werden! Haben wir Ärztemangel, findet sich im Osten, im Transfer- und AOK-Land kein Arzt, der sein Geld zur Arbeit mitbringen will, haben wir in den Kliniken Ärzte ohne Perspektiven und Engagement und selbstverständlich die Verweiblichung der Medizin. Ausgebeutet und schlecht bezahlt war eben schon immer der ideale Job für Frauen. Und sicher, wenn weder harte Arbeit, die besten Qualifikationen, noch gute Leistungen lohnen, sind wir im Kommunismus angekommen – inklusive Monopolwirtschaft und ihrer Alternativlosigkeit. Wenngleich man dies unter Mao und zu Ostblockzeiten noch Planwirtschaft nannte, orakelt Professor Sinn, ehemals Chef des Ifo Instituts, heute lieber von einem „schuldenfinanzierten Wirtschaften“. Doch ganz gleich wie man das „sozialistische Ruinen schaffen ohne Waffen“ nennt, es endet für alle im Mangel und Niedergang – im Großen, wie im Kleinen. Wie im Gesundheitswesen, so in der EU und der Welt. In der Transferunion lag die Verschuldung 2016 immerhin schon bei sage und schreibe 84 % des BIP und die Arbeitslosenquote auf Rekordniveau, während zeitgleich Banken, Konzerne und Giganten zur selben Zeit die fettesten Gewinne „ever“ einheimsten. Darum liegt es auf der Hand: Diese konzernfreundliche und menschenfeindliche Umverteilungspolitik bietet unsere Solidarität zu ihrer Zwangsfinanzierung an.

WOHIN ABER GEHT DIE REISE?

Nun ja, offenkundig will die Politik weiter abwirtschaften. Denn nach dem unfassbar schwachsinnigen Import des DRG-Bezahl-System, das uns das Lohndumping und eine katastrophale Kostenexplosion durch Überbürokratisierung und Selbstbedienung bescherte, will man nun, wie 2008 die toxischen Derivate der Wallstreet, die pleitegegangenen Krankenhausketten der USA importieren. Der Freihandel soll's möglich machen. Willfährig wollen unsere politischen Vertreter der US-Versagenswirtschaft neue „madoff'sche Verschuldungsmärkte“ eröffnen und hierfür den Widerstand aus dem Weg

räumen. Widerstände sind natürlich keineswegs von unseren Behörden und Vertretern zu erwarten, wohl aber von den verbliebenen Leistungserbringern in freien Berufen und Selbstständigkeit. 2012 erfuhr ich aus erster Hand von dem angedachten Ziel, dass nun via widersinnigem Antikorruptionsgesetz und vielem mehr Gestalt annimmt. In einer renommierten Anwaltskanzlei war ich zur Vorstellung einer „Health-App-Idee“ zu einem „Digital Health Meeting“ geladen. Abgesehen davon, dass sich hier das Geld der Welt versammelte, um intelligente Innovationen zu kaufen, hielt ein Vertreter eines Big Data based Unternehmens dort einen 45 Minuten langen Vortrag. Redundant beschrieb er aus Sicht seines Konzerns darin das „deutsche Problem“. Wortwörtlich sagte er: „Das Problem in Deutschland sind die heterogenen Strukturen. Die vielen selbstständigen Praxen, die Niederlassungen und medizinischen Zentren.“ Er sprach von Einheitskasse, Gesundheitsschip und -karte, Big Data-Erhebungen und vereinfachten wirtschaftlichen Vorgängen. Als ich sah, wie bei diesen Erläuterungen die geladenen Politiker aus unseren Ministerien eifrig nicken, verließ ich betroffen den Vortrag. Das Ziel war klar umrissen: Unsere Praxen, die freie Arztwahl, alle selbstständig arbeitenden Ärzte, kurzum Wettbewerb und jede noch so kleine Alternative und Konkurrenz, der patientenfreundliche Wettbewerb und jede Marktregulation sollen zugunsten von Einheitskassen, Monopolstellung und Big-Data-Konzernen platt gemacht werden. Unsere Sozialkassen sollen künftig noch reibungsloser und vollständig fern jedes Wettbewerbes – alternativlos – die Verwirschaftung von Mensch und Patient, die profitmaximierte Konzernindustrie finanzieren.

