

PASSION

CHIRURGIE



GESUNDHEITSPOLITIK

**CLEARINGSTELLEN IN
DEUTSCHLAND –
EINE ERFOLGSGESCHICHTE**

im Fokus

**PLASTISCHE CHIRURGIE
PROBLEMLÖSUNG
MIT TRADITION**

06 | 2017

MITGLIEDERZEITSCHRIFT:
DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR CHIRURGIE
BERUFSVERBAND DER DEUTSCHEN CHIRURGEN





Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie

Liebe Chirurginnen, liebe Chirurgen,

die Plastische Chirurgie ist seit jeher ein elementarer Bestandteil der chirurgischen Tätigkeit. Bereits im 6. Jahrhundert vor Christus wurde die Wiederherstellung einer Nase durch einen Stirnlappen beschrieben und plastische Wiederherstellungsoperationen begeisterten viele große und namhafte Chirurgen wie Dieffenbach, Billroth, Lexer und Sauerbruch, die sich bekanntlich ebenso selbstverständlich auch auf anderen Gebieten der Chirurgie betätigten.

Bedingt durch die rasanten Fortschritte unseres Fachgebietes, hier sei insbesondere die Entwicklung der Mikrochirurgie genannt, konnte es nicht ausbleiben, dass es, wie in anderen chirurgischen Teilaspekten auch, zunehmend der weiteren Spezialisierung bedurfte, um die Entwicklungen auf höchstem Niveau vorantreiben zu können. Dies führte bekanntlich 1978 zur Einführung der chirurgischen Teilgebietsbezeichnung Plastische Chirurgie und schließlich zur Etablierung eines eigenen Facharztes für Plastische Chirurgie im Jahr 1992 als Mono-Spezialität, und mit der Änderung der Weiterbildungsordnung

2004 dann schließlich zum Facharzt für Plastische und Ästhetische Chirurgie. Es besteht kein Zweifel daran, dass die gemeinsame Grund- und Weiterbildung im sogenannten Common Trunk auch weiterhin die Basis der Gemeinsamkeit aller chirurgischen Fächer bildet. Anders als in anderen chirurgischen Fächern (Thoraxchirurgie, Herzchirurgie, Viszeralchirurgie, Unfallchirurgie, Gefäßchirurgie etc.) oder medizinischen Disziplinen, bei denen bereits die Fachbezeichnung erahnen lässt, worum es sich handelt, ist es für den Laien allerdings nicht sofort klar, was genau ein plastischer Chirurg in seinem Alltag eigentlich vollbringt. Vielfach wird hier die zugegebenermaßen schillernde Facette der sogenannten ästhetischen Chirurgie vordergründig gesehen, obwohl dies insgesamt nur einen geringen Teil der Faszination des Fachgebietes Plastische Chirurgie ausmacht.

Angesichts der vielfältigen Herausforderungen, wie wir sie zuletzt mit der Neufassung der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) oder der neuen Muster-Weiterbildungsordnung (MWBO) zu meistern haben, wird klar, dass nur die Gemeinschaft der Chirurgen mit einem mitgliederstarken Berufsverband und mit



**UNIV.-PROF. DR. MED. DR. H.C.
RAYMUND E. HORCH**

Direktor der Klinik
Präsident der Deutschen Gesellschaft
der Plastischen, Rekonstruktiven und
Ästhetischen Chirurgen (DGPRÄC)
Sprecher des Departments Chirurgie
des Universitätsklinikums Erlangen
Plastische und Handchirurgische Klinik
Friedrich Alexander Universität
Erlangen-Nürnberg FAU
Krankenhausstrasse 12, 91054 Erlangen
raymund.horch@uk-erlangen.de

Horch R. E. Editorial: Plastische, Rekonstruktive
und Ästhetische Chirurgie. *Passion Chirurgie*.
2017 Juni; 7(06): Artikel 01.



WEITERE ARTIKEL ZUM THEMA
PLASTISCHE, REKONSTRUKTIVE UND
ÄSTHETISCHE CHIRURGIE FINDEN
SIE AUF BDC|ONLINE (WWW.BDC.DE,
RUBRIK WISSEN | FACHGEBIETE).

einer mitgliederstarken wissenschaftlichen chirurgischen Fachgesellschaft in der Lage sein wird, hier politisches Gehör zu erlangen und unsere gemeinsamen Interessen zu wahren. Auch bei der Etablierung der Plastischen Chirurgie als eigenständiges akademisches Fach an den Universitäten ist der Zusammenhalt und die gegenseitige Unterstützung der chirurgischen Fächer außerordentlich wichtig. Dank der Mithilfe und wohlwollenden Unterstützung und Förderung durch die chirurgischen Kolleginnen und Kollegen an den Universitäten, sind in den letzten beiden Dekaden nun auch zahlreiche eigenständige Kliniken und Abteilungen entstanden, die das Fach auch akademisch weiterentwickeln. So haben sich in diesen Institutionen plastisch-chirurgische Forschergruppen intensiv um den Gewebeersatz durch das sogenannte „Tissue Engineering“ sowie um Fortschritte durch den Einsatz von Methoden der regenerativen Medizin verdient gemacht. Obwohl der Gewebeersatz aus dem Labor teilweise noch Zukunftsmusik ist, wurden dennoch Erkenntnisse aus diesen Forschungsansätzen bereits erfolgreich in die klinische Routine als additive Maßnahmen im Rahmen chirurgischer Eingriffe übernommen. Eine radikale Tumorchirurgie – nicht nur bei Weichgewebstumoren – wird durch das interdisziplinäre Herangehen verschiedener chirurgischer Disziplinen auf ein völlig neues Niveau gehoben. Als Beispiel möchte ich hier etwa die Sofort-Rekonstruktion bei ausgedehnten Rektumkarzinomen und zylindrischer Exzision durch die mittlerweile routinemäßig geübte transpelvine VRAM-Lappenplastik nennen. Die Liste dieser interdisziplinären Eingriffe erweitert sich ständig und sie kommt unseren gemeinsamen Patienten zugute. Es reicht heute nicht mehr aus, nur noch einen Tumor „irgendwie“ zu entfernen, sondern der Anspruch muss darin bestehen, auf der einen Seite die größtmögliche onkologische Sicherheit zu erzielen und auf der anderen Seite die bestmögliche funktionelle und ästhetische Wiederherstellung zu erreichen. In diesem Zusammenhang ist die hochspezialisierte Plastische Chirurgie eine wesentliche Bereicherung bei

zeitgemäßen tumorchirurgischen Konzepten und ich bin mir persönlich sicher, dass durch das gemeinsame Einbringen von hochspezialisierte Expertise beim einzelnen Patienten in der Summe mehr erreicht werden kann, als wenn sich nur einzelne Fachdisziplinen um die Tumorerkrankung kümmern.

Wie bereits dargestellt, entwickelt sich ein Fachgebiet aber nur dann weiter, wenn die Möglichkeiten für Grundlagenforschung und angewandte experimentelle Forschung auf angemessenem Niveau gegeben sind. Hier bleibt zu fordern, dass nicht nur Industrie-geförderte wissenschaftliche Projekte eine Zukunft haben, sondern dass sich der Staat auch in dieser Hinsicht zu seiner Verantwortung bekennt und eine Forschung ohne industrielle Zwänge finanziell möglich macht.

Neben den vielen Alltagsproblemen, die jeder von uns in Anbetracht der immer wieder vor Augen geführten angespannten finanziellen Rahmenbedingungen zu bewältigen hat, sollten wir aber nicht aus den Augen verlieren, dass auch andere chirurgische Fachdisziplinen vor ähnlichen Herausforderungen stehen. Umso mehr ist es mir daher ein persönliches Anliegen und eine Freude, mit diesem Editorial die tiefe Verbundenheit der Plastischen Chirurgie mit den anderen chirurgischen Fachgebieten zum Ausdruck bringen zu dürfen. Die Zusammenarbeit mit der DGCH und dem BDC war bereits bisher so fruchtbar, dass wir Ihnen dafür an dieser Stelle herzlich danken möchten und uns auch in Zukunft auf die gemeinsamen Aktivitäten in dieser großen chirurgischen Familie freuen. Ich bin der festen Überzeugung, dass sich alle chirurgischen Fächer als große Familie begreifen und kollegial agieren müssen, damit diese Gemeinschaft auch in Zukunft stark bleiben und mit steigender Lebenserwartung der Patienten weiter an Bedeutung gewinnen kann.

Mit kollegialen Grüßen
Ihr

Univ.-Prof. Dr. med. Dr. h.c. Raymund Horch



IMPRESSUM

CHIRURGIE

HERAUSGEBER

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

DGCH

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

BDC

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

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

REDAKTION

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

VERLAG

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

DESIGN

Nina Maria Küchler, Berlin

ANZEIGEN

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

ABBILDUNGSHINWEISE

Cover-Foto von iStock/violinconcertono3 | 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

INHALT

2 EDITORIAL

2 Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie
R. E. Horch

6 SCHAUFENSTER

8 CHIRURGIE

8

im Fokus

8 PLASTISCHE CHIRURGIE – PROBLEMLÖSUNG MIT TRADITION

R. E. Horch

15 PLASTISCHE CHIRURGIE IN ZAHLEN

16 DER LIPPEN-TREPPEN-LAPPEN R. de Roche

20 **CME-Artikel:** Weichteilsarkome – Verbesserung
der Behandlung durch Leitlinienbildung und
Zentrumszertifizierung
M. Lehnhardt, T. Hirsch, B. Behr, K. Harati

44

72

25 CHIRURGIE⁺

- 25 **Safety Clip:** Klinisches Risikomanagement und Health Care Compliance *M. Thürk*
- 28 **Hygiene-Tipp:** Medizinprodukte-Betreiberverordnung geändert *W. Popp, K-D. Zastrow*
- 29 Get Your Disinfection
- 30 **Rezension:** Ellenbogen – Expertise Orthopädie und Unfallchirurgie *J. Seifert*
- 33 Die Ökonomisierung der Medizin *A. Wienke*

36 Recht

- 36 **Frage & Antwort:** Voraussetzungen für ein Schülerpraktikum im OP *J. Heberer*
- 38 **Frage & Antwort:** Ablehnung der Behandlung mangels Identitätsfeststellung *J. Heberer*

40 GESUNDHEITSPOLITIK

- 40 Positionspapier zu Regelungen eines gestuften Systems von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V
H. J. Meyer, H.-F. Spies, J. Düllings, H.-F. Weiser
- 44 Drei Jahre „Clearingstellen“ in Deutschland – eine Erfolgsgeschichte *W. Boxberg*
- 47 Aktuelle Meldungen
- 48 Chirurgen und Hygieniker unterstützen Welthändehygienetag

49 INTERN

49 DGCH

- 49 In eigener Sache: Innovative Surgical Sciences *J. Jähne*
- 52 Spendenaufruf und Bausteine Langenbeck-Virchow-Haus
- 56 DGCH-Präsidium ab 1. April 2017

60 BDC

- 60 BDC | Landesverbände
- 62 BDC-PRESSESPIEGEL
- 63 Personalien
- 65 Termine BDC|Akademie
- 69 Veranstaltungshinweise

72 PANORAMA

- 72 Telemedizin – Ein Weg zur globalen Gemeinschaft *G. Stauch*

Korrekte Rezepte: Initiative bekommt Preis für Patientensicherheit



Korrekt ausgestellte Rezepte sind für eine problemlose Versorgung der Patienten zentral. Besonders an der Schnittstelle von Klinikambulanz zu öffentlicher Apotheke können formal falsch ausgestellte Rezepte zu Zeitverzögerungen und Medikationsfehlern führen. Das **Aktionsbündnis Patientensicherheit** hat eine Initiative für mehr Rezeptqualität mit dem Deutschen Preis für Patientensicherheit 2017 ausgezeichnet: Das Projekt der Uni-Klinik Heidelberg hilft mittels einer zentralen Koordinationsstelle sowie einer elektronischen Rezeptschreibesoftware, Formfehlern bei der Rezeptausstellung vorzubeugen.

MEHR LESEN...

Umfrage für Chefärzte: Status quo der perioperativen Medizin 2017



Weltweit wird die perioperative Behandlung in zunehmendem Maße von nicht-chirurgischen Kolleginnen und Kollegen betrieben. Diese Entwicklungen widersprechen dem traditionell ganzheitlichen Behandlungsanspruch der deutschen Chirurgie. Leider sind Details zu Struktur und Organisation der perioperativen Medizin in Deutschland derzeit nicht bekannt.

Die Befragung zur perioperativen Medizin stellt die Basis zukünftiger berufspolitischer und wissenschaftlicher Aktivitäten auf diesem Gebiet dar. Daher ist Ihre Teilnahme an dieser Umfrage sehr wichtig! Alle leitende Ärztinnen und Ärzte unter den BDC-Mitgliedern erhalten per E-Mail eine Einladung an der Umfrage teilzunehmen.

MEHR LESEN...

Mediathek: Wissenstransfer – mobil, modern, flexibel

Alle Mitglieder der DGCH und des BDC können auf über 400 Medien der **Mediathek der Deutschen und Österreichischen Gesellschaft für Chirurgie** zu Aus- und Fortbildungszwecken zugreifen. Das Gremium der Chirurgischen Arbeitsgemeinschaft Medien (CAM) prüft kontinuierlich neue Beiträge und entscheidet über deren Aufnahme – so wird der Bestand stetig erweitert. Es können auch jederzeit neue Beiträge eingereicht werden.



[ZUR MEDIATHEK...](#)

3sat: Sicherheitscheck im OP

Fehler analysieren statt sie zu verheimlichen: In Greifswald muss jeder Operateur seinen Patienten vor dem Eingriff persönlich kennenlernen – einer von vielen Schritten, hier Kunstfehler zu vermeiden.

Dieses Thema wird in einem Beitrag auf 3sat aufgegriffen.



[ZUM BEITRAG...](#)



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



IM FOKUS

” Plastische Chirurgie

Plastische Chirurgie – Problemlösung mit Tradition



UNIV.-PROF. DR. MED. DR. H.C.
RAYMUND E. HORCH

Direktor der Klinik
Präsident der Deutschen Gesellschaft
der Plastischen, Rekonstruktiven und
Ästhetischen Chirurgen (DGPRÄC)
Sprecher des Departments Chirurgie
des Universitätsklinikums Erlangen
Plastische und Handchirurgische Klinik
Friedrich Alexander Universität
Erlangen-Nürnberg FAU
Krankenhausstrasse 12, 91054 Erlangen
raymund.horch@uk-erlangen.de

Horch R. E. Plastische Chirurgie –
Problemlösung mit Tradition. Passion
Chirurgie. 2017 Juni, 7(06): Artikel 03_01.



WEITERE ARTIKEL ZUM THEMA
PLASTISCHE, REKONSTRUKTIVE
UND ÄSTHETISCHE CHIRURGIE
FINDEN SIE AUF BDC|ONLINE
(WWW.BDC.DE, RUBRIK WISSEN |
FACHGEBIETE).

Die Plastische Chirurgie hat mit all ihren Facetten immer wieder – besonders im interdisziplinären Kontext innerhalb der Chirurgie – rasante technische Fortschritte hervorgebracht, die auch andere Bereiche der Chirurgie maßgeblich und nachhaltig beflügelt haben. So wurde zum Beispiel die erste längerfristig erfolgreiche Nierentransplantation von dem plastischen Chirurgen John Murray in Boston durchgeführt, der dafür 1990 den Nobelpreis erhielt. Vorangegangen waren zahlreiche Experimente, die unter anderem die Abstoßungsreaktion bei heterologen Hautverpflanzungen untersucht hatten. Die Entdeckung des „Second Set“-Phänomens durch Gibson und Medawar zeigte, dass der Abstoßungsprozess nicht unüberwindbar war, sondern dass ein allergischer oder immunologischer Prozess eine Rolle zu spielen schien, der prinzipiell überwindbar oder manipulierbar sein müsste.

Plastisch-chirurgische Techniken, die in abgewandelter Form auch heute noch zum Einsatz kommen, wurden aber schon seit Anbeginn der Aufzeichnungen über chirurgische Behandlungen beschrieben. So finden sich in der Schrift „Sushruta Samhita“ des indischen Arztes Sushruta, der ca. 600 vor Chr. in Nordindien lebte, konkrete Angaben über erfolgreiche plastisch-chirurgische Nasenrekonstruktionen durch Stirnlappenplastiken (sog. „Indische Methode“). Die Veröffentlichung einer solchen erfolgreichen Nasenrekonstruktion durch die „Indische Methode“ im Jahr 1794 durch einen britischen Offizier mit dem Kürzel „B.L.“ im „Gentlemen’s Magazine“ gilt als die Geburtsstunde der modernen Plastischen Chirurgie in Europa.

Bereits zuvor war in Europa die plastische Wiederherstellung einer durch Krankheit, Kriegseinwirkung oder Körperstrafe verloren gegangene Nase durch die „Italienische Methode“ bekannt. Mit der Veröffentlichung „De Curtorum Chirurgia per

Insitionem“ 1597 von Gaspare Tagliacozzi verbreitete sich die Methode und das Prinzip des mehrzeitigen sogenannten Wanderlappens. Dieser blieb so lange mit seinem anatomischen Herkunftsort verbunden bis er an seiner neuen Position im Gesicht des Patienten, eingeheilt war. Bis in die zweite Hälfte des letzten Jahrhunderts war dieses Vorgehen ein Grundpfeiler der plastisch-chirurgischen Rekonstruktion.

Zunächst wurden diese spektakulären Operationen und ihren Weiterentwicklungen, die sich auch gegen vermeintlich vorbestimmte und damit gerechte Strafen wandten, durch die Inquisition entschieden gebremst. Allgemein als zu pragmatisch angesehene Entwicklungen der Chirurgie wurden in der Folge blockiert und die Chirurgie als akademische Wissenschaft weitgehend verdrängt. Die Nasenplastik nach Tagliacozzi geriet nicht nur in Vergessenheit, sondern sogar derart in Misskredit, dass die Pariser Fakultät diese im Jahr 1742 für „illusorisch und rein spekulativ“ erklärte.

Mit Entwicklung der Anästhesie und neuer operativer Verfahren, die Patienten schmerzhaft und langwierige Zwangshaltungen ersparten, erlebte die Plastische Chirurgie nach der Wiederentdeckung der „Indischen Methode“ 1794 einen Entwicklungsschub im deutschsprachigen Raum.

Es sei hier an Dieffenbach erinnert, der als Erster 1848 in seinem Werk „Die Operative Chirurgie“ die Plastische Chirurgie als ein besonderes, nicht nach Körperregionen begrenzbares Gebiet wie folgt definierte: *„Den Wiederersatz eines verlorengegangenen oder die Herstellung eines verstümmelten Teils des menschlichen Körpers nennen wir Plastische Chirurgie. Ein großes wichtiges künstlerisches Gebiet, auf dem die Physiologie der Chirurgie die Hand reicht“.*

Etliche bekannte Chirurgen konnten in der Folgezeit weitere Meilensteine der

Plastischen Chirurgie setzen, wie etwa Bernhard von Langenbeck (1810 bis 1887), der in seiner Funktion als „consultierender Chirurg der Armee und Generalarzt“ in der Kriegschirurgie die „Grundsätze der erhaltenen Chirurgie“ zum Ausdruck brachte. Carl Thiersch (1822 bis 1895) setzte sich wissenschaftlich mit der Wundheilung auseinander und entwickelte eine Methode der Hautverpflanzung, die noch heute angewandt wird. Während zuvor dicke Hautstücke auf granulierende Flächen aufgebracht wurden, erzielte Thiersch 1886 mit sehr dünnen Hauttransplantaten, die mit einem Rasiermesser gewonnen wurden, dauerhaftere Behandlungserfolge. Seine grundlegenden Beobachtungen über das Anwachsen von Hauttransplantaten und den sukzessiven Anschluss an die Mikrozirkulation im Transplantat waren die Grundlage für die im 20. Jahrhundert zunehmend perfektionierte und heute zum alltäglichen Standardverfahren gehörende Spalthauttransplantation.

VERBRENNUNGSSCHIRURGIE

Neben der Weiterentwicklung der Schocktherapie, verbesserter Erkenntnisse über bakterielle Infektionen sowie die Problematik der hochkalorischen Ernährung konnte die Verbrennungsmedizin gerade durch die Optimierung der Hauttransplantation ihre bahnbrechenden Erfolge der letzten Jahrzehnte feiern. Die als „Mesh Graft“ (Maschentransplantat) bekannten Hautstücke werden auf einer Messerwalze mit einem rautenförmigen Schnittmuster versehen und können durch die mögliche Streckung eine bis zu sechsmal so große Fläche decken. Die Einschnitte gehen durch die Transplantate und lassen Wundsekret durch die Öffnungen abfließen. Relativ neu ist in diesem Bereich und für weitere plastisch-rekonstruktive Verfahren die Vakuumtherapie, unter der Spalthaut deutlich rascher einheilt und zusätzlich die Wundheilung befördert wird.

Ab einem Vergrößerungsfaktor von 6:1 wird aber der Zwischenraum zwischen den Maschen zu groß, um eine Einheilung zu gewährleisten. Hier konnte durch die temporäre Fremdhauttransplantation unter dem Schutz eines Allografts eine Einheilung erreicht werden, der dann, je nach Art

des verwendeten allogenen Transplantates, ein eher oberflächlicher Abstoßungsprozess folgt. Dadurch ist die Deckung von sehr großen Arealen möglich, die bei Schwerverbrannten das Überleben ermöglicht. Die „Micro Skin Grafting“-Methode, bei der Hautstücke mechanisch ganz extrem verkleinert werden, und dann unter dem Schutz einer Fremdhaut großflächig zur Einheilung gebracht werden, ermöglicht die Behandlung sehr großer Brandwunden. Durch die Entwicklung von Keratinozytenkulturen können aus einem briefmarkengroßen, unverbrannten Hautstück innerhalb von 30 Tagen im Labor Keratinozytentransplantate gezüchtet werden, um die gesamte Körperoberfläche zu bedecken. Diese Verfahren sind sehr aufwändig und kostenintensiv. Sie haben aber den vielversprechenden Weg für das als „Tissue Engineering“ bekannte Forschungsgebiet der Ersatzgewebezüchtung geebnet.

REKONSTRUKTIVE- UND MIKROCHIRURGIE

Voraussetzung für die seit den 1970er Jahren zunehmend propagierte und mittlerweile an entsprechenden Zentren in die tägliche Routine eingegangene freie Gewebeverpflanzung war die Entwicklung axial vaskularisierter Gewebeblöcke. Hatte man in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts noch weitgehend auf die seit zwei Jahrtausenden erprobten zufallsdurchbluteten (meist Haut-)Lappen ohne ein definiertes Achsengefäß vertraut, so war die Beschreibung von zuverlässig durchbluteten axialen Geweben als Transplantate die Basis für die dann geradezu revolutionäre und rasante Verbesserung der Rekonstruktionsverfahren. Maßgeblich ist hier die (Wieder-)Entdeckung der vaskulär gestielten „Latissimus dorsi“-Myokutanlappenplastik durch Olivari stellvertretend zu nennen. Mithilfe dieser Methode wurden zunächst auch hartnäckige, ansonsten nicht mehr therapierbare Brustwanddefekte, wie z. B. nach Mammakarzinom und Bestrahlung, behandelbar. Dieses Verfahren ist auch heute noch eine wichtige Technik in der Brustwandrekonstruktion. Es war auch ein wesentlicher Markstein für die weltweite Entwicklung von axial durchbluteten Gewebeblöcken am ganzen Körper. Varianten von axialen Lappen, wie

z. B. der fasziokutane posterior thigh flap (**Abb. 1 a-e**) werden auch z. B. in der Behandlung des Dekubitalulkus eingesetzt.

Parallel mit der Entwicklung der Replantationschirurgie, die in Deutschland von Biemer vorangetrieben wurde, konnte der mikrochirurgische Gewebettransfer zunehmend standardisiert werden. Unter dem Operationsmikroskop werden dabei kleinste Achsengefäße von Gewebeeinheiten an ihre Empfängerstelle angeschlossen und somit nahezu jede Körperregion für einen Gewebettransfer erschlossen. Sowohl Replantationen als auch die sogenannte freie Transplantation von Geweben mit mikrochirurgischem Gefäßanschluss sind heute in die klinische Routine eingegangen. Moderne Konzepte wurden dadurch auch in der Tumorchirurgie



Abb. 1a: Chronisches Dekubitalulkus ischial nach vorangegangener früherer einfacher Verschiebeplastik bei einem querschnittsgelähmten jungen Mann



Abb. 1b: Radikales chirurgisches Debridement mit Abtragung des osteomyelitisch befallenen knöchernen Vorsprungs



Abb. 1c: Defektdeckung durch einen vaskulär gestielten posterior thigh flap mit primärem Verschluss des Entnahmedefektes

möglich. So zeigte Steinau, dass die früher üblichen radikalen Extremitätenamputationen – beim Weichteilsarkom – mithilfe der Plastischen Chirurgie meistens vermieden werden können. Dank plastisch-chirurgischer mikrochirurgischer Rekonstruktionen führt eine radikale onkologische Extremitäten-erhaltende Resektion nicht zu einer höheren Mortalität, jedoch bei gleicher Lebenserwartung zu einer deutlich verbesserten Lebensqualität.

