

PASSION

CHIRURGIE

GESUNDHEITSPOLITIK

WAHLPRÜFSTEINE DER
ETABLIERTEN PARTEIEN

im Fokus

CHIRURGISCHE THERAPIE
DER PRIMÄREN VARIKOSIS

09 | 2017

MITGLIEDERZEITSCHRIFT:
DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR CHIRURGIE
BERUFSVERBAND DER DEUTSCHEN CHIRURGEN





Editorial: Zukunft der Gefäßchirurgie

In den chirurgischen Fächern, so auch in der Gefäßchirurgie, wächst die Sorge um den ärztlichen Nachwuchs für unsere Kliniken und Praxen. Die Entwicklung der letzten Jahre wurde gelegentlich in chirurgischer Manier in ihrer Bedeutung nicht entsprechend wahrgenommen.

Als Ursachen für die Nachwuchsprobleme werden veränderte Rahmenbedingungen, z. B. Arbeitszeitgesetz, mehr teilzeitbeschäftigte Ärzte, aber auch die veränderte Lebensplanung und -einstellung junger Ärzte genannt. Dies sind sicher tragende Gründe. Nichtsdestotrotz müssen alle Kollegen vor allem in den leitenden Positionen in der Chirurgie und der Gefäßchirurgie diesen geänderten Rahmenbedingungen Rechnung tragen und darüber hinaus den nachfolgenden Studenten und Ärzten den Beruf des Chirurgen

mit all seiner Faszination und seinen Möglichkeiten entsprechend den Schülern und Studenten nahebringen.

Auf verschiedenen Ebenen wird von BDC und den Fachgesellschaften dieses Zukunftsthema aktiv bearbeitet und soll aus diesem Grund in diesem Heft allen chirurgischen Kollegen mit der Bitte um Unterstützung zur Kenntnis gebracht werden.

Die Nachwuchskampagne „Nur Mut! Kein Durchschnittsjob: Chirurg/In“ des BDC, die Studenten bereits früh für den Beruf des Chirurgen faszinieren soll, ist ein hervorragender Ansatz und soll hier im Interview mit Prof. Dr. med. Christian Reeps in dieser Ausgabe für die Gefäßchirurgie beleuchtet werden.

Die Deutsche Gesellschaft für Gefäßchirurgie unterstützt seit Jahren junge Studenten finanziell über die Magic-Kampagne, um den



PROF. DR. MED. MARKUS STEINBAUER

BDC-Referatsleiter Gefäßchirurgie
Klinik für Gefäßchirurgie
Krankenhaus Barmherzige Brüder
Regensburg
Prüfener Str. 86
93049 Regensburg
markus.steinbauer@barmherzige-regensburg.de

Jahreskongress der Deutschen Gesellschaft für Gefäßchirurgie besuchen zu können und damit für das Fach Gefäßchirurgie zu interessieren.

Darüber hinaus hat der Präsident der Deutschen Gesellschaft für Gefäßchirurgie (DGG) Prof. Dr. med. T. Schmitz-Rixen für die diesjährige Jahrestagung das Motto „Dem Nachwuchs verpflichtet“ gewählt und macht damit die Förderung des Nachwuchses sowohl auf studentischer Seite aber auch auf Assistentenseite sichtbar zu einer der wichtigsten Aufgaben der Fachgesellschaft. Aufgrund des Mottos haben überproportional zahlreiche junge Teilnehmer eigene Beiträge eingereicht und es ist in jeder Sitzung ein Nachwuchsforscher im Vorsitz vertreten.

Über die Förderung des Nachwuchses hinaus, wird die Deutsche Gesellschaft für Gefäßchirurgie im Herbst 2017 eine Exzellenz-Akademie auflegen, um den Führungskräftenachwuchs für die Gefäßchirurgie für akademische Positionen und Chefarztstellen zu identifizieren und nachhaltig zu fördern. Dieses Instrument wird in dem Artikel „Meilensteine der Gefäßchirurgie“ im Detail dargestellt.

Zwei weitere Entwicklungen in der Gefäßchirurgie konnten in diesem Jahr vorangebracht werden und stellen für die langfristige Position der Gefäßchirurgie in der Gefäßmedizin in Deutschland eine sehr wichtige Grundlage dar.

Zum einen wird ab dem Herbst 2017 das Screening auf Bauchaortenaneurysma als Kassenleistung für Männer ab 65 Jahre etabliert werden. Damit ist zum ersten Mal ein Screening einer relevanten vaskulären Erkrankung vom G-BA genehmigt worden und wird damit die Bedeutung der vaskulären Medizin in Deutschland sicher steigern. Die Positionierung der Gefäßchirurgie als eines der zentralen Fächer in der Gefäßmedizin, stellen für Ärzte in diesem Bereich hervorragende Zukunftsaussichten dar.

Zum anderen konnte mit einer Konzentrierung der Weiterbildungsordnung mit der Bundesärztekammer und den befreundeten Fachgesellschaften die Grundlage für ein weites Betätigungsfeld der Gefäßchirurgen mit Diagnostik und Möglichkeit aller Therapieoptionen (operativ/interventionell/konservativ) sowohl in den arteriellen, aber auch venösen

Bereichen erreicht werden. Somit bestehen auch von dieser Seite herausragende Möglichkeiten sowohl im stationären Sektor, als auch im ambulanten Sektor, eine patientenorientierte Gefäßmedizin anzubieten.

Gerade um diese hervorragenden Aussichten jungen Schülern vor der Ausbildung, aber auch Studenten zu vermitteln, ist es notwendig, diese großen Zukunftsperspektiven zu zeigen und die genannten Kampagnen zu intensivieren. Es liegt jedoch darüber hinaus vor allem an uns, die relevanten Verbesserungen der ärztlichen Tätigkeit und der Rahmenbedingungen darzustellen und damit die noch in weiten Teilen bestehenden Vorurteile bezüglich der hohen Arbeitsbelastung und familienunfreundlichen Arbeitsbedingungen in der Chirurgie entgegenzutreten.

Hier sind vor allem die deutlich verbesserten Verdienstmöglichkeiten, Teilzeitarbeitsmöglichkeiten, Verbesserung der Überstundensituation und Dienstbelastungen sowie die Unterstützung bei Dokumentationsaufgaben zu nennen.

Dies alles ist jedoch wenig wirksam, wenn wir es nicht schaffen, die Faszination für die Chirurgie den jungen Kollegen Tag täglich vorzuleben und zu vermitteln. Dies sollte schon sehr früh, z. B. bei Schülerpraktika, im Studium bei Lehrveranstaltungen im Rahmen des Curriculums, aber auch im PJ-Tag täglich erfolgen. Die jungen Kollegen sollten hier auch aktiv eingebunden und gefordert werden. Wir sollten nicht erwarten, dass junge Studenten und Kollegen zu uns kommen, lassen Sie uns für die Chirurgie begeistern und abholen!

Es ist an uns, die Faszination unseres Berufs vorzuleben und weiterzugeben. Es gibt kaum einen anderen Beruf der so befriedigend sein kann. Wir erhalten neben der Freude an der Arbeit positives Feedback durch Patienten und können sehr oft schnell und spürbar den einzelnen Patienten Heilung oder Linderung ihrer Beschwerden bringen. ○

Ihr
Markus Steinbauer

Steinbauer M. Editorial: Zukunft der Gefäßchirurgie. *Passion Chirurgie*. 2017 September; 7(09): Artikel 01.



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

IMPRESSUM

CHIRURGIE

HERAUSGEBER

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

DGCH

Präsident: Prof. Dr. med. Jörg Fuchs
Vizepräsidenten: Prof. Dr. med. Tim Pohlemann,
Prof. Dr. med. Matthias Anthuber, Prof. Dr. med. Thomas
Schmitz-Rixen
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.: +49 (0)3028004-202 oder
passion_chirurgie@bdc.de)
Julia Weilbach

VERLAG

schafermueller publishing GmbH
Ifenpfad 2-4, 12107 Berlin
info@schafermueller.de | Tel. +49 (0)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.

Auflösung Bilderrätsel Q1/2017:

Blinddarmdurchbruch

EIGENTÜMER UND COPYRIGHT:

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

GERICHTSSTAND UND ERFÜLLUNGORT: BERLIN

BDC IM WEB 2.0:



INHALT

2 EDITORIAL

6 SCHAUFENSTER

8 CHIRURGIE

8

im Fokus

CHIRURGISCHE THERAPIE DER PRIMÄ- REN VARIKOSIS – OFFENE UND ENDOVE- NÖSE THERAPIEOPTIONEN

C-G. Schmedt

- 19 Präoperative Evaluation erwachsener Patienten vor
elektiven, nicht herz-thoraxchirurgischen Eingriffen
B. Zwissler

32 CHIRURGIE⁺

- 32 Safety Clip: Fehler erkennen bevor sie entstehen!
A. Krause
- 36 Hygiene-Tipp: Sterile Binden im OP
W. Popp, K-D. Zastrow
- 38 Rezension: Bildatlas Meniskus chirurgie
T. Stoffels



39



53

- 39 Die Überweisung – was wünschen sich die Radiologen? *D. Wujciak*
- 42 Honorarbericht: 2. und 3. Quartal 2015
- 43 DRG-Übungen: Rektum-Prolaps und hämorrhagische Diathese *R. Bartkowski*
- 46 Personalia

48 **Recht**

- 48 Frage & Antwort: Sind individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL) umsatzsteuerpflichtig?

50 **GESUNDHEITSPOLITIK**

- 50 Meilensteine in der Gefäßchirurgie: BAA-Screening und Exzellenz-Akademie der DGG *M. Steinbauer, D. Böckler, T. Schmitz-Rixen*
- 53 Gesundheitspolitische Wahlprüfsteine der etablierten Parteien
- 60 Aktuelle Meldungen
- 61 Allianz Deutscher Ärzteverbände: Digitalisierung muss vorangetrieben werden

62 **INTERN**

62 **DGCH**

- 62 135. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie 2018 *J. Fuchs*
- 64 Rekrutierende multizentrische chirurgische Studien in Deutschland *S. Tenckhoff*

- 69 Spendenauf Ruf und Bausteine Langenbeck-Virchow-Haus
- 73 DGCH-Präsidium ab 1. Juli 2017
- 76 **BDC**
- 76 Interview mit Christian Reeps – Neues Gesicht in der Nachwuchskampagne *J. Weilbach*
- 79 Versicherungs-Update: Neues zu den BDC-Rahmenverträgen *M. Nunne*
- 82 Achtung! Auslandstätigkeit nicht per se versichert *N. Bürger*
- 85 BDC-News
- 86 BDC|Landesverbände
- 88 BDC-PRESSESPiegel
- 89 Termine BDC|Akademie
- 92 Veranstaltungshinweise

94 **VERNETZT**

- 94 Aesculap feiert 150-jähriges Bestehen - Interview mit Prof. Dr. Dr. Dr. h.c. Michael Ungethüm *O. Böhme*
- 99 Managementkompetenzen erweitern die medizinische Expertise!
W. Hellmann, T. Schilling, F. Meyer, O. Broch, M. Holtel

Spendenaufruf: Medizintechnik, Fachbücher & chirurgische Instrumente für Afghanistan



Fachbücher in englischer Sprache, chirurgische Instrumente, z. B. für Kaiserschnitte und Brustoperationen, Laryngoskope, Endoskope und vieles mehr werden dringend bei einem Klinikumbau in Afghanistan benötigt. Informationen zu dem Projekt und die Kontaktdaten finden Sie in dem Artikel „Welcome Back Home – Das Mammakarzinom Projekt in Mazar-e Sharif“ aus PASSION CHIRURGIE.

MEHR LESEN ...

Roboter in der Kinderklinik



In der Kieler Kinderklinik werden humanoide Roboter eingesetzt. Sie unterhalten nicht nur mit Geschichten und Tanzeinlagen, sie zeigen den Kindern auch Fitnessübungen und erinnern an Tabletteneinnahme. Bisher kommen in der Kinderklinik zwei Roboter zum Einsatz: Sie heißen Zora.

MEHR LESEN ...

Interview mit Thomas Schmitz-Rixen: „Irgendwann macht es peng“

Einer von 20 Männern über 65 lebt mit einer tickenden Zeitbombe im Bauch: So hoch ist der Anteil derer, bei denen die Bauchschlagader erweitert ist. Platzt sie, hängt das Leben am seidenen Faden. Dass es von Herbst an eine für die Patienten kostenlose Vorsorgeuntersuchung gibt, die manch einem das Leben retten dürfte, daran hat Prof. Thomas Schmitz-Rixen seinen Anteil.



MEHR LESEN ...

BDC-Umfragen: „Nehmen wir jetzt jeden?“ und „Psychische Belastungen und Ressourcen von Chirurgen“

Wir bitten herzlich um Beantwortung der laufenden BDC-Umfragen, aktuell sind das:

- „Nehmen wir jetzt jeden?“ – Aktuelle Anforderungen an Bewerber in der Chirurgie
(Zielgruppe: Chefärzte, leitende Oberärzte und Oberärzte)
- „Psychische Belastungen und Ressourcen von Chirurgen“
(Zielgruppe: alle ChirurgInnen)

Alle Umfragen werden anonym durchgeführt, weder Ihr Name noch sonstige Merkmale, die auf Sie zurückführen könnten, werden gespeichert.

Machen Sie mit!



ZU DEN UMFRAGEN...



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

IM FOKUS

Varikosis- therapie



PRIV.-DOZ. DR. MED. CLAUS-GEORG SCHMEDT

Klinik für Gefäßchirurgie
(Chirurgie IV)
Zertifiziertes Gefäßzentrum (DGG,
DRG)
Diakonie-Klinikum Schwäbisch Hall
Diakoniestr. 10
74523 Schwäbisch Hall
claus-georg.schmedt@dasdiak.de

Schmedt CG. Chirurgische Therapie der primären Varikosis – Offene und endovenöse Therapieoptionen. *Passion Chirurgie*. 2017 September, 7(09): Artikel 03_02.



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

Chirurgische Therapie der primären Varikosis – offene und endovenöse Therapieoptionen

ZUSAMMENFASSUNG

Die Varikosis kann unbehandelt zu erheblichen klinischen Beschwerden und Komplikationen wie Dermatitis, Phlebitis oder Ulcus cruris führen. Neben der gezielten Erhebung der Anamnese und der sorgfältigen klinischen Untersuchung gehört die farbcodierte Duplexsonographie zum diagnostischen Standard der Varikosis. Hier können die wichtigen Fragestellungen nach Genese der Varikosis mit Quelle und Verlauf des Refluxes im epifaszialen Venensystem oder Obstruktionen im tiefen Leitvenensystem geklärt werden. Ziel der Behandlung ist die Aufhebung der venösen Hypertension im epifaszialen Venensystem und Reduktion der Stauungsbeschwerden. Basismaßnahme ist die Kompressionstherapie, welche durch Venengymnastik und geeignete sportliche Betätigung unterstützt wird. Bei Stammveneninsuffizienz der V. saphena magna oder der V. saphena parva kann eine dauerhafte Beseitigung des epifaszialen Refluxes durch offene oder endovenöse Therapieverfahren erreicht werden. Die offene Operation stellt eine seit Jahrzehnten bewährte Operationstechnik dar und kann nach wie vor als Goldstandard bezeichnet werden, da hierdurch alle Konstellationen der epifaszialen Veneninsuffizienz effektiv behandelt werden können. Die endovenösen thermischen Verfahren mit Laser und Radiofrequenz werden als Alternative zur klassischen Venenoperation seit mehr als 17 Jahren eingesetzt und kontinuierlich weiterentwickelt. Die klinischen Daten kontrollierter Studien zeigen Vorteile dieser Verfahren

in Bezug auf Komfort und Rekonvaleszenz. In den vergangenen Jahren wurden auch non-thermische Verfahren weiterentwickelt, die durch chemische bzw. mechano-chemische Einwirkung den Verschluss der insuffizienten Stammvene bewirken. Die Eliminierung der Stammveneninsuffizienz wird durch eine Behandlung der Seitenastvarikosis ergänzt. Diese kann unter Berücksichtigung kosmetischer Gesichtspunkte durch Mini-Phlebektomie oder Sklerotherapie durchgeführt werden. Außerdem sollten klinisch relevante insuffiziente Perforansvenen ligiert werden.