Nun gut. Dass Ärzte und Patienten keine Rechte haben, wissen wir seit langem. Wie aber muss man sich dann diese künftige Monopolwirtschaft über Entrechtete real vorstellen? Nun ja: Vorn kommt der Patient, der keine Wahl mehr hat, in die Krankenhausfabrik hinein, dort wird er sündhaft teuer profitmaximiert per DRG verwirtschaftet und abgerechnet und ob er dann hinten tot oder lebendig, geheilt oder krank wieder herauskommt, ist vollkommen egal. Keiner steht noch länger in der Verantwortung,

Alternativen gibt es nicht. Hauptsache drinnen brummen die Geräte, arbeiten Roboter und rollt der Rubel. Diese orwellsche Monopolwirtschaft soll also nach der Methode „too big to fail and to jail“ unsere Realität auf breiter Front werden. Wie in Deutschland so in Europa und auf Erden, Amen.

DAS ENDE DER GESCHICHTE?

Der Patient muss schon heute immer mehr Beitrag für immer dürrtigere Leistungen zahlen, wir Ärzte arbeiten alternativlos wie Vorarbeiter auf Kolchosen für ein demütigendes Gehalt und werden von den Blockwarten der Kassen gegängelt. Genau genommen verkauft der Staat allen Bürgern schon längst Versicherungen, die natürlich im Ernstfall nicht mehr sichern, ihn aber toxisch belasten und uns alle bedrohen. Die Staatsversicherung wurde dank schuldenfinanziertem Wirtschaften unübersehbar zur risikoreichsten Versicherung aller Zeiten. Egal, egal, egal: Dank staatlich geförderter Macht- und Monopolwirtschaft ist das System eben alles und der Mensch nichts.

Darum sei mir eine kleine Spekulation am Ende vergönnt: Fast blindlings kann man wetten, dass auf dem Weg der „Sozialisierung“ alle staatlichen Einrichtungen abwirtschaften und am Ende der Privatisierung anheimgelassen. Denn ganz gleich, ob es Griechenland und den Verkauf der Akropolis, den Abstieg des weltweiten Mittelstandes, Europas oder unseres Gesundheitssystems betrifft – das Big Business lebt weltweit von ein und derselben Geschäftsidee: Erst werden das Gemeinwohl und ganze Staaten sozialistisch abgewirtschaftet und gecrasht (sprich sich selbstbedient), dann kommen die privaten Konzerne und es wird „eingecrasht“. Es wäre keineswegs verwunderlich, wenn im Crash unseres Gesundheitssystems, eine schlank organisierte Allianz unser versagendes, sich selbst und andere bedienendes Gesundheitswesen und dessen zu Tode bürokratisierten „GKV-Zettelfabriken“ im Handstreich übernimmt. Gut denkbar, dass die feindliche Übernahme unseres Gesundheitssystems von einem privaten Versicherungsgiganten, fusioniert mit Klinikketten, abgewickelt wird. Von denen unser niedergerittenes

Gesundheitssystem samt all seiner lohngedumpten Mitarbeiter, Pflegekräfte und Ärzte zu Traumkonditionen und Schleuderpreisen „eingecasht“ werden. Sicher wird man wie Merkel nonchalant behaupten, all das wäre alternativlos gewesen. Tja, Alternativen hätten eben nur eine gewisse Vielfalt, Heterogenität und Wettbewerb geboten. Doch genau in dieser Auswahl – in der Physik nennt man es „die relative Stabilität der vielen Phasen“ – sahen Konzerne das „deutsche Deutschland“, das man via Lohndumping, Behördengängelei und Antikorruptionsgesetz aus dem Weg geräumt sehen wollte, und unsere Politik leistete den Wünschen der Industrie blindlings Folge. Man kann nur traurig applaudieren.

ANMERKUNG DER REDAKTION

Gerne bringen wir auch Beiträge unserer Mitglieder in ein Diskussionsforum, bei denen wir als Herausgeber uns nicht unbedingt der Meinung der jeweiligen Autoren anschließen. Im Sinne eines offenen Meinungsaustausches denken

wir aber, dass eine Zeitschrift wie unsere auch abweichenden und pointiert vorgetragenen Meinungen Raum zur Präsentation bieten soll.