Der rasante Fortschritt wird besonders deutlich an den heute erzielten Rekonstruktionsergebnissen nach Mammakarzinom. Nach der Entdeckung der Gewebeexpansion wurden in den 1970er- und 80er-Jahren überwiegend alloplastische Rekonstruktionen durchgeführt. Wegen damit verbundener Probleme und der insgesamt oft ungenügenden Langzeitresultate setzte sich aber insbesondere der zuerst von Holmström beschriebene freie mikrochirurgische quere Unterbauchlappen (TRAM) durch. Dieser wurde allerdings populär durch die später von Hartrampf beschriebene

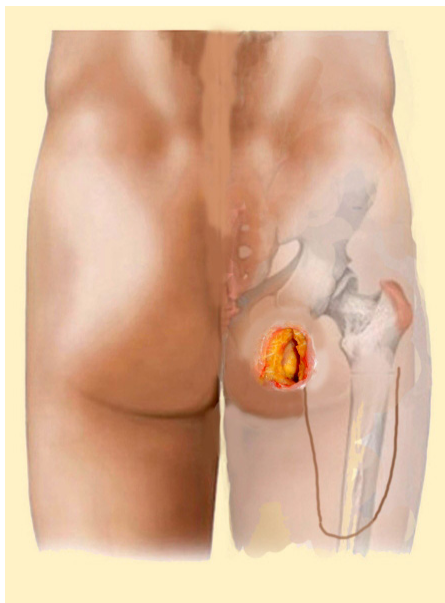


Abb. 1d: Schematische Darstellung eines vaskulär gestielten Oberschenkelrückseitenlappens (posterior thigh flap)

gestielte TRAM-Lappenplastik, die keine mikrochirurgische Expertise voraussetzt und damit von einer Vielzahl von Operateuren zu bewältigen war. Spezifische Limitationen wie Durchblutungsprobleme bei großen Lappen, schlechte Formbarkeit, unzuverlässige Gefäßversorgung von kranial her sowie erhebliche Probleme an der Entnahmestelle, wie eine signifikante Bauchwandschwächung beim gestielten TRAM, führten zu dem heute als Goldstandard in „High Volume“-Zentren routinemäßig angewandten mikrochirurgischen perforatorbasierten DIEP („deep inferior epigastric artery“) Perforatorlappenplastik vom Unterbauch. Die Methode zeigt eine extrem niedrige Komplikationsrate in spezialisierten Zentren. Hierbei kann anders als bei den Myokutanlappen auf die Entnahme von funktionell wichtiger Bauchwandmuskulatur verzichtet werden.

In gleichem Maß gelten diese Entwicklungen auch für die Therapie von komplexen chronischen Wunden und Osteomyelitiden. Die Zusammenarbeit verschiedener chirurgischer Fachdisziplinen ist hier ein wesentlicher Schlüssel für die Entwicklung und Verbesserung neuer Operationsmethoden. Dies zeigt sich z. B. in der sowohl onkologischen Chirurgie mit multimodalen chirurgisch-interdisziplinären Konzepten, als auch bei



Abb. 1e: Stabiles Langzeitergebnis drei Jahre nach Defektdeckung durch einen vaskulär gestielten posterior thigh flap mit primärem Verschluss des Entnahmedefektes

der Erweiterung der Rekonstruktionsmöglichkeiten von AVK-Patienten, etwa durch gleichzeitige gefäßchirurgische Wiederherstellung der arteriellen Gefäßstrombahn in Kombination mit freien mikrochirurgischen Transplantationen.

Neuere Entwicklungen der beiden letzten Jahrzehnte mit verbesserter Immunsuppression führten analog zur soliden Organtransplantation, aber auch zur allogenen Transplantation von Gliedmaßen oder Weichgewebe. Da es sich aber anders als etwa bei Leber-, Herz- oder Nierentransplantationen nicht um lebenswichtige Gewebe handelt, ist die Diskussion um die Vorteile und möglichen Risiken unter der beträchtlichen Immunsuppression sowie die psychologischen Folgen aber wesentlich intensiver und keineswegs abgeschlossen.

ÄSTHETISCHE ASPEKTE

Durch die besonders nach Etablierung der Mikrochirurgie verbesserten Operationsverfahren in der Rekonstruktion sowie die gezielte Beschäftigung mit den anatomischen Grundlagen und den physiologischen Vorgängen, konnten über die anfänglichen reinen Defektdeckungen hinaus, auch bei der Wiederherstellung zunehmend die Aspekte der möglichst optimalen ästhetischen Erscheinung bei der Verfahrenswahl mit berücksichtigt werden. Dadurch gewann das ästhetisch ansprechende Ergebnis bei der differentialen Indikationsstellung eine ebenso wichtige Bedeutung, wie die rein funktionellen Gesichtspunkte. Hervorzuheben ist hier die wachsende Bedeutung der postbariatrischen



Abb. 2a: Präoperativer Zustand einer Patientin mit Ablatio mammae nach Mammakarzinom



Abb. 2b: Postoperativer Zustand der gleichen Patientin mit rekonstruierter Brust durch freien mikrochirurgischen DIEP-Lappen vom Unterbauch mit arteriellem und venösem Anschluss an die Mammaria-Gefäße

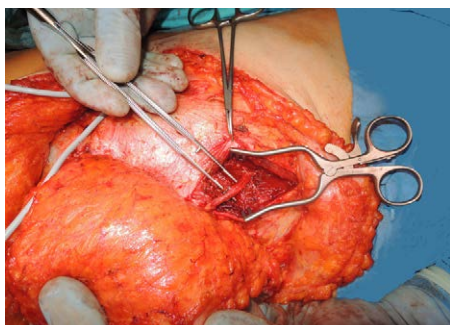


Abb. 2c: Intraoperativer Befund bei Hebung des tiefen epigastischen Gefäßstiels ohne Muskelanteile des m. rectus abdominis und Schonung der seitlich einstrahlenden Innervation für die freie Transplantation des DIEP-Lappens vom Unterbauch

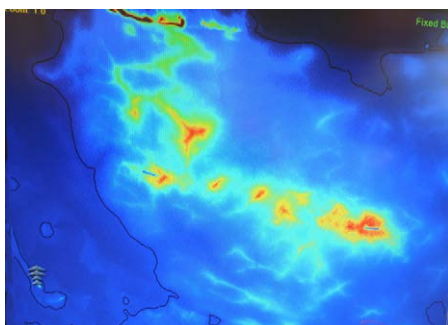


Abb. 2d: Intraoperative Indo-Cyanin-Grün Perfusionsmessung zum maßgeschneiderten tailoring des optimal perfundierten Anteils zu transplantierenden DIEP-Lappens am Unterbauch (d), und farbkodierte Darstellung der arteriellen Perfusion

Plastischen Chirurgie, die nach den oft erfolgreichen Operationen zur Gewichtsabnahme, die Lebensqualität entscheidend wieder herzustellen hilft. Zugleich hat sich auch die rein ästhetische Chirurgie konstant weiterentwickelt und dabei maßgeblich von in der Rekonstruktiven Chirurgie entwickelten Verfahren profitiert. So wird etwa das zur Mobilisierung von Verbrennungsnarben entwickelte „needling“ auch zur Verbesserung des Hautbildes genutzt.

HANDCHIRURGIE

Mit der Etablierung der Replantationschirurgie und von spezialisierten handchirurgischen Zentren in den 1960er- und 70er-Jahren erfuhr

die handchirurgische Versorgung einen starken Aufschwung. Standen anfangs Fragen der Osteosynthese und der Nerven- und Sehnenrekonstruktionen im Vordergrund, so wurden dann durch die Einführung der Mikrochirurgie und der Replantationen revolutionäre Erfolge erzielt, die sich wiederum in verbesserten Methoden zur Behandlung von Fehlbildungen und rheumatischen oder Tumorerkrankungen sowie Nervenläsionen niederschlugen. Die übungsstabile Versorgung von komplexen Strukturen auch am Karpus ist heute eine regelmäßig von Handchirurgen durchgeführte Technik.

Da sich die Plastische Chirurgie in besonderem Maße mit dem Gewebeersatz auseinandersetzt, lag es nahe, dass die aus der

Verbrennungschirurgie stammenden Versuche, humane Hautzellen mithilfe von Kulturtechniken im Labor zu vermehren, in den letzten Jahrzehnten ihren Niederschlag in den Forschungen und Bemühungen deutscher Chirurgen fanden. Keratinozytenkulturen zur Behandlung von Schwerstverbrannten ebneten den Weg für die Beschäftigung mit der Kultivierung anderer Körperzellen zum Gewebeersatz. Das noch relativ junge interdisziplinäre Gebiet des „Tissue Engineering“ und der Regenerativen Medizin, die biologische und technische Grundlagenforschung und klinisch-chirurgische Erkenntnisse verbindet, fand daher in den letzten beiden Jahrzehnten zunehmend Interesse. Nach anfänglichen Erfolgen mit der Zellvermehrung wurden die Hoffnungen auf die Züchtung von ganzen Organen oder Extremitäten aus autologen Zellen mit geeigneten Trägermaterialien in absehbarer Zeit geweckt. Es stellte sich allerdings im Verlauf zunehmend heraus, dass viele im Experiment erfolversprechende Ansätze im klinischen Einsatz nicht die hohen Erwartungen erfüllten. Neben der Problematik der Kultur von unterschiedlichen Zelltypen und der dreidimensionalen Anordnung stellte sich zunehmend das Problem der mangelnden Durchblutung „Tissue engineerter“ Konstrukte dar. Durch die Zugabe von Wachstumsfaktoren oder Genmanipulation erhofft man sich eine beschleunigte Einheilung, was jedoch bislang ebenfalls nicht klinisch zufriedenstellend gelingt. Plastisch-chirurgische Ansätze greifen hier auf die gewonnenen Erfahrungen der Mikrochirurgie zurück und kombinieren mikrochirurgische Methoden zur Prävascularisation von Gewebekonstrukten, um diese dann mit eigener dreidimensionaler Gefäßversorgung klinisch erfolgreich verpflanzen zu können. Durch diese Kombination von Grundlagenforschung und Mikrochirurgie konnten bereits erste Langzeiterfolge bei Patienten mit komplexen Knochendefekten erreicht werden (Horch 2014).

Auch hier zeigt sich, dass chirurgische Forschung zwar grundlagenorientiert stattfinden muss, dass aber die enge Verbindung von klinischer Chirurgie und chirurgischer Forschung extrem wichtig ist. Ohne die Rückkoppelung von klinischen Erkenntnissen und chirurgischer Machbarkeit werden ansonsten Wege



Abb. 3a: Instabile Skaphoidfraktur Typ B2 nach Herbert



Abb. 3b: Übungsstabile Osteosynthese mit Herbertschraube

beschritten, die viel Energie verschlingen und zwar zum Erkenntnisgewinn beitragen, aber dennoch nur schwer ihren Weg in die Klinik und zum Patienten finden können. Andererseits kann die chirurgische Arbeit wiederum auf solche Erkenntnisse zurückgreifen und Operationsverfahren anpassen. Für den Gewebeersatz ist festzuhalten, dass wahrscheinlich zunächst im klinischen Setting wohl eher die Integration von regenerativer Medizin in die chirurgischen Verfahren und mit Einsatz geeigneter chirurgischer Techniken erfolgreich sein wird, als vielmehr das Züchten ganzer Organe oder Extremitäten. Letzteres wird in der Zukunft vielleicht möglich werden, erscheint aber derzeit noch in weiter Ferne. Daher wird wohl auch die regenerative Komponente, einschließlich der Nutzung von körpereigenen Stammzellen die nähere Zukunft für die Forschungsrichtung bestimmen. Dies wird bei entsprechenden Fortschritten wahrscheinlich auch den Einsatz von Stammzellen beinhalten, wenngleich hier noch viel Grundlagenarbeit geleistet werden muss und der Weg in die Kommerzialisierung noch weit sein dürfte. Gleichzeitig tragen auch neue molekularbiologische Erkenntnisse über Phänomene der Wundheilung und Gewebereaktionen zu einem besseren Verständnis solcher

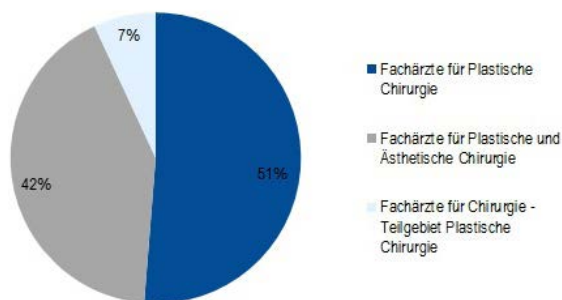
Vorgänge bei und eröffnen wiederum neue Perspektiven für den Einsatz solcher Erkenntnisse in der Chirurgie.

FAZIT

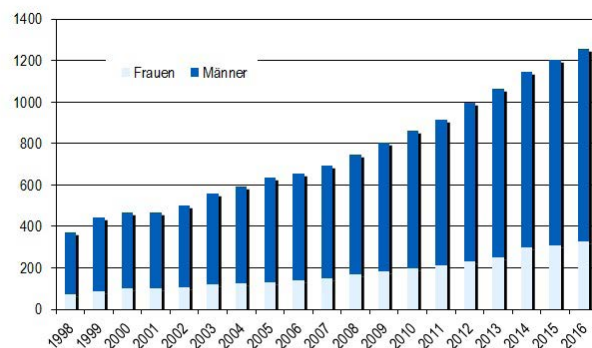
Die Plastische Chirurgie kann insbesondere bei den modernen rekonstruktiven und onkologischen Konzepten innerhalb verschiedener chirurgischer Disziplinen als der Prototyp der interdisziplinären Zusammenarbeit innerhalb der chirurgischen Disziplinen angesehen werden. Diese chirurgische Zusammenarbeit wird weitere Herausforderungen und neue Entwicklungen der Rekonstruktion hervorbringen, die sicherlich einen Wissenszuwachs zum Nutzen unserer Patienten nach sich ziehen werden. Dies wird sich an wissenschaftlichen und klinischen Fortschritten zeigen, von denen man im Angesicht der vergangenen teilweise enormen Entwicklungssprünge mit Fug und Recht annehmen darf, dass sie ähnlich rasant verlaufen werden wie bisher. Die Zukunft der Plastischen Chirurgie hat vor diesem Hintergrund gerade erst begonnen. Sie steht im interdisziplinären Kontext nach wie vor für kreative Lösungen bereit. ○



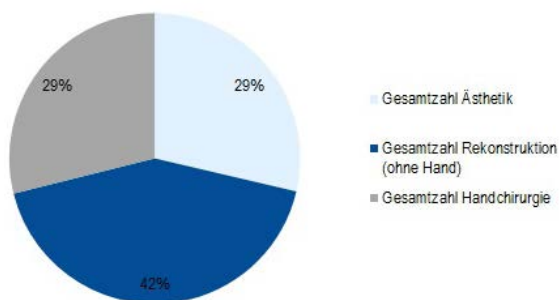
Plastische Chirurgie in Zahlen



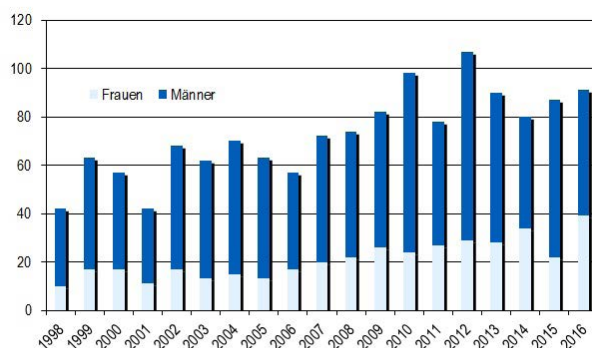
Verteilung Fachärzte 2016



Berufstätige Fachärzte in Deutschland



Anteil ästhetisch-plastischer Eingriffe an den Gesamt-OPs 2014
(ohne Unterspritzungen)



Anerkennungen Plastische Chirurgie in Deutschland

DGPRÄC. Plastische Chirurgie auf einen Blick.
Passion Chirurgie. 2017 Juni, 7(06): Artikel
03_02.



WEITERE ARTIKEL ZUM THEMA
PLASTISCHE, REKONSTRUKTIVE UND
ÄSTHETISCHE CHIRURGIE FINDEN
SIE AUF BDC|ONLINE (WWW.BDC.DE,
RUBRIK WISSEN | FACHGEBIETE).

Der Lippen-Treppen-Lappen

LIP STEP FLAP - EINE ANATOMISCH-FUNKTIONELLE TECHNIK ZUR REKONSTRUKTION GROSSER OBERLIPPEN-DEFEKTE

Beschäftigt man sich als plastischer Chirurg eingehend mit der Behandlung von Hauttumoren im Gesicht, so trifft man unter hunderten von Patientinnen und Patienten gelegentlich auf Situationen, in denen sich selbst ein Basalzellkarzinom (BCC) schwer beherrschen lässt ohne ausgedehnte Zerstörung von mimischer Funktion und Ästhetik des Gesichts. Zwei typische, gar nicht so seltene Lokalisationen derart hartnäckig rezidivierender BCC sind der mediane Lidwinkel und der Naseneingang resp. die Oberlippe.

GESCHICHTE DER REKONSTRUKTION ALLSCHICHTIGER LIPPENDEFEKTE

Große, in die Mundhöhle penetrierte Defekte der Oberlippe waren in der Vergangenheit nicht nur Folgen von therapeutisch vernachlässigten Krebserkrankungen, sondern oft auch von Kriegsverletzungen – schon immer haben Kriegsperioden die Fantasie rekonstruktiv tätiger Chirurgen beflügelt – und natürlich der Lippenspalten. Etablierte Techniken zur Rekonstruktion dieser Läsionen stammen deshalb aus der Vorzeit der Plastischen Chirurgie Ende des 19. Jahrhunderts und werden weiterhin in jeder Enzyklopädie rekonstruktiver Operationen zitiert.



PD DR. MED. ROLAND DE ROCHE

Facharzt FMH für Plastische,
Rekonstruktive und Ästhetische
Chirurgie
Praxis beim Merian Iselin, CH – 4054
Basel
roland.de.roche@merianiselin.ch

Der Finne J. A. Estlander hat 1872 eine vielseitig verwendbare Methode publiziert, welche sowohl Defekte der Unterlippe mit einer Lappenplastik von der Oberlippe ersetzen kann (**Abb. 1**) als auch umgekehrt. 1898 geht R. Abbé mit dem gleichen Prinzip einen technischen Schritt weiter; sein Lappen – erstmals beschrieben zur Rekonstruktion bilateraler Lippenspalten – wird an einem extrem ausgedünnten Gefäss-Stiel der A. labialis um 180° gedreht. Auch dieser Lappen kann von der Ober- wie von der Unterlippe entwickelt werden. Sein Stiel muss nach Einheilen des Lappens in einem zweiten Eingriff durchtrennt werden (**Abb. 2**). Auf diesen beiden Grundtechniken basierten während eines Jahrhunderts eigentlich sämtliche rekonstruktiven Verfahren mit nur geringfügigen Modifikationen. Die Nachteile dieser Rekonstruktionen mit Gewebe aus der jeweils gesunden Lippe blieben sich logischerweise ebenfalls gleich: Der in den Defekt verschobene Gewebeblock entspricht einer starren und asensiblen Narbenplatte, welche die Mimik behindert.

Erst mit der Publikation von Karapandzic 1974 hielt ein neues Prinzip in der Wiederherstellung großer Lippendefekte Einzug,

welches die Physiologie der Muskulatur mit in Betracht zog. Auch hier handelt es sich wieder um Eingriffe, welche Ober- wie Unterlippe rekonstruieren können. Karapandzic führt eine Incision durch Haut und M. orbicularis oris an dessen peripherer Grenze, entwickelt also einen ringförmigen musculocutanen Lappen, erneut durchblutet von der A. labialis mit ihren Anastomosen. *Diese Muskulatur bleibt nach der Mobilisation des Lappens demnach vital, innerviert und damit funktionell.*

TECHNIK DES AUTORS: LIPPEN-TREPPEN-LAPPEN

Nach einigen Erfahrungen mit Lippen-Rekonstruktionen nach dem Karapandzic-Verfahren mit teilweise hässlich kontrakten zirkulären Narben um den Mund, welche die charakteristische Mikrostomie dieser Technik noch betonen, habe ich eine eigene Modifikation der Technik für große allschichtige Oberlippen-Defekte entwickelt. Es handelte sich dabei um Tumorsektionen von jeweils einer Lippen-Hälfte bis zum Philtrum oder inklusive Philtrum resp. um zentrale Defekte von bis zu 50 % der Oberlippe. Bei der Bildung

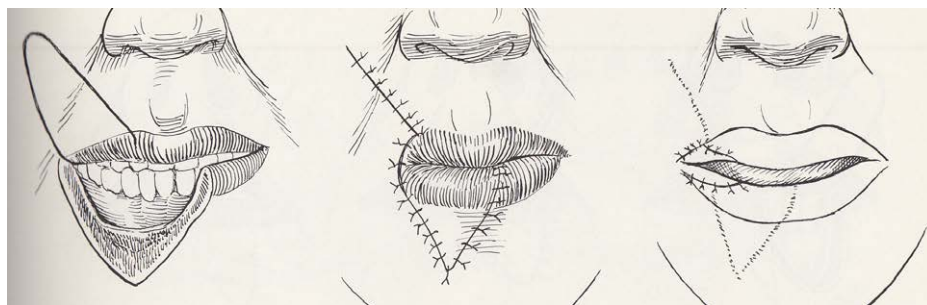


Abb. 1: Estlander Lappenplastik (nach J. Converse, Reconstructive Plastic Surgery, Second Edition, Saunders 1977, Vol. 3, S. 1567)

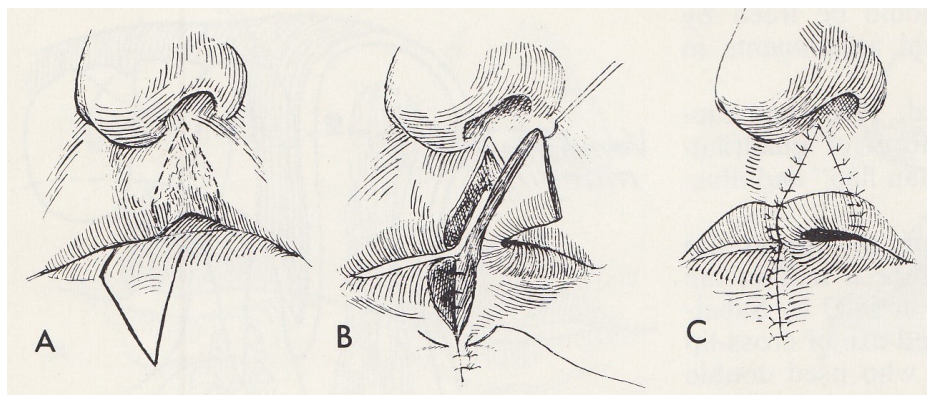


Abb. 2: Abbé Lappenplastik (nach J. Converse, Reconstructive Plastic Surgery, Second Edition, Saunders 1977, Vol. 3, S. 1550)

de Roche R. Der Lippen-Treppen-Lappen.
Passion Chirurgie. 2017 Juni, 7(06):
Artikel 03_03.



WEITERE ARTIKEL ZUM THEMA
PLASTISCHE, REKONSTRUKTIVE
UND ÄSTHETISCHE CHIRURGIE
FINDEN SIE AUF BDC|ONLINE
(WWW.BDC.DE,
RUBRIK WISSEN | FACHGEBIETE).

der Lappen (uni- oder bilateral) wird die Muskulatur in Faserrichtung des M. orbicularis oris so mobilisiert, dass ein ca. 5 mm breiter peripherer Muskelring mit den Insertionen der übrigen perioralen Muskeln (median beginnend M. levator labii superioris, M. zygomaticus major, M. levator anguli oris, M. risorius, M. depressor anguli oris) stehen bleibt und die mimische Muskulatur funktionell intakt lässt (**Abb. 3**). Der innere breitere Muskelstreifen wird mobilisiert und über den Defekt geschoben, verwächst anschließend wieder mit seinem peripheren muskulären Rand und bewahrt so die Funktion des perioralen Ringmuskels. Peripher des mobilisierten Muskelrings wird die Haut treppenförmig in Naseneingänge, Philtrum resp. Columella, den nasolabialen Winkel und – bei Bedarf für eine große Verschiebung – zusätzlich triangular in die Wange hinein inzidiert (**Abb. 4**). Diese treppenförmigen Hautspickel werden vom peripheren Ring des M. orbicularis oculi gelöst und zusammen mit dem zentralen Muskelring als musclocutane Einheit verschoben. Die Technik vereinigt damit das muskuläre Avancement der Karapandzic-Methode mit einer großen W-Plastik im Bereich des Naseneingangs, welche einerseits Narbenkontrakturen verhindert, andererseits die Narben den anatomischen Konturen ideal anpasst.