EINLEITUNG

Die Stammveneninsuffizienz mit Varikosis ist die häufigste Ursache der chronischen venösen Insuffizienz (CVI) und die operative Behandlung der Varikosis gehört zu den häufigsten operativen Eingriffen in Deutschland. In den vergangenen 17 Jahren ist eine dynamische Entwicklung und Erweiterung des Behandlungsspektrums der Stammveneninsuffizienz zu beobachten.

EPIDEMIOLOGIE UND PATHOPHYSIOLOGIE

Die Prävalenz aller Stadien der chronischen venösen Insuffizienz (CVI) beträgt in Europa ca. 60 %. Ausgeprägte Veränderungen der CVI mit Ödem, Hyperpigmentierung oder Corona phlebectatica paraplantis liegen bei etwa 5 % der Bevölkerung vor. Abgeheilte oder floride Ulcerationen aufgrund einer CVI bestehen bei 1 bis 2 %. Folgende Faktoren können die Entstehung einer Varikosis bzw. CVI

begünstigen: Alter, weibliches Geschlecht, Schwangerschaft, Adipositas und genetische Disposition [61].

Die pathophysiologischen Zusammenhänge der Varikosis sind noch nicht vollständig verstanden. Die Varikosis wird auf eine Degeneration der Venenwand und des Klappenapparates mit Funktionsstörung der Klappen zurückgeführt. Aufgrund des insuffizienten Klappenschlusses kommt es zum inadäquaten venösen Rücktransport aus dem Bein und zum Reflux des venösen Blutes, der dann zur venösen Hypertension im epifaszialen Venensystem des Beines führt. Prinzipiell unterscheidet man die oben beschriebene primäre Varikosis von der sekundären Varikosis, die nach tiefer Beinvenenthrombose (TVT) oder nach Venenverletzungen auftreten kann.

KLINIK

Die klinischen Zeichen der CVI reichen von erweiterten intradermalen Venen (Besenreisern), subcutanen Varizen über Hautveränderungen mit Ödem, Hyperpigmentierungen bis hin zu floriden Ulcerationen. Typische klinische Beschwerden sind Schweregefühl, Spannungsgefühl und stechende Schmerzen, welche insbesondere nach längerem Stehen oder Sitzen auftreten. Oft sind die Beschwerden durch Hochlagerung der Beine oder Mobilisierung rückläufig. Die Varikophlebitis von Seitenästen oder eine Thrombophlebitis insuffizienter Stammvenen stellt eine relevante Komplikation der Varikosis mit dem Risiko einer TVT dar. Bei vulnerabler Haut über varikösen subcutanen Venen oder bei Ulcerationen können auch Blutungskomplikationen auftreten.

DIAGNOSTIK

Die gezielte Anamnese zur CVI umfasst Fragen nach Auftreten klinischer Zeichen, subjektiver Beschwerden und nach Komplikationen der Varikosis. Wichtig ist die Frage nach Thrombophlebitis oder TVT in der Vorgeschichte. Vorausgegangene Therapiemaßnahmen (Kompression, Sklerotherapie, Operationen) sollten ebenfalls dokumentiert werden. Vervollständigt wird die Anamnese

mit Fragen zu weiteren klinischen Beschwerden wie beispielsweise Claudicatio-symptomatik, therapierten Begleiterkrankungen und zur aktuellen Medikation. Die Frage nach Thrombozytenaggregationshemmung oder Antikoagulation ist im Hinblick auf eine notwendige Operation besonders wichtig.

Bei der klinischen Untersuchung wird systematisch nach den oben genannten klinischen Zeichen der CVI gesucht. Außerdem sollte die arterielle Perfusion der Beine klinisch und durch Palpation des Pulsstatus und ggf. Dopplerdruckmessung überprüft werden.

Mit der Duplexsonographie (Abb. 1) können die wichtigsten Informationen zur Ursache der CVI bzw. zur pathologischen Anatomie und Funktion des epifaszialen und tiefen Venensystems erarbeitet werden. Hierzu gehören die Identifizierung der refluxführenden epifaszialen oder tiefen Venensegmente und die Lokalisation der Refluxquellen aus dem tiefen in das epifasziale Venensystem mit Dokumentation der proximalen und distalen Insuffizienzpunkte sowie die Detektion insuffizienter

Perforansvenen. Die duplexsonographische Untersuchung sollte bei stehendem Patienten durchgeführt werden. Außerdem sollten Hinweise auf eine floride oder stattgehabte tiefe Beinvenenthrombose wie thrombotisch okkludierte, teilrekanalisierte und auch sklerosierte Venensegmente oder Kollateralvenen detektiert und dokumentiert werden. Für die Identifizierung und Quantifizierung von Obstruktionen im tiefen Venensystem kann die Untersuchung im Liegen sinnvoll sein.

Die klassische Phlebographie mit Kontrastmittel hat an Bedeutung verloren. Sie kann erwogen werden, wenn die duplexsonographische Untersuchung keine schlüssigen Befunde über die Offenheit oder Funktion des tiefen Leitvenensystems erbringt (z. B. bei postthrombotischem Syndrom). Zusätzliche Informationen können auch bei venösen Malformationen und komplexen Rezidivkonstellationen sowie bei iliacalen oder pelvinen venösen Pathologien gewonnen werden.

Bei Hinweisen auf extravaskuläre Kompression (z. B. May-Thurner-Syndrom) oder ilio-cavale oder pelvine Pathologika

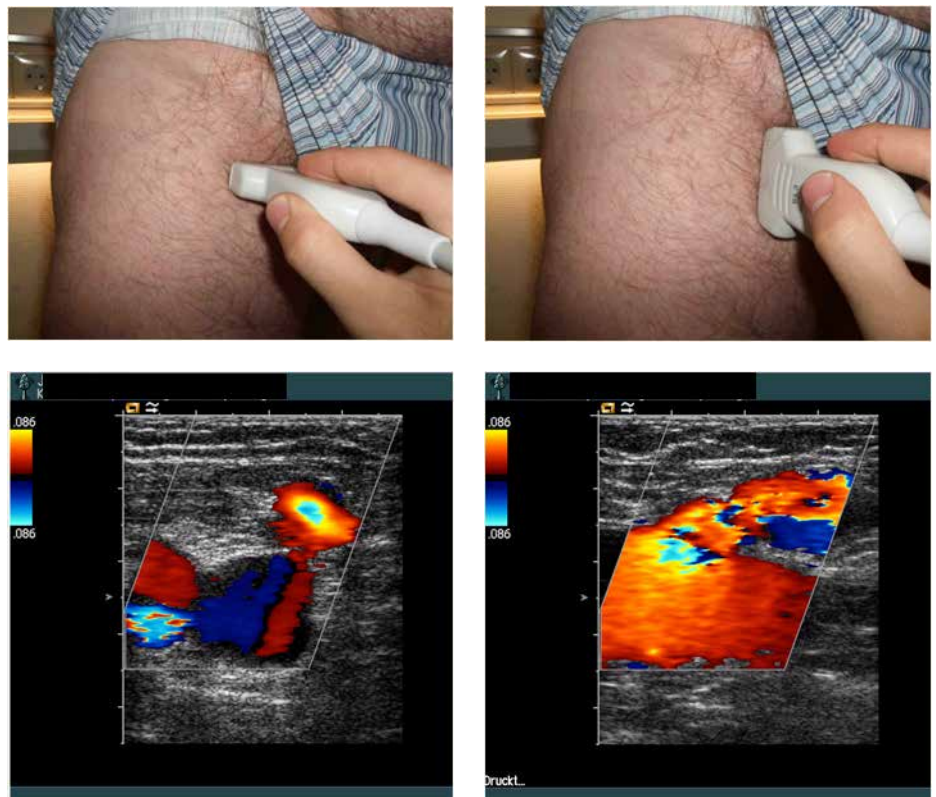


Abb. 1: Farbcodierte Duplexsonographie zur Diagnostik bei Varikosis



Abb. 2: Klinische Stadien der chronischen venösen Insuffizienz (CVI) nach CEAP Klassifikation

(postthrombotische Obstruktion oder pelvine Varikosis) kann auch eine CT-Phlebographie oder MR-Phlebographie sinnvoll sein. Bei der CT-Phlebographie sind die Kontrastmittelexposition und die Röntgenstrahlung und bei der MR-Phlebographie sind die Kontrastmittelexposition und die relativ lange Untersuchungszeit einzukalkulieren. Bei bestimmten Fragestellungen (z. B. ilio-cavale venöse Kompression) kann auch eine intravaskuläre Ultraschalluntersuchung (IVUS) erwogen werden.

KLASSIFIKATIONEN DER CVI

In den vergangenen Jahren hat sich die CEAP Klassifikation [9] zur Beschreibung des klinischen Befundes (C-Clinical, **Abb. 2**), der Ätiologie bzw. Genese (E-Ethiological), der Anatomischen Bezeichnung der betroffenen Venensysteme (A-Anatomical) und Pathophysiologie (P-Pathophysiological) der CVI etabliert. Während die Kategorie C für den klinischen Alltag gut praktikabel ist, werden die weiteren Kategorien eher im Rahmen wissenschaftlicher Fragestellungen erhoben. Die einzelnen Parameter der CEAP Klassifikation sind in **Tabelle 1** aufgeführt.

Die Ausprägung klinischer Beschwerden und klinischer Zeichen der Varikosis mit Durchführung der Kompressionstherapie können mit dem Venous Clinical Severity Score (VCSS) beschrieben werden [45]. Der VCSS ergänzt die CEAP Klassifikation und wird bei vielen klinischen Studien zur Varikosis verwendet. Insgesamt zehn Merkmale werden mit 0 bis 3 Punkten bewertet. Der VCSS Score wird dann aus der Summe der zehn Merkmale

Tab. 1: CEAP-Klassifikation

C: Klinische Klassifikation	
C0	keine sichtbaren Zeichen der CVI
C1	Besenreiser, Teleangiektasien
C2	variköse Venen
C3	Ödem
C4a	Hyperpigmentierung, Dermatitis
C4b	Dermatosklerose, Atrophie blanche
C5	abgeheilte Ulceration
C6	Floride Ulceration
s:	Symptomatik vorhanden z. B. Schweregefühl, Schmerzen, Wadenkrämpfen
a:	Asymptomatische Veränderungen, keine Beschwerden
E: Ätiologische Klassifikation	
Ec	Kongenital, angeboren
Ep	Primär (ungeklärte Ursache)
Es	Sekundär (z. B. bei postthrombotischem Syndrom)
En	keine venöse Ursache vorhanden
A: Anatomische Klassifikation	
As	Epifasziale Venen
Ap	Perforansvenen
Ad	Tiefe Venen
An	keine exakte Lokalisation der pathologischen Venen möglich
P: Pathophysiologische Klassifikation	
Pr	Reflux
Po	Obstruktion
Pr,o	Reflux und Obstruktion
Pn	keine venöse Pathophysiologie identifizierbar

berechnet. Vor mehreren Jahren wurde der VCSS Score revidiert und überprüft. **Tabelle 2** zeigt die aktuelle Fassung des rVCSS [26, 53].

Außerdem existieren zahlreiche weitere anatomische, pathophysiologische und psychologische Scores für die Klassifizierung der Varikosis bzw. CVI.

KONSERVATIVE THERAPIE

Prinzipiell kann bei symptomatischer CVI und fehlender therapierelevanter pAVK eine Kompressionstherapie empfohlen werden. In

der Akutphase einer Beinschwellung und zur Entstauungstherapie sind Kompressionsverbände mit Kurzzugbinden sinnvoll. Da sich diese bei Mobilisierung und nach Abschwelung lockern, müssen sie regelmäßig gewechselt bzw. neu angelegt werden. Im Liegen bzw. nachts ist eine Kompressionstherapie selten notwendig.

Zur Dauertherapie sind rundgestrickte medizinische Kompressionsstrümpfe (MKS) der Klasse II nach Maß geeignet. Bei Varikosis wird meist die Kompressionsklasse II (mittel, 23-32 mmHg) empfohlen. Der

Tab. 2: Der Revised Venous Clinical Severity Score (rVCSS) [53, 26]

Merkmal	nicht vorhanden (0)	mild, leicht (1)	moderat, mäßig (2)	stark, heftig (3)
1. Schmerzen, Missempfindungen	keine	gelegentlich	täglich ohne die üblichen Aktivitäten zu beeinträchtigen	täglich mit häufiger Beeinträchtigung der üblichen Aktivitäten
2. Variköse Venen, Varizen	keine	wenig, vereinzelt	beschränkt auf Unterschenkel <u>oder</u> Oberschenkel	betreffen Unterschenkel <u>und</u> Oberschenkel
3. Venöses Ödem	kein	beschränkt auf Fuß und Sprunggelenk	ausgedehnt oberhalb des Sprunggelenkes aber unterhalb des Kniegelenkes	ausgedehnt bis zum Kniegelenk oder darüber
4. Hyper-pigmentierung	keine oder nur fokal	begrenzt auf die perimalleoläre Region	verbreitet auf distales Unterschenkeldrittel	Ausdehnung über das distale Unterschenkeldrittel hinaus.
5. Entzündung	keine	begrenzt auf die perimalleoläre Region	verbreitet auf distales Unterschenkeldrittel	Ausdehnung über das distale Unterschenkeldrittel hinaus.
6. Induration, Sklerosierung	keine	begrenzt auf die perimalleoläre Region	betrifft distales Drittel des Unterschenkels	betrifft mehr als das distale Drittel des Unterschenkels
7. Anzahl florider Ulcerationen	keine	1	2	>2
8. Zeitdauer der floriden Ulceration	keine	<3 Monate	>3 Monate, <1 Jahr	>1 Jahr
9. Größe der floriden Ulceration	keine	Durchmesser <2cm	Durchmesser 2-6cm	Durchmesser >6cm
10. Kompressionstherapie	keine	Gelegentliches Tragen von Kompressionsstrümpfen	Tragen der Kompressionsstrümpfe an den meisten Tagen	Tägliches konsequentes Tragen von Kompressionsstrümpfen

Tab. 3: Therapiespektrum der Stammveneninsuffizienz

Offen-chirurgisch	Endovenös thermisch	Endovenös non-thermisch
- Krossektomie - Stripping - CHIVA - Valvuloplastie	- Radiofrequenz (ClosureFast[®], RFITT[®], EVRF[®]) - Laser (810-1940nm) - Wasserdampf	- Schaumsklerosierung - Mechano-chemisch (Clarivein[®]) - Akrylatkleber (VenaSeal[®])

Schenkelstrumpf (A-G) wird üblicherweise mit einem silikonbeschichteten Hafrand am Abrutschen gehindert. Wadenstrümpfe (A-D) können bei geringgradiger CVI ausreichend sein und die Therapieadhärenz verbessern [34]. Genauso wie die Strumpfverordnung stellt die Kontrolle der Strumpfanpassung eine originäre ärztliche Aufgabe dar. Intermittierendes Hochlagern der Beine, Venengymnastik und Schwimmen als sportliche Betätigung sind ebenfalls sinnvoll.

OPERATIVE UND ENDOVENÖSE THERAPIE DER STAMMVENENINSUFFIZIENZ

Die operative Eliminierung des epifaszialen Refluxes hat im Vergleich zur alleinigen konservativen Therapie mit Kompression in Bezug auf das kosmetische Ergebnis, die Linderung der Beschwerden und die Verbesserung der Lebensqualität einen gut belegten Vorteil [62, 63]. Auch bei der Behandlung von

venösen Ulcerationen kann mit der operativen Sanierung des epifaszialen Venensystems im Vergleich zur Kompressionstherapie ein nachhaltiges Ergebnis erreicht werden [16].