LITERATUR

- [1] DVA 2012, Walter Wüllenweber „Die A-Sozialen“.
- [2] <http://www.spiegel.de/wirtschaft/soziales/ifo-chef-clemens-fuest-ueber-griechenland-und-donald-trump-a-1134887.html>
- [3] <https://www.welt.de/politik/deutschland/article161711188/Bis-zu-9400-Euro-fuer-Unterbringung-von-Fluechtlingen-pro-Person.html>
- [4] <https://www.welt.de/gesundheit/article142656126/So-schaedlich-ist-Cholesterin-wirklich.html> <http://www.zeit.de/wissen/gesundheit/2016-10/medikationsplan-arzneimittel-einnahme-vielzahl-arzt-apotheker>
- [5] <http://www.tagesspiegel.de/politik/arzneiversuche-an-demenzkranken->

widerstand-aus-allen-fraktionen-gegen-groehe/13799008.html

- [6] „Brüssel Business -Wer steuert die Europäische Union?“ auf youtube
- [7] <http://www.mmnews.de/index.php/politik/22539-die-wurzeln-der-bruesseleu-ii>
- [8] für die Diagnose, Indikation, Aufklärung über OP und Verfahrensmöglichkeiten bekommt der Chirurg 20€. Damit ist nicht annähernd die Miete oder das Personal für diese 30 min Gespräch finanziert
- [9] DieHypo Real Estate des Gesundheitswesens <https://ef-magazin.de/2009/12/15/1739-gesundheitsfonds-die-hypo-real-estate-des-gesundheitswesens>
- [10] http://www.focus.de/finanzen/news/firmenwagen-und-65-000-euro-einstiegsgehalt-darum-ist-ein-job-bei-aldi-ein-echter-glueckstreffer_id_5783971.html





© Peter Schmalfeldt

Wilde Tiere beim Chirurgenkongress in München

Töröö! Roaar! tönte es am Donnerstagmorgen beim Chirurgenkongress aus dem KidsClub – bestens vorbereitet für den Ausflug in den Münchener Tierpark Hellabrunn. Ausgerüstet mit selbstgebastelten Tiermasken und bei schönstem Sonnenschein freuten sich schon alle Kinder, dem Messegelände den Rücken zuzukehren. Gut, der ein oder andere musste mit der Aussicht auf ein leckeres Eis motiviert werden, aber das dauerte dann auch nicht lange. Und man muss zugeben, dass einem die Entscheidung nach draußen zu gehen bei so viel Spielzeug auch wirklich nicht leicht gemacht wird.

Kongresse können also alles andere als langweilig für Kinder sein: Teilnehmer des diesjährigen Chirurgenkongress konnten ihre

**„SUPER ANGEBOT –
ALLE SEHR NETT UND
PROFESSIONELL! WIR
WERDEN DAS ANGEBOT
WIEDER NUTZEN. VIELEN
DANK!“**

Kinder nämlich wieder kostenfrei im KidsClub von der Agentur Pünktchen betreuen lassen. Seit 2010 betreuen die Mitarbeiterinnen immer

© iStock/snegok13





JULIA WEILBACH

Pressereferentin des BDC
weilbach@bdc.de

im Wechsel – mal in Berlin, dann wieder in München – den Nachwuchs der Chirurgen und Chirurginen.

Insgesamt waren in diesem Jahr 20 Kinder beim KidsClub angemeldet – das jüngste Kind war knapp ein Jahr alt, aber auch Schulkinder waren mit dabei. Es sind immer genügend Betreuer vor Ort, damit zum Beispiel auch in Ruhe bei den Hausaufgaben geholfen werden kann.

Alles in allem waren die Eltern laut der Auswertung der Feedback-Bögen wieder sehr zufrieden. Im nächsten Jahr wird dann wieder in Berlin gebastelt und man hört wieder ein paar wilde Tiere im KidsClub – vielleicht mit Ihrem Kind, das sich die Zeit vertreibt während Sie den Kongress besuchen! ○

Der KidsClub ist eine Initiative von:

- Berufsverband der Deutschen Chirurgen e. V.
- Frauen in der Thoraxchirurgie FIT
- Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie e.V.
- Deutsche Gesellschaft für Chirurgie e.V.



Weilbach J. Wilde Tiere beim Chirurgenkongress in München. Passion Chirurgie. 2017 Mai, 7(05): Artikel 08_02.



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

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.