RARITÄTEN DER TUMORCHIRURGIE

Die kleine Serie meiner acht Patientinnen und Patienten (Durchschnittsalter 62,25 Jahre), bei denen ich in den vergangenen zwei Jahrzehnten einen Lippen-Treppen-Lappen durchgeführt habe, betrifft heterogene Ausgangslagen bei – operativ, Kryotherapie oder Interferon – vorbehandelten hartnäckigen Tumoren (**Tab. 1**). Lediglich eine Patientin war nicht vorgängig schon operiert worden; histologisch ergab sich bei ihr ein amelanotisches Melanom, das leider nach einem Jahr beidseitig in die Halslymphknoten metastasierte. Zwei Patientinnen mit Lippen-Treppen-Lappen mussten wegen Rezidiven nach langen Intervallen erneut operiert und bestrahlt werden: Ein verwildertes szirrhöses BCC der Nasenflügel-Region erforderte nach acht Jahren einen Stirnlappen; ein vorerst jahrelang als BCC verkanntes Schweißdrüsen-Karzinom rezidierte 13 Jahre nach dem Lippen-Treppen-Lappen und wurde nach Resektion von Alveolarkamm, Septum und Columella sowie Radiotherapie durch beidseitige Schwenklappen aus der Nasolabialfalte funktionell und ästhetisch weit weniger vorteilhaft rekonstruiert.

Alle acht Lippen-Treppen-Lappen heilten primär und komplikationslos mit problemloser Durchblutung der Lappenspitzen und zeigten einwandfreie Funktion der

Ringmuskulatur des M. orbicularis oris. Die mittlere Nachbeobachtungszeit meiner Serie beträgt 6,8 (1 bis 19) Jahre. Die beiden Rezidive nach acht resp. 13 Jahren sind den äußerst hartnäckigen histologischen Charakteristika der jeweiligen Karzinome zuzuschreiben.

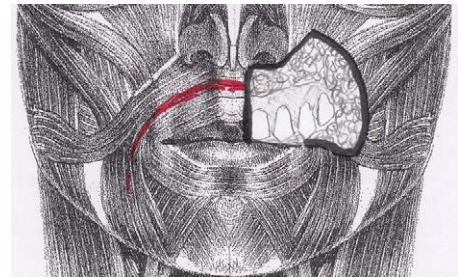


Abb. 3: Mobilisation des zentralen Muskelrings des M. orbicularis oris als musclocutane Verschiebelappen basierend auf der A. labialis; die Muskulatur bleibt vital, funktionell und innerviert

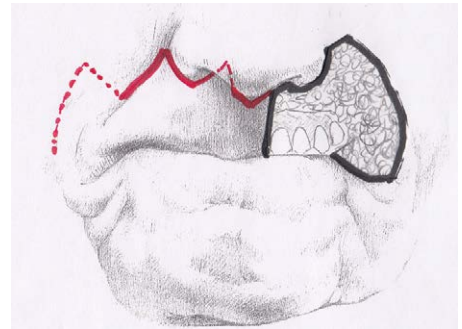
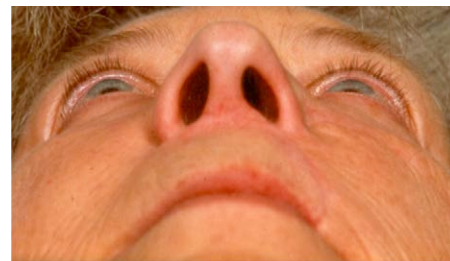
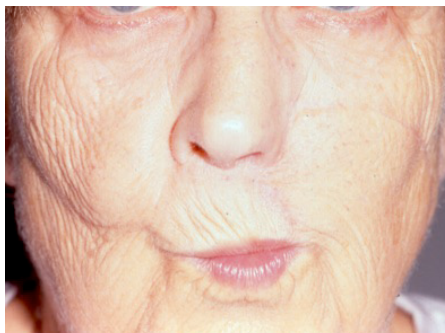


Abb. 4: Hautinzisionen des Lippen-Treppen-Lappens

Tab. 1: Patientenliste der operierten Lippen-Treppen-Lappen

PATIENT	DIAGNOSE	LOKALISATION	VOR-BEHANDLUNG	KORREKTUR-EINGRIFFE	OUTCOME	FOLLOW-UP J
MP m 43j	Rezidiv PflasterzellCa	lateral exkl. Philtrum	1	-	geheilt	4
DG f 56j	Rezidiv BCC szirrhös	lateral inkl. Philtrum	Radiatio +2	3	weiteres Rezidiv nach 8 J, Stirnlappen	8
LR m 42j	Basalzellnaevus-Syndrom BCC szirrhös	median	3 + Kryo + Interferon	-	geheilt	6
LJ m 74j	Rezidiv BCC szirrhös	median	1	-	geheilt	3
BJ f 61j	Rezidiv SchweißdrüsenCa	lateral inkl. Philtrum	5	2	weiteres (9.) Rezidiv nach 13 J, nasolabiale bilaterale Lappen + Radiatio	19
VB f 68j	Rezidiv BCC szirrhös	lateral exkl. Philtrum	2 + Interferon	2	geheilt	13
RW m 77j	Rezidiv BCC solid	lateral inkl. Philtrum	1	-	geheilt	1
SE f 77j	amelanot. Melanom	median	-	-	cervicale Metastasen	1

Abb. 5: 68jährige Patientin mit großem Defekt nach Resektion eines mehrfach rezidivierenden und mit Interferon vorbehandelten BCC. Der Lippen-Treppen-Lappen ist vorbereitet (1). Rekonstruktion im Operationssaal; der linksseitige Hautdefekt wurde mit einem Wangen-Rotationslappen gedeckt (2). Funktionelles Ergebnis nach 1 Jahr: praktisch symmetrisches Lächeln (3). Beim Pfeifen entsteht durch die Spannung auf dem M. risorius rechts eine sichtbare quere Hauteinziehung (4). Der Naseneingang ist symmetrisch mit gut versteckten Narben der Treppen-Lappen (5).



FAZIT

Der Lippen-Treppen-Lappen ist eine technisch einfache Variante der Rekonstruktion großer Oberlippen-Defekte mit problemlosen Heilungsverläufen. Er berücksichtigt die physiologische Funktion der perioralen Ringmuskulatur und gleichzeitig eine ästhetische Platzierung der treppenförmigen Narben im Naseneingang.

LITERATUR

- [1] Estlander JA: Eine Methode, aus der einen Lippe Substanzverluste der anderen zu ersetzen. Arch Klin Chir (1872) 14: 622 – 631
- [2] Abbé R: A new plastic operation for the relief of deformity due to double harelip. Med Rec (1898) 53: 477
- [3] Karapandzic M: Reconstruction of lip defects by local arterial flaps. Plast Reconstr Surg (1974) 66: 93 – 97
- [4] Teemul TA, Telfer A, Singh RP, Telfer MR: The versatility of the Karapandzic flap: A review of 65 cases with patient-reported outcomes. J Craniomaxillofacial Surg (2017) 45: 325 – 329

CME-Artikel: Weichteilsarkome – Verbesserung der Behandlung durch Leitlinienbildung und Zentrumszertifizierung

ALLGEMEINES

Weichteilsarkome sind bösartige Tumoren mesenchymalen Ursprungs, die insgesamt nur ca. 1 Prozent aller malignen Erkrankungen ausmachen [1]. Wie alle bösartigen Tumoren zeichnen sie sich durch ein unterschiedlich aggressives, invasives Wachstum und eine potenzielle Metastasierungsfähigkeit (überwiegend pulmonal) aus. Die Inzidenz wird für

Europa und Nordamerika derzeit mit ein bis zwei Neuerkrankungen pro 100.000 Einwohner und Jahr angegeben [2, 3]. Sie sind somit häufiger als Tumoren des Knochens oder Knorpels, jedoch deutlich seltener als Kolon- oder Bronchialkarzinome [4]. Leider existieren in Deutschland keine epidemiologischen Daten zu Weichteilsarkomen. So sammelt z. B. das Robert Koch-Institut keine Daten zu Weichteilsarkomen (Zuordnung ICD C45-49).



**KORRESPONDIERENDER AUTOR:
PROF. DR. MED. MARCUS
LEHNHARDT**

Direktor
Klinik für Plastische Chirurgie
und Schwerbrandverletzte,
Handchirurgiezentrum
Referenzzentrum für Gliedmaßen Tumoren
BG-Universitätskliniken Bergmannsheil
Bochum
Ruhr-Universität-Bochum
Bürkle-de-la-Camp Platz 1, 44789
Bochum
plastische-chirurgie@bergmannsheil.de

PD DR. MED. TOBIAS HIRSCH

Leitender Oberarzt
Klinik für Plastische Chirurgie
und Schwerbrandverletzte,
Handchirurgiezentrum
Referenzzentrum für Gliedmaßen Tumoren
BG-Universitätskliniken Bergmannsheil

PD DR. MED. BJÖRN BEHR

Oberarzt
Klinik für Plastische Chirurgie
und Schwerbrandverletzte,
Handchirurgiezentrum
Referenzzentrum für Gliedmaßen Tumoren
BG-Universitätskliniken Bergmannsheil

DR. MED. KAMRAN HARATI

Assistenzarzt
Klinik für Plastische Chirurgie
und Schwerbrandverletzte,
Handchirurgiezentrum
Referenzzentrum für Gliedmaßen Tumoren
BG-Universitätskliniken Bergmannsheil

Lehnhardt M. / Hirsch T. / Behr B. / Harati K.
CME-Artikel: Weichteilsarkome – Verbesserung
der Behandlung durch Leitlinienbildung und
Zentrumszertifizierung. *Passion Chirurgie*. 2017
Juni; 7(06): Artikel 03_04.



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

LOKALISATION

Weichteilsarkome treten an nahezu allen Lokalisationen auf, wobei sich ihre Verteilung auf die einzelnen Körperregionen proportional zum Anteil der Weichgewebsmasse der jeweiligen Körperregionen verhält [5]. In 50 Prozent aller Fälle gehen Weichteilsarkome aus dem Binde- und Stützgewebe der unteren Extremität hervor, während 10 Prozent an der oberen Extremität entstehen. Ein Drittel der Weichteilsarkome findet sich im Rumpf mit Prädilektion im Retroperitoneum, wohingegen der Kopf-Hals-Bereich mit 10 Prozent seltener betroffen ist. Aktuelle Daten belegen eindeutig, dass Tumorgröße und -Lokalisation prognostisch relevant sind [5].

KLINIK

Weichteilsarkome an den Extremitäten treten zumeist als tast- und sichtbare schmerzlose Schwellungen in Erscheinung. Schlechter differenzierte Weichteilsarkome können zudem eine derbe Konsistenz und eine geringere Verschieblichkeit aufweisen. In manchen Fällen kann durch die Gewebeverdrängung eine verstärkte lokale Venenzeichnung an der darüberliegenden Haut festgestellt werden. Umgebungsreaktionen wie Rötungen und Erwärmungen treten allerdings erst sehr spät bei exulzierenden Verläufen auf. Das Auftreten von Schmerzen ist in erster Linie abhängig von der Lokalisation des Tumors, jedoch in der Regel Folge einer Infiltration oder Verdrängung von Nerven und ist somit meistens als Spätsymptom anzusehen. Es fehlen weitestgehend Krankheitszeichen im Sinne einer B-Symptomatik wie Gewichtsverlust, Fieber oder Nachtschweiß. Eine Inappetenz wird ebenfalls fast nie angegeben. Im Gegensatz zu Karzinomkrankungen treten paraneoplastische Syndrome nur in den seltensten Fällen auf, was zur Bagatellisierung des Befundes führen kann. Nicht selten ist die Erkrankung bei Diagnosestellung lokal weit fortgeschritten oder hat sogar Metastasen gebildet.

METASTASIERUNG

Ungefähr 30 Prozent aller Betroffenen entwickeln im Krankheitsverlauf hämatogene,

zumeist pulmonale Fernmetastasen [6, 7]. Lymphknotenmetastasen hingegen sind insgesamt selten und treten nur bei einigen wenigen Subtypen wie Rhabdomyosarkomen, Klarzellsarkomen und epitheloidzelligen Sarkomen auf [8, 9]. Das mediane Überleben nach diagnostizierter Fernmetastasierung liegt bei weniger als 15 Monaten [6].

HETEROGENITÄT

Weichteilsarkome zeichnen sich mit über 50 bekannten Subtypen durch eine ausgeprägte Heterogenität aus, die sich nicht nur in dem erreichten Phänotyp, sondern auch in der klinischen Manifestation und Prognose zeigt. [10, 11]. Von daher ist die richtige histopathologische Diagnose von essenzieller Wichtigkeit. Die histologische Sicherung ist allerdings weiterhin schwer und erfordert molekularpathologische Techniken. Außerhalb der großen Zentren sollte die Diagnose immer durch einen Referenzpathologen abgesichert werden [12].

Am häufigsten treten im Erwachsenenalter das Liposarkom, das NOS (not otherwise specified sarcoma) und das Leiomyosarkom auf [3, 4]. Gerade aufgrund der Heterogenität und der geringen Fallzahlen ist es schwierig eine sichere prozentuale Angabe zu den Häufigkeiten der einzelnen Subentitäten zu geben, da diese je nach Land und Referenzzentrum deutlichen Schwankungen unterliegen. Wenn man alle Entitäten berücksichtigt, dann liegt der Altersgipfel für eine Neuerkrankung zwischen 60 und 65 Jahren [4]. Natürlich muss hierbei bedacht werden, dass die histologischen Subtypen altersbezogene Häufigkeitsgipfel zeigen. So treten in der Altersgruppe der über 60-jährigen kaum Rhabdomyosarkome auf, während im Kindes- und Jugendalter diese Entität eines der häufigsten soliden Tumorerkrankungen überhaupt darstellt. [13, 14].

DIAGNOSTIK

Bei unklaren Weichteilschwellungen an den Extremitäten sowie im Brust- und Bauchwandbereich ist die Magnetresonanztomographie unter intravenöser Gadolinium-Kontrastmittelgabe das am geeignetste bildgebende Verfahren [15]. Mit ihrer Hilfe kann die exakte

Tumorausdehnung samt Lagebeziehung zu Nerven, Gefäßen und Knochen genau beurteilt werden. Weiterhin kann eine erste Abschätzung hinsichtlich der Differenzierung getroffen werden. Oftmals zeigen sich bei großen, schlecht-differenzierten Läsionen bereits intratumorale Nekrosen. Nichtsdestotrotz ist für die weitere Therapieplanung eine histopathologische Untersuchung der suspekten Weichteiltumoren erforderlich [16]. Differentialdiagnostisch sollten Lymphome, Weichteilmetastasen von Karzinomen und eventuelle entzündliche Prozesse ausgeschlossen werden, da sie therapeutisch ein komplett anderes Vorgehen erfordern. Die Probenentnahme erfolgt an den Extremitäten und den Körperwänden in der Regel mittels Ultraschall- oder CT-gesteuerter Stanzbiopsie. Bei kleineren Läsionen, die mittels Stanze nur unsicher erfasst werden können, kann in unkomplizierten Fällen und oberflächlicher Lage auch eine Exzisionsbiopsie erwogen werden. Ansonsten sollte, wenn immer möglich, vor definitiver operativer Versorgung die Tumorentität samt Malignitätsgrad bekannt sein und eine Behandlungsstrategie im Tumorboard erarbeitet sein. Bei G2- und G3-Weichteilsarkomen sollte präoperativ eine

CT-Untersuchung des Thorax zur Abklärung eventueller Fernmetastasen durchgeführt werden [17].

THERAPIE

THERAPIE BEI LOKALISIERTEM BEFALL

Die relative Seltenheit der einzelnen Entitäten setzt eine außerordentliche Erfahrung in der Therapie der Weichgewebssarkome voraus. Das therapeutische Konzept ist daher interdisziplinär und multimodal, sowohl die operative Therapie als auch die Strahlen- und die Chemotherapie sind von Bedeutung und werden interdisziplinär im Tumorboard festgelegt. Die Therapie der Wahl bei Weichteilsarkomen mit lokalisiertem Befall besteht weiterhin in der kompletten chirurgischen Entfernung im Gesunden. Das Ziel der operativen Therapie ist die Erlangung tumorfreier Resektionsränder im Sinne einer R0-Resektion. Dies bedeutet, der Tumor wird en bloc in No-Touch-Technik operiert. Frühere Angaben zu Sicherheitsabständen (5 cm zur Seite, 2 cm zur Tiefe) entsprechen Expertenvorstellungen und sind nie mit Daten hinterlegt worden.

Das chirurgische Behandlungskonzept samt Resektionsumfang muss der

Lokalisation angepasst und bei jedem Patienten individuell bestimmt werden. Inwieweit der Sicherheitsabstand im Gesunden einen prognostischen Einfluss hat, wird derzeit noch kontrovers diskutiert. Die bisher durchgeführten retrospektiven Analysen, die den Einfluss der Resektionsabstände untersucht haben, konnten allerdings keinen prognostischen Unterschied zwischen knappen und weiten Sicherheitsabständen ausmachen [18-20]. Eine eigene retrospektive Analyse von 700 Patienten untermauert diese Angaben (in Präparation). Prospektiv randomisierte Daten fehlen.

In der eigenen Klinik wird seit Beginn der 90er Jahre mit nunmehr über 3.500 operierten Patienten die Taktik der R0-Resektion unter Toleranz auch geringerer Sicherheitsabstände durchgeführt (Abb. 1-5). Die vergleichende Analyse der onkologisch relevanten Parameter scheint diese Vorgehensweise zu bestätigen.

Die adjuvante Strahlentherapie kann nach übereinstimmender Datenlage die lokalen Rezidivraten deutlich senken [21]. Aktuell wird ihr Einsatz in den ESMO- (European Society for Medical Oncology) und NCCN-Leitlinien (National Comprehensive Cancer Network)



Abb. 1: 82-jähriger Patient mit undifferenziertem, pleomorphem Sarkom des linken Unterarmes (TNM: ypT2b cN0 M0 R0)

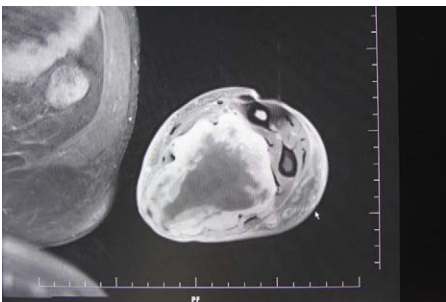


Abb. 2: NMR-Darstellung: Infiltration aller oberflächlichen Fingerbeuger, Arteria und Nervus ulnaris, minimaler Abstand zu A. radialis, N. medianus und knöchernem Radius



Abb. 3a, b: Onkologiegerechte Resektion in No-Touch-Technik unter Mitnahme FDS 2-5, N. ulnaris, A. ulnaris, FCU und Anteilen des M. pronator quadratus. Situs nach Tumorsektion: R0 (minimaler Abstand ulnar und radial 0,1 cm)



Abb. 4: Tumorsekretat unter ellipsoidförmiger Mitnahme der PE-Inzision



Abb. 5: Ergebnis nach Abschluss der adjuvanten Bestrahlung mit insgesamt 70Gy

bei G2- und G3-Weichteilsarkomen empfohlen [22, 23]. Neben der adjuvanten Strahlentherapie mit einer Gesamtdosis von 60-66 Gray besteht auch die Möglichkeit der neoadjuvanten Bestrahlung. Im Gegensatz zur adjuvanten Applikation wird hier mit 50 Gray eine geringere Gesamtdosis eingesetzt, da der noch nicht resezierte Tumor ein kleineres und besser definiertes Zielvolumen darstellt. Akute Wundkomplikationen treten bei der neoadjuvanten Strahlentherapie allerdings signifikant häufiger auf [24-27]. Angesichts des prognostischen Einflusses unterscheiden sich die adjuvante und neoadjuvante Strahlentherapie nicht wesentlich voneinander [24, 28, 29]. Im Gesamtbehandlungsregime der Weichgewebssarkome stellt die Strahlentherapie den am besten etablierten und standardisierten Pfeiler dar.

Der Stellenwert der adjuvanten Chemotherapie mit den Erstlinienchemotherapeutika Doxorubicin und Ifosfamid ist bei primär resektablen Weichteilsarkomen weiterhin umstritten. Die bisher größte zur adjuvanten Chemotherapie durchgeführte Meta-Analyse konnte nur einen marginalen Einfluss auf das krankheitsspezifische Gesamt-Überleben nach zehn Jahren feststellen [30]. Eine prospektiv, randomisierte Studie der European Organisation for Research and Treatment of Cancer (EORTC 62931) konnte ebenfalls keinen Überlebensvorteil durch eine adjuvante Chemotherapie feststellen [31]. Letztendlich wurde empfohlen in zukünftigen Studien zur adjuvanten Chemotherapie nur Patienten mit großen G3-Extremitätensarkomen einzuschließen, da diese Hochrisiko-Patienten unter Umständen von einer adjuvanten Chemotherapie profitieren könnten, wobei die Ergebnisse dieser Studien abzuwarten sei.

Interessant erscheint die Tatsache, dass weiterhin nur vier Substanzen für die Behandlung zugelassen sind (Doxorubicin gehört nicht dazu), aber sicher zehn unterschiedliche Chemotherapeutika Anwendung finden.

Die neoadjuvante Chemotherapie konnte sich aufgrund fehlendem signifikantem

Überlebensvorteil nicht durchsetzen und sollte daher auf Studien beschränkt bleiben.

THERAPIE BEI METASTASIERTEM

KRANKHEITSVERLAUF

Bei solitären, pulmonalen Metastasen wird eine komplette chirurgische Resektion des Primärtumors und der Metastase angestrebt sowie eine adjuvante oder neoadjuvante Chemotherapie durchgeführt, um die nunmehr systemischen Erkrankung zu behandeln [6]. Bei disseminierten Metastasen sind die Therapieoptionen jedoch palliativer Natur und zumeist auf die Chemotherapie beschränkt. Etabliert hat sich hierbei seit Jahrzehnten das Anthrazyklin Doxorubicin, welches als Monotherapeutikum bei metastasierten Krankheitsverläufen Ansprechraten von 20 bis 30 Prozent vorweist [14]. Durch die Kombination mit dem Oxazaphosphorin Ifosfamid können zwar leicht verbesserte Ansprechraten erzielt werden, die jedoch nicht mit einem Überlebensvorteil einhergehen [32]. Bei Patienten mit metastasierten Leiomyosarkomen oder Liposarkomen konnte zuletzt im Rahmen von Phase-3-Studien eine gewisse Wirkung für Trabectedin und Eribulin ausgemacht werden, sodass ihr Einsatz bei diesen Subtypen empfohlen wird, wenn Doxorubicin nicht ansprechen sollte [33, 34]. Bei Patienten, die an disseminierten nicht-lipomatösen Weichteilsarkomen leiden, kann nach frustraner Doxorubicin-Behandlung eine Therapie mit Pazopanib erwogen werden [35].

NACHSORGE

Auch hier gibt es aufgrund fehlender Evidenz keine einheitliche Aussage. In der eigenen Klinik führen wir bei Patienten mit G2- und G3-Sarkomen für die ersten zwei Jahre alle drei Monate eine klinische Verlaufskontrolle samt MRT-Untersuchung des Lokalbefundes und Röntgenuntersuchung des Thorax in zwei Ebenen durch. Nach zwei Jahren wird das Untersuchungsintervall auf sechs Monate verlängert. Je nach Verlauf werden

die Kontrollen nach insgesamt fünf Jahren fortgesetzt oder gar beendet. Inwieweit eine weitere Untersuchung über fünf Jahre hinaus sinnvoll ist, ist noch nicht geklärt [22]. Bei Patienten mit G1-Sarkomen führen wir die Kontrollen in den ersten fünf Jahren halbjährlich durch. Ein ähnliches Schema wird aktuell auch von der ESMO empfohlen, wobei der Nutzen einer routinemäßig durchgeführten MRT-Nachsorgeuntersuchung uneinheitlich bewertet wird [22, 23].

FAZIT

Insgesamt sollte die Behandlung der Weichgewebssarkome aufgrund der Seltenheit, Heterogenität und unklaren Datenlage dafür spezialisierten Zentren vorbehalten sein.

Nur so kann die aktuell hohe Rate falscher Primärbehandlungen gesenkt werden.

Aufgrund der breiten Lokalisationsverteilung muss das Weichgewebssarkom als „Querschnittsmalignom“ bezeichnet werden, dem eine klare Fachdisziplin-Zuordnung fehlt. Damit verbleibt die Therapie mit einer hohen Interdisziplinarität behaftet.

Zur Verbesserung der Behandlungsqualität erfolgt aktuell unter Federführung der interdisziplinären Arbeitsgruppe Weichgewebssarkome (IAWS) der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG) die Erstellung einer S3-Leitlinie entsprechend dem Leitlinienprogramm Onkologie der DKG, der Deutschen Krebshilfe (DKH) und der AWMF unter Zugrundelegung der durch diese Gesellschaften festgelegten Qualitätsindikatoren. Damit wird erstmalig eine S3-Leitlinie zu einer Gruppe der seltenen Tumoren erarbeitet.

Weiterhin definiert die IAWS in Kooperation mit OnkoZert aktuell Qualitätsindikatoren, die für die Etablierung von Zentrumszertifizierungen entsprechend der onkologischen Zentren (OZ) als Modul für die Behandlung der Weichgewebssarkome zugrunde gelegt werden.