Heute steht eine Vielzahl von operativen und endovenösen Therapieoptionen zur Verfügung. Das breite Therapiespektrum kann in drei Gruppen gegliedert werden. Man unterscheidet die offenen-operativen von den endovenös-thermischen und den endovenösen non-thermischen Therapieoptionen (**Tabelle 3**).

Ziel der klassischen Varizenoperation ist die Eliminierung des Refluxes aus dem tiefen in das epifasziale Venensystem. Meist besteht als Refluxquelle eine insuffiziente sapheno-femorale oder sapheno-popliteale Mündung. Bei der Krossektomie wird diese chirurgisch präpariert und unterbunden. Die im sapheno-femorale Übergang einmündenden Venenäste (z. B. V. epigastrica superficialis, V. pudenda externa, V.

**Abb. 3:** Präparation der sapheno-femorale Mündung links zur Durchführung der Krossektomie

circumflexa ilium superficialis, V. saphena accessoria anterior und posterior) werden durchtrennt und ligiert (**Abb.3**). Es wird empfohlen, die insuffiziente Stammvene unmittelbar an der tiefen Leitvene abzusetzen und einen längeren Venenstumpf zu vermeiden. Es wird postuliert, dass bei Belassen eines Stumpfes dieser weiter mit Blut gefüllt und der Reflux dann über accessorischen Äste der V. saphena magna in epifaszialen Venensegmente fortgeleitet wird

und dadurch eine Rezidivvarikosis entstehen kann. Als Nahtmaterial an der V. femorals communis wird nicht-resorbierbares Nahtmaterial empfohlen [14]. Man nimmt an, dass bei Verwendung von resorbierbaren Fäden die Neoangiogenese im Bereich der ehemaligen Refluxquelle stimuliert wird. Die Neoangiogenese wird als eine der wichtigen Ursachen für einen inguinalen bzw. poplitealen Neoreflux angesehen. Die Empfehlungen zur Destruktion des freiliegenden Endothels im Nahtbereich durch Elektrokoagulation oder zum Verschluss des Hiatus saphenus bzw. der Fossa ovalis durch Naht der Fascia cribriformis (Barrierebildung) zielen ebenfalls darauf ab, die Neigung zur Neoangiogenese bzw. zur Entwicklung eines epifaszialen Rezidivrefluxes zu reduzieren [7]. Unter Einhaltung dieser Prinzipien und einer standardisierten Operationstechnik können mit der Krossektomie sehr gute Ergebnisse erzielt werden [36].

Der zweite Schritt der klassischen Venenoperation ist die Entfernung der refluxführenden Stammvenensegmente durch das Strippingmanöver. Die Krossektomie mit zusätzlicher Eliminierung der insuffizienten Stammvene hat Vorteile im Vergleich zur alleinigen Krossektomie in Bezug auf das kosmetische Ergebnis und die Rezidivrate [8, 46, 59]. Das Strippingmanöver kann in der klassischen Babcock Methode [2] oder als PIN-Stripping (Perforate Invagination) bzw. Invaginationsstripping erfolgen. Es wird postuliert, dass die Invaginationsmethode zu einer geringeren Inzidenz von Nervenläsionen führt [47]. Außerdem wird das Stripping von proximal nach distal mit einer geringeren Inzidenz von Nervenläsionen assoziiert [41]. Als weitere Variante ist das Strippen der Stammvene mit einer Kryosonde möglich. Prinzipiell wird eine stadiengerechte Sanierung empfohlen [17]. Hier werden nur die tatsächlich insuffizienten Stammvenensegmente entfernt. Funktionell intakte Segmente sollten belassen werden. Aufgrund des höheren Risikos für eine Alteration von Hautnerven sollte ein Strippen der V. saphena parva und der V. saphena magna im Verlauf des Unterschenkels nur bei absoluter Indikation durchgeführt werden [20].

Bei der CHIVA (Théorie et pratique de la Cure Conservatrice et Hémodynamique de

l'Insuffisance Veineuse en Ambulatoire) wird versucht, den epifaszialen Reflux zu reduzieren, aber das Stammvenensystem weitgehend zu erhalten [12]. Diese Operationstechnik erfordert ein spezielles pathophysiologische Verständnis der venösen Drainage bzw. des epifaszialen Refluxes. Hierzu ist eine besonders differenzierte funktionelle Untersuchung bzw. Duplexsonographie erforderlich. Einzelne kontrollierte Studien weisen auf Vorteile dieser Therapieform hin [38].

Als weitere offene Operationstechnik mit Erhalt der insuffizienten Stammvene ist die Valvuloplastie beschrieben [30]. Hier wird durch Umhüllung der V. saphena magna mit einem Dacron Patch eine Lumenreduktion mit Rekonstruktion der Klappenfunktion an der sapheno-femorale Mündung erreicht.

ENDOVENÖSE THERMISCHE ABLATION

Seit Ende der 1990er Jahre existieren Therapieprotokolle zur Endovenösen Laserablation (EVLA) und Endovenösen Radiofrequenzablation (RFA), die seither kontinuierlich weiterentwickelt werden [3, 58].

Ziel der endovenösen thermischen Verfahren ist die hämodynamische Ausschaltung der insuffizienten Stammvene, wobei auf die Krossektomie und das Stripping und damit auf das operative Trauma verzichtet werden kann. Durch dosierte Hitzeeinwirkung wird eine Destruktion der Intima und der Muskelzellen der Venenwand und eine Denaturierung des Kollagens erreicht, was unmittelbar zu einer Verdickung der Venenwand und Reduktion des Lumens führt (Abb.4 und 5).

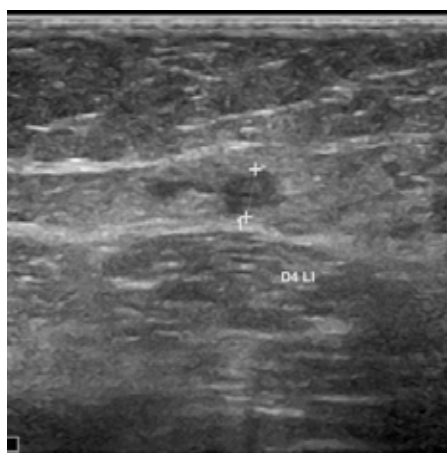


Abb. 4: Sonographischer Querschnitt am proximalen Oberschenkel einen Tag nach endothermischer Therapie der V. saphena magna mit Wandverdickung und Reduktion des Lumens („Donut-Zeichen“)

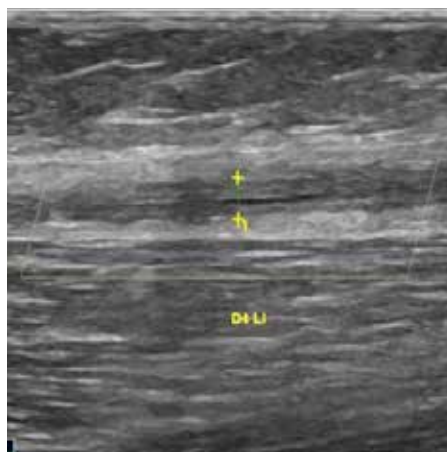


Abb. 5: Sonographischer Längsschnitt am proximalen Oberschenkel einen Tag nach endothermischer Therapie der V. saphena magna mit Wandverdickung und Reduktion des Lumens („Cookie-Zeichen“)



Das Restlumen wird durch koaguliertes Blut okkludiert, sodass bereits unmittelbar nach der Behandlung kein Flussnachweis mehr möglich ist. Als chronische Folge dieses thermischen Traumas ist eine Obliteration des Lumens und Fibrosierung der Vene zu beobachten. Häufig ist die behandelte Vene nach mehreren Monaten sonographisch nicht mehr nachweisbar. Essentiell für diese Therapieform ist das perivenöse Einbringen einer Tumeszenzflüssigkeit (meist NaCl 0,9 % + Lokalanästhetikum + Bicarbonat + Epinephrin) und mittelbar vor der endothermischen Behandlung (**Abb. 6**). Neben der Schmerzausschaltung werden durch die Tumeszenzflüssigkeit ein Schutz des perivenösen Gewebes vor thermischen Schäden [44] und ein verbesserter Kontakt der Therapiesonden mit der Venenwand erreicht. Die endovenösen Verfahren werden meist ausschließlich mit Tumeszenzanästhesie als ambulante Operation durchgeführt. Falls in gleicher Sitzung eine umfangreiche Seitenastexhairese oder eine Perforansvenenligatur durchgeführt wird, kann zusätzlich auch eine

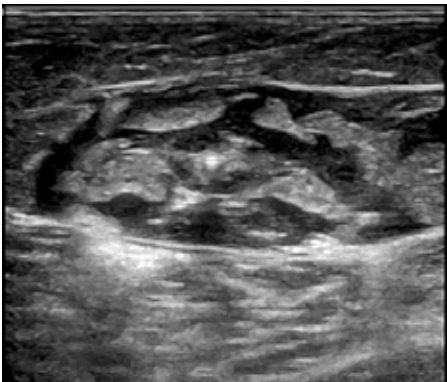


Abb. 6: Sonographischer Befund (Querschnitt) der endovenösen Therapiesonde nach Einbringen der perivenösen Tumeszenzflüssigkeit



Abb. 7: Endovenöse Lasertherapie mit Radialfaser

Spinalanästhesie oder Allgemeinanästhesie sinnvoll sein. Wichtig für eine erfolgreiche endothermische Therapie ist die weitgehende Entleerung der Vene bei der Behandlung, was durch Trendelenburglagerung erreicht werden kann. Die endovenöse thermische Ablation kann auch unter fortgesetzter therapeutischer oraler Antikoagulation sicher durchgeführt werden [52].

Zur Endovenösen Lasertherapie (EVLT) stehen zahlreiche Generatoren mit Diodenlasern und unterschiedlichen Lichtwellenleitern verschiedener Firmen zur Verfügung. Aktuell werden längere Wellenlängen (1470 nm) und radial abstrahlende Lichtwellenleiter empfohlen [48]. Akzentuierte thermische Gewebeeffekte wie Karbonisierungen und Venenwandperforationen können so vermieden werden [51]. Maßnahmen zum Laserschutz müssen eingehalten werden (**Abb. 7**). Die endovenös applizierte Energiedichte (Longitudinale Endovenöse Energiedichte – LEED) wird hauptsächlich durch die eingestellte Leistung des Generators und die Rückzugsgeschwindigkeit bestimmt. Beides wird an den Durchmesser der zu behandelnden Vene angepasst und muss vom Operateur festgelegt und eingehalten werden. Leistungen zwischen 4 und 10 Watt und Rückzugsgeschwindigkeiten von 1–2 mm/s sind üblich. Es resultieren dann endovenöse Energiedichten (LEED) von 40–100 Joule/cm.

Das am häufigsten verbreitete Verfahren zur RFA ist die segmentale Radiofrequenztherapie (ClosureFAST®, Fa. Medtronic) (**Abb. 8**). Hier erfolgt eine standardisierte Erhitzung der Venenwand, wobei die Leistung des Generators automatisch durch einen temperaturgesteuerten Feed-back Mechanismus angepasst wird [39]. Alternativ stehen die bipolare RFIT



Behandlung (Fa. Olympus) und das EVRF Verfahren (F-Care Systems) zur Verfügung [32, 50].

Die endovenöse Heißdampftherapie (Endovenous Steam Ablation – EVSA oder Steam venous sclerosis – SVS) (**Abb. 9**) wird in einzelnen Zentren angewendet und wissenschaftlich evaluiert [56]. Im Vergleich zu den anderen endothermischen Verfahren ist diese Therapieform im klinischen Alltag bisher am wenigsten etabliert.

ENDOVENÖSE NON-THERMISCHE ABLATION (EVA)

Allen endovenösen non-thermischen Therapieverfahren gemeinsam ist, dass hier keine perivenöse Tumeszenz erforderlich ist. Fakultativ kann zur Punktion der zu behandelnden Stammvene eine Lokalanästhesie durchgeführt werden.

Die Schaumsklerotherapie ist nicht nur für die Behandlung von varikösen Seitenästen sondern auch für die Behandlung der Stammveneninsuffizienz etabliert. Die Sklerotherapie mit aufgeschäumten Sklerosierungsmittel ist insbesondere bei großlumigen Venen effektiver als die Flüssigsklerosierung [35]. Die Therapieprinzipien bestehen aus der standardisierten Herstellung eines geeigneten Schaumes welcher unter sonographischer Kontrolle über Punktion mit einer Venenverweilkanüle in die insuffiziente Stammvene eingebracht und bis an die sapheno-femorale bzw. sapheno-popliteale Mündung bewegt wird (**Abb. 10**). Durch die chemische Alteration der Intima und weiterer Venenwandstrukturen soll eine Fibrosierung und Obliteration des Lumens erzielt werden. Die Menge des endovenös applizierten Schaumes



Abb. 8: Segmentale Radiofrequenzablation (hier ClosureFAST Prozedur)



Abb. 9: Endovenöse Heißdampftherapie bzw. Endovenous Steam Ablation (EVSA)



Abb. 10: Schaumsklerotherapie

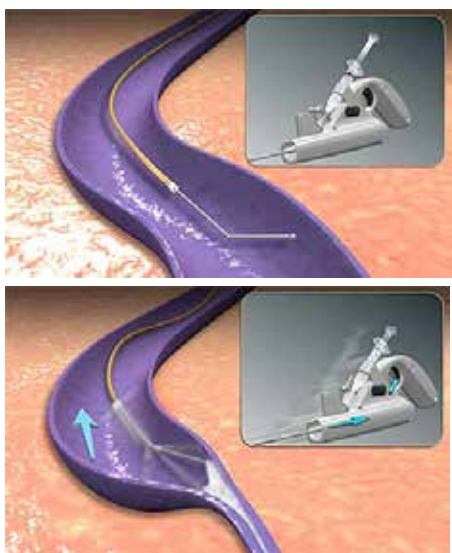


Abb. 11: Mechano-chemische Ablation (MOCA) bzw. Clarivein®

ist limitiert und richtet sich nach den Leitlinienempfehlungen bzw. den Angaben des Herstellers [40]. Im Vergleich zur operativen Entfernung oder thermischen Ablation der Stammvene ist die Schaumsklerotherapie weniger effektiv und erfordert ggf. wiederholte Behandlungen [42, 57].



Um die Effektivität der Sklerotherapie bei der Behandlung der Stammveneninsuffizienz zu erhöhen, wird bei der mechano-chemischen Ablation (MOCA, Clarivein®) eine Kombination von mechanischem und chemischem Trauma auf das Endothel und die Venenwandstrukturen genutzt (Abb. 11). Ein elektrisch betriebener Rotor wird manuell unter sonographischer Kontrolle langsam von proximal nach distal gezogen und gleichzeitig flüssiges Sklerosierungsmittel über den Katheter in das Venenlumen eingespritzt [4]. Die Effektivität ist im kurzfristigen Verlauf gut. Im Langzeitverlauf werden die funktionellen und klinischen Ergebnisse möglicherweise schlechter [60].

Eine weitere non-thermische bzw. endo-chemische Therapieoption ist die Okklusion der insuffizienten Stammvene mit Akrylatkleber (VenaSeal®, Fa. Medtronic), welche über ein spezielles Injektionssystem sonographisch kontrolliert in die Vene injiziert wird (Abb. 12). Die bisher zur Verfügung stehenden klinischen Daten deuten zumindest bei kurzfristiger Nachuntersuchung eine effektive Okklusion an [27]. Allerdings werden auch unerwünschte Ereignisse wie

akzentuierte Heilungsreaktionen oder Phlebitiden der behandelten Stammvene beobachtet [1]. Die Effektivität der Behandlung von großlumigen insuffizienten Stammvenen (> 6,5 mm) ist möglicherweise reduziert [6].

THERAPIE DER PERFORANSVENENINSUFFIZIENZ

Die hämodynamische bzw. pathologische Bedeutung von insuffizienten Stammvenen wird kontrovers diskutiert. Perforansvenen mit einem Durchmesser von >3mm, nachgewiesenem Reflux und passenden klinischen Beschwerden sollten behandelt werden. Die offene Ligatur nach Hautinzision über der zuvor markierten Perforansvene ist die klassische Behandlungsform.