JETZT NEU:

2017
Viszeralmedizin NRW
 „Gastroenterologie und Viszeralchirurgie –
 Aufbruch in eine gemeinsame Medizin“



184. Jahrestagung
 der Vereinigung
 Niederrheinisch-
 Westfälischer Chirurgen
 und 23. MIC Club West

26. Jahrestagung
 der Gesellschaft für
 Gastroenterologie in
 Nordrhein-Westfalen e.V.

Unter der Schirmherrschaft der

DGVS
 Deutsche Gesellschaft für
 Viszeralchirurgie e.V.

DGAV
 Deutsche Gesellschaft für
 Gastroenterologie e.V.

08. – 09. Juni 2017 | Stadthalle Köln-Mülheim



Gesellschaft für
Gastroenterologie
 in Nordrhein-Westfalen e.V.


bng
 Bundesverband
 Niederrheinisch-
 Westfälischer Chirurgen


DGEA
 Deutscher
 Gastroenterologischer
 Verein

www.viszeralmedizin-nrw.de

JETZT NEU:

2017
Viszeralmedizin NRW
 „Gastroenterologie und Viszeralchirurgie –
 Aufbruch in eine gemeinsame Medizin“



184. Jahrestagung
 der Vereinigung
 Niederrheinisch-
 Westfälischer Chirurgen
 und 23. MIC Club West

26. Jahrestagung
 der Gesellschaft für
 Gastroenterologie in
 Nordrhein-Westfalen e.V.

Unter der Schirmherrschaft der

DGVS
 Deutsche Gesellschaft für
 Viszeralchirurgie e.V.

DGAV
 Deutsche Gesellschaft für
 Gastroenterologie e.V.

08. – 09. Juni 2017 | Stadthalle Köln-Mülheim



Gesellschaft für
Gastroenterologie
 in Nordrhein-Westfalen e.V.


bng
 Bundesverband
 Niederrheinisch-
 Westfälischer Chirurgen


DGEA
 Deutscher
 Gastroenterologischer
 Verein

www.viszeralmedizin-nrw.de



DR. MED. DIRK R. BULIAN
GFO Kliniken Troisdorf, Betriebsstätte
St. Josef
Hospitalstr. 45
53840 Troisdorf
dirk.bulian@josef-hospital.de

Bulian D. R. NRW-Chirurgen folgen Konzept der DGAV. *Passion Chirurgie*. 2017 Mai, 7(05): Artikel 09_01.



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

NRW-Chirurgen folgen Konzept der DGAV

JAHRESTAGUNG ERSTMALS GEMEINSAM MIT DEN GASTROENTEROLOGEN UNTER EINEM DACH

Die 184. Jahrestagung der Vereinigung Niederrheinisch-Westfälischer Chirurgen, welche dieses Jahr stattfindet, ist etwas ganz besonderes. Und dies liegt nicht etwa daran, dass die Tagung besonders früh in diesem Jahr stattfindet. Schon vor zwei Jahren ist die Vereinigung Niederrheinisch-Westfälischer Chirurgen, eine der ältesten Regionalvereinigungen in Deutschland, neue Wege gegangen und hat begonnen, die Jahrestagung zeitgleich mit dem MIC Club West zu veranstalten. Nun ist die Vereinigung noch einen Schritt weiter gegangen und dem Vorbild der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie (DGAV) gefolgt. Dieses Mal wurden die Jahrestagungen der Vereinigung der Niederrheinisch-Westfälischen Chirurgen sowie der Gesellschaft für Gastroenterologie in Nordrhein-Westfalen nach Abstimmung über beide Vorstände zusammengeführt und damit das neue Format einer gemeinsamen Tagung als VIZERALMEDIZIN NRW etabliert. Dabei traf es sich gut, dass 2017 beide Tagungspräsidenten aus Köln kommen und so bereits exzellente Voraussetzungen gegeben waren. Aber vor allem inhaltlich gibt es gute Gründe, beide Jahrestagungen zeitgleich unter einem Dach und mit gemeinsamen Sitzungen stattfinden zu lassen.

In vielen Bereichen der klinischen Viszeralmedizin hat bereits eine zunehmende Verschmelzung der Kompetenzen und Therapiekonzepte stattgefunden, sodass heute bereits eine erfolgreiche Medizin ohne den jeweiligen Partner kaum mehr möglich erscheint. Zudem ist der Austausch über die Grenzen des eigenen Fachs in unserem

„Organbereich“ gegenseitig befruchtend und wirkt synergistisch für die Entwicklung zukünftiger klinischer Strategien. Durch die Entwicklungen insbesondere auf dem Gebiet der Endoskopie verschwimmen die Grenzen zwischen den traditionell operativen und konservativen Fachgebieten und einer fachübergreifenden Ausbildung, einem Austausch der Erfahrungen und dem Verständnis für die Sicht des jeweils anderen wird immer wesentlicher.