Literatur via passion_chirurgie@bdc.de

JETZT
BUCHEN

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

Dieser CME-Artikel ist ab jetzt drei Monate kostenlos in Ihrer BDC|Mobile-App oder auf www.ecme-center.org in Ihrem Konto hinterlegt.
Für eine spätere kostenfreie Buchung des Kurses im [eCME-Center] nutzen Sie bitte die PIN: **BDC79525**

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



Online-Fortbildung für Chirurginnen und Chirurgen

So einfach
geht's:



Am PC:

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

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



Auf einem mobilen Gerät:

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

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



[eCME-Center] ist
Bestandteil von
BDC|Mobile





Safety Clip: Klinisches Risikomanagement und Health Care Compliance

Das Thema Compliance gewinnt in Krankenhäusern zunehmend an Bedeutung – eine im Hinblick auf die Patientensicherheit sehr zu begrüßende Entwicklung, zeigt sie doch, dass die Notwendigkeit, risikorelevante Prozesse abzusichern, immer stärker wahrgenommen wird.

Dieser Beitrag legt dar, welche Aufgaben dem Compliance-Management im Behandlungsbereich sowie dem klinischen Risikomanagement zukommen. Erläutert wird, welche Schnittmengen zwischen den beiden Risikomanagementdisziplinen bestehen und wie

diese als Bausteine für eine gleichbleibende Qualität im Sinne eines Zuverlässigkeitsmanagements zusammenwirken können.

COMPLIANCE-KOMPONENTEN IM KRM

Klinisches Risikomanagement (kRM) ist systematisches Handeln, das kontinuierlich darauf abzielt, potenzielle Risiken im Behandlungsprozess zu identifizieren, zu bewerten, zu kommunizieren und zu bewältigen (vgl. ISO 31000:2009 und ONR 49000 ff). Es hat zum Ziel, sowohl die Sicherheit von Patienten und

**MARTINA THÜRK**

Diplomkauffrau (Univ.)
 Risikoassessorin, Compliance-Officer
 (Univ.)
 GRB Gesellschaft für Risiko-Beratung
 mbH
 Klingenbergstr. 4, 32758 Detmold
 martina.thuerk@grb.de, www.grb.de

Mitarbeitenden als auch die "Krankenhaussicherheit" zu erhöhen. Ersteres erreicht man, indem man Komplikations- und Schadenraten konsequent senkt, Letzteres, indem man die Reputation stärkt und Haftungsansprüche reduziert. Und wo es um Haftung geht, geht es auch immer um Compliance-Fragen.

Geeignete Präventionsmaßnahmen tragen dazu bei, dass sich Risiken für Patienten und Mitarbeitende gar nicht erst realisieren. Um solche Maßnahmen im Klinikalltag zu etablieren, werden externe Vorgaben auf die jeweiligen Behandlungsprozesse und Gegebenheiten einer Einrichtung spezifiziert bzw. beim Fehlen externer Vorgaben eigene Sicherheitsvorgaben definiert, die es dann einzuhalten gilt.

Das Hauptrisiko einer Patientenschädigung sollte hier nicht nur bei der Etablierung von Maßnahmen, sondern selbstverständlich auch bei den Schlüsselkontrollen im Fokus stehen. Denn, wer eine sichere Prozessgestaltung auf die Verschriftlichung von Arbeitsanweisungen und Behandlungspfade beschränkt, der hat kRM nicht zu Ende gedacht. Es ist dafür Sorge zu tragen, dass Arbeitsanweisungen und Behandlungspfade eingehalten bzw. Voraussetzungen geschaffen werden, damit diese auch eingehalten werden können. Die Einhaltung von Vorgaben zu kontrollieren ist aber ebenfalls eine der klassischen Aufgaben des Compliance-Managements.

HEALTH CARE COMPLIANCE

Compliance-Management (CM) ist Aufgabe der Unternehmensleitung. Sie hat mit geeigneten Maßnahmen sicherzustellen, dass alle internen und externen Vorgaben eingehalten werden. Das Compliance-Management befasst sich einerseits wie das kRM mit der Identifikation von Risiken und deren Prävention – wenn auch mit einem anderen Fokus. Andererseits beschäftigt es sich mit dem Aufspüren und der Sanktionierung von Zuwiderhandlungen.

Aufgrund der besonderen Rahmenbedingungen und der Regulierungsdichte im Gesundheitswesen bedarf es im Gesundheitssektor nicht nur einer geeigneten Ausgestaltung des Compliance-Managements (Health Care Compliance), sondern auch einer Fokussierung auf besonders relevante

Compliance-Risiken. So fokussiert Health Care Compliance neben Regularien, die sich auf den sicheren und regelkonformen Behandlungsprozess beziehen, zusätzlich beispielsweise die Abwehr von Betrugsdelikten, das Erkennen von unzureichenden Vertragsgestaltungen oder die Einhaltung von arbeitszeitrechtlichen Bestimmungen.

Funktional geht es dabei nicht nur darum, dafür zu sorgen, dass Vorgaben eingehalten werden, sondern auch darum, organisatorische Maßnahmen und Strukturen zu etablieren, die ein normkonformes Verhalten erst ermöglichen. Voraussetzung dafür ist natürlich auch, dass innerhalb der Unternehmung bekannt ist, was aktuell normkonform ist. Dies ist eine komplexe und arbeitsteilige Aufgabe; zumal es für Mitarbeitende im hektischen Klinikalltag nicht leicht ist, stets informiert zu bleiben.

COMPLIANCE IM KRM?

Ausnahmslos alle anerkannten Compliance-Management-Standards sehen die Risikoanalyse inklusive entsprechender Bewertung als die Basis für die Erstellung eines Compliance-Programms an. Es gilt, sich zunächst auf die Haftungsrisiken zu konzentrieren, deren Folgen bei einer Verwirklichung die Einrichtung am stärksten negativ beeinflussen. Gerade vor dem Hintergrund, dass hauseigene Ressourcen oft begrenzt sind, ermöglicht dies ein wirtschaftliches Vorgehen für die Häuser.

Mit Blick auf die Schadenverteilungen der Gesundheitseinrichtungen wird deutlich, dass diese zum überwiegenden Teil aus dem Behandlungsprozess resultieren. Ein Umstand, dem die Branche schon seit Jahren durch die Etablierung von kRM aufbauend auf ihrem Qualitätsmanagement Rechnung trägt. Dies ist auch der Grund, weshalb die Kontrolle der Vorgaben, die den Behandlungsprozess absichern sollen, in den meisten Häusern im Verantwortungsbereich des kRM verbleibt. Sicherlich erscheint ein solches Vorgehen zunächst sinnvoll, jedoch bleiben hierbei häufig folgende Punkte organisatorisch unberücksichtigt:

Zunächst ist das kRM bislang fast ausschließlich präventiv ausgerichtet. Für die repressive Komponente von Compliance fehlt zumeist das Know-how und die „Schlagkraft“

Thürk M. Safety Clip: Klinisches Risikomanagement und Health Care Compliance. Passion Chirurgie. 2017 Juni, 7(06): Artikel 04_01.



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

der mit der Compliance-Funktion betrauten Person(en). Zudem resultiert hieraus ein Abgrenzungsproblem. Während man im kRM auf systemisches Lernen und Verbessern abzielt, so sind das Aufspüren von bewussten Zuwiderhandlungen sowie deren personenbezogene Sanktionierung Bestandteile von Compliance. Stellt sich also die Frage: Wo hört das eine auf und fängt das andere an? Wie grenzt sich beispielweise ein Zwischenfallmeldesystem von einem Whistleblowersystem ab? Hieraus können wesentliche Interessenskonflikte resultieren, die ein zielgerichtetes Agieren deutlich erschweren.

Nicht vergessen werden darf in diesem Zusammenhang die organisatorische Frage nach den Ressourcen. In vielen Häusern ist das kRM an das Qualitätsmanagement andockt. Inwieweit Qualitäts- und Risikomanagement-Verantwortliche zusätzlich mit Compliance-Management – selbst wenn es „nur“ um den Behandlungsbereich geht – betraut werden können, muss in jedem Haus

kritisch hinterfragt werden. Hinzu kommt die Tatsache, dass klinische Risikomanager zumeist ihren fachlichen Hintergrund in Gesundheitsberufen haben. Mit Compliance beauftragte Personen benötigen darüber hinaus jedoch juristisches Hintergrundwissen.

Den genannten Punkten kann man organisatorisch begegnen, man muss sie sich nur ehrlich bewusst machen, wenn Compliance im klinischen Behandlungsalltag einen Beitrag zur Patientensicherheit leisten und nicht nur als Feigenblatt dienen soll.

SICHERHEIT ALS STRATEGIE

Krankenhäuser erfüllen die Kriterien sogenannter Hochzuverlässigkeitsorganisationen (High Reliability Organizations). Der Begriff meint organisatorische Einheiten, die es schaffen, in einem risikoreichen, von Komplexität und hoch arbeitsteiligen Prozessen geprägten Umfeld erfolgreich „Katastrophen“ zu vermeiden (vgl. Weick, K.; Sutcliffe, K.M., (2010): Das Unerwartete managen, Wie

Unternehmen aus Extremsituationen lernen, 2. Auflage, Schäffer Poeschel Verlag, Stuttgart 2010). Das klare Unternehmensziel solcher Organisationen ist eine Kultur der Zuverlässigkeit.

Viele Krankenhäuser in Deutschland haben bereits mit ihren Hausaufgaben im „Fach“ kRM begonnen; die Unterschiede bzgl. der Reifegrade der Präventionskonzepte sind jedoch nach wie vor erheblich. Die „Fortgeschrittenen“ haben erkannt: Wenn beherrschbare Prozeduren klar geregelt sind und durch Kommunikation und Training sowie konsequentes Einfordern sicher im Team beherrscht werden, dann können sich Mediziner und Pflegekräfte auch besser auf die unvorhergesehenen Situationen konzentrieren und flexibel und trotzdem sicher reagieren. Das Streben nach Flexibilität ist dabei ein wesentliches HRO-Kriterium.

In diesem Sinne sind kRM und CM unverzichtbare Bausteine eines funktionierenden Zuverlässigkeitsmanagements. ○

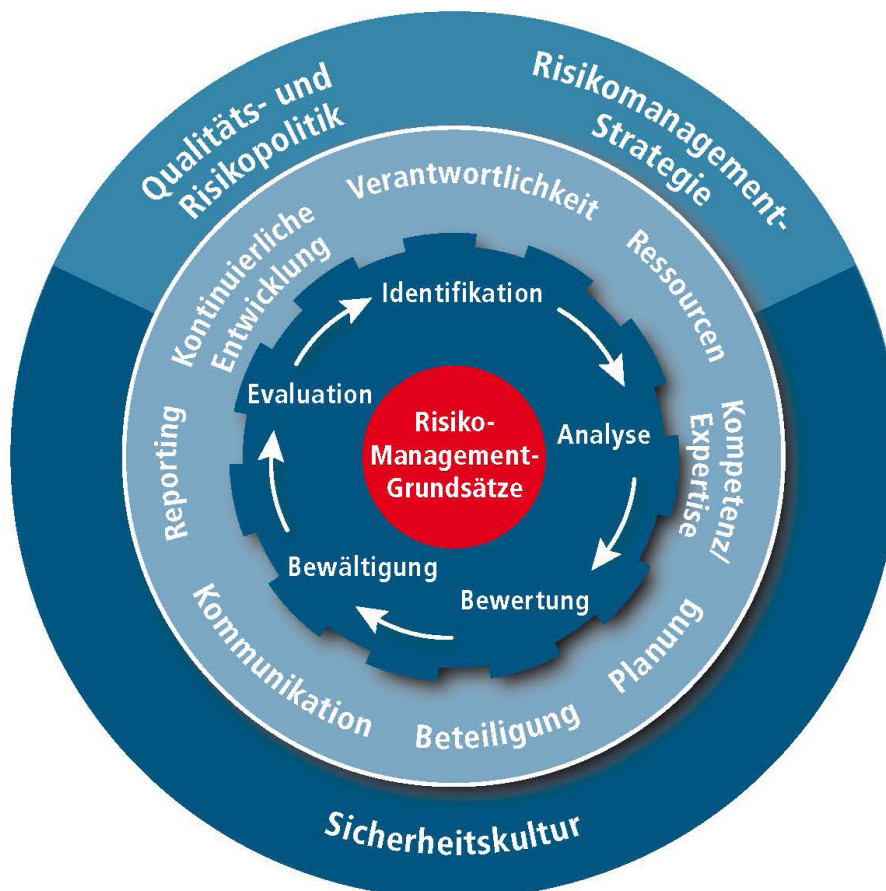


Abb.1: Zuverlässigkeitsmanagement durch integrierte Managementsysteme (eigene Darstellung)



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



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

Popp W. / Zastrow K.-D. Hygiene-Tipp:
Medizinprodukte-Betreiberverordnung geändert.
Passion Chirurgie. 2017 Juni; 7(06): Artikel
04_02.



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



Hygiene-Tipp: Medizinprodukte- Betreiberverordnung geändert

Mit Beginn des Jahres 2017 wurde die Medizinprodukte-Betreiberverordnung geändert. Die Vorschrift, wonach die KRINKO/BfArM-Empfehlung umzusetzen ist, findet sich nicht mehr in § 4, sondern in § 8 der geänderten Verordnung.

Nach § 4 ist eine Einweisung in die ordnungsgemäße Handhabung des Medizinproduktes für alle Nutzer erforderlich und auch zu dokumentieren. Dies gilt natürlich auch für Medizinprodukte wie z. B. Ultraschall-Geräte. Ferner sind die Gebrauchsanweisung und beigelegte Hinweise so aufzubewahren, dass sie dem Anwender jederzeit zugänglich sind – dies heißt im Allgemeinen direkt am Gerät und nicht z. B. bei der Medizintechnik.

Nach § 6 müssen Gesundheitseinrichtungen mit regelmäßig mehr als 20 Beschäftigten einen Beauftragten für Medizinproduktesicherheit bestellen.

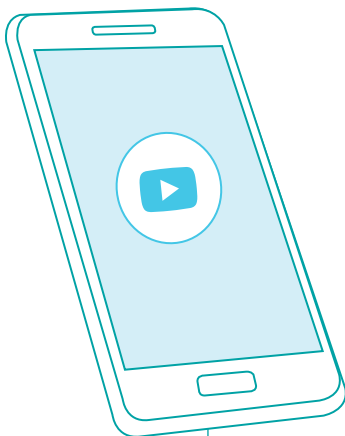
Neu ist in § 5 die Ausführung, dass Aufbereitungstätigkeiten mit besonderen Anforderungen – z.B. Notwendigkeit der Fachkunde – nur durchgeführt werden dürfen, wenn die Betreffenden „hinsichtlich der fachlichen Beurteilung keiner Weisung“ unterliegen.

Dies bedeutet, dass ab sofort nur noch die ZSVA-Leitungen entscheiden, wie die Aufbereitung korrekt zu erfolgen hat.

Der Kurztipp gibt die Meinung der Autoren wieder. ○

HYGIENE
CLIPGet Your
Disinfection

Erfolgreiche bundesweite
Kampagne des BDC
in Kooperation
mit DGKH und BDH



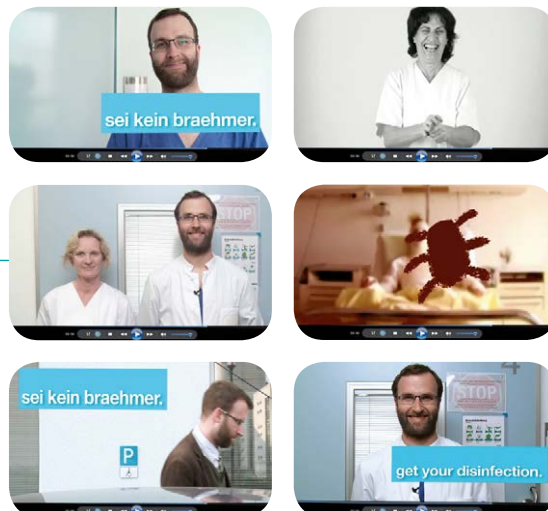
Gute Chirurgie kann durch eine Infektion gefährdet werden. Es gibt vermeidbare und unvermeidbare Infektionen. Letztere sind schicksalhaft und kaum zu beeinflussen. Der Berufsverband der Deutschen Chirurgen und die deutschen Hygieniker betreiben seit 2008 eine bundesweite Informationskampagne, die dazu 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.

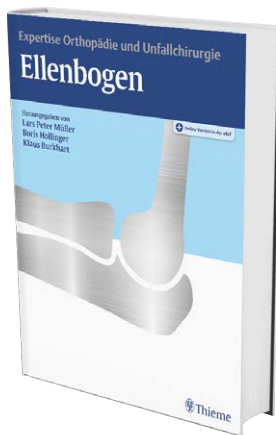


AUF YOUTUBE.DE FINDEN SIE ALLE
HYGIENEVIDEOS ÜBER DEN VIDEO-KANAL DER

PATIENTENSCHUTZ DURCH HYGIENE IST EINE
BUNDESWEITE KONZERTIERTE AKTION VON:

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

Rezension: Ellenbogen – Expertise Orthopädie und Unfallchirurgie



ELLENBOGEN – EXPERTISE ORTHOPÄDIE UND UNFALLCHIRURGIE

Hrsg. LP Müller, B Hollinger und K Burkhart
528 S., 1206 Abb., Thieme Verlag 2016
ISBN 978-3-13-174981-9
EUR [D]249,99 EUR

REZENSENTIN: PROF. DR. MED. JULIA SEIFERT

Vizepräsidentin
Berufsverband der Deutschen
Chirurgen e.V. (BDC)
Unfallkrankenhaus Berlin
Klinik für Unfallchirurgie und
Orthopädie
Warenerstr. 7, 12683 Berlin
Julia.Seifert@ukb.de

Es handelt sich um ein sehr umfassendes Lehrbuch, das sämtliche Aspekte unfallchirurgisch-orthopädischer Erkrankungen und Therapien auf aktuellem Stand beleuchtet. Insgesamt 41 Autoren haben daran mitgewirkt.

Sehr ausführlich, und mit zum Teil sehr guten Zeichnungen und Abbildungen versehen, sind die jeweiligen anatomischen Erläuterungen, die lediglich eine fehlerhafte Darstellung der knöchernen Anatomie bei Handgelenkspronation auf Seite 20 aufweist. Der Radius überschlägt die Elle und nicht umgekehrt.

Die Didaktik ist übersichtlich, verständlich und umfasst neben Kapiteln zur „Anatomie und Biomechanik“, „Diagnostik inklusive Untersuchungstechniken und Bildgebung“ auch die operativen „offenen und arthroskopischen Zugänge“ zum Ellenbogengelenk.

Die weiteren Kapitel gliedern sich in „Kindliche Pathologien“, „Trauma beim

Erwachsenen“, „Sport und Overuse“, „Endoprothetik des Ellenbogens“ und „Septic and Non-union Conditions“. Keine Sorge: Obwohl die Überschriften partiell anglikanisiert wurden, sind sämtliche Kapitel in deutscher Sprache.

Schön herausgearbeitet wurden die Empfehlungen zum Vorgehen bei Ellenbogenluxationen, akuten bzw. chronischen Instabilitäten.

Das Buch ist in jedem Fall eine Bereicherung für Orthopäden und Unfallchirurgen, ob jung oder alt und zeigt wieder einmal: Um auf der Höhe der Zeit zu bleiben, sind regelmäßige Updates nötig. Dazu bedarf es Fortbildungs- und Lesezeit, denn wer gegen aktuelle und publizierte Erkenntnisse therapiert, kann in Rechtfertigungsschwierigkeiten kommen, wenn es um ärztliche Behandlungsfehler geht. Daher sind sogenannten Clinical Pathways, wie sie hier im Buch zu finden sind, von zunehmender Bedeutung. ○

Seifert J. Rezension: Ellenbogen - Expertise Orthopädie und Unfallchirurgie. Passion Chirurgie. 2017 Juni; 7(06): Artikel 04_03.



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

**RECHT &
VERSICHERUNG**

Versicherungs- angebote des BDC



Diese Leistungen sind in Ihrem BDC-Mitgliedsbeitrag erhalten:

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

Weitere Versicherungsangebote für BDC-Mitglieder über Rahmenverträge

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

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

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

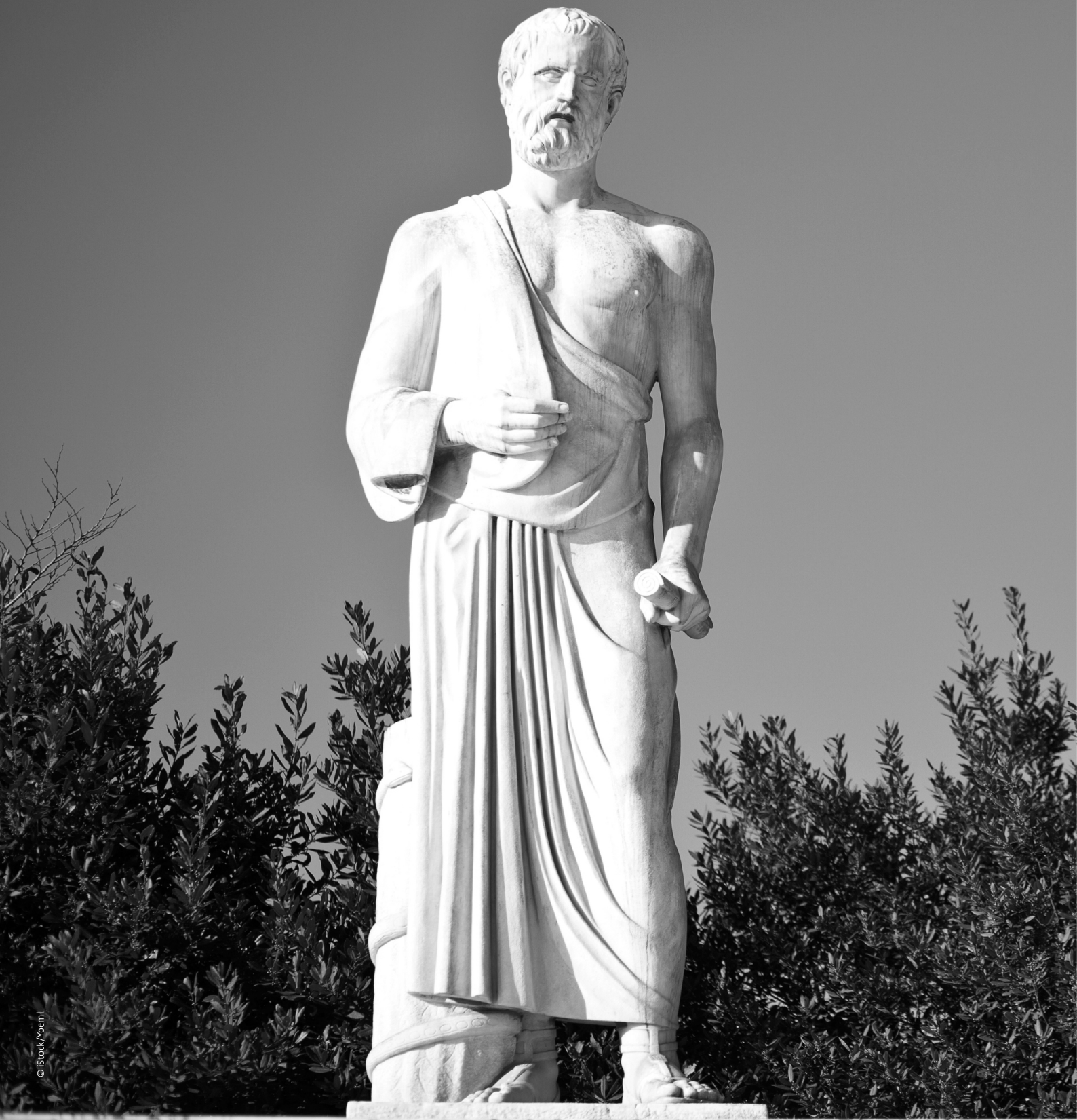
BDC-VERSICHERUNGSMAKLER ECCLESIA VERSICHERUNGSDIENST GMBH

BDC-Versicherungsservice

Klingenbergstr. 4, 32758 Detmold

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

E-Mail: bdc-versicherungsservice@ecclesia.de



Die Ökonomisierung der Medizin



RA DR. ALBRECHT WIENKE

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

MÖGLICHKEITEN UND GRENZEN WIRTSCHAFTLICHER EINFLÜSSE AUF ÄRZTLICHE THERAPIEENTSCHEIDUNGEN

„Der Arzt ist an die Weisungen des Krankenhausträgers und des Leitenden Arztes des Krankenhauses gebunden. Seine ärztliche Verantwortung bei der Diagnostik und Therapie bleibt hiervon unberührt.“

„Der Arzt ist bei der Behandlung der Patienten im Rahmen des ärztlich Notwendigen zu zweckmäßigem, wirtschaftlichem und sparsamen Umgang mit den zur Verfügung stehenden Mitteln des Krankenhauses verpflichtet.“

Zwei Standardsätze aus einem gängigen Chefarztvertrag, die auch von der Beratungs- und Formulierungshilfe Chefarztvertrag der Deutschen Krankenhausgesellschaft empfohlen werden.