Alternativ ist die thermische Obliteration mit Laser oder Radiofrequenz beschrieben.

Die endoskopische subfasziale Dissektion der Perforansvenen (ESDP) kann bei Perforansvenen im Bereich entzündlich veränderter Haut oder floriden Ulcerationen sinnvoll sein [19]. Diese Therapieform wird heute jedoch nur noch selten angewendet.

THERAPIE DER SEITENASTVARIKOSIS

Die Seitenastvarikosis wird meist im Sinne einer Mini-Phlebektomie über Stichinzisionen nach Muller/Varady behandelt [29] (Abb. 13). Alternativ ist die Flüssig- und Schaumsklerotherapie möglich. Konzentration und Menge des Sklerosierungsmittels richten sich nach dem Durchmesser bzw. dem Volumen der zu behandelnden Varizen [40]. Zu möglichen unerwünschten Ereignissen der Sklerotherapie gehören Hautnekrosen, Matting, Hyperpigmentierung und allergische Reaktionen. Bei chirurgischer Seitenastexhairese kann es zur Alteration von Hautnerven mit konsekutiver Dysästhesie kommen. In der Diskussion ist der optimale Zeitpunkt zur Behandlung der Seitenastvarikose. Überwiegend wird eine simultane Behandlung der Seitenastvarikosis in gleicher Sitzung mit der Sanierung der Stammveneninsuffizienz empfohlen [14].



Abb. 12: Occlusion der insuffizienten Stammvene mit Akrylatkleber (hier: VenaSeal®, Fa. Medtronic)



Abb. 13: Mini-Phlebektomie nach Muller/Varady

THERAPIE DER BESENREISERVARIKOSIS

Besenreiservarizen können mit Flüssigsklerosierung (z. B. Polidocanol), transkutaner Radiofrequenztherapie (z. B. F-Care Systems TC 3000) oder transcutaner Lasertherapie (TCL) behandelt werden. Im Vergleich zur Sklerotherapie ist die Lasertherapie weniger effektiv, erfordert mehrere Therapiesitzungen und ist teurer [61]. Allerdings gibt es auch gute Indikationen für die Lasertherapie wie beispielsweise Allergie gegen Sklerotherapeutika, Spritzenphobie oder Therapieversagen nach Sklerotherapie.

NACHBEHANDLUNG

Eine postoperative Thromboseprophylaxe ist nur bei vorliegender Thrombophilie oder TVT in der Anamnese erforderlich. Eine generelle medikamentöse Thromboseprophylaxe nach Operationen bzw. Interventionen am epifaszialen Venensystem ist nicht erforderlich.

Ein Kompressionsbehandlung mit elastischen Kurzzugbinden oder Kompressionsstrümpfen der Klasse II nach Maß wird nach Veneneingriffen prinzipiell empfohlen. Eine Ausnahme bildet hier die Behandlung mit Akrylatkleber, hier wird keine Kompressionstherapie gefordert. Über die Dauer der Kompression existieren unterschiedliche Empfehlungen. Eine aktuelle Meta-Analyse zeigte keine signifikanten Unterschiede zwischen kurzfristiger (3 bis 10 Tage) und langfristiger (3 bis 6 Wochen) Kompressionstherapie bei der Reduktion postoperativer Schmerzen, Schwellungen, Komplikationen und Arbeitsunfähigkeit [21]. Eine pragmatische Empfehlung ist die Fortführung der Kompressionstherapie über den zehnten postoperativen Tag hinaus, nur wenn diese vom Patienten als angenehm empfunden wird oder ein anderer Grund für eine kontinuierliche Kompressionstherapie wie tiefe

Leitveneninsuffizienz, PTS oder Lymphödem vorliegt.

Nach endovenöser Therapie sollte innerhalb der ersten Tage nach der Prozedur eine duplexsonographische Untersuchung erfolgen, um eine Thrombuspropagation in das tiefe Leitvenensystem zu detektieren und dann konsequent zu behandeln. Je nach Ausmaß der Thrombuspropagation wird eine kurzzeitige Antikoagulation mit NMH oder eine orale Antikoagulation empfohlen [18, 24]. Zur Klassifikation wurde der Begriff Endovenous Heat Induced Thrombus (EHIT) geprägt. Reicht der EHIT bis unmittelbar an die Tiefe Vene heran (Level C) wird eine Antikoagulation als fakultativ angesehen. Ragt der EHIT jedoch in die tiefe Leitvene hinein (Level D und E), liegt formell eine TVT vor. Hier sollte eine therapeutische Antikoagulation mit Niedermolekularem Heparin oder oralen Antikoagulantien durchgeführt werden.

VERGLEICH UND AUSWAHL DER THERAPIEVERFAHREN

Zur wissenschaftlichen Bewertung der einzelnen Therapieverfahren liegen zur offenen Operation, EVLA, RFA und Schaumsklerotherapie zahlreiche randomisierte kontrollierte Studien vor [25, 55, 54]. Hierbei sind Parameter

zur Beurteilung der Sicherheit (unerwünschte Ereignisse, Komplikationen), Effektivität (Verschlussrate, Rekanalisationsrate, Rezidivreflux, klinische und funktionelle Scores), dem peri-prozeduralen Komfort (Schmerzen, Rekonvaleszenz, Arbeitsunfähigkeit, Lebensqualität) und die Kosten (Material, Zeit) von besonderem Interesse. Zahlreiche randomisierte kontrollierte Studien wurden in mehreren Meta-Analysen zusammengefasst vor [31, 37, 49].

Die **Tabelle 4** fasst die zur Verfügung stehenden Daten zu den o. g. Parametern plakativ zusammen. Alle Verfahren erscheinen sicher. Schwerwiegende Komplikationen werden bei keiner der Therapieoptionen beobachtet. Die Effektivität in Bezug auf die dauerhafte Eliminierung des epifaszialen Refluxes scheint ebenfalls vergleichbar. Hier führt nur die Schaumsklerotherapie zu schlechteren Ergebnissen. Allerdings kann die Behandlung mehrmals wiederholt werden. Bezüglich des Komforts bestehen offenbar Vorteile bei den endovenösen Behandlungsformen im Vergleich zur offenen Operation, da hier das Operationstrauma geringer ist. Geringerer Schmerzmittelbedarf und eine schnellere Rekonvaleszenz werden häufig berichtet. Allerdings sind endovenöse thermische Behandlungsformen und auch die Therapiersonde zur MOCA oder zur Acrylatklebung Einmalprodukte und teurer als eine Strippingsonde oder Sklerosierungsmittel.

Unerwünschte Ereignisse werden nach allen Behandlungsverfahren nur relativ selten beobachtet. Aufgrund der natürlichen Progredienz der Grunderkrankung sollten alle Patienten über die Möglichkeit von erneuten klinischen Zeichen und Beschwerden der chronischen venösen Insuffizienz bzw. Varikosis aufgeklärt werden.

Bei der Strippingoperation stehen schmerzhafte subcutane Hämatome und Alterationen von Hautnerven im Vordergrund. Nach chirurgischer Seitenastexhairese kann es zu umschriebenen Dysästhesien kommen. Wundheilungsstörungen oder Lymphozelen sind prinzipiell möglich, aber selten.

Im Zusammenhang mit endovenöser thermischer Therapie muss über die Möglichkeit einer Non-Okklusion oder Rekanalisation

Tab. 4: Bewertung der wichtigsten Therapieverfahren der Stammveneninsuffizienz anhand der Studiendaten und Leitlinienempfehlungen

	Krossektomie/ Stripping	Laser	Radiofrequenz	Schaum-sklerotherapie
Sicherheit	+	+	+	+
Effektivität	+	(+)	(+)	-
Patientenkomfort	-	+	+	+
Behandlungskosten	(+)	-	-	+



Abb. 14: Hitzeinduzierte Okklusion und Thrombuspropagation aus der endovenös thermisch behandelten V. saphena magna in die V. femoralis communis. Klassifikation nach Lawrence: Level A: Okklusion peripher der V. epigastrica superficialis, Level B: Okklusion zentral der V. epigastrica superficialis, Level C: EHIT (Endovenös hitzeinduzierter Thrombus) reicht bis an die V. femoralis communis (VFC) heran, Level D: EHIT reicht wenige Millimeter in die VFC, Level E: EHIT reicht >5mm in die VFC

der behandelten Vene aufgeklärt werden. Bei nicht adäquater Entleerung der Vene bzw. fehlender Trendelenburg Lagerung kann eine Thrombophlebitis der behandelten Vene auftreten. Prinzipiell kann eine Thrombuspropagation in das tiefe Leitvenensystem bzw. ein endovenöser hitzeinduzierter Thrombus (EHIT) entstehen (**Abb.14**). Diese sollten frühzeitig ausgeschlossen bzw. detektiert und dann durch Thrombozytenaggregationshemmung oder Antikoagulation behandelt werden [22]. Bisher sind keine Berichte über klinisch signifikante Lungenembolien bekannt. Sporadisch werden Hyperpigmentierungen über dem Venenverlauf beobachtet, insbesondere nach Behandlung von relativ oberflächlich verlaufenden Stammvenensegmenten oder schlanken Patienten. Manche Patienten berichten über Missempfindungen oder eine Verhärtung im Verlauf der thermisch behandelten Vene. Nach endovenöser non-thermischer Therapie können

neben Non-Okklusionen und Rekanalisationen auch akzentuierte Heilungsreaktionen und Phlebitis ähnliche Beschwerden beobachtet werden.

LEITLINIEN

Die deutschsprachige Leitlinie zur Diagnostik und Behandlung des Krampfaderleidens stammt aus dem Jahre 2010 [33]. Derzeit wird eine aktualisierte Leitlinie erarbeitet, die voraussichtlich Ende 2017 publiziert wird.

In den USA wurde eine Leitlinie des American Venous Forum [15] und in Großbritannien eine Leitlinie des National Institute for Health and Care Evidence (NICE) publiziert. Außerdem wurde eine umfangreiche Leitlinie der European Society for Vascular Surgery (ESVS) veröffentlicht [61]. Aufgrund der hohen Sicherheit und der geringeren Invasivität und Schmerzbelastung werden in den o. g. Leitlinien als Therapie der Wahl bei

Stammveneninsuffizienz primär endovenöse thermische Verfahren (Radiofrequenz, Laser) vorgeschlagen.

Diese Einschätzung wird in Deutschland noch kontrovers diskutiert. Viele der Studien, die Vorteile bei Komfort, Schmerz und Rekonvaleszenz für die endovenösen Therapien zeigen, wurden von Firmen gesponsert, die Materialien für endovenöse Verfahren herstellen bzw. vertreiben. Mit einer standardisiert durchgeführten, offenen Operation mit Krossektomie und Stripping kann im Vergleich zu den Ergebnissen endovenöser Verfahren ebenfalls ein sehr gutes und nachhaltiges Ergebnis erzielt werden [36].

VARIKOSIS-REGISTER DER DGG

Nach langer Vorbereitungszeit wird voraussichtlich 2017 ein webbasiertes Dokumentationssystem zur Erhebung aller Venenoperationen der teilnehmenden Praxen und Kliniken zur Verfügung stehen. Mit der Erfassung aller konsekutiven Veneneingriffe soll eine Bestandsaufnahme der im klinischen Alltag durchgeführten diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen erfolgen. Durch die Erfassung unerwünschter Ereignisse im Zusammenhang mit der Behandlung können wichtige Daten zur periprozeduralen Morbidität gewonnen werden. Durch die Erstellung von Benchmark Daten ist ein Vergleich der teilnehmenden Zentren möglich.

Literatur erhalten Sie via *passion_chirurgie* @bdc.de ○

ABKÜRZUNGEN

EHIT	Endovenöser hitzeinduzierter Thrombus
EVA	Endovenöse Ablation
EVLA	Endovenöse Laserablation
EVSA	Endovenous Steam Ablation
MOCA	Mechano-chemische Ablation
NMH	Niedermolekulares Heparin
RFA	Radiofrequenz Ablation
TVT	Tiefe Beinvenenthrombose
VSAA	V. saphena accessoria anterior
VSAP	V. saphena accessoria posterior
VSM	V. saphena magna
VSP	V. saphena parva

SAVE THE DATE

BDC|WEBINAR "S2k-Leitlinie: Prophylaxe der venösen Thromboembolie"

Termin: 19.10.2017, 18:00-19:00 Uhr

Referent: Prof. Dr. med. Albrecht Encke, Frankfurt

www.bdc-webinare.de

Präoperative Evaluation erwachsener Patienten vor elektiven, nicht herzhoraxchirurgischen Eingriffen

GEMEINSAME EMPFEHLUNG
DER DEUTSCHEN GESELLSCHAFT
FÜR ANÄSTHESIOLOGIE UND
INTENSIVMEDIZIN, DER DEUTSCHEN
GESELLSCHAFT FÜR CHIRURGIE UND DER
DEUTSCHEN GESELLSCHAFT FÜR INNERE
MEDIZIN

PRÄAMBEL

Die Erhebung der Anamnese und die körperliche Untersuchung sind anerkannte Standards

in der präoperativen Evaluation. Ob und unter welchen Umständen **technische Voruntersuchungen** dazu beitragen können, das perioperative Risiko zu reduzieren, ist bislang nur unzureichend untersucht. Die nachfolgenden Empfehlungen zur präoperativen Evaluation beruhen daher neben der verfügbaren Literatur sowie den Leitlinien nationaler und internationaler Fachgesellschaften auch auf Expertenmeinungen. Die vorliegenden Empfehlungen gelten für erwachsene Patienten vor elektiven, nicht kardiochirurgischen

KORRESPONDENZADRESSE
PROF. DR. MED. BERNHARD
ZWISSLER

Klinik für Anästhesiologie
 Klinikum der Ludwig-Maximilians-
 Universität München
 Marchioninstr. 15, 81377 München
 Bernhard.Zwissler@med.uni-
 muenchen.de

UNTER MASSGEBLICHER
MITARBEIT VON:
DEUTSCHE GESELLSCHAFT
FÜR ANÄSTHESIOLOGIE UND
INTENSIVMEDIZIN (DGAI)

Götz Geldner, Ludwigsburg
 Jörg Karst, Berlin
 Frank Wappler, Köln
 Bernhard Zwissler, München

DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR
CHIRURGIE (DGCH)

Peter Kalbe, Rinteln
 Udo Obertacke, Mannheim
 Wolfgang Schwenk, Hamburg

DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR
INNERE MEDIZIN (DGIM)

Matthias Pauschinger, Nürnberg

Beschluss des Engeren Präsidiums der
 DGAI vom 27.03.2017

DGAI DGCH DGIM. Präoperative Evaluation
 erwachsener Patienten vor elektiven, nicht herz-
 thoraxchirurgischen Eingriffen. Passion Chirurgie.
 2017 September; 7(09): Artikel 04_04.



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

und nicht lungenresezierenden Eingriffen. Es handelt sich um eine Überarbeitung und Aktualisierung der erstmals im Jahre 2010 publizierten Empfehlungen der Deutschen Fachgesellschaften der Inneren Medizin, Chirurgie und Anästhesiologie [1], die seither im deutschsprachigen Raum eine gute Durchdringung und Akzeptanz erfahren haben [2,3].

Zunächst werden die allgemeinen Prinzipien der präoperativen Evaluation dargestellt (Teil A). Das Vorgehen bei Patienten mit bekannten oder vermuteten kardiovaskulären Vorerkrankungen wird gesondert betrachtet (Teil B: „Erweiterte kardiale Diagnostik“). Abschließend wird der perioperative Umgang mit der Dauermedikation diskutiert (Teil C).