Daher wurde die diesjährige Tagung der Viszeralmedizin NRW unter das Motto „Gastroenterologie und Viszeralchirurgie: miteinander tagen, einander verstehen, voneinander lernen“ gestellt.

Das Ziel ist, neben den aktuellen Themen in der Viszeralchirurgie und Gastroenterologie, besonders die interdisziplinären Themenbereiche darzustellen, die für Diskussionen sorgen und sich mit zunehmender Geschwindigkeit entwickeln. Dazu soll ein intensiviertes Programm sorgen, das innerhalb von nur zwei Tagen vor allem der Diskussion gewidmet sein soll.

In diesem Sinn wurden von Prof. Markus M. Heiss aus der Klinik für Viszeral, Gefäß- und Transplantationschirurgie des Krankenhaus Köln-Merheim und Prof. Tobias Goeser aus der Klinik für Gastroenterologie und Hepatologie der Universitätsklinik Köln Sitzungen mit chirurgischen, gastroenterologischen und interdisziplinären Schwerpunkten zusammengestellt. Chirurgische Schwerpunkte sind dabei die Endokrine Chirurgie, die Hernienchirurgie, die Proktologie, Innovationen in der Chirurgie, das Management intraoperativer Komplikationen sowie Therapiekonzepte bei fortgeschrittenen Tumorerkrankungen. Interdisziplinäre Sitzungen behandeln das Moderne therapeutische Splitting bei verschiedenen Erkrankungen, das

Metabolische Syndrom, Interventionen und Operationen unter Antikoagulation sowie das interdisziplinäre Notfallmanagement. Ein weiteres Thema wurde aus aktuellem Anlass in das Programm aufgenommen: „Medizin nach terroristischen Anschlägen“ wird aus verschiedenen Blickwinkeln beleuchtet.

Zudem hat Prof. Dr. Christoph A. Jacobi aus der Chirurgischen Klinik des Dreifaltigkeits-Krankenhauses Wesseling im Rahmen des MIC Club West zwei Sitzungen, die minimal-invasiven Verfahren in der Onkologie sowohl des oberen als auch des unteren Gastrointestinaltrakts betreffend, vorbereitet. Darüber hinaus wurde auch der Nachwuchs in die Planung des MIC Club West einbezogen und von jungen Kollegen in einer weiteren Sitzung die Vorstellung sowie Diskussion ausbildungsrelevanter Themen geplant. In einer zweiten Nachwuchs-Sitzung werden interdisziplinäre Themen gemeinsam mit den jungen Gastroenterologen behandelt.

Ein weiterer Schwerpunkt der Tagung wurde wie in den vergangenen Jahren bereits auf die Ausrichtung von Workshops insbesondere für den chirurgischen und gastroenterologischen Nachwuchs gelegt. So werden Workshops für Sonographie, Endoskopie, Laparoskopie und TAMIS vorbereitet. Dabei werden die Workshops für Sonographie und ein Basis-MIC-Workshop auch für Studierende angeboten, um den studentischen Nachwuchs frühzeitig für die Viszeralmedizin durch praktische Anleitungen zu begeistern.

Traditionell startet die Tagung jedoch mit eingereichten wissenschaftlichen Vorträgen und Beiträgen zu „Der interessante Fall“, bei dem vor allem der wissenschaftliche Nachwuchs die Möglichkeit haben wird, mit seinen Beiträgen einen Preis zu gewinnen. Darüber hinaus werden zahlreiche Poster, die aus fast 100 eingereichten Abstracts ausgesucht wurden, vorgestellt.

In das Programm der Tagung wurde zudem die jeweilige Mitgliederversammlung beider Regionalvereinigungen integriert.