„Ärztinnen und Ärzte üben ihren Beruf nach ihrem Gewissen, den Geboten der ärztlichen Ethik und der Menschlichkeit aus. Sie dürfen keine Grundsätze anerkennen und keine Vorschriften oder Anweisungen beachten, die mit ihren Aufgaben nicht vereinbar sind oder deren Befolgung sie nicht verantworten können.“

„Ärztinnen und Ärzte dürfen hinsichtlich ihrer ärztlichen Entscheidungen keine Weisungen von Nichtärzten entgegennehmen.“

Zwei Gebote aus der Musterberufsordnung für die Deutschen Ärztinnen und Ärzte (MBO).

WIE PASST DAS ZUSAMMEN?

In den letzten Jahren sehen sich Ärztinnen und Ärzte in Klinik und Praxis zunehmend gezwungen, wirtschaftliche Aspekte in ihre Entscheidungen bei der Patientenbehandlung

einzubeziehen. Dass auch in der Medizin ein wirtschaftlich effizientes Arbeiten erwartet wird, ist dabei längst kein Novum mehr. Wie jedes andere Unternehmen auch müssen Krankenhäuser und Arztpraxen mit den ihnen zur Verfügung stehenden Ressourcen haushalten. Dabei entsteht nicht selten ein Spannungsverhältnis zwischen der Weisungsfreiheit des Arztes in medizinischen Fragestellungen und dem Wunsch der Umsetzung ökonomischer Ziele. Hat man vor zehn Jahren noch versucht, diesem Dilemma mit medizinisch-wissenschaftlichen Argumenten (Therapiefreiheit, Forschungsfreiheit, Behandlungsstandards etc.) zu begegnen, hat sich mittlerweile das Klima zwischen ärztlicher Standesethik und Zuwendungsmedizin einerseits und Rentabilität ärztlichen Handelns andererseits erheblich abgekühlt. Der Umgang der Vertreter beider Seiten untereinander ist geradezu rau geworden: Die Ärzteseite versucht verzweifelt, die in Lehrbüchern und Leitlinien niedergelegten ärztlichen Standards in die Praxis umzusetzen und mit fortwährenden Personalkürzungen und Regressdrohungen die gesteckten Ziele zu erreichen – ein Unterfangen, das zunehmend frustriert ist. Die kaufmännische Seite denkt in erster Linie an die Erfüllung der eigenen, von der Unternehmensleitung gesetzten Rentabilitätsziele und unterliegt der Versuchung, ausschließlich die vertraglich zugesagten Tantiemen zu erwirtschaften. Die Krankenkassen schließlich gaukeln ihren Kunden vor, dass „ihre Gesundheit optimal abgesichert“ sei, mischen sich aber über ihre medizinischen Dienste immer mehr in Indikationsfragen und Behandlungsabläufe ein, um Kosten zu senken.

Wo bleibt da der originäre ärztliche Heil Auftrag im Sinne des Hippokratischen Eides und die an der Patientenversorgung orientierte Zielsetzung der Unternehmen Klinik und Praxis?

Wienke A. Die Ökonomisierung der Medizin.
Passion Chirurgie. 2017 Juni, 7(06): Artikel
04-04.



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

Im Klinik- und Praxisalltag wird deutlich, wie schwierig es mitunter ist, die widerstreitenden Interessen von medizinischer Notwendigkeit und wirtschaftlicher Leistungsfähigkeit miteinander in Einklang zu bringen. Die Ärzteschaft fühlt sich durch die knappe Haushaltsführung der kaufmännischen Seite und die Regressandrohungen der Krankenkassen im Stich gelassen, während diese ihnen oftmals einen verschwenderischen Umgang mit finanziellen Mitteln vorwirft. Ärzte müssen die Einhaltung des jeweiligen aktuellen medizinischen Standards gewährleisten und unterliegen gleichzeitig dem Gebot der Wirtschaftlichkeit, Angemessenheit, Notwendigkeit und Zweckmäßigkeit der ärztlichen Leistungen (sog. WANZ-Kriterien). Die Budgetverantwortung leitender Ärzte im Krankenhaus und die ständige Furcht niedergelassener Ärzte in den Praxen vor Regressen und Plausibilitätsprüfungen führen mehr und mehr dazu, dass die Qualität der ärztlichen Versorgung und damit das Wohl der Patienten leiden. Weder das Weisungsrecht des Arbeitgebers noch die Pflicht zur Einhaltung des Wirtschaftlichkeitsgebots rechtfertigen aber einen Eingriff in die ärztliche Entscheidungsfreiheit. Defensivmedizin ist nicht das, was die Patienten von verantwortungsbewussten Ärztinnen und Ärzten erwarten dürfen. Nach § 630a Abs. 2 BGB hat die Behandlung nach den zum Zeitpunkt der Behandlung bestehenden, allgemein anerkannten fachlichen Standards zu erfolgen. Rechtlich gesehen geht der Gesetzgeber daher immer von einer optimalen, nicht von einer wirtschaftlich vertretbaren Behandlung aus. Im Zweifel gehen daher medizinische Behandlungsstandards ökonomischen Anforderungen und Möglichkeiten vor.

DAS WEISUNGSRECHT DES KRANKENHAUSTRÄGERS

Angestellte Ärzte in Klinik, MVZ oder Praxis sind Arbeitnehmer und unterliegen damit wie jeder andere Angestellte dem Weisungs- bzw. Direktionsrecht ihres Arbeitgebers. Dieses Direktionsrecht leitet sich interessanter Weise nicht aus dem Zivilrecht, sondern aus der Gewerbeordnung ab. So kann der Arbeitgeber nach § 106 der Gewerbeordnung (GewO) Inhalt, Ort und Zeit der Arbeitsleistung nach

billigem Ermessen näher bestimmen, soweit diese Bedingungen nicht durch den Arbeitsvertrag oder andere Bestimmungen festgelegt sind. Für unregelmäßige Bereiche kann der Arbeitgeber also dem Arbeitnehmer konkrete Anweisungen erteilen. Als Arbeitnehmer werden diejenigen Personen bezeichnet, die aufgrund eines privatrechtlichen Vertrages (Arbeitsvertrag) unselbstständige, fremdbestimmte Dienstleistungen zu erbringen haben. Demgegenüber versteht die Bundesärzteordnung (BÄO) den ärztlichen Beruf seiner Natur nach gerade nicht als Gewerbeausübung, sondern als die Ausübung eines freien Berufs, auch im Anstellungsverhältnis. Hier werden die Widersprüche zur „fremdbestimmten Dienstleistung“ offenbar. Die Regeln der ärztlichen Berufsordnungen gelten auch für Ärztinnen und Ärzte, welche ihre ärztliche Tätigkeit im Rahmen einer privatrechtlichen Arbeitsverhältnisses oder öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnisses ausüben, vgl. § 23 Abs. 1 MBO.

Bei der Eingliederung der ärztlichen Arbeitnehmer in den Krankenhausbetrieb, in ein MVZ oder in den Betrieb einer Arztpraxis kommt es immer wieder zu Spannungen und Konflikten aufgrund der berufsrechtlich eingeräumten Weisungsfreiheit und den ökonomischen Vorgaben des jeweiligen Arbeitgebers. Entsprechend dem Gebot der Therapiefreiheit darf jeder Arzt aufgrund seiner fachlichen Expertise frei darüber entscheiden, welche Behandlungsmethode er für seinen Patienten im Einzelfall wählt. Seine fachliche Unabhängigkeit hat er nach bestem Wissen und Gewissen auszufüllen. Dabei unterliegt der Arzt stets dem aktuellen Stand der Wissenschaft und dem in seinem Tätigkeitsbereich geltenden Facharztstandard.

Die nähere Ausgestaltung des Arbeitsverhältnisses im Bereich der Medizin unterscheidet sich daher deutlich von dem anderer Branchen. Das dem Arbeitgeber zustehende Weisungs- und Direktionsrecht – abgeleitet aus dem Gewerberecht – bezieht sich daher nur auf organisatorische Vorgaben wie Zeit, Dauer und Ort der Tätigkeit sowie auf die Konkretisierung der individuellen Arbeitsbedingungen und die allgemeinen Grundsätze der Leistungserbringung. Hinsichtlich einzelner medizinischer Entscheidungen sind Ärzte jedoch allein ihrem Gewissen und den

anerkannten Regeln der ärztlichen Kunst unterworfen und genießen ärztliche Weisungsfreiheit. Dementsprechend sieht § 2 Abs. 4 MBO vor, dass Ärzte bei ihren ärztlichen Entscheidungen keine Weisungen von Nichtärzten entgegennehmen dürfen. Dies bedeutet, dass weder Klinikträger noch kaufmännische Geschäftsführer noch medizinische Dienste der Krankenkassen Ärzten Weisungen erteilen dürfen, die sich auf die konkrete Behandlung von Patienten beziehen. Tun sie dies dennoch, sind Ärzte aus berufsrechtlichen Gründen nicht verpflichtet, diesen Anordnungen Folge zu leisten. Im Gegenteil: Sie müssen etwaige aus ärztlicher Sicht entstehende Nachteile in der Versorgung der jeweiligen Patienten verhindern und stets Sorge dafür tragen, dass dem Patienten der aktuelle anerkannte fachärztliche Standard in der Behandlung zukommt. Kann der Arzt in der jeweiligen Behandlungssituation dies nicht gewährleisten, etwa weil ihm aufgrund von Personal- oder Investitionskürzungen die notwendigen Ressourcen nicht zur Verfügung stehen, muss er den Patienten auf diesen Umstand hinweisen und dafür sorgen, dass dem Patienten ggf. an anderer Stelle (Überstellung in eine andere Klinik) der notwendige und vom Patienten erwartete fachärztliche Standard zu Gute kommt.

DAS WIRTSCHAFTLICHKEITSGEBOT IM KLINIK- UND PRAXISALLTAG

Diese so beschriebene Entscheidungsfreiheit und Entscheidungsverpflichtung der Ärztinnen und Ärzte besteht jedoch nicht völlig uneingeschränkt. Es steht außer Frage, dass sich bei der Planung der Behandlung eines Patienten eine rein wirtschaftliche Betrachtung verbietet. Die Einbindung des Arztes in das wirtschaftliche Geflecht einer Praxis oder eines Krankenhauses gebietet es aber, dass der Arzt bei seiner Abwägung nicht ausschließlich medizinische Aspekte zugrunde legen kann und darf. Vielmehr sind den ärztlichen Entscheidungen durch das sog. Wirtschaftlichkeitsgebot Grenzen gesetzt.

Dieses Wirtschaftlichkeitsgebot ist für den Bereich der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) in § 12 Abs. 1 des Fünften Sozialgesetzbuchs (SGB V) geregelt. Danach müssen die Leistungen ausreichend, zweckmäßig

und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen die Leistungserbringer nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen. Ziel einer wirtschaftlichen Behandlung ist eine effiziente Zweck-Mittel-Relation, bei der qualitativ hochwertige Leistungen erbracht und gleichzeitig ausufernde Kosten vermieden werden sollen. Was mehr kostet, aber **denselben** Erfolg wie eine kostengünstigere Methode verspricht, hält den Anforderungen des Wirtschaftlichkeitsgebots nicht stand. So muss z. B. bei der Auswahl von medizinischem Instrumentarium (Ostheosynthesematerial) oder bei Implantaten stets das günstigere Angebot ausgewählt werden, wenn dies medizinisch ebenso geeignet ist wie teurere Alternativen.

Zudem wird auch über den GKV-Bereich hinaus in Arbeitsverträgen auf das Wirtschaftlichkeitsgebot Bezug genommen. So heißt es in § 3 des Chefarzt-Mustervertrags der Deutschen Krankenhaus Gesellschaft (DKG):

„Der Arzt ist bei der Behandlung der Patienten im Rahmen des ärztlich Notwendigen zu zweckmäßigem, wirtschaftlichem und sparsamen Umgang mit den zur Verfügung stehenden Mitteln des Krankenhauses verpflichtet.“

Die meisten Ärzte verpflichten sich also bereits mit Abschluss ihres Arbeitsvertrages dazu, auch ökonomische Aspekte in ihre Entscheidungen einfließen zu lassen. Bei Interessenkonflikten zwischen dem ärztlichen Personal und dem Krankenhausträger sieht der Mustervertrag in § 3 Abs. 3 folgende Regelung vor:

„Über die Einführung von [...] Maßnahmen, die Mehrkosten verursachen, hat der Arzt Einvernehmen mit dem Krankenhausträger herbeizuführen, soweit nicht die medizinische Notwendigkeit in Einzelfällen solche Maßnahmen oder Methoden unabdingbar macht.“

So eindeutig diese Bestimmungen in der Theorie klingen, so schwierig sind sie häufig im Klinikalltag umzusetzen. Regelmäßig können Ärzte die Leitlinien gerechte Behandlung der Wahl nicht durchführen, weil Klinikträger die Übernahme der Kosten verweigern und auf günstigere Therapiemethoden verweisen. Ob es um die Anschaffung eines neuen technischen Geräts oder die Auswahl eines bestimmten Instrumentariums geht, letztlich sind es oft die Klinikträger, die ein kostengünstigeres Prozedere befürworten und damit in die ärztliche Weisungsfreiheit eingreifen. Bei Uneinigkeit hat entgegen der ausdrücklichen berufs- und arbeitsrechtlichen Bestimmungen meistens die kaufmännische Seite das letzte Wort. Auch der Wirtschaftlichkeitsdruck der Krankenkassen und der Medizinischen Dienste ist so groß, dass sich viele Ärzte einer unmittelbaren Beeinflussung ihrer Therapieentscheidungen ausgesetzt sehen.

Ärzte sollten sich in dieser Situation stets vor Augen halten, dass sie in Diagnose und Therapie unabhängig sind und zum Wohle ihrer Patienten handeln müssen. Es unterfällt allein ihrem Entscheidungs- und Verantwortungsbereich, welche Patienten sie auf welche Art und Weise behandeln. Wenn sie sich für eine medizinisch erforderliche, aber Mehrkosten verursachende wissenschaftlich anerkannte Behandlungsmethode entscheiden, darf die Krankenhausleitung oder der Medizinische Dienst diese nicht versagen. Sollte sich ein Arzt aus medizinisch nachvollziehbaren Gründen einer Weisung des Klinikträgers oder Auffassung eines Medizinischen Dienstes widersetzen, wird er zwar seiner ärztlichen Versorgungsverantwortung gegenüber dem Patienten gerecht, riskiert aber gleichzeitig Spannungen mit der Klinikleitung und den Kostenträgern. Dieses Spannungsverhältnis müssen die Ärztinnen und Ärzte aushalten, wenn sie ihre berufsrechtlich und vertraglich zugesicherten Therapiefreiheiten ernst nehmen – ein Umstand, den die Patienten von ihren Ärzten durchaus in berufsethischer, aber natürlich auch in rechtlicher Hinsicht erwarten dürfen. Lassen

sich Ärzte zu einer überwiegend an ökonomischen Maßgaben orientierten Behandlung verleiten, laufen sie Gefahr, den jeweiligen Facharztstandard zu unterlaufen, und öffnen zudem der weiter fortschreitenden Ökonomisierung der Medizin Tür und Tor. Daher gilt nach wie vor: Vorfahrt für die ärztliche Therapiefreiheit!

FAZIT

Ärztinnen und Ärzten in Klinik und Praxis sind nicht nur zur standardgemäßen Behandlung, sondern auch zum sparsamen Umgang mit Klinikressourcen und Krankenkassen-Budgets verpflichtet. In der Praxis ergeben sich bei der Wahl verschiedener Therapieformen oder -methoden immer wieder Spannungen: während einerseits die ärztliche Therapiefreiheit gewährleistet werden muss, schweben das Wirtschaftlichkeitsgebot und das arbeitsrechtliche Weisungsrecht des Krankenhausträgers wie ein Damoklesschwert über den Ärzten.

Bei Unstimmigkeiten sollten sich Ärzte daher auf ihre Entscheidungskompetenzen hinsichtlich der medizinischen Weisungsfreiheit berufen und einen offenen Dialog mit dem Krankenhausträger und den kaufmännischen Geschäftsführungen sowie den Kollegen bei den Medizinischen Diensten der Krankenkassen suchen. Eine gute Vorbereitung trägt dazu bei, gegenüber dem Gesprächspartner sachlich fundiert zu argumentieren. Dies kann einen adäquaten Interessenausgleich schaffen. Wenn sich in solchen Gesprächen die kaufmännische Geschäftsführung oder der jeweilige Arbeitgeber dennoch zu ökonomisch beeinflussten Maßnahmen veranlasst sehen, sollten Ärzte die medizinischen Beweggründe nochmals schriftlich vortragen. Auf diese Weise können sie nachweisen, dass sie sich um die standardgemäße Behandlung ihrer Patienten bemüht haben. Die Zahl derer, die sich mutig den Anordnungen der Krankenhausträger widersetzen und eine kostenintensivere Maßnahme durchführen, wird aus nachvollziehbaren Gründen auch in Zukunft gering bleiben. ○

Frage & Antwort



Voraussetzungen für ein Schülerpraktikum im OP



ANTWORTEN VON DR. JUR. JÖRG HEBERER:

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

Heberer J. F+A: Voraussetzungen für ein Schülerpraktikum im OP. Passion Chirurgie. 2017 Juni; 7(06): Artikel 04_05.



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

FRAGE:

Ein Chefarzt fragt an, welche rechtlichen Voraussetzungen für Schülerpraktika mindestens beachtet werden müssen.

ANTWORT:

Zwingende Voraussetzungen sind zum einen die Beachtung der Aufklärungspflichten und der Einwilligung des Patienten. Dies bedeutet, dass die Patienten bei Anwesenheit des Praktikanten während einer Behandlung oder Untersuchung stets vorab darüber aufgeklärt werden müssen, dass sich der Praktikant vorübergehend im Rahmen eines Praktikums in der Klinik befindet und sodann muss der Patient stets in die Anwesenheit ausdrücklich vorab einwilligen. Die Aufklärung und Einwilligung sollten in jedem Fall schriftlich dokumentiert werden. Entweder unterzeichnet der Patient vor Behandlungsbeginn ein Schriftstück hierüber oder der Arzt dokumentiert Aufklärung und Einwilligung bzw. Verweigerung der Einwilligung im Rahmen der Behandlungsdokumentation.

Zum anderen müssen die ärztliche Schweigepflicht und der Datenschutz beachtet

werden. Zu diesen Zwecken sind die Praktikanten in jedem Falle über die Schweigepflicht zu belehren und schriftlich auf ihre Verschwiegenheitspflicht hinzuweisen. Hierzu besteht auch eine berufsrechtliche Verpflichtung aus § 9 Abs. 3 Berufsordnung. Zudem müssen die Schüler über die Einhaltung des Datenschutzes, am besten auch schriftlich, belehrt werden.

Ferner muss selbstverständlich eine Einwilligungserklärung der Eltern vorliegen. Ebenso sind die Einhaltung der Hygienestandards sowie die üblichen Voraussetzungen für eine ordnungsgemäße Behandlung, OP-Durchführung und Ausbildung zu gewährleisten.

Daneben muss bei Minderjährigen unbedingt noch auf die Vorgaben des Jugendarbeitsschutzgesetzes (z. B. Art der Tätigkeit, Ruhepausen, Höchstarbeitszeiten) geachtet und diese eingehalten werden.

Nachdem es sich hier um Minderjährige handelt, kann zudem die Aufsichtspflicht eine Rolle spielen, beispielsweise im Falle der Verursachung eines Schadens durch den minderjährigen Praktikanten, sodass auch hierauf ein relevantes Augenmerk zu richten ist. Denn Minderjährige sind beschränkt deliktischfähig, d. h. sie können für schädigendes

Verhalten nur dann zur Verantwortung gezogen werden, wenn sie die zur Erkenntnis der Verantwortlichkeit erforderliche Einsicht besitzen. Eine Haftung der aufsichtspflichtigen Personen kommt dann in Betracht, wenn diese ihre Aufsichtspflicht verletzt haben. Denn gemäß § 832 BGB ist derjenige schadensersatzpflichtig, der gesetzlich oder vertraglich zur Führung der Aufsicht über eine Person verpflichtet ist, die wegen Minderjährigkeit der Beaufsichtigung bedarf,

wenn diese Person einem Dritten widerrechtlich einen Schaden zufügt. Die Ersatzpflicht tritt nur dann nicht ein, wenn der Aufsichtspflicht genügt wurde oder wenn der Schaden auch bei gehöriger Aufsichtspflicht entstanden sein würde. Zur Beurteilung des Umfangs der gebotenen Aufsichtspflicht ist bei Minderjährigen auf die Kriterien Alter, Eigenart und Charakter, Vorhersehbarkeit des schädigenden Verhaltens sowie auf die Zumutbarkeit für den Aufsichtspflichtigen

abzustellen. Folglich muss aus Sicht des Verfassers festgelegt werden, wer die Aufsichtspflicht während des Praktikums über den Schüler innehat und es muss in jedem Einzelfall anhand der konkreten Umstände der Umfang der Aufsichtspflicht festgestellt werden. Auch ist eine Information des Minderjährigen über Verhaltensregeln, die jeweiligen Gefahren, den richtigen Umgang mit Materialien, Geräten etc. nach Ansicht des Verfassers zwingend erforderlich. ○

Frage & Antwort



Ablehnung der Behandlung mangels Identitätsfeststellung



ANTWORTEN VON DR. JUR. JÖRG HEBERER:

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

Heberer J. F+A: Ablehnung der Behandlung mangels Identitätsfeststellung. Passion Chirurgie. 2017 Juni; 7(06): Artikel 04_06.



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

FRAGE:

Ein niedergelassener Chirurg fragt an, ob er die Behandlung eines neuen, privatversicherten Patienten ablehnen könne, wenn dieser zum telefonisch vereinbarten Behandlungstermin in der Praxis erscheint, jedoch seine Identität nicht eindeutig festgestellt werden könne.

ANTWORT:

Sofern kein medizinischer Notfall oder ein sonstiger einen konkreten Kontrahierungszwang des Arztes begründender Umstand vorliegt, ist ein Arzt zur Behandlung eines Patienten und folglich zum Abschluss eines Behandlungsvertrages nicht verpflichtet. Es gilt somit auch hier die Vertragsfreiheit für den Arzt.

Allerdings könnten dem Patienten möglicherweise dann aufgrund des Abbruchs der Vertragsverhandlungen bzw. der Weigerung zum Abschluss eines Behandlungsvertrages Schadensersatzansprüche zustehen, wenn der Arzt vorab in zurechenbarer Weise beim künftigen Patienten Vertrauen auf das Zustandekommen eines Behandlungsvertrages geweckt und sodann die

Ablehnungsentscheidung ohne triftigen Grund getroffen hätte.

In einem vom AG Lünen entschiedenen Fall hatte dieses zum einen schon ein dem Arzt zurechenbares Verhalten, das Vertrauen auf das Zustandekommen eines Behandlungsvertrages hätte schaffen können, abgelehnt. In Betracht kam hier nur die vorherige telefonische Terminvereinbarung durch das Praxispersonal. Das Gericht vertrat zwar die Auffassung, dass der künftige Patient zwar nach den Umständen davon ausgehen könne, dass auch eine ärztliche Behandlung stattfinden werde, wenn er zum vereinbarten Termin anwesend sein werde. Allerdings dürfe er nicht darauf vertrauen, dass eine ärztliche Behandlung unabhängig von einem Identitätsnachweis und demzufolge möglicherweise auch ohne einen solchen stattfinden werde. Aus diesem Grund sah das Gericht auch keine Hinweisverpflichtung des Arztes oder seines Praxispersonals im Zeitpunkt der telefonischen Terminvergabe auf die notwendige Vorlage eines Ausweisdokuments beim Termin (vgl. AG Lünen, Urteil vom 10.02.2016 – 7 C 424/15).

In diesem konkreten Fall lehnte der Arzt sodann nämlich die Behandlung des der Praxis unbekannten Patienten ab, da dieser

keinen Personalausweis oder ersatzweise einen anderen Lichtbildausweis dabei hatte und somit eine zweifelsfreie Identitätsfeststellung nicht möglich war.

Zum anderen sah das Gericht einen triftigen Grund des Arztes für die Ablehnungsentscheidung als gegeben an. Denn das offensichtliche, ureigene Interesse am Abschluss eines Behandlungsvertrages liege nach Ansicht des Gerichts in dem für den Arzt hieraus zu erzielenden wirtschaftlichen Gewinn, auf den seine berufliche Tätigkeit letztendlich abzielt. Ein entscheidendes und ausschlaggebendes Kriterium war deshalb in nachvollziehbarer Weise die Realisierbarkeit seiner Honorarforderung. Aufgrund des Umstandes, dass es sich hierbei um einen Privatpatienten handelte, war nach Auffassung des Gerichts für alle Beteiligten von Anfang an klar und erkennbar, dass eine Geltendmachung und etwaige Durchsetzung der aus dem Behandlungsvertrag resultierenden Honorarforderung ausschließlich gegenüber

dem künftigen Patienten möglich ist. Der Arzt hatte hier somit ein berechtigtes Interesse, die Identität des potentiellen Patienten und Schuldners seiner Honorarforderung im Vorhinein zweifelsfrei zu klären. Dabei, so das Gericht, werden an eine eindeutige Identifizierung keine außergewöhnlichen, übertriebenen oder überspannten Anforderungen gestellt, wenn die Vorlage eines mit einem Lichtbild versehenen Ausweisdokumentes gefordert werde. Dies auch deshalb, da zum einen die Vorlage eines Lichtbildausweises das wohl gängigste Mittel zur Personenidentifizierung sei und zum anderen die Mitführung eines solchen Ausweises, in der Regel des Personalausweises, auch durchaus üblich sei (vgl. AG Lünen, a. a. O.). Somit lag ein triftiger Grund für die Ablehnung vor.