A. ALLGEMEINE PRINZIPIEN

Die präoperative Evaluation sollte in ausreichendem Abstand zum operativen Eingriff erfolgen, da hierdurch die Dauer des stationären Aufenthalts, die Anzahl abgesetzter Operationen sowie Kosten reduziert werden können [4,5]. Wünschenswert wäre die Terminierung erforderlicher Voruntersuchungen bereits zum Zeitpunkt der Indikationsstellung zur Operation. Ein Intervall von sechs Wochen zwischen Evaluation und Operation sollte hierbei jedoch in der Regel nicht überschritten werden.

A.1 ANAMNESE UND KÖRPERLICHE
UNTERSUCHUNG

Aufgabe der Risikoevaluierung ist es, Patienten mit einer bisher nicht erkannten oder nicht ausreichend behandelten und

für die Operation oder Anästhesie relevanten Erkrankung präoperativ zu erkennen und die Therapie zu optimieren. Grundlage jeder präoperativen technischen Untersuchung ist dabei eine sorgfältige **Anamnese** einschließlich einer **Blutungsanamnese** (vgl. A.2.1), eine orientierende **körperliche Untersuchung** sowie die Ermittlung der **körperlichen Belastbarkeit** des Patienten. Anamnese und Untersuchung sollten nach einem standardisierten Schema erfolgen.

Bei größeren Operationen besteht zudem ein Zusammenhang zwischen Mangelernährung und postoperativer Morbidität und Letalität. Die Erfassung des Ernährungsstatus bzw. einer möglicherweise gestörten Nahrungsaufnahme mit Hilfe geeigneter Screening-Instrumente (z. B. NRS 2002) sollte daher bei V.a. Mangelernährung (häufiger Indikator: BMI <18.5 kg/m²) Teil der präoperativen Untersuchung sein [6].

Ergeben sich keine Anhaltspunkte für eine relevante, das perioperative Vorgehen potentiell beeinflussende Vorerkrankung, sind – unabhängig von Art und Dauer des Eingriffs oder dem Alter des Patienten – weiterführende Untersuchungen nicht erforderlich.

A.2 EINSCHÄTZUNG DES PERIOPERATIVEN RISIKOS

Perioperative, nicht primär chirurgische Komplikationen betreffen vor allem das Herzkreislaufsystem sowie das respiratorische System. Es ist daher sinnvoll, das individuelle Risiko zur Entwicklung entsprechender Komplikationen präoperativ abzuschätzen.

Tab. 1: Akut symptomatische Herzerkrankungen (active cardiac condition nach [32])

Instabile Koronarsyndrome	Instabile oder schwere Angina (CCS III oder IV); kürzlicher Myokardinfarkt (>7 Tage und <30 Tage)
Dekompensierte Herzinsuffizienz	NYHA IV oder Symptomverschlechterung oder Erstmani-festation der Herzinsuffizienz
Signifikante Arrhythmien	Höhergradiger AV-Block (Mobitz II, AV Block III°); Symptomatische Herzrhythmusstörung; Supraventrikuläre Arrhythmie (inkl. Vorhofflimmern) mit schneller Überleitung >100 /min; Symptomatische Tachykardie; Neue ventrikuläre Tachykardie
Relevante Herzklappenerkrankung	Schwere Aortenstenose (Gradient >40 mmHg, AÖF <1 cm ² oder symptomatisch); Schwere Mitralklappenstenose (fortschreitende Belastungsdyspnoe, Belastungssynkopen oder Zeichen der Herzinsuffizienz)

CCS = Canadian Cardiovascular Society.

A.2.1 KARDIOVASKULÄRES RISIKO

Die Abschätzung des perioperativen kardialen Risikos sowie die Entscheidung für oder gegen eine erweiterte präoperative Diagnostik basieren wesentlich auf vier Faktoren:

- a) dem Vorliegen einer akut symptomatischen Herzerkrankung (Tab. 1),
- b) dem kardialen Risiko des operativen Eingriffs (Tab. 2),
- c) dem Vorliegen kardialer Risikofaktoren beim Patienten (Tab. 3, 4),
- d) der Belastbarkeit des Patienten (Tab. 5).

Gegenüber den Gemeinsamen Empfehlungen aus dem Jahre 2010 [1] haben sich jedoch bei der Bewertung der einzelnen Faktoren z. T. relevante Neuerungen und inhaltliche Ergänzungen ergeben. Diese basieren u.a. auf den Ergebnissen des American College of Surgeons National Surgical Quality Improvement Program (ACS-NSQIP) in den USA, in der das Outcome von mehr als 450.000 Patienten

nach unterschiedlichen Eingriffen erfasst wurde [7].

KARDIALES RISIKO DES OPERATIVEN EINGRIFFS

Der Anteil der Hochrisiko-Operationen (früher beschränkt auf Eingriffe an der Aorta und den Iliacal/Femoral-Gefäßen) hat erheblich zugenommen und umfasst heute u. a. eine Reihe weiterer, großer intraabdomineller Operationen (Tab. 2). Umgekehrt weisen endoarterielle Verfahren (z. B. EVAR; früher Hochrisiko-Gruppe) in Hinblick auf das unmittelbar perioperative Risiko Vorteile auf und wurden nun der Risikogruppe 2 (mittleres Risiko) zugeordnet. Zudem wird in Hinblick auf das perioperative kardiale Risiko nicht (mehr) unterschieden zwischen offenen und laparoskopischen Eingriffen.

KARDIALE RISIKOFAKTOREN DES PATIENTEN/ RISIKOINDIZES

Neben dem Risiko der Operation und der körperlichen Leistungsfähigkeit wird das

perioperative Risiko wesentlich durch die Vorerkrankungen der Patienten determiniert. Wegen der großen Bedeutung kardialer Komplikationen, seiner guten Validierung und leichten Erhebbarkeit wird zur Abschätzung des kardialen Risikos weiterhin der Revised Cardiac Risk Index (RCRI) nach Lee empfohlen. In seiner aktuellen Version weist der RCRI fünf klinische Risikofaktoren auf; der Diabetes mellitus muss insulinpflichtig sein und die Niereninsuffizienz wird mit einem Kreatinin >2 mg/dl näher charakterisiert (Tab. 3) [8]. Der RCRI ist Bestandteil des Algorithmus zur Indizierung eines präoperativen EKG.

Neben dem RCRI liefert auch der auf der Basis der Daten des ACS-NSQIP ermittelte Risikoindex, der sog. MICA-Score (**M**ycardial **I**nfarction and **C**ardiac **A**rrest), eine exzellente Prädiktion kardialer Komplikationen (perioperativer Myokardinfarkt oder Herztod innerhalb von 30 Tagen). Wichtige in den Score eingehende Faktoren sind neben dem Risiko der Operation (s. o.) und der

Tab. 2: Kardiales Risiko verschiedener Eingriffe [8]

Hohes Risiko	Aortenchirurgie/große arterielle Gefäßeingriffe
	Offene peripherarterielle Gefäßeingriffe und Amputationen an der unteren Extremität
	Thromboemboliekтомie*
	Duodeno-Pankreatektomie
	Leber- und Gallengangs-chirurgie
	Ösophagektomie
	OP bei Darmperforation*
	Nebennierenresektion
	Zystektomie (total)
	Pneumonektomie
Mittleres Risiko	Lungen- und Lebertransplantation*
	Intraperitoneale Eingriffe
	Karotis-Chirurgie (Pat. mit neurologischen Symptomen)
	Aortenchirurgie endovaskulär
	Operationen im Kopf-Hals-Bereich
	Große neurochirurgische, urologische, gynäkologische und ortho-pädische Eingriffe
Niedriges Risiko	Nierentransplantation
	Kleine intrathorakale Eingriffe
	Oberflächliche Eingriffe
	Zahn-Operationen
	Schilddrüsen-Chirurgie
	Augen-Chirurgie
	Plastisch-rekonstruktive Eingriffe
	Karotis-Chirurgie (Pat. ohne neurologische Symptome)
	Kleinere urologische (TUR Prostatata), gynäkologische und ortho-pädische (Knie-Arthroskopien) Operationen
	Mammachirurgie

* Diese Eingriffe sind ganz überwiegend nicht-elektiv (und damit nicht Gegenstand der vorliegenden Empfehlungen), werden aber gleichwohl der Vollständigkeit halber erwähnt.

Tab. 3: Kardiale Risikofaktoren nach dem Revised Cardiac Risk Index (nach [32] und [8])

Herzinsuffizienz
KHK (Angina pectoris und/oder Z.n. Myokardinfarkt)
Zerebrovaskuläre Insuffizienz (Apoplex oder TIA)
Diabetes mellitus (insulinpflichtig)
Niereninsuffizienz (Kreatinin >2 mg/dl)

Die Erhebung der Risikofaktoren basiert auf Anamnese und/oder Klinik. Die Wahrscheinlichkeit schwerer kardialer Komplikationen steigt mit zunehmender Anzahl von Risikofaktoren signifikant an (0,4%, 0,9%, 6,6%, und 11% bei 0, 1, 2 bzw. 3 und mehr Risikofaktoren).

Tab. 4: Kardiale Risikofaktoren nach dem MICA-Score (Myocardial Infarction and Cardiac Arrest)

ASA-Klasse
Risiko der Operation
Alter
Nierenfunktion (Kreatinin $>1,5$ mg/dl)
Funktioneller Status des Patienten
selbstversorgend
teilweise pflegebedürftig
vollständig pflegebedürftig

Die Wahrscheinlichkeit für das Auftreten eines perioperativen Myokardinfarkts oder Herztods innerhalb von 30 Tagen kann auf dem Boden der o.g. Faktoren über einen Internet-basierten Rechner ermittelt werden (www.qxmd.com/calculate-online/cardiology/gupta-perioperative-cardiac-risk).

Nierenfunktion (Kreatinin >1,5 mg/dl) der funktionelle Status des Patienten (selbstversorgend, teilweise pflegebedürftig, vollständig pflegebedürftig), die ASA-Klasse sowie das Alter (Tab. 4). Das individuelle Risiko eines perioperativen Myokardinfarkts kann so mittels eines interaktiven Rechners (www.qxmd.com/calculate-online/cardiology/gupta-perioperative-cardiac-risk) ermittelt werden. Die Datenbasis des NSQIP erlaubt zudem die Berechnung einer Vielzahl weiterer perioperativer Risiken (z. B. Wundinfektion).

Tab. 5: Körperliche Belastbarkeit

Ausreichende Belastbarkeit:	≥ 4 MET (> 100 W)
Schlechte Belastbarkeit:	< 4 MET (< 100 W)

Das Metabolische Äquivalent (engl. metabolic equivalent; MET) wird verwendet, um den Energieverbrauch verschiedener Aktivitäten zu vergleichen. Referenzpunkt ist dabei der Ruheumsatz des Menschen (1 MET). Eine körperliche Belastbarkeit von 4 MET bedeutet beispielsweise, dass der Mensch einer körperlichen Aktivität nachgehen kann, die seinen Ruheumsatz um das Vierfache steigert, z.B. 2 Stockwerke steigen oder leichte Hausarbeit verrichten.

KÖRPERLICHE BELASTBARKEIT

Eine ausreichende körperliche Belastbarkeit ist ein exzellenter Prädiktor für ein gutes perioperatives Outcome. Bei Patienten mit guter körperlicher Belastbarkeit sind präoperative Zusatzuntersuchungen daher nur selten indiziert. Umgekehrt korreliert jedoch eine schlechte körperliche Belastbarkeit (<4 Metabolische Äquivalente; MET; Tab. 5) außerhalb der Kardiochirurgie nur relativ schwach mit einer erhöhten perioperativen Letalität [9]. Zusätzliche Begleiterkrankungen, der funktionelle Status (selbstversorgend vs. pflegebedürftig), das Ausmaß von Frailty (Gebrechlichkeit) und das Risiko der Operation treten hier prognostisch stärker in den Vordergrund.

A.2.2 PULMONALES RISIKO

Ziel der präoperativen Evaluierung von Lungen und Atemwegen ist die Reduktion perioperativer pulmonaler Komplikationen. Neben der Anamnese und der körperlichen Untersuchung stehen hierfür technische Verfahren (Thoraxröntgen, Spirometrie, Blutgasanalyse) sowie spezifische Scoring-Systeme

zur Verfügung [10,11]. Anhand anamnestischer Informationen sowie der pulsoximetrisch bestimmten arteriellen Sauerstoffsättigung kann das Risiko einer postoperativen pulmonalen Insuffizienz eingeschätzt werden (Tab. 6) [11]. Darüber hinaus kann mit einem einfachen Score das Risiko für postoperative respiratorische Komplikationen ermittelt werden (Tab. 7) [12].

A.3 WEITERFÜHRENDE UNTERSUCHUNGEN

Zu den weiterführenden Untersuchungen zählen u.a. Blutuntersuchungen, das 12-Kanal-EKG, die Thoraxröntgen-Aufnahme, Untersuchungen der Lungenfunktion, die Dopplersonographie der Hals- und/oder Bein-gefäße sowie die Echokardiographie. Bei Verdacht auf eine ischämische Herzerkrankung können Belastungstests und weitergehende bildgebende Verfahren (z. B. Koronarangiographie) indiziert sein.

A.3.1 BLUTUNTERSUCHUNGEN

Die präoperative Labor-Diagnostik hat zum Ziel, auffällige Befunde in der Anamnese und/oder der körperlichen Untersuchung zu

Tab. 6: Prädiktoren für eine postoperative pulmonale Insuffizienz (mod. n. [11])

Patientenbezogene Risikofaktor(en)		Risiko-Score
Präoperative SpO ₂ [%]	≥96	
	91-95	7
	≤90	10
Respiratorische Symptome (mindestens 1)*		10
Herzinsuffizienz	kein Anhalt	
	NYHA I	3
	NYHA ≥2	8
Chronische Lebererkrankung		7
Prozedurenbezogene Risikofaktor(en)		
Notfalleingriff		12
Operation	peripher	
	Intrathorakal/oberes Abdomen (geschlossen)	3
	Oberes Abdomen (offen)	7
	Intrathorakal (offen)	12
Eingriffsdauer (Stunden)	≤2	
	2-3	5
	>3	10
Risiko für postop. pulmonale Insuffizienz		
niedriges Risiko	<12	1,1 (0,7-1,5)
mittleres Risiko	12-22	4,6 (3,4-5,6)
hohes Risiko	≥23	18,8 (15,8-21,8)

SpO₂: pulsoximetrisch bestimmte arterielle Sauerstoffsättigung; NYHA: New York Heart Association.

* Respiratorische Symptome: Husten und/oder Sputum mindestens 1 x tgl. über 3 Monate/Jahr; Giemen (anamnestisch zu irgendeinem Zeitpunkt); Dyspnoe ('Schwierigkeiten beim Luftholen') bei Anstrengung.

Tab. 7: Prädiktoren für eine postoperative pulmonale Komplikation (mod. n. [12])

Patientenbezogene Risikofaktor(en)	Risiko-Score
ASA ≥ 3	3
Notfalleingriff	3
Hochrisikoeingriff	2
Herzinsuffizienz	2
Chronische pulmonale Erkrankung	1
Punkt(e)	Risiko für eine Reintubation (%)
0	0,12
1 - 3	0,45
4 - 6	1,64
7 - 11	5,86

ASA: American Society of Anesthesiologists

Tab. 8: Indikationen für präoperative Blutuntersuchungen (Minimalstandard)

(Verdacht auf) Organerkrankung				
Parameter	Herz/ Lunge	Leber	Niere	Blut
Hämoglobin	+	+	+	+
Leukozyten				+
Thrombozyten		+		+
Natrium, Kalium	+	+	+	+
Kreatinin	+	+	+	+
ASAT, Bilirubin, aPTT und INR		+		

überprüfen und den Schweregrad bestehender Erkrankungen abzuschätzen. Mit zunehmender Anzahl von Laborparametern steigt jedoch auch die Wahrscheinlichkeit, zufällig außerhalb der ‚Norm‘ liegende Parameter zu entdecken (falsch positive Ergebnisse). Zahlreiche Studien belegen zudem, dass zunächst als pathologisch eingeordnete Laborwerte häufig nicht behandlungsrelevant sind bzw. das perioperative Vorgehen nicht beeinflussen. Eine routinemäßige Durchführung von Laboruntersuchungen („Screening“) wird daher nicht empfohlen [13]. Auch die Schwere des Eingriffs oder das Alter des Patienten stellen per se keine wissenschaftlich bewiesenen Indikationen zur präoperativen Bestimmung von Laborparametern dar.