Fester Bestandteil der Tagung ist ein gemütlicher gemeinsamer und interdisziplinärer Gesellschaftsabend, bei dem in angenehmer Atmosphäre der erste Tag einen unterhaltsamen Ausklang finden wird. Einen Blick über den viszeralmedizinischen Tellerrand hinaus wird Harald Schmidt wagen, der für einen besonderen Vortrag während der Tagung gewonnen werden konnte. Des Weiteren wird es noch weitere Höhepunkte auf der Tagung geben, die einen Besuch sicher lohnenswert machen.

Sie alle sind herzlich in die Stadthalle Köln-Mülheim am 08. und 09.06.2017 zur gemeinsamen Tagung der NRW-Chirurgen und der gastroenterologischen Kollegen eingeladen und wir hoffen auf gute Diskussionen und angenehme rheinische Begegnungen. ○



PROGRAMM „VIZERALMEDIZIN 2017“

Allgemeine Informationen

Wissenschaftliche Leitung

Prof. Dr. Markus Maria Heiss
Chefarzt der Klinik für Viszeral-, Gefäß- und Transplantationschirurgie, Krankenhaus Merheim, Klinikum der Universität Witten/Herdecke
Ostmerheimer Straße 200, 51109 Köln
HeissM@kliniken-koeln.de

Univ.-Prof. Dr. Tobias Goesser
Direktor der Klinik für Gastroenterologie und Hepatologie, Uniklinik Köln
Kerpener Straße 62, 50937 Köln
Tobias.Goesser@uk-koeln.de

Prof. Dr. Christoph Andreas Jacobi
Chefarzt der Chirurgischen Klinik, Dreifaltigkeits-Krankenhaus Wesseling
Bonner Straße 84, 50389 Wesseling
C.Jacobi@krankenhaus-wesseling.de

Tagungssekretäre

Prof. Dr. Michael Ströhlein
Leitender Oberarzt der Klinik für Viszeral-, Gefäß- und Transplantationschirurgie, Krankenhaus Merheim

Priv.-Doz. Dr. Dirk R. Bulian
Geschäftsführender Oberarzt der Klinik für Viszeral-, Gefäß- und Transplantationschirurgie, Krankenhaus Merheim

Priv.-Doz. Dr. Dirk Nierhoff
Geschäftsführender Oberarzt der Klinik für Gastroenterologie und Hepatologie, Uniklinik Köln

Dr. Dirk Waldschmidt
Leiter onkologische Ambulanz der Klinik für Gastroenterologie und Hepatologie, Uniklinik Köln

Organisation / Veranstalter der Fachausstellung & Sponsoring

INTERPLAN Congress, Meeting & Event Management AG
Office Hamburg
Kaiser-Wilhelm-Straße 93, 20355 Hamburg

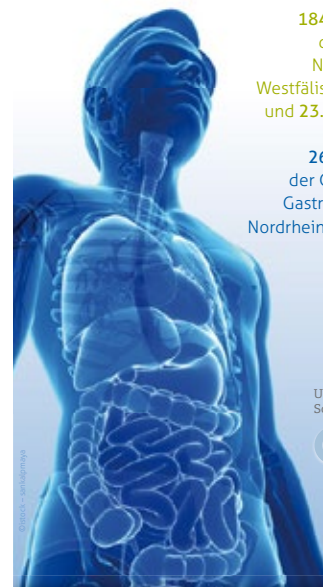
Projektmanagement:
Luisa Neumann
Tel.: 040 / 32 50 92-43
l.neumann@interplan.de

Ausstellung:
Lisa Troll
040 / 32 50 92-39
l.troll@interplan.de

2017 Viszeralmedizin NRW

184. Jahrestagung
der Vereinigung
Niederrheinisch-
Westfälischer Chirurgen
und 23. MIC Club West

26. Jahrestagung
der Gesellschaft für
Gastroenterologie in
Nordrhein-Westfalen e.V.



Unter der
Schirmherrschaft der

DGVS
1913
Deutsche Gesellschaft für
Gastroenterologie,
Verdauungs- und
Stoffwechselkrankheiten



08. – 09. Juni 2017 | Stadthalle Köln-Mülheim



Gesellschaft für
Gastroenterologie
in Nordrhein-Westfalen e.V.



D O G E A
DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR
GASTROENTEROLOGIE

www.viszeralmedizin-nrw.de



Chirurgie-Suche

Berufsverband der
Deutschen Chirurgen e.V.

Zeigen, wer man ist!

3 Monate
Premium-Paket
kostenlos testen

Ihre Klinik und Praxis auf Chirurgie-Suche.de

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