Interessanterweise sah das Gericht auch keine Verpflichtung des Arztes, sich auf andere Identifizierungsmaßnahmen verweisen zu lassen. Denn im streitgegenständlichen Fall hatte der mögliche Patient ersatzweise eine

Internetrecherche oder die Bestätigung seiner persönlich anwesenden Ehefrau angeboten. Denn diese Maßnahmen seien nach Ansicht des Gerichts im Vergleich zur Vorlage eines Lichtbildausweises vergleichsweise unsicher (vgl. AG Lünen, a. a. O.).

Aus dieser Rechtsprechung folgt nach Auffassung des Verfassers somit, dass der Abschluss eines Behandlungsvertrages zur Sicherung der Honorarforderung von einer eindeutigen Identifizierung des potentiellen Privatpatienten grundsätzlich abhängig gemacht werden kann, solange kein medizinischer Notfall oder sonstige Umstände für einen Kontrahierungszwang vorliegen. Der triftige Grund (Sicherung der Honorarforderung) könnte jedoch entfallen und der Arzt sich schadensersatzpflichtig machen, wenn der neue Patient dem Arzt anbietet, die Behandlungskosten unmittelbar zu begleichen und der Arzt dennoch die Behandlung ablehnt. ○



© iStock/Oxfordsquare

Positionspapier zu Regelungen eines gestuften Systems von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V

Durch das Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) wurde in Absatz 4 des § 136c SGB V festgelegt, dass der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) bis zum 31.12.2016 ein gestuftes System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern beschließt, einschließlich einer Stufe für die Nichtteilnahme an der Notfallversorgung.

Hierbei sollen für jede Stufe insbesondere Mindestvorgaben zur Art und Anzahl von

Fachabteilungen, zur Anzahl und Qualifikation des vorzuhaltenden Fachpersonals sowie zum zeitlichen Umfang der Bereitstellung von Notfalleleistungen differenziert festgelegt werden.

Vor diesem Hintergrund hat das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) durch eine im Rahmen des „Gesetzes zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen“



PROF. DR. MED. DR. MED. H.C.

HANS-JOACHIM MEYER

Präsident des Berufsverbandes der
Deutschen Chirurgen e.V. (BDC)



DR. HANS-FRIEDRICH SPIES

Präsident des Berufsverbandes
Deutscher Internisten e.V. (BDI)



DR. JOSEF DÜLLINGS

Präsident des Verbandes der
Krankenhausdirektoren Deutschlands
e.V. (VKD)



PROF. DR. HANS-FRED WEISER

Präsident des Verbandes der Leitenden
Krankenhausärzte Deutschlands e.V.
(VLK)

Meyer H.-J. / Spies H.-F. / Düllings J. / Weiser
H.-F. Positionspapier zu Regelungen eines
gestuften Systems von Notfallstrukturen in
Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB
V. *Passion Chirurgie*. 2017 Juni, 7(06): Artikel
05_01.



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

erfolgte Änderung des § 136c Absatz 4 SGB V die Frist zur Vorlage des Stufenkonzeptes durch den G-BA um ein Jahr bis zum 31.12.2017 verlängert und den G-BA gleichzeitig zur Erarbeitung einer Folgenabschätzung dieses Konzeptes und zur Berücksichtigung der darin ausgewiesenen Ergebnisse verpflichtet.

POSITIONIERUNG ZUR NEUORDNUNG DER NOTFALLSTRUKTUREN IN KRANKENHÄUSERN

GRUNDSÄTZLICHE ANMERKUNGEN

- Die Verbände halten eine Reform der bestehenden stationären Notfallstrukturen in organisatorischer und finanzieller Hinsicht für notwendig. Sie unterstützen deshalb grundsätzlich die vom Gesetzgeber durch die Neuregelung des § 136c Absatz 4 SGB V vorgesehene Schaffung eines nach personellen und medizinisch-technischen Anforderungskriterien gestuften Systems von Notfallstrukturen in Krankenhäusern.

- Allerdings ist nach Auffassung der Verbände die Beschränkung der angedachten Reform der Notfallversorgung auf den stationären Bereich zu kurz gegriffen: Die Strukturierung der Notfallversorgung muss insgesamt neu gestaltet werden vor dem Hintergrund festzustellender Mehrbelastungen der Krankenhausambulanzen.
- Bei der Erarbeitung dieses Stufensystems sind nach Auffassung der vorgenannten Verbände nachfolgende Punkte unabdingbar zu beachten:
 - Das zu findende sektorübergreifende gestufte System von Notfallstrukturen muss sich am Patientennutzen orientieren und darf nicht als Hilfsmittel der Bedarfsplanung zur Flurbereinigung der Versorgungslandschaft missbraucht werden. Der G-BA darf nicht direkt oder indirekt in die Planungskompetenz der Bundesländer eingreifen.
 - Das zu findende Stufensystem muss gewährleisten, dass jeder Notfallpatient

Der G-BA hat am 19.10.2016 einen Beschlussvorschlag zu der Erstfassung der Regelungen der Notfallstrukturen in Krankenhäusern vorgelegt. In diesem Beschlussvorschlag sind im Wesentlichen die zu dieser Thematik vorliegenden Positionierungen des GKV-Spitzenverbandes (GKV-SV) und der Deutschen Krankenhausgesellschaft e.V. (DKG) synoptisch gegenübergestellt worden. Hierzu haben dann die betroffenen Fachgesellschaften und Verbände fristgerecht gegenüber dem G-BA Stellungnahmen abgegeben.

Das Konzept geht von drei Stufen aus:

- Stufe 1 = Basisnotfallversorgung,
- Stufe 2 = erweiterte Notfallversorgung und
- Stufe 3 = umfassende Notfallversorgung.

Krankenhäuser, die keiner dieser Stufen zuzuordnen sind und auch nicht eine „spezielle Notfallversorgung“ vorhalten, nehmen nicht an der Notfallversorgung im entgeltrechtlichen Sinne teil.

Erwartungsgemäß fallen die Positionierungen des GKV-SV und der DKG hierzu entsprechend der jeweiligen Interessenlage unterschiedlich aus: Der GKV-Spitzenverband plädiert für sehr hohe personelle und medizinisch-technische Voraussetzungen in dem vorgesehenen dreistufigen Konzept, die nach Auffassung der DKG hunderten von Krankenhäusern die Notfallversorgungseigenschaft absprechen würden.

in einer der medizinischen Notwendigkeit angemessenen Zeitspanne die für ihn sachgerechte und umfassende stationäre Notfallversorgung erhält.

3. Die Anforderungskriterien für die einzelnen Versorgungsstufen müssen realistisch, realisierbar und mit geltendem Recht kompatibel sein. Die Finanzierbarkeit muss gesichert sein.

4. Die für die Teilnahme der Krankenhäuser an der Notfallversorgung vorgesehenen Zuschläge dürfen nicht zu Kürzungen der finanziellen Mittel für die „normale“ Patientenversorgung der Krankenhäuser führen.

5. Nichtteilnahmeberechtigten Krankenhäusern muss bei zukünftiger Inanspruchnahme durch Notfälle ein Entgelt ohne Zuschläge zustehen.

AUSGEWÄHLTE EINZELASPEKTE

Ergänzend zu den aufgeführten grundsätzlichen Anmerkungen der Verbände zu einem abgestuften Notfallversorgungssystem bedarf es noch weiterer Anmerkungen zu zwei im Beschlussentwurf des G-BA aufgeführten Punkten:

- Gemäß § 6 des Beschlussvorschlages gehört zu den allgemeinen Anforderungen an alle Stufen des Systems von Notfallstrukturen eine **Zentrale Notaufnahme (ZNA)**, in der die Notfallversorgung der Notfallpatienten stattfindet. Diese ZNA soll laut GKV-SV-Entwurf eine räumlich abgetrennte, fachübergreifende Einheit mit fachlich unabhängiger Leitung sein. Aus Sicht der Verbände kann die Einrichtung einer solchen ZNA je nach Krankenhausstruktur im Einzelfall hilfreich sein, muss aber keine zwingende Voraussetzung für eine hochwertige Notfallversorgung sein. Wie auch von den betroffenen Fachgesellschaften festgestellt, kann es z. B. im Falle von Schlaganfällen oder Herzinfarkten durch eine ZNA zu Verzögerungen bei der raschen definitiven Versorgung kommen, was in diesem Bereich zur Entwicklung des Konzeptes der Stroke Units und der Chest Pain Units (CPU) führte. Dies hat nachweislich deutlich bessere Ergeb-

nisse gezeitigt. Gleiches gilt für die zügige Versorgung Unfallverletzter und anderer eindeutig fachspezifischer Notfälle.

Somit sollte jeder Klinik die Entscheidung überlassen werden, ob bei den gegebenen Strukturen die Einrichtung einer ZNA sinnvoll ist. Die strukturelle und organisatorische Gestaltung muss dem jeweiligen Krankenhausträger überlassen bleiben.

Sollte eine zwingende Vorgabe zur Einrichtung einer Zentralen Notaufnahme in das letztlich vom Bundesgesundheitsministerium zu genehmigende Konzept aufgenommen werden, muss der Bund die dafür nötigen Investitionsmittel bereitstellen. Hier muss das Konnexitätsprinzip gelten: „Wer bestellt, muss auch bezahlen“. Bereits für ein Krankenhaus der Regelversorgung muss hier von einem etwa zweistelligen Millionenbetrag pro Krankenhaus ausgegangen werden.

- Gemäß § 9 Ziffer 3 des G-BA-Beschlussentwurfs soll zu den Anforderungen des vorzuhaltenden Fachpersonals in der Basisnotfallversorgung u. a. auch jeweils ein **Facharzt** im Bereich Innere Medizin, Chirurgie und Anästhesie, der **innerhalb von maximal 30 Minuten** am Patienten verfügbar sein muss, gehören. Diese im Entwurf vorgesehenen Anforderungen des G-BA, die für alle drei Versorgungsstufen gelten sollen, gingen erneut an der Versorgungsrealität vorbei. Bereits bei der Qualitätssicherungsrichtlinie des G-BA für Früh- und Reifgeborene aus dem Jahre 2013 wurde für die Eins-zu-Eins-Besetzung der Pflege in Perinatalzentren Level I der Fehler gemacht, eine Strukturqualität zu definieren, die aufgrund des Fehlens neonatologisch Intensivpflegender auf dem Arbeitsmarkt in über 90 % der Perinatalzentren nicht umsetzbar war und 2016 somit zu einer Verlängerung der Übergangsphase geführt hat. Jetzt wird für die Vorhaltung des ärztlichen Fachpersonals in der Notfallversorgung eine ähnliche Fehlentscheidung vorbereitet. Die weit überwiegende Mehrzahl der aktuell an der Notfallversorgung teil-

nehmenden Krankenhäuser wird diese Strukturvorgabe mit dem derzeitigen Personalbestand nicht erfüllen können. Die geplanten Vorgaben hebeln für den Bereich der Notfallversorgung das bewährte System der Rufbereitschaft aus und machen das System „Bereitschaftsdienst“ für diesen Bereich zwingend:

Wird der Aufenthaltsort des Arztes nicht konkret bestimmt, aber eine Zeit vorgegeben, innerhalb derer der Arzt seinen Dienst im Krankenhaus aufnehmen können muss, liegt Bereitschaftsdienst vor. Bereitschaftsdienst ist in vollem Umfang als Arbeitszeit zu werten. Dies hätte ganz erhebliche finanzielle Konsequenzen für den Personalkostenbereich der Krankenhäuser.

Wie auch von verschiedenen Fachgesellschaften ausgeführt, gibt es kein über alle Krankheiten und Fachgebiete gleichgehaltenes, notwendiges Zeitfenster der Notfallversorgung. Jeder Notfall muss unverzüglich behandelt werden, die mögliche Zeit dafür richtet sich nach Krankheitsbild und Ausmaß der Gefährdung. Dies geschieht derzeit über ein gestuftes System aus Ärzten der betroffenen Abteilungen nach Facharztstandard und einem Facharzt, ggfs. mit Schwerpunkt im Hintergrund. Wenn dies entsprechend den Vorgaben aus dem G-BA-Beschlussvorschlag in Zukunft im Bereitschaftsdienst wahrgenommen werden sollte, wäre dies abgesehen von den immensen Personalkosten auch nicht durchführbar, da die hierdurch benötigte zusätzliche Anzahl von Fachärzten, wie weiter oben ausgeführt, auf dem Arbeitsmarkt derzeit nicht verfügbar ist.

FAZIT

BDC, BDI, VKD und VLK begrüßen die erfolgte Fristverlängerung für die Vorlage des vom G-BA zu erstellenden Stufenkonzeptes von Notfallstrukturen in Krankenhäusern. Sie sehen darin und in der Auflage, die Ergebnisse einer Folgenabschätzung in dieses Konzept einzubeziehen, die Chance, ein mit Augenmaß gestaltetes Stufensystem der

Notfallversorgung zu erarbeiten, das im Sinne der Versicherten auf eine lückenlose, flächendeckende und qualitativ hochstehende Notfallversorgung abzielt und nicht durch überhöhte Anforderungskriterien zu einer unverantwortlichen Ausdünnung der Notfallversorgungslandschaft führt.

Die Verschiebung der Beschlussfassung des G-BA sollte als Chance gesehen werden, ein Konzept der stationären Notfallversorgung zu erarbeiten, das der Versorgungsrealität mehr entspricht und die vorhandenen Defizite insbesondere der getrennten sektoral ausgerichteten Notfallversorgung behebt.

Den Kostenträgern muss dabei klar sein, dass vor allem ihre stringente Budgetierungspolitik in den beiden Versorgungsebenen die allseits beklagten Versorgungsdefizite wesentlich mit verursacht. ○

Drei Jahre „Clearingstellen“ in Deutschland – eine Erfolgsgeschichte

ENTSTEHUNG DER CLEARINGSTELLEN

Im Juli 2012 war im Internet ein Vordruck im Umlauf, der für Unruhe sorgte. Mit diesem Vordruck konnten sich D-Ärzte, denen Kürzungen der Rechnungen für Behandlungen von Arbeits-, Schul- und Wegunfällen widerfahren waren, an die jeweiligen BG-Verwaltungen wenden, um den fehlenden Betrag einzufordern. Gleichzeitig startete der Bundesverband der D-Ärzte e.V. (BDD) mit dem damals geschäftsführenden Arzt – Dr. T. Haase – eine Initiative im Landesverband Nordost der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV), um eine Lösung bei strittigen Rechnungen von D-Ärzten und Meinungsverschiedenheiten in der Auslegung von UV-GOÄ-Ziffern zu diskutieren und zu klären.

ARBEITSWEISE DER CLEARINGSTELLEN

Dieses Diskussionsforum wird Clearingstelle genannt und besteht aus zwei Mitgliedern

einer BG-Verwaltung und zwei D-Ärzten, die im Bereich des Landesverbands ihren Praxissitz haben oder in dem entsprechenden Bezirk als D-Ärzte beschäftigt sind. Die Sitzungen werden von einem Mitglied des DGUV-Landesverbands geleitet, der gleichzeitig der Protokollführer ist. Nachdem eine Geschäftsordnung vereinbart worden ist, werden unterschiedliche Fragestellungen diskutiert. Die Diskussion ergibt als Resultat eine Empfehlung, die einstimmig mit den Stimmen der Mitglieder der Verwaltung und den D-Ärzten erfolgt. Der Protokollführer hat kein Stimmrecht. Dem beantragenden D-Arzt bzw. der Verwaltung wird das Ergebnis der Abstimmung mitgeteilt und es wird erwartet, dass man sich das Ergebnis zu eigen macht und übernimmt, die unrichtigen Kürzungen korrigiert und gegebenenfalls begleicht. Es ist zu jedem Zeitpunkt klar, dass diese getroffene Entscheidung keine Rechtsverbindlichkeit besitzt und dem D-Arzt mit dem Ergebnis selbstverständlich nicht die Möglichkeit einer Klage vor dem Sozialgericht genommen ist.

**DR. MED. WERNER BOXBERG**

Vorstandsmitglied BDC|Nordrhein
Geschäftsführender Arzt BDD e.V.
Friedrich-Ebert-Str. 128A,
42117 Wuppertal
boxberg@bv-d-arzt.de

Bei den Clearingstellen handelt es sich nicht um die im Ärztevertrag § 34 Abs. 3 SGB VII (§ 66) genannten „Schlichtungsstellen“. Die „Schlichtungsstellen“ werden zur Klärung von Streitigkeiten bzgl. des § 34 Abs. 3 SGB VII (also des Vertrags) eingerichtet, aber nicht bei Unklarheiten der UV-GOÄ.

DEUTSCHLANDWEITE ETABLIERUNG UND ERFOLG VON CLEARINGSTELLEN

Aufgrund der guten Erfahrungen aus dem DGUV-Landesverband Nordost wurde nach Diskussionen mit DGUV-Vertretern in den Sitzungen der „Gemeinsamen BG-Kommission der orthopädisch-unfallchirurgischen Berufsverbände“ (eine Gesprächsrunde, die 2011 auf Initiative des BDC entstanden war und sich zweimal jährlich trifft) und aufgrund persönlicher Gespräche von D-Ärzten mit den Vertretern der Landesverbände der jeweiligen DGUV deutschlandweit in 2014 in jedem Landesverband der DGUV eine Clearingstelle eingerichtet. Die Verfahrensweise wurde für jeden Landesverband in einer eigenen Geschäftsordnung geregelt.

Die **einstimmige** Entscheidung der beiden Vertreter der BG-Verwaltungen und der D-Ärzte bleibt das „Herzstück“ der Zusammenarbeit.

Durch die genannte Initiative des BDC wurden durch die 17 Landesverbände des BDC in den sechs DGUV-Landesverbänden Clearingstellen eingerichtet. Alle Fragestellungen werden an das BDC-Sekretariat geschickt und von dort an die Ansprechpartner weitergeleitet. Die Namen der Ansprechpartner für die jeweiligen Clearingstellen sind in der Übersicht genannt. Der zuständige Ansprechpartner bestimmt noch einen weiteren Kollegen als Teilnehmer für die jeweilige Clearingstellen-Sitzung. Sämtliche genannten Kollegen verfügen als beratende Ärzte für verschiedene BG-Verwaltungen über eine große Erfahrung. Eine Anschubfinanzierung für Reisekosten der ärztlichen Teilnehmer für den Zeitraum bis Ende 2016 wurde dankenswerter Weise ebenfalls vom BDC übernommen. Die Kosten der Teilnehmer der Berufsgenossenschaften wurden von der jeweiligen Verwaltung übernommen. Seit dem 01.01.2017 werden die ärztlichen Clearingstellen-Mitglieder vom BDC bzgl. der Reisekosten nur dann noch unterstützt, wenn die Anfrage eines BDC-Mitgliedes diskutiert werden soll. Anfragen von Nicht-BDC-Mitgliedern werden vom BDC-Sekretariat an den Bundesverband der D-Ärzte (BDD) weitergeleitet und von dort die weitere Bearbeitung organisiert.

Die deutschlandweite Clearingstellen-Arbeit startete ca. Mitte 2014. Die Daten der

Tab. 1: Ansprechpartner der Clearingstellen der jeweiligen Landesverbände sowie Zeitpunkt der ersten Sitzung

LV DGUV	BDC LV	Start	Ansprechpartner
Nordost	Berlin Brandenburg Mecklenburg-Vorpommern	2012	Dr. Haase/Dr. Kükke
Nordwest	Niedersachsen Hamburg Bremen Schleswig-Holstein Sachsen-Anhalt	01.04.2014	Dr. Siebert
Südost	Sachsen Bayern	01.07.2014 01.07.2014	Dr. Hammer Hr. Farghal
Südwest	Baden-Württemberg Saarland	Ende 2014 Ende 2014	Dr. Mütsch Dr. Bongers/PD Dr. Maier
Mitte	Rheinland-Pfalz Hessen Thüringen	Herbst 2014 Herbst 2014 Herbst 2014	Dr. Herzog/Dr. Riedel Dr. Rauch/ Dr. Schüürmann Dr. Dorow
West	Nordrhein Westfalen-Lippe	01.05.2014	Dr. Boxberg

Boxberg W. Drei Jahre „Clearingstellen“ in Deutschland – eine Erfolgsgeschichte. Passion Chirurgie. 2017 Juni, 7(06): Artikel 05_02.



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

Anfragen von Beginn in 2014 bis Ende 2015 wurden von den 17 BDC-Landesverbänden erhoben. In diesem Zeitraum wurden 88 Anträge bearbeitet und ebenso viele Positionen diskutiert. 20-mal wurde einstimmig entschieden, dass die Kürzung durch die Verwaltung ungerechtfertigt war. 68-mal war die Kürzung nach einstimmiger Entscheidung der Kommission zu Recht erfolgt.

Im Zeitraum Mitte 2014 bis Ende 2016 wurden insgesamt 102 Anfragen an die verschiedenen Clearingstellen deutschlandweit gerichtet, davon 100 Anfragen von 61 Kolleginnen und Kollegen und zwei Anfragen von BG-Verwaltungen. Alle 102 Anträge wurden diskutiert und zu einem Abschluss gebracht. Bislang ist kein Fall bekannt, in dem ein D-Arzt, dessen Rechnungskürzung als richtig angesehen wurde, mit der Entscheidung nicht einverstanden war und dann doch noch eine Klage beim Sozialgericht initiiert hat.

Unter den 102 Anträgen – Stand Ende 2016 – wurde 22-mal einstimmig entschieden, dass die Kürzung durch die Verwaltung ungerechtfertigt war, aber 75-mal wurde nach Diskussion in der Clearingstelle entschieden, dass die Rechnungskürzungen der Verwaltung richtig war. Fünfmal konnte keine einstimmige Entscheidung getroffen werden. In diesen Fällen konnte die Clearingstelle somit keine Empfehlung bzgl. des weiteren Prozedere an die Verwaltung bzw. den D-Arzt geben.

Zwischenzeitlich hat es sich ergeben, dass nicht mehr alle Anträge der D-Ärzte über die Zentrale des BDC an die jeweiligen Ansprechpartner der Clearingstelle weitergeleitet werden. Die Anzahl der Anträge bis Ende 2016, die Anfang 2017 erhoben wurden, sind also nicht mehr flächendeckend deutschlandweit. In zwei BDC-Landesverbänden (Baden-Württemberg und Saarland) ist nicht mehr der BDC, sondern mittlerweile die KV der Ansprechpartner. Bei Anfragen im Bereich des DGUV-Landesverbands Nordost, in dem BDC-Landesverbände Berlin,

Mecklenburg-Vorpommern und Brandenburg beheimatet sind, ist der dortige DGUV-Landesverband der Ansprechpartner. Die Anzahl der Anträge aus der KV Baden-Württemberg und Saarland und aus dem DGUV-Landesverband Nordost wurden nicht zur Verfügung gestellt und konnten nicht berücksichtigt werden. Auch fand in einigen DGUV-Landesverbänden in 2016 keine Sitzung der Clearingstelle statt. Die letzte Erhebung, die die Daten für 2016 enthält, beruht auf den Daten von insgesamt sechs der verbliebenen zwölf BDC-Landesverbände.

WIE WIRD ES MIT DEN CLEARINGSTELLEN WEITERGEHEN?

In der Zukunft wird die Anzahl der Anträge an die Clearingstelle voraussichtlich rückläufig sein, da bisherige Ergebnisse von Diskussionen in ähnlichen Fällen als Vorbild verwendet werden können und somit zu keinem neuen Antrag führen. Außerdem ist der jahrelange „Nachholbedarf an Klärungen“ von Kollegen mittlerweile bearbeitet worden. Es muss geklärt werden, wie verfahren werden soll, wenn in einer Clearingstelle nur der Eingang von zwei oder drei Anträgen im Jahr zu verzeichnen ist.

Zur Verringerung der Antragszahlen würde eine Veröffentlichung der Ergebnisse durch die DGUV-Landesverbände (Protokollführer) auf einer Internetplattform beitragen. Dabei muss berücksichtigt werden, dass nur Problemstellungen erörtert werden können, bei denen sich der jeweilige Zusammenhang ausführlich darstellen lässt.

Auch wenn – wie oben dargestellt – die flächendeckenden deutschlandweiten Zahlen für 2016 nicht mehr vorliegen, zeigt sich doch die weitere Notwendigkeit der Clearingstellen. Die Einrichtung ist ein Erfolg in der Befriedung der Zusammenarbeit zwischen BG-Verwaltungen und D-Ärzten.