Dies gilt auch für die Bestimmung von Parametern der **Blutgerinnung** [14]. So ist die konventionelle Gerinnungsdiagnostik (aPTT, INR, Thrombozytenzahl) nicht in der Lage, die häufigsten Störungen der Blutgerinnung (angeborene und erworbene Störungen der Thrombozytenfunktion sowie des von-Willebrand-Faktors) zu erfassen. Normwerte schließen somit eine hämorrhagische Diagnose nicht aus. Eine Gerinnungsdiagnostik wird daher nur empfohlen bei entsprechender Medikamentenanamnese (z. B. Einnahme oraler Vit-K-Antagonisten) sowie bei klinischem Verdacht auf eine Gerinnungsstörung, z. B. bei Vorliegen einer positiven Blutungsanamnese auf der Basis eines **standardisierten Fragebogens** [14,15].

Bei Patienten mit bekannten oder vermuteten Organerkrankungen wird die Bestimmung der in Tabelle 8 dargestellten Laborparameter im Blut als sinnvoller Minimalstandard angesehen.

Die Bestimmung der Hämoglobinkonzentration ist unabhängig von vorbestehenden Organerkrankungen zu empfehlen, wenn der geplante Eingriff ein relevantes Blutungsrisiko aufweist (z. B. >10Prozent) und verschiebbar ist. In diesem Fall senkt die kausale Therapie einer neu diagnostizierten Anämie (z. B. die Infusion von Eisen bei Eisenmangelanämie) zusammen mit weiteren Maßnahmen des ‚Patient Blood Managements‘ das Transfusionsrisiko der Patienten.

Laboruntersuchungen können zudem indiziert sein, wenn in der präoperativen Phase diagnostische oder therapeutische Maßnahmen erfolgen, die eine klinisch relevante Beeinträchtigung der Homöostase zur Folge haben können (z. B. die Bestimmung von Kalium nach präoperativer Darmspülung, die Bestimmung von Kreatinin nach Verwendung größerer Mengen an Kontrastmittel etc. Differenzierte präoperative Laboruntersuchungen aus chirurgischer Indikation, zur Kontrolle potenzieller Nebenwirkungen von Medikamenten oder bei Vorliegen schwerer Organdysfunktionen bleiben hiervon unberührt.).

Ein **Diabetes mellitus** ist ein relevanter perioperativer Risikofaktor und kann trotz sorgfältiger Anamnese und körperlicher Untersuchung präoperativ unentdeckt bleiben. Ob die routinemäßige präoperative Kontrolle des Blutzuckers bei klinisch unauffälligen Patienten das perioperative Risiko reduzieren kann, ist jedoch unklar. Eine präoperative Bestimmung des Nüchtern-Blutzuckers wird daher nur vor Hochrisikoeingriffen (Tab. 2), bei Vorliegen weiterer kardialer Risikofaktoren (Tab. 3, 4) sowie bei Patienten mit Übergewicht (Body Mass Index (BMI) >30 kg/m²) empfohlen [16]. Bei bekanntem oder neu diagnostiziertem Diabetes mellitus sollte der Blutzucker perioperativ engmaschig kontrolliert und eingestellt werden.

Für die routinemäßige präoperative Bestimmung **leberspezifischer Laborwerte** (z. B. -GT, GLDH, ASAT, ALAT, Bilirubin) besteht ohne begründeten klinischen Verdacht keine Indikation. Bei Patienten mit einer Hepatitis in der Anamnese und/oder bei gesichertem bzw. vermutetem Alkoholmissbrauch kann eine Bestimmung der Transaminasen erwogen werden.

Ergibt die Anamnese einen Hinweis auf mögliche übertragbare Krankheiten (z. B.

HIV, Hepatitis B/C), wird die Durchführung einer entsprechenden Infektionsdiagnostik empfohlen.

Weitergehende Laboranalysen sollten individualisiert auf dem Boden von Anamnese und körperlichem Untersuchungsbe fund nur dann erfolgen, wenn sie absehbar das perioperative Vorgehen beeinflussen. So wird beispielsweise bei medikamentöser Thromboseprophylaxe mit unfractioniertem Heparin (UFH) eine präoperative Messung der Thrombozytenzahl (zur rechtzeitigen Erkennung einer HIT II) empfohlen. Bei der Verwendung von niedermolekularem Heparin (NMH) kann darauf verzichtet werden. Bei der Gabe von NMH wird jedoch die präoperative Bestimmung des Kreatinins (wegen der Gefahr einer Überdosierung bei Niereninsuffizienz) empfohlen [17].

Patienten mit präoperativ erhöhten kardialen Integritätsmarkern (z. B. Troponin, NT-proBNP) weisen perioperativ vermehrt kardiovaskuläre Komplikationen auf [18,19,20]. Ob die routinemäßige präoperative Bestimmung kardialer Integritätsmarker bei kardiovaskulären Risikopatienten einen Beitrag zur Senkung der perioperativen Morbidität oder Letalität leisten kann, ist bislang unklar; sie wird daher nicht empfohlen. Eine präoperative Bestimmung mit Verlaufskontrolle 48-72 h postoperativ kann jedoch bei kardialen Hochrisikopatienten (MET <4, RCRI >1 für gefäßchirurgische Eingriffe bzw. >2 für nicht gefäßchirurgische Eingriffe) erwogen werden [8].

A.3.2 12-KANAL-EKG

Das präoperative 12-Kanal-EKG soll kardiale Erkrankungen aufdecken, die das anästhesiologische Vorgehen beeinflussen. Für die Indikationsstellung erscheinen folgende Empfehlungen sinnvoll (Abb. 1):

- Bei **anamnestisch unauffälligen und kardial asymptomatischen Patienten** sind anästhesierelevante Befunde selten. Ein präoperatives EKG ist hier – unabhängig vom Alter – nicht erforderlich [21].
- Bei **kardial asymptomatischen Patienten** ist ein EKG empfohlen vor Eingriffen mit hohem oder mittlerem kardialen Risiko bei Patienten mit ≥ 1 kardialen Risikofaktor (Tab. 2) [8].

- c) Ein EKG kann erwogen werden bei sonst **unauffälligen Patienten >65 Jahre** vor einer **OP mit mittlerem Risiko** sowie bei Patienten mit **kardialen Risikofaktoren vor einer OP mit niedrigem Risiko** [8].
- d) Bei Patienten mit **klinischen Symptomen** einer ischämischen Herzerkrankung, bei Herzrhythmusstörungen, Klappenerkrankungen, Herzvitien oder einer (Links- bzw. Rechts-) Herzinsuffizienz, oder bei **Trägern eines implantierten Defibrillators (ICD)** ist ein präoperatives EKG indiziert.
- e) Bei Trägern eines **Herzschrittmachers** ist ein präoperatives EKG nicht erforderlich, sofern die regelmäßig vorgesehenen Schrittmacherkontrolltermine eingehalten wurden und der Patient keine klinischen Symptome aufweist.

A.3.3 RÖNTGENUNTERSUCHUNG DER THORAXORGANE P.A. („THORAXRÖNTGEN“)

Die Sensitivität einer Thoraxröntgenuntersuchung in der Diagnostik kardiopulmonaler Erkrankungen ist bei unauffälliger Anamnese und körperlicher Untersuchung gering [22]. Ihre Durchführung ist präoperativ daher nur

indiziert, wenn eine klinische Verdachtsdiagnose mit Konsequenzen für das perioperative Vorgehen (z. B. Pleuraerguss, Atelektase, Pneumonie u.a.) erhärtet oder ausgeschlossen werden soll (Abb. 2) [23]. Daneben kann eine Thoraxübersichtsaufnahme in speziellen Fällen auch unabhängig von kardiopulmonalen Symptomen sinnvoll sein (z. B. zur Abschätzung einer Trachealverlagerung bei

Struma). Der Nutzen fester Altersgrenzen für die routinemäßige Anfertigung einer Thoraxröntgenaufnahme ist wissenschaftlich nicht belegt.

A.3.4 UNTERSUCHUNGEN DER LUNGENFUNKTION

An technischen Verfahren zur Evaluation der Lungenfunktion stehen die Messung der arteriellen Sauerstoffsättigung mithilfe der

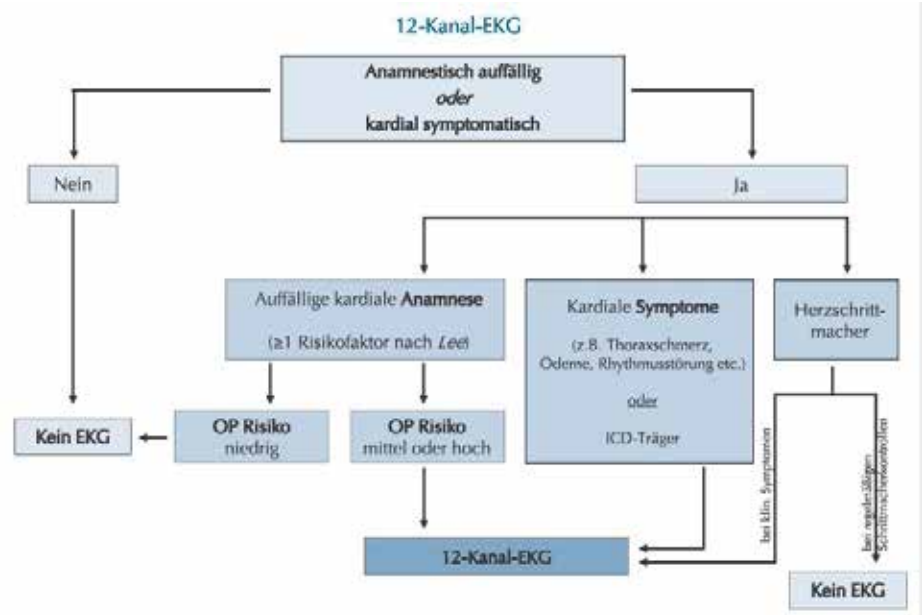


Abb. 1: Empfehlungen zur präoperativen Durchführung eines 12-Kanal-EKG (EKG = Elektrokardiogramm, ICD = Implantierbarer Cardioverter-Defibrillator)

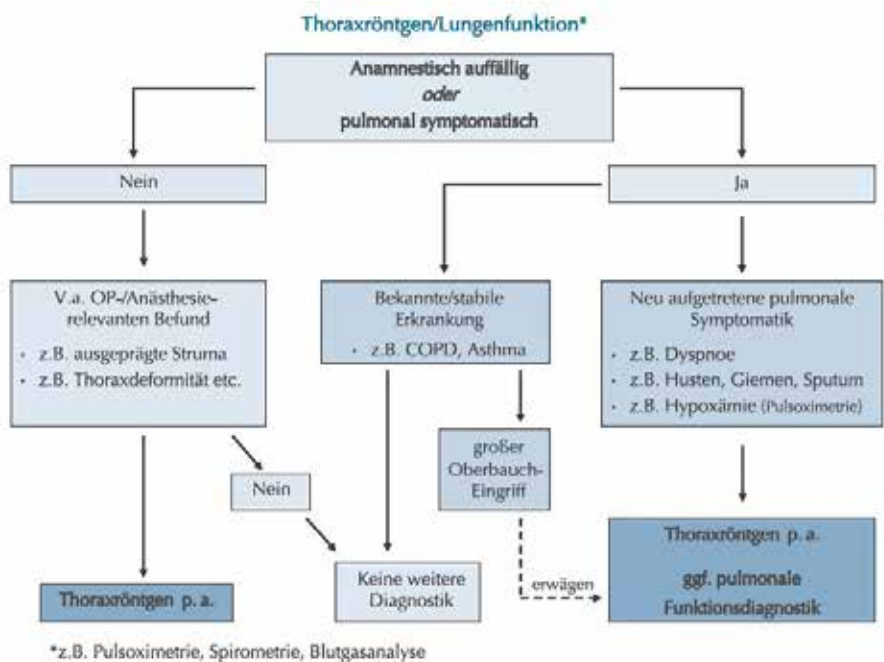


Abb. 2: Empfehlungen zur präoperativen Durchführung einer Thoraxröntgen-Aufnahme p. a. bzw. einer Lungenfunktionsdiagnostik. COPD = chronisch obstruktive pulmonale Erkrankung („disease“)

Die Einführung einer Altersgrenze von 65 Jahren für die Indizierung eines präoperativen EKG basiert auf einer schwachen Empfehlung (Level of Evidence IIb, Grade of Recommendation C) der ESC/ESA-Guidelines 2014 [8]. Sie war in den Empfehlungen der DGAI aus dem Jahr 2010 nicht enthalten, findet sich auch in den aktuellen Empfehlungen der US-amerikanischen Fachgesellschaften nicht und wird hier der Vollständigkeit halber wiedergegeben. Der Nutzen einer solchen Altersgrenze ist nach Auffassung der Autoren nach wie vor nicht belegt. Eine Altersgrenze ist daher auch im Algorithmus der Abb. 1 nicht enthalten.

Pulsoximetrie (in Ruhe bzw. unter Belastung), die Spirometrie bzw. Spiroergometrie, die Body-Plethysmographie sowie die arterielle Blutgasanalytik zur Verfügung. Es besteht ein moderater Zusammenhang zwischen der Inzidenz pathologischer Befunde in der Lungenfunktionsdiagnostik und dem perioperativen Auftreten pulmonaler Komplikationen [10]. So kann die Kenntnis pulmonaler Untersuchungsbefunde nicht nur in der Thoraxchirurgie [24], sondern auch bei pulmonalen Risiko-Patienten mit großen Oberbaucheingriffen [25,26] zur Senkung der perioperativen Morbidität und Letalität beitragen. Eine präoperative Lungenfunktionsdiagnostik ist somit einerseits bei Patienten mit neu aufgetretenen bzw. Verdacht auf akut symptomatische pulmonale Erkrankungen zur Schweregradeinschätzung und Therapiekontrolle indiziert (Abb. 2). Andererseits sollte eine Lungenfunktionsdiagnostik auch bei Patienten mit großen Oberbaucheingriffen erwogen werden.

A.3.5 (DOPPLER-) ECHOKARDIOGRAPHIE

Die (Doppler-) Echokardiographie in Ruhe erlaubt die direkte Beurteilung von Größe, Geometrie und Funktion der Herzkammern sowie der intrakardialen Strömungsverhältnisse. Häufigste Indikationen präoperativ sind:

a) die Beurteilung der rechts- und linksventrikulären Pumpfunktion sowie

b) der Ausschluss von **Herzvitien** und **Herzklappendefekten** bei Patienten mit Zeichen einer Herzinsuffizienz oder mit pathologischen Herzgeräuschen.

Eine präoperative Echokardiographie wird vor nicht kardiochirurgischen Operationen jedoch nur bei Patienten mit **neu aufgetretener Dyspnoe** unklarer Genese sowie bei Patienten mit bekannter Herzinsuffizienz und **Symptomverschlechterung** innerhalb der letzten zwölf Monate empfohlen. Dagegen leistet die Echokardiographie bei bereits bekannter, stabiler Herzinsuffizienz keinen entscheidenden Beitrag zur perioperativen Risikoreduktion [27]. Eine stabile Herzinsuffizienz oder eine vermutete bzw. nachgewiesene ischämische Herzerkrankung (KHK) allein stellen daher keine Indikation für eine präoperative Echokardiographie dar. Der Nutzen einer routinemäßigen präoperativen Ruhe-Echokardiographie bei unauffälligen Patienten vor Hochrisikoeingriffen ist unklar [8].

Die häufigsten perioperativ bedeutsamen Klappenerkrankungen sind die Aortenstenose und die Mitralsuffizienz. Ob eine Senkung perioperativer Komplikationen resultiert, wenn man Patienten mit einem bislang unbekannten bzw. nicht abgeklärten Herzgeräusch präoperativ echokardiographisch untersucht, ist unklar. Derzeit erscheint es aber sinnvoll, vor Eingriffen mit einem mittleren oder hohen Risiko für kardiovaskuläre Komplikationen (Tab. 2) bei Patienten mit nicht (vor-)

bekannten oder bislang nicht abgeklärten Herzgeräuschen auch bei normaler Belastbarkeit eine Echokardiographie zu erwägen und Rücksprache mit einem Kardiologen zu halten.

A.3.6 SONOGRAPHIE DER HALSGEFÄSSE

Eine Reihe von operativen Eingriffen (z. B. Operationen im Kopf/Hals-Bereich, Herz-Thorax-Gefäßchirurgie, Hüftoperationen, Notfalloperationen) gehen perioperativ mit einer erhöhten Inzidenz apoplektischer, meist ischämischer Insulte einher. Die intraoperative, auch lagerungsbedingte Hypotension (z. B. im Rahmen halbsitzender Lagerung) gilt als einer der wesentlichen prädisponierenden Faktoren [28,29]. Die Letalität nach perioperativem Insult ist gegenüber Insulten außerhalb der Klinik verdoppelt. Etablierte Scores zur Abschätzung des perioperativen Schlaganfallrisikos gibt es bislang nicht [8,28]. Folgendes Vorgehen erscheint jedoch auf dem Boden der verfügbaren Literatur sinnvoll (Abb. 3):

- Die Indikationen für eine diagnostische oder therapeutische Intervention im Bereich der Aa. carotides unterscheiden sich perioperativ nicht von denjenigen bei Patienten ohne bevorstehenden Eingriff [29,30].
- Nach einer zerebralen ischämischen Attacke sollte der Abstand zu einer elektiven Operation mindestens sechs Monate betragen [28,8].
- Die präoperative Sonographie der Halsgefäße scheint bei Patienten, die innerhalb der letzten sechs Monate symptomfrei waren, das Risiko eines perioperativen Schlaganfalls nicht zu senken und wird daher nicht empfohlen.
- Die Ausprägung eines Strömungsgeräusches im Bereich der A. carotis korreliert nicht mit der Schwere einer eventuell vorhandenen Stenose. Gesicherte Empfehlungen zum präoperativen diagnostischen Vorgehen bei Patienten mit Strömungsgeräusch der A. carotis existieren daher nicht [30]. Eine zielgerichtete, insbesondere neurologische Anamnese und Erfassung von vaskulären Risikofaktoren (z. B. pAVK) erscheint bei asymptomatischen Patienten mit

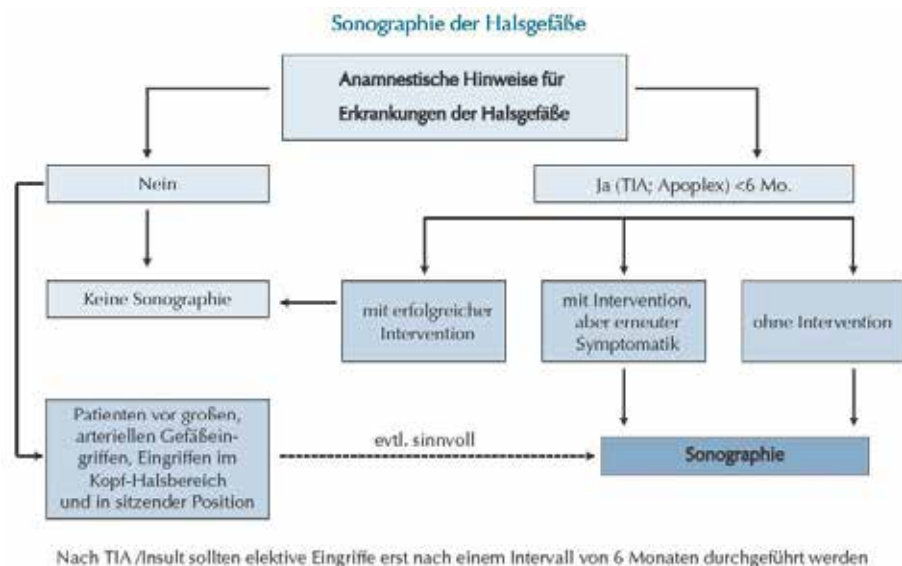


Abb. 3: Empfehlungen zur präoperativen Durchführung einer Carotis-Dopplersonographie. TIA = transitorische ischämische Attacke

Strömungsgeräusch zur Risikoeinschätzung ausreichend zu sein.

- Patienten, die in den letzten sechs Monaten Symptome hatten, die auf eine Stenose der A. carotis hinweisen, sollten präoperativ einer Diagnostik (meist Sonographie) und einer sich evtl. daraus ergebenden Therapie zugeführt werden [31,8].

Vormals symptomatische sowie operativ/interventionell versorgte Patienten stehen meist unter einer – in der Regel zeitlich begrenzten – dualen Thrombozytenaggregationshemmung. Diese Prophylaxe sollte – wenn aufgrund des Blutungsrisikos vertretbar – perioperativ nicht unterbrochen werden. Das Vorgehen orientiert sich hierbei – auch in

Hinblick auf die Indikation zur Verschiebung der Operation – an der Behandlung von kardialen Patienten unter dualer Thrombozytenaggregationshemmung (siehe Kap. C 6) [28,30].

B. ERWEITERTE KARDIALE DIAGNOSTIK

Bei Patienten mit bekannten oder vermuteten kardiovaskulären Vorerkrankungen kann präoperativ eine differenzierte kardiologische Abklärung erforderlich sein. Die Indikation hierfür ist allerdings wegen des vielfach unklaren Nutzens präoperativer kardiologischer oder herzchirurgischer Interventionen in Hinblick auf die perioperative Morbidität und Letalität streng zu stellen. Die rationale Abschätzung des perioperativen kardialen Risikos sowie die Entscheidung für oder gegen eine erweiterte präoperative Diagnostik basiert dabei auf den in Abschnitt A.2.1 genannten Faktoren.

Bei Patienten mit akut symptomatischer Herzerkrankung (z. B. STEMI) muss der Eingriff – mit Ausnahme von Notfällen – verschoben und die kardiale Situation präoperativ abgeklärt und therapiert werden [32]. Grundsätzlich gilt dies auch bei Patienten mit NSTEMI, wobei hier noch eine Risikoabwägung zwischen der Dringlichkeit der Operation und der Dringlichkeit der koronaren Diagnostik und Therapie erfolgen muss. Bei Nachweis einer relevanten myokardialen Ischämie und deutlicher klinischer Beschwerdesymptomatik (CCS III-IV) sollte eine invasive koronarangiographische Diagnostik erfolgen, wenn eine medikamentöse Therapie der myokardialen Ischämie nicht erfolgreich ist.

Patienten mit bekannter KHK oder hohem Ischämie-Risiko sollten vor einem geplanten Hochrisikoeingriff durch ein multidisziplinäres Behandlungsteam aus Chirurg, Anästhesist und Kardiologen evaluiert werden [8]. Das Ausmaß des kardialen Risikos kann die Art des Eingriffs mit determinieren [8].

Die Durchführung nicht-invasiver kardialer Belastungstests (erscheint nach derzeitiger Kenntnis lediglich sinnvoll (Abb. 4)

- bei Patienten mit ≥ 3 klinischen Risikofaktoren und eingeschränkter (<4 MET) bzw. unbekannter Belastbarkeit vor einer Hochrisikoooperation [8]

und kann erwogen werden

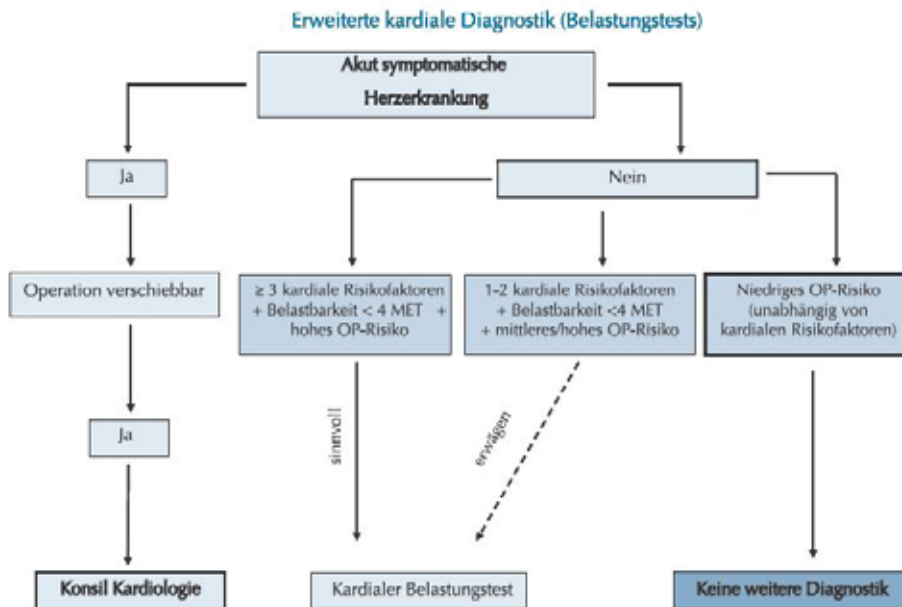


Abb. 4: Empfehlung zur präoperativen Durchführung kardialer Belastungstests (nach [8]). MET = metabolisches Äquivalent

Belastungstest: Art und Umfang der Diagnostik wird durch den hinzugezogenen Kardiologen indiziert. Die derzeit am häufigsten verwandte Methode zur Ischämiediagnostik ist die Ergometrie (Belastungs-EKG). Sie erlaubt eine Beurteilung der körperlichen Belastbarkeit, des Blutdruck- und Frequenzverhaltens sowie die Detektion ischämie-typischer ST-Segmentveränderungen. Eine Belastbarkeit von 100 Watt entspricht hierbei etwa 4 Metabolischen Äquivalenten (MET; s.a. Tab. 5). Die diagnostische Wertigkeit der Ergometrie ist limitiert, wenn wegen mangelhafter körperlicher Fitness oder Komorbiditäten (z. B. Arthrosen, pAVK, COPD) keine Frequenzausbelastung erreicht wird. Insbesondere bei älteren Patienten mit eingeschränkter körperlicher Belastbarkeit werden daher alternativ die Dobutamin-Stress-Echokardiographie (DSE) bzw. die Myokardszintigraphie empfohlen. Das Myokardszintigramm eignet sich gut zur präoperativen Prädiktion kardialer Komplikationen bei allerdings geringerer Spezifität. Insgesamt wird derzeit die DSE als die beste diagnostische Methode zur Vorhersage perioperativer kardialer Ereignisse angesehen. Letztlich muss die Auswahl der Methode auf dem Boden der Verfügbarkeit sowie der Untersucher-abhängigen Erfahrungen jeweils vor Ort getroffen werden. Bei positivem Befund eines Belastungstests schließt sich in aller Regel eine Koronarangiographie an.

- bei Patienten mit einem bis zwei klinischen Risikofaktoren und eingeschränkter (<4 MET) bzw. unbekannter Belastbarkeit vor einer Operation mit mittlerem oder hohem kardialen Risiko (Sofern erwartet wird, dass die jeweiligen Untersuchungsergebnisse auch das weitere perioperative Management beeinflussen.) [8].

Keine Indikation zur Durchführung einer erweiterten kardialen Diagnostik wird derzeit gesehen

- bei Patienten vor Operationen mit niedrigem kardialen Risiko (Tab. 2) unabhängig vom Vorliegen kardialer Risikofaktoren [8].

Eine invasive Koronardiagnostik („Herzkatheter“) ist bei Patienten vor nicht kardialen Operationen nur sehr selten zur Abschätzung des perioperativen Risikos indiziert. Grundsätzlich entspricht dabei die Indikation derjenigen für die Durchführung einer Koronarangiographie bzw. einer PCI **unabhängig** von einer bevorstehenden Operation.

Eine präoperative Koronarangiographie wird derzeit nur bei Patienten mit nachgewiesener myokardialer Ischämie und bei Patienten mit medikamentös therapierefraktärem Thoraxschmerz empfohlen, sofern der Eingriff verschiebbar ist [8].

Allerdings verbesserte die **routinemäßige** Koronarangiographie und ggf. nachfolgende Revaskularisierung bei Patienten vor großen arteriellen Gefäßeingriffen mit zwei oder mehr kardialen Risikofaktoren in einer – bislang unbestätigten – Studie das perioperative Outcome [33]. In einer weiteren Untersuchung wiesen klinisch stabile Patienten (normales EKG, normales Echo, kein Hinweis auf KHK), die vor Carotis-Thrombendarteriektomie (TEA) routinemäßig koronarangiographiert wurden, in 31 Prozent eine signifikante Koronarstenose auf [34]. Die anschließende Revaskularisierung reduzierte die Inzidenz schwerer kardialer Komplikationen signifikant von 4,2 Prozent auf 0 Prozent. Möglicherweise profitieren somit Patienten mit hohem kardialen Risiko vor großer Gefäßchirurgie bzw. Patienten vor Karotis-Thrombendarteriektomie von einem primär invasiven diagnostischen und

therapeutischen Vorgehen [8]. Zu Indikation und Stellenwert von Kardio-MRT und Kardio-CT im Rahmen der präoperativen Evaluation liegen bislang keine Untersuchungen vor.

C. PRÄOPERATIVER UMGANG MIT DER DAUERMEDIKATION

Die Erfassung der patienteneigenen Dauermedikation ist wesentlicher Bestandteil der präoperativen Evaluation. Ob es medizinisch sinnvoll ist, eine präoperativ bestehende Medikation perioperativ weiterzuführen oder bestimmte Medikamente vor einer Operation neu anzusetzen, ist vielfach nur unzureichend untersucht. Die folgenden Empfehlungen sind daher nur ein Anhalt und bedürfen der kritischen Überprüfung und ggf. Ergänzung in jedem Einzelfall.

C.1 KREISLAUFWIRKSAME PHARMAKA

Eine antianginöse, antihypertensive oder antiarrhythmische Therapie sollte in aller Regel perioperativ fortgeführt werden. Dies gilt besonders für **β-Rezeptorantagonisten** und **Nitrate**, da hier ein Absetzen der Therapie eine Myokardischämie mit Myokardinfarkt auslösen kann.

Die Indikationen für einen präoperativen Neubeginn einer Therapie mit β-Rezeptorantagonisten werden kontrovers diskutiert. Die präoperative Gabe eines β-Rezeptorantagonisten kann erwogen werden

- bei allen Patienten mit 2 oder mehr kardialen Risikofaktoren nach Lee (RCRI) oder einer ASA-Klasse von ≥3, die sich einem kardialen Hoch-risikoeingriff unterziehen,

sowie

- unabhängig von der Art des Eingriffs bei allen Patienten mit nachgewiesener KHK und dokumentierter Myokardischämie unter Belastung [8].

Von einer präoperativen Neueinstellung wird abgeraten, wenn eine Dosistitration des β-Rezeptorantagonisten nach Herzfrequenz und Blutdruck mit ausreichendem Abstand zur Operation nicht gewährleistet oder lediglich eine Operation mit niedrigem kardialen Risiko geplant ist [8].

Ob **Ca²⁺-Antagonisten** das perioperative ‚Outcome‘ verbessern, ist unklar. Im Allgemeinen wird eine bestehende Dauertherapie perioperativ weitergeführt. Demgegenüber bringt die Fortführung einer Therapie mit **Diuretika** am OP-Tag selten Vorteile, birgt aber das Risiko der perioperativen Hypovolämie und Hypokaliämie. Eine Dauertherapie mit Diuretika sollte jedoch postoperativ rasch weitergeführt werden, insbesondere bei Patienten mit Herzinsuffizienz [18].