Insgesamt zeigt sich, dass der Ton in den Briefen der Sachbearbeiter (Rechnungsprüfer)

und der beteiligten D-Ärzte deutlich „entspannter“ geworden ist. Weiter zeigt sich, dass auch die Verwaltungen beginnen, bei Fragen die Clearingstelle anzurufen. Darüber hinaus weisen Mitarbeiter der Verwaltungen in den Antwortschreiben an die D-Ärzte bei Rechnungskorrekturen diese auf die Clearingstelle hin.

Da eine Übernahme der Reisekosten für Ärzte der Clearingstellen durch die jeweiligen KV-Bezirke deutschlandweit nicht durchführbar erscheint, die Zahlen der Anträge an die Clearingstellen rückläufig sein werden und eine gesetzliche Änderung des § 34 Abs. 3 SGB VII (§ 66) mit den Einschluss der Clearingstellen derzeit sehr unwahrscheinlich ist, sollte der Vorschlag der KBV (insbesondere Frau Justitiarin Ass. B. Berner) diskutiert werden, eine deutschlandweite Clearingstelle bei der KBV einzurichten.

FAZIT

Es hat sich gezeigt, dass die Zusammenarbeit zwischen BG-Verwaltungen und D-Ärzten vor allem im sensiblen Thema der Rechnungskürzungen durch die Initiative von Einzelnen und der „Gemeinsamen BG-Kommission der orthopädisch-unfallchirurgischen Berufsverbände“ mit großzügiger Unterstützung des BDC e.V. zu einem sehr positiven Ergebnis für alle D-Ärzte führen konnte. ○

Herzlichen Dank an Frau A. Berlincke im Sekretariat des BDC e.V., die alle eingehenden Anträge auf ihre Vollständigkeit überprüft hat, bevor sie an die jeweiligen Ansprechpartner weitergeleitet wurden.

AKTUELLE MELDUNGEN

120. Deutscher Ärztetag in Freiburg eröffnet

23.05.2017 Bundesärztekammer

Entscheidungen zur medizinischen Versorgung zukünftig ohne Arzt?

18.05.2017 Gemeinschaft Fachärztlicher Berufsverbände e.V.

Zahl tödlicher Arbeitsunfälle ging 2016 weiter zurück

17.05.2017 Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e.V.

Deutsche Ärzteverbände fordern Ende der Budgetierung

15.05.2017 Allianz Deutscher Ärzteverbände

Notfallversorgung durch Integration neu strukturieren

12.05.2017 Marburger Bund

BDC⁺ Mehr Leistung in der Pflege

11.05.2017 H. Laschet

BDC⁺ Von undurchdringlichen Mauern zwischen den Sektoren

Von undurchdringlichen Mauern zwischen den Sektoren

Chirurgen und Hygieniker unterstützen Welthändehygienetag

05.05.2017 BDC

Finanzierung Telematik-Infrastruktur: Einigung erzielt – gesetzliche Fristen eingehalten

04.05.2017 Kassenärztliche Bundesvereinigung

BDC⁺ Fünf Prozent mehr Gehalt für Ärzte an Unikliniken

03.05.2017 Presseagentur Gesundheit

www.bdc.de/politik/

GEMEINSAME PRESSEMITTEILUNG DER DGCH
UND DES BDC

Chirurgen und Hygieniker unterstützen Welthändehygienetag



Alle Pressemitteilungen und das Medienecho
finden Sie auf BDC|Online im Bereich Presse.
<http://www.bdc.de/presse/>



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

Berlin, 05. Mai 2017: Der 05.05. gilt als Welthändehygienetag – 2009 wurde dieser Tag durch die Weltgesundheitsorganisation ins Leben gerufen. Der Berufsverband der Deutschen Chirurgen e.V. (BDC) und die Deutsche Gesellschaft für Krankenhaushygiene e.V. (DGKH) begrüßen diese Initiative, um die Bedeutung der Händehygiene innerhalb der Gesellschaft zu unterstreichen.

Jedem Kind wird beigebracht, dass eine Hand fünf Finger zählt. Deshalb wurde der 05.05. als symbolisches Datum für die Händehygiene ausgewählt. Ebenso lernt jedes Kind schon früh, wie wichtig das Händewaschen ist. Trotzdem ist die Händehygiene, auch im medizinischen Bereich, nicht immer zufriedenstellend. „Oft werden Keime von außen ins Krankenhaus mitgebracht. Umso wichtiger ist es, auch Patienten weiterhin zu sensibilisieren“, erklärt BDC-Vizepräsidentin Prof. Dr. med. Julia Seifert.

Hände sind immer noch Hauptübertragungsweg von Keimen und damit Auslöser für Infektionskrankheiten. Mit den Hygiene-Initiativen in Krankenhäusern und Praxen sind erste Schritte in die richtige Richtung getan. Wichtig ist es also, bereits in die Kette

der Entstehung einzugreifen und nicht erst im Krankenhaus zu handeln.

Entscheidende Voraussetzung für eine gute Händehygiene sind gepflegte Hände mit gesunder und intakter Haut. Zu häufiges Waschen oder der Einsatz falscher Produkte kann durchaus kontraproduktiv sein. „Eine sterile Umgebung ist nicht möglich und wäre auch nicht förderlich. Der Mensch muss mit den einzelnen Bakterien, Mikroben und Pilzen in Kontakt kommen (gerade im Kindesalter), um einen Schutz auszubilden. Desinfektionsmittel in die Wäsche zu geben oder ständig damit zu putzen ist also nicht sinnvoll. Allerdings ist auf eine gute Händehygiene zu achten“, rät Seifert.

Anlässlich des Welthändehygienetages fordert die DGKH die Länderregierungen auf, ihre Hygieneverordnungen dahingehend zu überarbeiten, dass regelhafte Mitglieder der Hygienekommissionen in Krankenhäusern auch Patientenvertreter, vorzugsweise Patientenführsprecher, sein müssen. „Denn ohne das Mitwirken von Patienten und deren Interessenvertretern werden wir die Hygienestandards nicht dauerhaft verbessern können – auch nicht in den Kliniken“, erklärt Dr. med. Peter Walger, Sprecher der DGKH. ○

In eigener Sache: Innovative Surgical Sciences

AUS DER
DGCH

WAS HABEN WIR ERREICHT? WOHIN GEHT DIE REISE?

Vor etwas mehr als einem Jahr haben wir hier und an anderer Stelle über die Gründung der DGCH-eigenen Zeitschrift *Innovative Surgical Sciences* (www.degruyter.com/view/j/iss) berichtet [1, 2]. In diesen Beiträgen und auch in dem Editorial, das in der ersten vollständigen Ausgabe von *Innovative Surgical Sciences* erschienen ist, wurden die Beweggründe dargelegt, die die DGCH veranlasst haben, ein solches Open Access Journal zu inaugurierten [3]. Darüber hinaus wurden die besonderen Charakteristika von *Innovative Surgical Sciences* – kurze Publikationsfristen, Veröffentlichung der Gutachten des Double-Blind Peer Review-Prozesses als Ausdruck der seitens der DGCH angestrebten Transparenz – erläutert. Nach einem Jahr erscheint es somit gerechtfertigt, ein erstes Resümee über Erreichtes zu ziehen und weitere Perspektiven aufzuzeigen.

Dank des Engagements der chirurgischen Fachgesellschaften, die in der DGCH vertreten sind, verfügt *Innovative Surgical Sciences* über ein breit gefächertes Editorial Board, in dem alle chirurgischen Subspezialitäten vertreten sind. Darüber hinaus gehören zahlreiche internationale Persönlichkeiten dem Editorial Board an. Für diesen Einsatz, der keineswegs selbstverständlich ist, dankt die DGCH sehr.

Der erste Artikel, der bei *Innovative Surgical Sciences* eingereicht worden ist, wurde bereits im April 2016 online veröffentlicht [4]. Unverändert handelt es sich bei diesem Beitrag um den bisher am häufigsten heruntergeladenen Artikel. Das erste vollständige Heft konnte im September 2016 vorgelegt werden. Insgesamt wurden bisher (Stand: März 2017) 46

Manuskripte eingereicht, darunter Review-Artikel, Originalarbeiten und Fallberichte. Die meisten Arbeiten kamen verständlicherweise aus Deutschland, aber wir erhielten auch unaufgeforderte Beiträge aus Brasilien, Japan, Kanada und den USA. Ganz offensichtlich trägt das Open Access Format sehr dazu bei, dass *Innovative Surgical Sciences* im Internet wahrgenommen und die Einreichung von Manuskripten überlegt wird.

Unter allen Beiträgen überwiegen die Arbeiten aus der Viszeral- und Allgemeinchirurgie, wobei auch zahlreiche Manuskripte die plastische und rekonstruktive Chirurgie sowie die experimentelle Chirurgie abdecken. Innerhalb des Double-Blind Review Prozesses wurden 40 % der eingereichten Manuskripte abgelehnt. Für eine so junge Zeitschrift wie *Innovative Surgical Sciences* ist dies eine recht hohe Quote. Sie unterstreicht, dass es den Gutachtern und dem Editorial Board um





**PROF. DR. JOACHIM JÄHNE,
FACS, MBA**

Klinik für Allgemein- und
Viszeralchirurgie
DIAKOVERE Henriettenstift
Marienstrasse 72-90, D-30171
Hannover
joachim.jaehne@diakovere.de

Jähne J. In eigener Sache: *Innovative Surgical Sciences*. *Passion Chirurgie*. 2017 Juni, 7(06): Artikel 06_01.



DEM TEXT LIEGT IM WESENTLICHEN EIN ENGLISCHSPRACHIGES EDITORIAL ZUGRUNDE, DAS NAHEZU ZEITGLEICH IN *INNOVATIVE SURGICAL SCIENCES* PUBLIZIERT WURDE, ABRUFBAR UNTER WWW.DEGRUYTER.COM/VIEW/JJISS. DER AUTOR BITTET UM VERSTÄNDNIS FÜR DIE VEREINZELTE ANWENDUNG VON ANGLIZISMEN – SIE SIND DER MEHRHEITLICH ENGLISCHEN TERMINOLOGIE IM ZUSAMMENHANG MIT OPEN ACCESS JOURNALEN GESCHULDET.

qualitativ gute Beiträge geht und nicht der Versuchung erliegt, zur Füllung der Hefte möglichst jedes Manuskript anzunehmen. Nur dadurch ist nach unserer Überzeugung langfristig eine hohe Qualität der Zeitschrift gewährleistet. In diesem Zusammenhang gilt der große Dank der DGCH allen Gutachtern, die sich die Mühe machen, neben der klinischen Arbeit kritische und in ihrer Argumentation ausgewogene Begutachtungen abzuliefern. Wie erwähnt, werden alle Gutachten als Zusatzmaterial gemeinsam mit dem Artikel veröffentlicht. Dadurch möchte die DGCH ihren Beitrag zu mehr Transparenz innerhalb der Wissenschaft leisten. Es ist darüber hinaus nach unserer Einschätzung sehr erfreulich, dass etwa 50 % aller Gutachter damit einverstanden waren, dass ihr Name gemeinsam mit dem Gutachten veröffentlicht wird. Die stellt zumindest innerhalb der deutschen chirurgischen Publikationslandschaft ein Novum dar und wird langfristig aller Voraussicht nach den vermehrten öffentlichen Diskurs über wissenschaftliche Publikationen fördern.

Neben der Veröffentlichung der Gutachten ist die zügige Bearbeitung der eingereichten Manuskripte ein weiteres Ziel von *Innovative Surgical Sciences*. Im Jahr 2016 betrug die durchschnittliche Zeit vom Eintreffen der Arbeit bis zu einer ersten Entscheidung lediglich 24 Tage, wobei sich dies im Jahr 2017 auf 32 Tage verlängert hat. Auch wenn diese Zeiten dem angestrebten Ziel sehr nahe kommen, sind wir inzwischen zu der Überzeugung gelangt, dass auch längere Bearbeitungszeiten akzeptabel sind, da nicht jeder Gutachter umgehend antworten und die Begutachtung vornehmen kann. Dennoch beträgt die Zeit vom Einreichen des Manuskriptes bis zum Online-Erscheinen des Artikels im Schnitt für alle angenommenen Beiträge zwei Monate. Dieses hervorragende Ergebnis verdankt *Innovative Surgical Sciences* dem außergewöhnlichen Engagement der Gutachter: die durchschnittliche Bearbeitungszeit beträgt lediglich zehn Tage! Als Editor-in-Chief von *Innovative Surgical Sciences* möchte ich die Gelegenheit dieses Beitrages nutzen, mich im Namen des Editorial Boards bei allen Autoren und den Gutachtern für die ausgezeichnete bisherige Unterstützung zu bedanken.

Neben den eingereichten und letztlich dann angenommenen Manuskripten hat *Innovative Surgical Sciences* in diesem Jahr erstmals alle Abstracts der akzeptierten Vorträge des Jahreskongresses der DGCH publiziert [5]. Dieser wichtige Schritt unterstreicht den Anspruch, dass *Innovative Surgical Sciences* in Zukunft und unter adäquaten Voraussetzungen das offizielle wissenschaftliche Publikationsorgan der DGCH wird. In diesem Kontext muss noch einmal hervorgehoben werden, dass *Innovative Surgical Sciences* der DGCH gehört. Alle anderen chirurgischen Zeitschriften in Deutschland tragen nicht dieses Merkmal, denn die Rechte an diesen Zeitschriften liegen bei den entsprechenden Verlagen.

Trotz dieser erfreulichen Entwicklungen im zurückliegenden Jahr gibt es natürlich noch viel zu tun, um *Innovative Surgical Sciences* weiter zu entwickeln. Zur verstärkten Implementierung der Zeitschrift innerhalb der wissenschaftlichen Gemeinschaft wurde vor wenigen Wochen bei Clarivate Analytics Web of Science (ehemals Thomson Reuters) der Antrag auf Aufnahme eingereicht. Natürlich hoffen wir sehr auf ein positives Votum. Allerdings muss man wissen, dass zum einen die Bearbeitungszeit dieses Antrages zwischen neun und zwölf Monate beträgt und dass zum anderen auf den ersten Antrag hin nur etwa 5 % der Zeitschriften akzeptiert werden. Sollte eine Ablehnung erfolgen, werden wir eine neue Gelegenheit im Februar 2019 haben. Darüber hinaus haben wir uns – natürlich mit Hilfe unseres Verlegers DeGruyter, dem wir für das bisher Erreichte ebenfalls zu großem Dank verpflichtet sind – bei Scopus Research Gate und bei Pubmed Central um eine Anerkennung beworben. Hier erwarten wir gerade für Pubmed Central im September 2017 eine Antwort. Unabhängig davon ist *Innovative Surgical Sciences* bereits bei Research Gate gelistet, und alle Autoren haben ihre Beiträge dort hochgeladen. Research Gate misst z. B. die Zitationsraten und kann somit erste Hinweise auf die unverändert wichtigen Impact-Faktoren geben. Weiterhin wurde *Innovative Surgical Sciences* bereits im Directory of Open Access Journals DOAJ aufgenommen [6].

Nach einem Jahr *Innovative Surgical Sciences* kann diese junge Zeitschrift sehr mit einem Samenkorn verglichen werden: Die

MEINE BITTE RICHTET SICH BESONDERS AUCH AN SIE, VEREHRTE MITGLIEDER DER DGCH:

Helfen Sie aktiv mit, dass Innovative Surgical Sciences seinen Platz in der chirurgisch-wissenschaftlichen Welt findet. Und publizieren Sie „bei uns“, unabhängig davon, welcher chirurgischen Fachgesellschaft Sie angehören – die DGCH übernimmt als Teil eines Investments in die Zukunft sämtliche Kosten, die mit Open Access Formaten verbunden sind [1, 7].

Saat ist gelegt und angegangen, aber es ist noch sehr viel Unterstützung notwendig, um weiteres Wachstum zu ermöglichen. Als Editor-in-Chief und im Namen der DGCH bitte ich um die fortgesetzte Unterstützung von *Innovative Surgical Sciences*, sei es als Mitglied des Editorial Boards, als Autor und Gutachter und nicht zuletzt als Leser.

LITERATUR

[1] Jähne J: Innovative Surgical Sciences – Das neue Open Access Journal der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie.

Chirurgie, Mitteilungen der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie, Januar-Ausgabe, 16-18, 2016

[2] Jähne J: Gold Open Access Journal für alle chirurgischen Fachgesellschaften. Orthopädie und Unfallchirurgie, Mitteilungen und Nachrichten, Februar-Ausgabe, 34-35, 2016

[3] Jaehne J: Innovative Surgical Sciences: more than just another new open access journal. *Innov Surg Sci* 2016; 1(1): 1-2, www.degruyter.com/view/j/iss

[4] Probst P, Grummich K, Klaiber U, et al. Conflicts of interest in randomised

controlled surgical trials: systematic review and qualitative and quantitative analysis. *Innov Surg Sci* 2016;1:33-39.

[5] Abstracts – DGCH Annual Congress 2017 – Munich, March 21-24. *Innov Surg Sci* 2017; 2, (Suppl 1): s1-s168

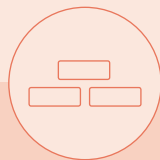
[6] www.doaj.org

[7] Open Access – Der freie Zugang zu wissenschaftlicher Information – Geschäftsmodelle. <https://open-access.net/informationen-zu-open-access/geschaeftsmodelle/>, abgerufen am 14.4.2017



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

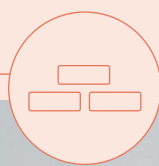
Generalsekretär

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
in memoriam Prof. Dr. med. Fritz Rehbein
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

Herr Dr. med. Jörg Kluge, Erfurt

Herr Dr. med. Roland Kluge, Dresden
in memoriam Dr. med. habil. Werner
Kluge, Dresden

DGCH-Präsidium



ab 1. April 2017

VORSTAND

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

VERTRETER DER FACHGESELLSCHAFTEN

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





Werde

RestauratorIn

Kein Durchschnittsjob:
ChirurgIn

www.chirurg-werden.de

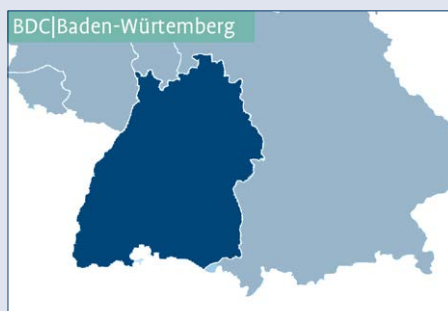
BDC | Landesverbände



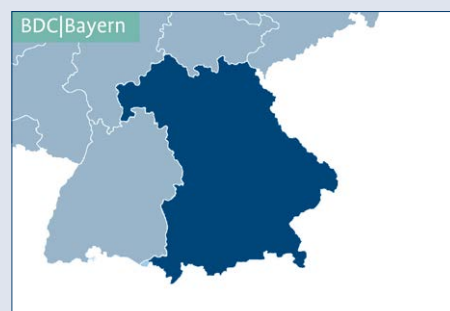
DER BDC IN DEN BUNDESLÄNDERN

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)



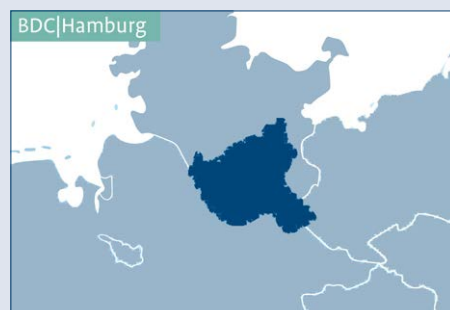
[https://www.bdc.de/der-bdc-2/struktur/
bdc-landesverbaende/?association_id=304](https://www.bdc.de/der-bdc-2/struktur/bdc-landesverbaende/?association_id=304)



[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)

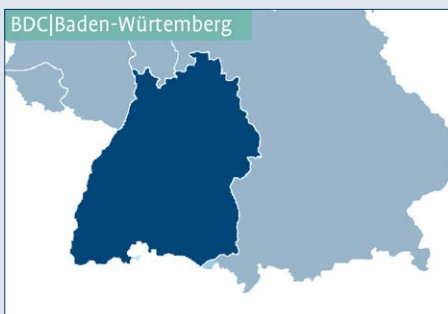


[https://www.bdc.de/der-bdc-2/struktur/
bdc-landesverbaende/?association_id=306](https://www.bdc.de/der-bdc-2/struktur/bdc-landesverbaende/?association_id=306)



[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)

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



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



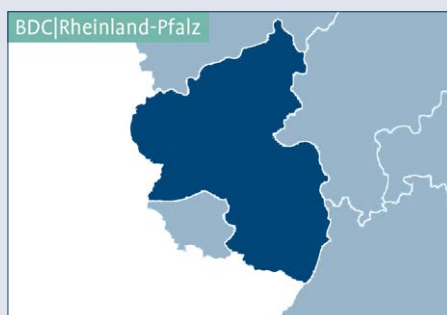
https://www.bdc.de/der-bdc-2/struktur/bdc-landesverbande/?association_id=302



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



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



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



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



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



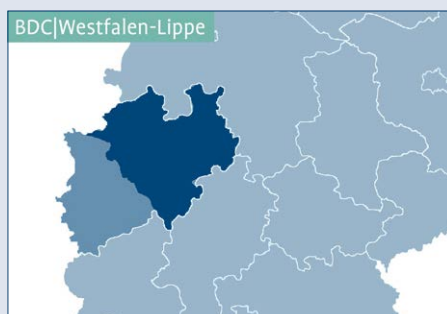
https://www.bdc.de/der-bdc-2/struktur/bdc-landesverbande/?association_id=298



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



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



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



www.bdc.de



BDC-PRESSESPIEGEL

22.05.2017 DocCheck News

Chirurgie: Wir brauchen keine Pseudo-Generalisten

Die Bundesärztekammer hält an der generalistischen Weiterbildung zum Allgemeinchirurgen fest. Die Forderung trifft auf Widerstand – bei sämtlichen chirurgischen Fachgesellschaften. Sie sehen darin einen Rückschritt, der Qualitätsstandards und die Patientensicherheit gefährdet.

12.05.2017 SVZ.de News

Blinddarmentzündung: Im Zweifel unters Messer

Blinddarm-Operationen gehören zu den häufigsten chirurgischen Eingriffen in Deutschland, jedes Jahr kommen deswegen über 100 000 Patienten unters Messer. Erst seit kurzer Zeit werden unkomplizierte Blinddarmentzündungen bei Erwachsenen manchmal auch mit Antibiotika behandelt.

05.05.2017 verbaende.com

Chirurgen und Hygieniker unterstützen Welthändehygienetag

Der 05.05. gilt als Welthändehygienetag - 2009 wurde dieser Tag durch die Weltgesundheitsorganisation ins Leben gerufen. Der Berufsverband der Deutschen Chirurgen e.V. (BDC) und die Deutsche Gesellschaft für Krankenhaushygiene e.V. (DGKH) begrüßen diese Initiative, um die Bedeutung der Händehygiene innerhalb der Gesellschaft zu unterstreichen.

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.

www.bdc.de/presse/

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



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

Personalia



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

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

Dr. med. Matthias Becker ist seit Anfang April Chefarzt des neuen Teilgebietes elektive Endoprothetik am Würseler Krankenhaus des Medizinischen Zentrums der StädteRegion Aachen GmbH.

Dr. med. Cvijetin Branding-Cvijanovic ist seit 1. Mai neuer Chefarzt der Allgemein- und Viszeralchirurgie am St. Elisabeth-Krankenhaus in Mayen. Er ist ausgebildeter minimal-invasiver Chirurg und hat sich zudem auf die onkologische Koloproktologie und Hernienchirurgie spezialisiert.

Prof. Dr. med. Jürgen Ennker hat zu Anfang April die Funktion des kommissarischen Klinikdirektors der Universitätsklinik für Herzchirurgie am Klinikum Oldenburg übernommen.

Prof. Dr. med. Michael Gawenda ist seit April 2017 Chefarzt der Klinik für Gefäßchirurgie und Endovaskuläre Chirurgie am St.-Antonius-Hospital Aachen, dem Akademischen Lehrkrankenhaus der RWTH. Der Facharzt für Chirurgie, Viszeralchirurgie und Gefäßchirurgie war zuvor leitender Oberarzt am Herzzentrum der Uniklinik Köln.

PD Dr. med. Wolfgang Harringer, Chefarzt der Klinik für Herz-, Thorax- und Gefäßchirurgie am Städtischen Klinikum Braunschweig, folgt **Prof. Dr. med. Armin Welz**, Direktor der Klinik für Herzchirurgie des Universitätsklinikums aus Bonn, auf die Position des Präsidenten der Deutschen Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie (DGTHG). Harringer wird der Gesellschaft bis Februar 2019 vorsitzen.

Dr. med. Philipp Koehl hat zu Anfang April die Position des Chefarztes der Klinik für Unfall- und Handchirurgie am Klinikum Fichtelgebirge übernommen. Das Ziel des Facharztes für Chirurgie, spezielle Unfallchirurgie, Handchirurgie und zertifiziertem Wirbelsäulenchirurgen ist die Etablierung eines regionalen Traumazentrums und der Ausbau des Schwerpunktes Handchirurgie.

Dr. med. Bernd Linsmeier, Facharzt für Allgemeine Chirurgie und Thoraxchirurgie, wechselte zum 01.04.2017 vom Klinikum Coburg an das Klinikum Bayreuth, wo er die Leitung der Thoraxchirurgie innerhalb der Klinik für Herzchirurgie übernommen hat. Linsmeier, der die Zusatzbezeichnung Naturheilverfahren hat, nutzt dies komplementär zur klassischen Schulmedizin im Behandlungsablauf. Mit ihm möchte das Klinikum einen Zentralbereich für Naturheilverfahren aufbauen.

Dr. med. Rudolf Müller, zuletzt Chefarzt der Klinik für Gefäßchirurgie und endovaskuläre Chirurgie am St.-Antonius-Hospital Eschweiler, leitet nun die Gefäßchirurgie der Eifelklinik St. Brigida in Simmerath. Das Zentrum für Venen und periphere Arterien ist der größte Versorger für Krampfader in der Region Aachen.

Dr. med. Ljubomir Nilovic ist der neue Chefarzt der Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Gefäßchirurgie am HELIOS Klinikum in Schwelm. Sein Ziel ist es mit den Kollegen der Medizinischen Klinik die Behandlung gastroenterologischer Krankheitsbilder weiter zu optimieren, insbesondere ein interdisziplinäres Bauchzentrum zu implementieren.



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

PD Dr. med. Bernd Roetman ist der neue Chefarzt der Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie am Mathias-Spital in Rheine.

Dr. med. Andreas Schick, zuvor Chefarzt der Klinik für Unfallchirurgie des St. Franziskus-Hospitals in Köln, hat sich zum 01.04.2017 in einer Praxis in Euskirchen niedergelassen. Der Facharzt für Chirurgie und Unfallchirurgie hat die Zulassung zum D-Arzt.

Dr. med. Christoph Schüürmann ist der neue Vorsitzende des Beratenden Ausschusses (BFA) für die fachärztliche Versorgung in der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV).

Prof. Dr. med. Helmut Zühlke wurde am 09.05.2017 mit dem Verdienstkreuz am Bande des Verdienstordens der Bundesrepublik Deutschland ausgezeichnet. Er erhielt die

Auszeichnung für sein langjähriges wissenschaftliches Engagement auf dem Gebiet der Gefäßchirurgie sowie seinem ehrenamtlichen Wirken in Vereinen und Gremien. 

Termine BDC | Akademie

CURRICULUM BASISCHIRURGIE

DATUM		ORT	KURS-NR.	SEMINARTITEL	WISSENSCHAFTLICHER LEITER	PREIS MITGLIED	PREIS NICHT-MGL
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
21.11.17	01.12.17	Berlin	2017-21664	Common Trunk	Prof. Dr. med. Stephan Gretschel	400,00	600,00

FACHARTZTVORBEREITUNG

DATUM		ORT	KURS-NR.	SEMINARTITEL	WISSENSCHAFTLICHER LEITER	PREIS MITGLIED	PREIS NICHT-MGL
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. Izbicki; 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
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	Norderstedt	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
29.09.17	30.09.17	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	Berlin	2017-22405	CAMIC 3: Laparoskopische Nahttechniken	Prof. Dr. med. Ferdinand Köckerling	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
15.11.17	17.11.17	Köln	2017-23684	Viszeralchirurgie Kompakt: Pankreaschirurgie	Univ.-Prof. Dr. med. Christiane Bruns; PD Dr. med. Felix Popp	250,00	450,00
16.11.17	17.11.17	Berlin	2017-22409	Master-Class Hernienchirurgie	Prof. Dr. med. Ferdinand Köckerling	400,00	600,00
16.11.17	17.11.17	Frankfurt/M	2017-23674	Viszeralchirurgie Kompakt: Adipositaschirurgie	Prof. Dr. med. Rudolf Weiner	250,00	450,00

SOFTSKILL- & MANAGEMENTSEMINARE

DATUM		ORT	KURS-NR.	SEMINARTITEL	WISSENSCHAFTLICHER LEITER	PREIS MITGLIED	PREIS NICHT-MGL
22.09.17	23.09.17	Köln	2017-25820	Begutachtung von Berufskrankheiten	Dr. med. Ekkehard Hierholzer	300,00	500,00
13.10.17		Berlin	2017-24761	Medizinische Krisenkommunikation	Dr. jur. Jörg Heberer; Holger Münsinger	200,00	400,00
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
24.11.17	25.11.17	Berlin	2017-24600	Der Chirurg als leitender Arzt	Prof. Dr. Heinz-Jochen Gassel	400,00	600,00
27.11.17		Berlin	2017-24714	G-DRG UPDATE 2018	Dr. med. Rolf Bartkowski	200,00	400,00

01.12.17	02.12.17	Berlin	2017-26536	Refresherkurs "Chirurginnen auf dem Weg nach oben"	Dr. med. Gunda Leschber; Sabine Schicke; Prof. Dr. med. Katja Schlosser	450,00	650,00
01.12.17	02.12.17	Berlin	2017-24705	Führen im Generationenmix	Prof. Dr. soz. Margit Geiger	400,00	400,00

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		

Luisenstr. 58/59, 10117 Berlin



Hygienebeauftragter Arzt (HBA)

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

meduplus

60 CME-Punkte!



www.ecme-center.org/hba



B|BRAUN
SHARING EXPERTISE



Medtronic



STORZ
KARL STORZ – ENDOSKOPE



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	Seminattitel	Veranstalter	Preis Mitglied	Preis Nicht-Mitglied
28.06.2017	01.07.2017	Bernau/Felden	Sportmedizintage 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 Arztbrief 2	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		
08.09.2017	08.09.2017	Halle (Saale)	4. Hallenser Wirbelsäulensymposium			
15.09.2017	16.09.2017	Ludwigshafen	7. Rhein-Neckar-Symposium - Risikomanagement und Begutachtung	"Berufsgen. Unfallklinik Ludwigshafen, Universitätsmedizin Mannheim, Universitätsklinikum Heidelberg.		
15.09.2017	16.09.2017	Murnau am Staffelsee	XII. Kongress der Gesellschaft für Extremitätenverlängerung und -rekonstruktion (GEVR) 2017	Gesellschaft für Extremitätenverlängerung und -rekonstruktion (GEVR)		
20.09.2017	22.09.2017	Gießen	39. Handchirurgischer Operationskurs mit Arthroskopie-Workshop "Die traumatisierte Hand"	Klinik und Poliklinik für Unfall-, Hand- und Wiederherstellungschirurgie, Universitätsklinikum Gießen und Marburg GmbH, Standort Gießen in Zusammenarbeit mit dem Institut für Anatomie und Zellbiologie der Justus-Liebig-Universität Gießen und der AIOD Deutschland	500.00	500.00
21.09.2017	23.09.2017	Berlin	DGOOC Kurs 2017 - Hüfte	Intercongress GmbH		
02.10.2017	04.10.2017	München	22. Internationaler Schulterkurs	Intercongress GmbH		
12.10.2017	14.10.2017	München	58. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Handchirurgie und 22. Kongress der DAHTH	Intercongress GmbH		
13.10.2017	13.10.2017	Köln	KV-Honorarbescheide: Richtig lesen und verstehen!	Frielingsdorf Consult GmbH	390.00	490.00
13.10.2017	13.10.2017	Köln	KV-Honorarbescheide: Richtig lesen und verstehen!	Frielingsdorf Consult GmbH	390.00	490.00
03.11.2017	03.11.2017	Zürich	Schulthess Fortbildungskurs Handchirurgie: Arthrose des Daumens / Osteoarthritis of the thumb	Intercongress GmbH		
09.11.2017	11.11.2017	Berlin	DGOOC Kurs 2017 - Tumororthopädie	Intercongress GmbH		
10.11.2017	11.11.2017	Berlin	23. Fortbildungsseminar Handchirurgie der DGH	Intercongress GmbH		
24.11.2017	25.11.2017	Köln	6. Jahreskongress der Deutschen Kniegesellschaft - Komplexe Kniechirurgie	Intercongress GmbH		

LIFESTYLE- ANGEBOTE

im Juni 2017

%

42 %



**CENTER PARKS: BIS ZU 42% RABATT FÜR
BDC-MITGLIEDER**

20 %



**OUTFITTER: BIS ZU 20% RABATT FÜR
BDC-MITGLIEDER**

13 %



**ZOOROYAL: 13 % RABATT FÜR
BDC-MITGLIEDER**

15 %



**COFFEECIRCLE: 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.

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

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

**60
CME-
punkte!**

Hygiene- beauftragter Arzt (HBA)

Geeignet für alle Ärzte



Mit der Smart-Learning-Methode

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

Ein modernes Lernkonzept für flexible und individuelle Fortbildung:

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

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

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



meduplus



Jetzt anmelden:

www.ecme-center.org/hba



PANORAMA

Telemedizin



Telemedizin – Ein Weg zur globalen Gemeinschaft



DR. GERHARD STAUCH
Parkstr 62, 26605 Aurich
gerhardstauch@web.de

Die medizinische Qualität in Entwicklungsländern und Krisenländern wird vom Mangel an erfahrenen Ärzten geprägt, die eine ausreichende medizinische Versorgung gewährleisten können. Meist verfügen einheimische Ärzte, bedingt durch eine unzureichende Ausbildung, über mangelnde Erfahrung und Motivation. Auch werden sie durch eine exorbitante Korruption demotiviert und sind häufig ohne jegliches gesellschaftliches Engagement und jegliche Empathie für den Patienten tätig. Zum anderen führen die Illusionen jungen Menschen, die durch Medien geweckt, aber auch durch unglückliche politische Aussagen gefördert werden, zur Flucht und einem Brain-Drain, der gerade diese Berufsgruppen sehr schwächt. In einigen Krisenregionen Nordafrikas versuchen westliche Organisationen durch Einsatz von zumeist jungen idealistisch motivierten Ärzten die Situation aufzufangen. Die Sicherheitslage gerade in den Kriegsgebieten erlaubt es jedoch nicht, ausländische Experten in Regionen wie Afghanistan, Syrien und Irak zu senden.

Die Telemedizin bietet einen Weg des unmittelbaren und effektiven Erfahrungsaustausches von Experten und Spezialisten aus entwickelten Ländern an, der dazu beitragen kann, die

Qualität der medizinischen Versorgung in unterversorgten Ländern zu verbessern.

Abbildung 1 zeigt den Konsultationsmodus:

- Der anfragende periphere Partner schickt Informationen und Frage und Bilder.
- Der Experte antwortet meist innerhalb von 24 Stunden.

Telemedizin kann prinzipiell abhängig von der zur Verfügung stehenden Bandbreite und der Stabilität des Internets in zwei Modi erfolgen:

Entweder in „Real Time“ als zeitgleiche Konferenzschaltungen mit Übertragung aller nötigen Informationen und Erfahrungsaustausch, welches ein sogenanntes schnelles Internet voraussetzt, was allerdings in den wenigsten Entwicklungsländern zur Verfügung steht.

Eine zweite Methode ist der „Store and Forward“ Modus. Dieser ist von der gleichzeitigen Präsenz der Partner und der Qualität der Verbindung unabhängig ist. Die Daten werden auf einen Server geladen und dem Experten zu Verfügung gestellt.

Eine dritte Methode besteht in der Übermittlung größerer Datenmengen im „Store

Kommunikation via Telemedizin

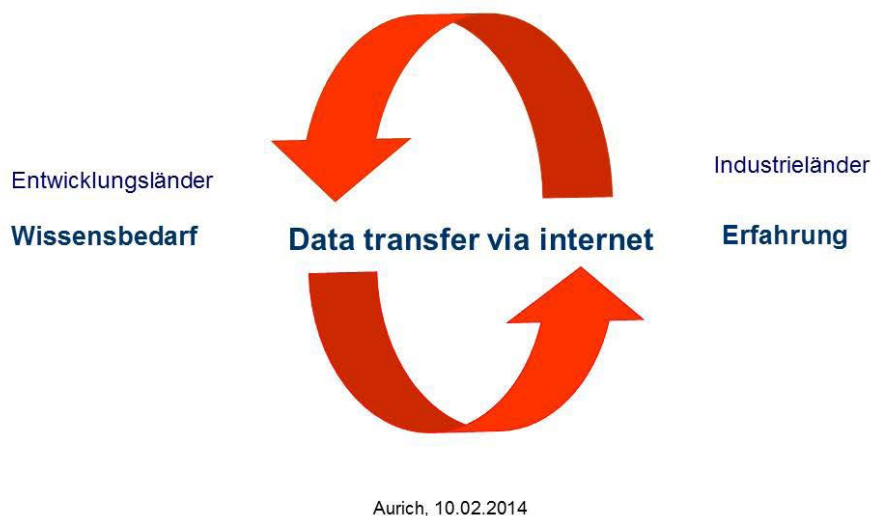


Abb. 1: Konsultationsmodus

Stauch G. Telemedizin - Ein Weg zur globalen Gemeinschaft. *Passion Chirurgie*. 2017 Juni, 7(06): Artikel 08_01.



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

and Forward“ Modus und der anschließenden Diskussion über Telefon oder Skype.

STAND DES PROJEKTS

Vor 18 Jahren wurde das iPath-Projekt als „Open Source Software“ auf einer Telemedizin-Plattform und im „Store and Forward“-Modus entwickelt und zunächst für Konsultationen in Entwicklungsländern, aber auch für medizinische Diskussionsforen und Tumorkonferenzen und wissenschaftlichen Arbeiten in den Industrieländern, auf dem Gebiet der Pathologie und Zytologie, eingesetzt.

Mittlerweile haben sich auf der Plattform mehr als 160 Gruppen mit über 5.000 Usern etabliert, die bisher über 50.000 Konsultationen durchgeführt und an Falldiskussionen teilgenommen haben.

Das System ist einfach, der anfragende Arzt sendet strukturierte Informationen: lokale Identifikationsnummer des Patienten, verbale klinische Informationen und Bildmaterial von Mikroskopie-, Makroskopie-, Ultraschall- und Röntgenaufnahmen zum Server auf den der Experte Zugriff hat und seine Zweitmeinung

hinterlegt. Komplexe Fragestellungen können im Chat-Modus diskutiert werden. Andere Experten können sich zuschalten. Der Vorgang wird dokumentiert und ist somit transparent, sodass er jederzeit von den Partnern abgerufen und von zugangsberechtigten Gruppenmitgliedern verfolgt werden kann.

Der Schwerpunkt der Konsultationsmedizin hat sich zwischenzeitlich erweitert und seit mehr als zehn Jahren werden zunehmend Anfragen im Bereich der Dermatologie, Radiologie und Traumatologie gestellt. Damit wird der Trend zu einem klinikorientierten Projekt sichtbar und auch erforderlich.

Abbildung 3 zeigt das weltweite Netz der Experten die zum Beispiel für drei Zentren in Mazar e Sharif in Afghanistan, Tansen in Nepal und für Phnom Penh in Kambodscha zur Verfügung stehen.

ZUKUNFT DES IPATH PROJEKTS

iPath wurde 1998 an der Universität Basel etabliert und mit dem Weggang des IT-Spezialisten über ein Jahrzehnt von einer Privatfirma

betreut. 2017 wird das Projekt in eine gGmbH umgewandelt um in Zukunft die anfallenden Kosten selbst tragen zu können. Zum anderen wird der bereits erwähnte Trend in klinische Fächer gefördert, sodass Expertenteams auf den Gebieten der Geburtshilfe, der Pädiatrie, der Chirurgie und besonders der plastischen und rekonstruktiven Chirurgie bei Verbrennungen und Traumatologie erforderlich werden. Deshalb ist geplant, in nächster Zeit Gruppen auf diesen Gebieten einzurichten und Experten zu bitten, daran teilzunehmen.

RECHTLICHE ASPEKTE DER TELEKONSULTATIONEN

Bisher wurden die meisten Anfragen von zwei Experten beantwortet. Das Vieraugenprinzip hat sich bewährt. Es gelten keine Rechtsansprüche an den Experten, der lediglich eine Empfehlung abgibt deren Umsetzung der Arzt als Einsender vor Ort zu verantworten hat. Bei unzureichender Information kann der Experte jederzeit die Konsultation ablehnen.

The screenshot displays the iPath-Netzwerk web application interface. The browser address bar shows the URL: <https://www.ipath-network.com/ipath/object/view/127759>. The page title is "Scalp defected (127759)".

Left Sidebar:

- Language:** English
- stach:** Logout, my groups, My account, Preferences, Alerts
- iPath:** Home, Discussion groups, Find case, presentations
- Admin:** User list, Group settings
- Site statistics:** Active users: 5259, Groups: 213, Server statistics, group statistics

Main Content Area:

Scalp defected (127759)

Type: Scalp defected **Sender:** tmok **Date:** 2004-09-20 16:06 **Location:** Norodom Sihanouk Hospital_plastic surgery group Cambodia

Message:

Dear all ,
Please evaluate and add comment for one patient 35 y motorcycle injury since two months lost of soft tissue.
How could we do rotation flap of her scalp ?
Thanks

Gallery:

- image_41889.jpg
- Image_42171.jpg
- scalp flap.doc

Annotations:

- peterhu** (2004-09-23 13:57): I am a plastic surgeon. Can you please describe more precisely the size, depth and location of the defect (e.g. bone exposed, bone necrotic etc). When you say "increasing soft tissue loss" is this slow necrosis of traumatically damaged tissue or is it due to infection? Underlying diseases (diabetes, heavy smoker?), concomitant injuries? General state of patient? I would appreciate a foto or drawing of the situation.
- tmok** (2004-09-23 15:47): great defect
- tmok** (2004-09-23 16:11): Many thanks for your quick reponse.
The great defect by motorcycle accident expose the bone and the inferior part cover only by the periosteum and thin of fascia.

Abb. 2: Screenshot einer strukturierte Anfrage und Expertise

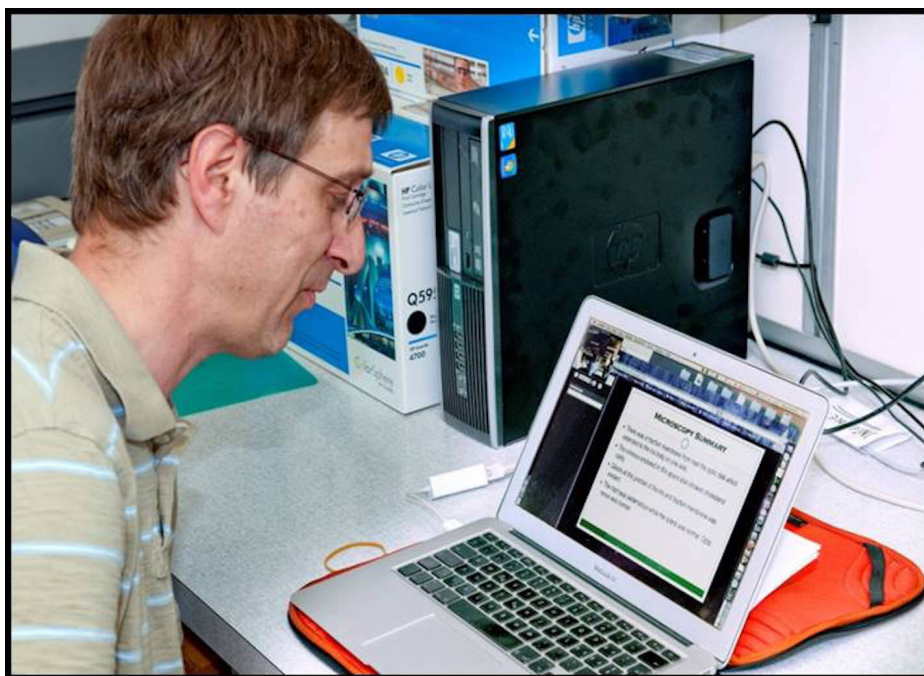


Abb. 4: Afghanischer Arzt am Arbeitsplatz, Telekonsultation über Notebook

ÄRZTE AUS ENTWICKLUNGSLÄNDERN UND KRISENREGIONEN BENÖTIGEN IHRE ERFAHRUNG!

**DESHALB MELDEN SIE SICH AUF IPATH-NETWORK.COM
ALS EHRENAMTLICH TÄTIGER EXPERTE!**

Sollten Sie Interesse haben, nehmen Sie bitte Kontakt auf zu Frau Monika Hubler:
Monika.hubler@unibas.ch oder zum Autor via gerhardstauch@web.de

FAZIT

1. Die bisherigen Ergebnisse des Projekts haben gezeigt, dass mit einfacher elektronischer Technik, zeitnah Expertenerfahrungen in Entwicklungsländer und Krisenregionen vermittelt werden können und Experten so die Qualität der örtlichen Medizin verbessern können ohne persönlich anwesend zu sein.
2. Die technische Ausstattung spielt eine untergeordnete Rolle. Notebooks am Arbeitsplatz ermöglichen dem Experten Beratung durchzuführen, die der örtliche Partner in die Routinetätigkeit integrieren kann. Life-Konferenzen mit Großbildschirmen sind somit überflüssig und in den meisten Regionen der Dritten Welt sowieso nicht praktikabel.
3. Die bisher angewandte Organisationsstruktur hat sich bewährt. Sie setzt jedoch Bereitschaft voraus, sich als peripherer Partner an Regeln der Anfragen zu halten und auf Seiten der Experten die Bereitschaft Zeit zu investieren um kostenlos ihre Erfahrungen zur Verfügung zu stellen. ○

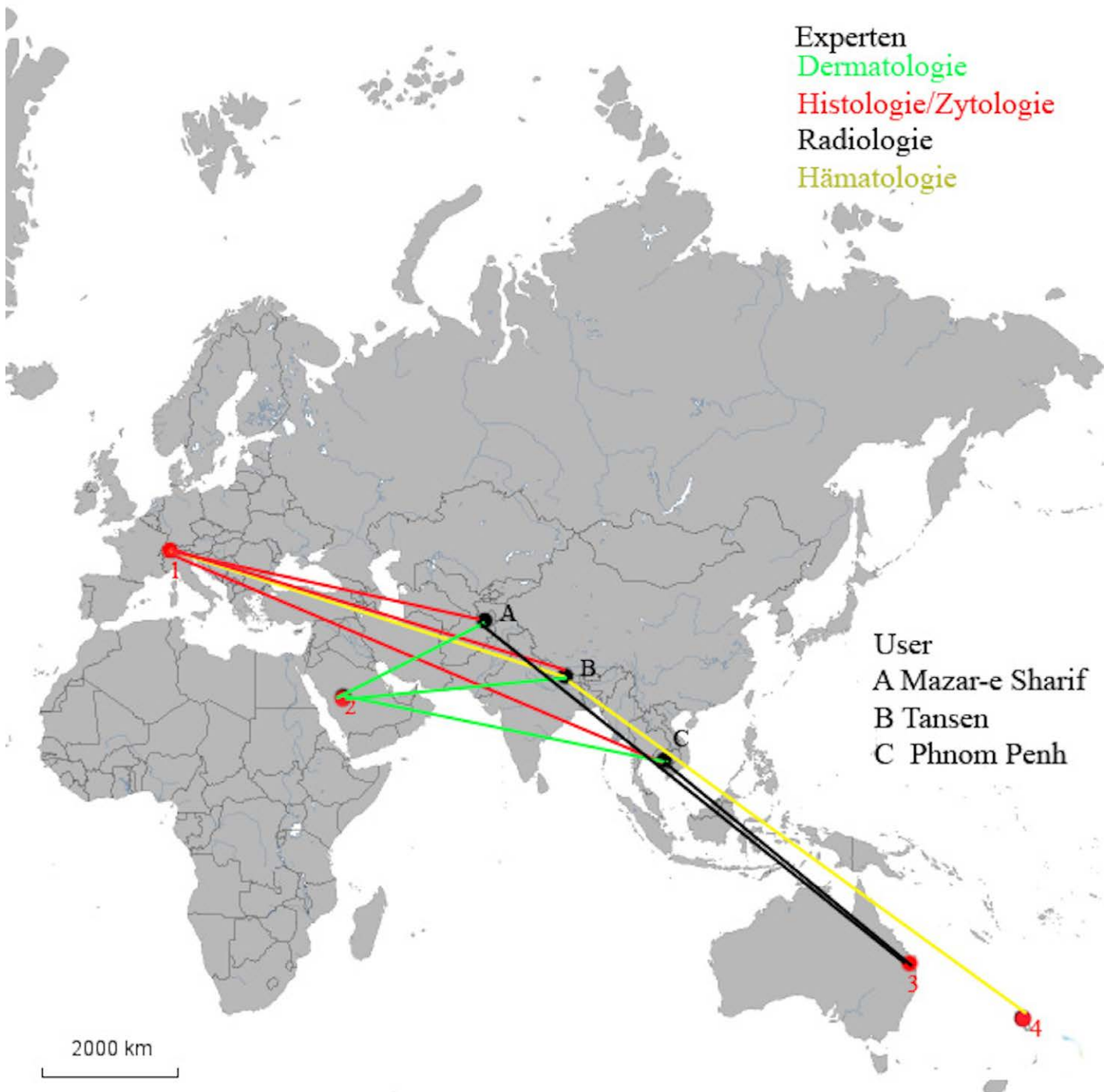


Abb. 3: Expertennetz



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

Ein Serviceangebot des
Berufsverbandes der Deutschen Chirurgen e.V.

www.chirurgie-suche.de