Bei Patienten, die **ACE-Hemmer** (ACEI) oder **Angiotensin-II-Rezeptorantagonisten** (ARB) noch am Operationstag einnehmen, treten perioperativ gehäuft Hypotensionen auf, die durch konventionelle Vasokonstriktoren oft nur unzureichend therapierbar sind und gelegentlich die Gabe von Vasopressinanaloga erfordern. Studien belegen den Zusammenhang zwischen Ausmaß bzw. Zeitdauer perioperativer Hypotonien und dem Auftreten postoperativer (v.a. kardialer) Komplikationen. Bei Eingriffen mit hohen Volumenverschiebungen sowie bei Patienten mit bestehender bzw. geplanter Sympathikolyse (z. B. durch β-Blocker oder PDA) wird daher auf eine Medikation mit ACEI oder ARB am OP-Tag meist verzichtet. Andererseits kann ein Absetzen der Therapie eine perioperative Hypertension zur Folge haben und insbesondere bei Patienten mit linksventrikulärer Dysfunktion die kardiale Situation verschlechtern. So kann bei Patienten mit vorbestehender Herzinsuffizienz bzw. linksventrikulärer Dysfunktion sogar der Neubeginn einer Therapie mit ACEI bzw. ARB eine Woche präoperativ erwogen werden [8]. Wird ein ARB präoperativ abgesetzt, sollte die Medikation postoperativ rasch weitergeführt werden, da andernfalls die 30-Tage-Letalität ansteigt [35].

Digitalis-Glykoside zur Therapie einer chronischen Herzinsuffizienz werden wegen ihrer geringen therapeutischen Breite, schlechten Steuerbarkeit und arrhythmogenen Potenz meist präoperativ abgesetzt. Angesichts der langen Halbwertszeit der Präparate ist der Nutzen eines kurzfristigen Absetzens jedoch unsicher. Patienten mit normofrequenter absoluter Arrhythmie sollten die Medikamente weiter erhalten, da hier das Absetzen perioperativ Tachyarrhythmien auslösen kann.

C.2 ANTIDIABETIKA

Zur Behandlung eines Typ-II-Diabetes mellitus werden primär orale Antidiabetika eingesetzt. Hierzu zählen Sulfonylharnstoffe (z. B. Glibenclamid), Biganuide (Metformin) und Glinide (z. B. Repaglinid) ebenso wie Glucosidasehemmer (z. B. Acarbose), Glitazone (z. B. Pioglitazon) und Gliptine (z. B. Sitagliptin).

Sulfonylharnstoffe verhindern im Tierexperiment die durch Ischämie bzw. volatile Anästhetika induzierte, insbesondere myokardiale Präkonditionierung und vergrößern so das Nekroseareal des Myokards nach Ischämie. Ob ähnliche Effekte auch beim Menschen auftreten und Sulfonylharnstoffe daher präoperativ abgesetzt werden sollten, ist bislang jedoch unklar. **Glitazone** erhöhen die Sensitivität verschiedener Gewebe gegenüber Insulin und werden zunehmend bei Patienten mit Diabetes mellitus Typ II zur Glukosekontrolle eingesetzt. Kasuistisch wurde über eine akute Herzinsuffizienz im Zusammenhang mit Glitazonen berichtet. Die Relevanz dieser Befunde für das perioperative Management ist unklar. Die Wirkung von **Gliptin** entspricht der Wirkung des körpereigenen Hormons Inkretin und senkt über eine vermehrte Insulinfreisetzung aus den β -Zellen und eine erhöhte Glukagonsynthese in den β -Zellen des Pankreas den Blutzucker. Hypoglykämien treten bei einer Monotherapie mit Gliptinen in der Regel nicht auf. **Metformin** kann bei Kumulation (z. B. Niereninsuffizienz) in seltenen Fällen zu einer lebensbedrohlichen Laktazidose führen, so dass in der Fachinformation ein Absetzen 48 h vor dem Eingriff empfohlen wird. Im direkt perioperativen Bereich scheint das Risiko der Laktazidose jedoch äußerst gering zu sein [36]. Nach individueller Nutzen-Risiko-Abwägung ist daher auch eine Weiterführung der Medikation bis zum Vorabend der Operation zu rechtfertigen. Die britischen „National Health Services“ (NHS) sowie die „Society of Ambulatory Anaesthesia“ (SAMBA) empfehlen sogar die Fortführung der Metformintherapie bei Nierengesunden, u.a. wegen Hinweisen auf ein verbessertes Outcome bei diesem Vorgehen [37]. Bei geplanter intravenöser Gabe von Kontrastmittel sollte allerdings die Metformingabe 24-48h vor dem Eingriff pausiert werden [38]. Insgesamt sollte die Entscheidung über das Fortführen oder Absetzen oraler Antidiabetika von der

Kontrolle des Blutzuckers und weniger von deren potenziellen Nebenwirkungen abhängig gemacht werden.

Insuline stellen die Standardtherapie bei Diabetes Typ I sowie bei fortgeschrittenem Diabetes Typ II mit Wirkungslosigkeit oraler Antidiabetika dar. Bei der Insulintherapie wird eine konventionelle Insulintherapie von einer intensivierten Insulintherapie (mit einer Kombination aus einem langwirkenden „Basalinsulin“ und einem kurzwirksamen Normalinsulin zu den Mahlzeiten) und einer Insulinpumpentherapie unterschieden. Durch die präoperative Nüchternheit und des je nach Art und Größe des Eingriffes bestehenden Postaggressionsstoffwechsels ergibt sich bei fortdauernder Insulintherapie das Risiko einer Hypoglykämie. Bei kurzdauernden Eingriffen und präoperativ bestehender, intensivierter Insulintherapie sollte am Morgen des OP-Tages lediglich die Basisinsulintherapie ohne zusätzliche Bolusgabe erfolgen. Bei konventioneller Insulintherapie sollte dagegen im Rahmen einer kurzdauernden OP nur 50 Prozent der üblichen Insulindosis im Rahmen eines Verzögerungsinsulins gegeben werden. Postoperativ kann dabei die übliche Insulintherapie fortgesetzt werden. Engmaschige Kontrollen und ggf. Korrekturen des Blutzuckers sind während des gesamten perioperativen Verlaufs unerlässlich.

C.3 HMG-COA-REDUKTASE-INHIBITOREN (STATINE)

Die als Lipidsenker eingesetzten HMG-Co-A-Reduktase Inhibitoren (Statine) stabilisieren vulnerable Plaques, wirken antiinflammatorisch, hemmen die Thrombusbildung und können die Inzidenz perioperativer Ischämien, von (Re-) Infarkten und Todesfällen bei Patienten mit koronarem Risiko senken [39,40]. Eine Dauertherapie mit Statinen sollte daher perioperativ nicht unterbrochen werden. Bei gefäßchirurgischen Patienten ohne bisherige Medikation mit Statinen wird empfohlen, mindestens zwei Wochen präoperativ aktiv mit einer Prophylaxe zu beginnen [8].

C.4 VITAMIN-K-ANTAGONISTEN

Patienten mit mechanischen Herzklappen sind obligat, Patienten mit biologischen Herzklappen meist noch in den ersten drei Monaten nach Implantation mit

Vitamin-K-Antagonisten (meist Phenprocoumon) antikoaguliert. Je nach Klappentyp und -lokalisierung wird eine INR von 2,0-3,5 angestrebt. Weitere wichtige klinische Indikationen für die Gabe von Vitamin-K-Antagonisten sind die postthrombotische Therapie sowie das Vorhofflimmern.

Das Risiko für Thrombembolien bei perioperativer Unterbrechung der Antikoagulation muss in jedem Einzelfall gegen das perioperative Blutungsrisiko abgewogen werden. Im Falle eines Absetzens erfolgt der Therapiestopp drei bis fünf Tage (bei Phenprocoumon besser fünf bis acht Tage) präoperativ unter täglicher Kontrolle des INR (Ziel für Operation: <1,5). Das – lange Zeit empfohlene – perioperative ‚Bridging‘ mittels NMH reduzierte bei Patienten mit Vorhofflimmern nicht die Inzidenz arterieller Thrombembolien, erhöhte aber das Risiko für schwere Blutungen (von 1,3 auf 3,2 Prozent) [41].

In Übereinstimmung hiermit fand sich in einer prospektiven Registerstudie ebenfalls eine erhöhte Blutungsrate, ein schlechteres kardiales Outcome sowie eine erhöhte Letalität bei Patienten mit ‚Bridging‘ [42]. Die Indikation für ein ‚Bridging‘ mit NMH nach Absetzen eines Vit-K-Antagonisten ist daher zunehmend kritisch zu stellen. Da Patienten mit mechanischen Herzklappen in der Untersuchung von Douketis et al. ausgeschlossen waren [41], kann für dieses Kollektiv derzeit keine endgültige Aussage getroffen werden. Bei Patienten mit hohem Thrombembolierisiko (CHA₂DS₂-VASc Score von 4 oder mehr, mechanische Klappen, frisch implantierte biologische Herzklappen, Mitralklappenrekonstruktion <3 Monate, Thrombophilie) wird ein Bridging mit NMH oder UFH nach wie vor meist als indiziert angesehen. Die letzte Gabe von NMH sollte mindestens zwölf Stunden (bei Störungen der Nierenfunktion entsprechend länger) vor OP erfolgt sein. Die Entscheidung zur perioperativen venösen Thromboembolieprophylaxe durch UFH oder NMH bleibt von diesen Überlegungen unberührt [17].

C.5 DIREKTE ORALE ANTIKOAGULANTEN (NOAK)

Die Akronyme NOAK (neue orale Antikoagulantien), NOAC (novel oral anticoagulants) und DOAC (directly acting oral anticoagulants) werden synonym genutzt für eine

seit etwa fünf bis zehn Jahren verfügbare Klasse von oral/enteral applizierbaren Faktor-IIa- oder Xa-Antagonisten. Die derzeitigen Indikationen sind die Prophylaxe von Schlaganfällen und systemischen Embolien bei nicht-valvulärem Vorhofflimmern, die Therapie und Sekundär-Prophylaxe der tiefen Venen-thrombose und der Lungenembolie sowie die Thromboembolie-Prophylaxe bei elektiver Hüft- und Kniegelenks-Chirurgie.

NOAK (HWZ 9-14 Stunden) werden mit Ausnahme von Dabigatran (überwiegend renal) auf verschiedenen Wegen eliminiert. Im Kontext elektiver Operationen bei Erwachsenen mit mittlerem Blutungsrisiko sollten mindestens die nachfolgenden Abklingzeiten (= mind. 2-3 HWZ [8]) nach Absetzen der jeweiligen Substanz abgewartet werden (Tab. 9) [43,44].

Die Abklingzeit ist dabei von der Nierenfunktion abhängig. In der klinischen Routine stellen 48 h ein sicheres Intervall dar, außer bei Gabe von Dabigatran und gleichzeitigem Vorliegen einer Niereninsuffizienz. Im Notfall kann die Gabe von 25-50 IE/kg KG PPSB erwogen werden. Mit Idarucizumab ist ein Antidot gegen Dabigatran verfügbar, ein Antidot gegen die Faktor-Xa-Antagonisten befindet sich in klinischer Prüfung.

Ob ein NOAK präoperativ belassen, gemäß Abklingzeit mit ausreichendem Abstand zur Operation abgesetzt (Cave: zu frühes Absetzen vermeiden!) oder aber auf Heparin umgestellt werden sollte, hängt von der Art der Operation und deren Blutungsrisiko sowie von der ursprünglichen Indikation für die Antikoagulation ab. Die Entscheidung hierüber sollte in enger Absprache zwischen den beteiligten Fachdisziplinen (i.d.R. Chirurgie, Anästhesie und Innere Medizin) fallen.

Postoperativ soll die gerinnungshemmende Therapie so früh wie möglich wieder begonnen werden, wobei das aktuelle Blutungsrisiko zu berücksichtigen ist. Bei Patienten mit Vorhofflimmern bzw. Thrombose/Embolie kann es erforderlich sein, postoperativ einige Tage mit einem Heparin (UFH oder NMH) oder mit Fondaparinux zu überbrücken, bis wieder eine Umstellung auf das NOAK möglich ist. Die Umstellung erfolgt dann im Gegensatz zur Handhabung bei Vitamin-K-Antagonisten ohne „Überlappung“, also mit Einnahme der ersten Tablette 12 Stunden nach

niedermolekularem Heparin oder 24 Stunden nach Fondaparinux.

Spezifische Vorgaben zum Umgang mit NOAK (und Thrombozytenaggregationshemmern) existieren für die Durchführung rückenmarksnaher Anästhesieverfahren und sind zu beachten [45].

C.6 THROMBOZYTEN-AGGREGATIONSHEMMER

Patienten mit KHK erhalten meist eine Dauermedikation mit Acetylsalicylsäure (ASS) und vielfach auch mit einem P2Y₁₂-Antagonisten (z. B. Clopidogrel). Für Patienten nach operativer bzw. interventioneller koronarer Revaskularisierung (z. B. Stent), aber auch für Patienten mit akutem Koronarsyndrom ist der Nutzen einer zeitlich begrenzten (s. u.), dualen Thrombozytenaggregationshemmung belegt. Bei diesen Hochrisikopatienten tritt das perioperative Blutungsrisiko gegenüber dem myokardialen Ischämierisiko im Falle eines Absetzens der Medikation in den Hintergrund (Übersicht bei [46]).

Nach derzeitiger Kenntnis sollen P2Y₁₂-Antagonisten daher nur vor großen Operationen mit hohem Blutungsrisiko fünf Tage (Clopidogrel/Ticagrelor) bzw. sieben Tage (Prasugrel) präoperativ abgesetzt werden. Bei hohem Risiko für ein myokardiales ischämisches Ereignis nach Stentimplantation muss diese Entscheidung individuell mit dem behandelnden Kardiologen abgestimmt werden. Zwingend ist ein Absetzen vor Eingriffen in geschlossenen Höhlen (Augenhinterkammer, intraspinalen und intrazerebrale Eingriffen) sowie vor rückenmarksnaher Regionalanästhesie. Auch die perioperative Therapie mit Acetylsalicylsäure muss individuell erfolgen. Bei koronaren Hochrisikopatienten (rezidivierende Angina pectoris, Zustand nach akutem Koronarsyndrom, Zustand nach Koronar-intervention mit **bare metal stent** (BMS) oder **drug eluting stent** (DES)) sollte eine Medikation mit ASS (z. B. ASS 100 mg/Tag) nur bei Vorliegen absoluter Kontraindikationen (z. B. neurochirurgische OP) perioperativ unterbrochen werden (Übersicht bei [46]).

Patienten haben sowohl nach isolierter PCI als auch nach Stentimplantation infolge des Eingriffs ein vulnerables, hoch thrombogenes Gefäßsystem. Derzeit gilt daher, dass Patienten mit koronarer Herzerkrankung

Tab. 9: NOAK-Abklingzeiten

Präparat	Angriffspunkt	Abklingzeit
Rivaroxaban	Xa	24 - 36 h
Apixaban	Xa	24 - 36 h
Edoxaban	Xa	24 - 36 h
Dabigatran ^a	IIa	24 - 72 h ^b

^a Inhibitor: Idarucizumab

^b Bei gleichzeitigem Vorliegen einer Niereninsuffizienz auch länger

lebenslang mit ASS (75-162 mg) behandelt werden. Nach Implantation eines BMS bei stabiler KHK muss zusätzlich für mindestens vier Wochen eine P2Y₁₂-Inhibition mit Clopidogrel (75 mg/die) erfolgen. Bei Implantation eines DES verlängert sich der Zeitraum für die obligate duale Plättchenaggregationshemmung auf sechs Monate (DES der neueren Generation) bzw. zwölf Monate (DES der älteren Generation) [8]. Bei alleiniger Ballonangioplastie ohne Stentimplantation wird eine duale Plättchenhemmung mit Clopidogrel für zwei bis vier Wochen empfohlen (Abb. 5) [47,48].

Unabhängig vom implantierten Stenttyp muss bei allen Patienten nach **akutem Koronarsyndrom** (ACS) eine duale Thrombozytenaggregationshemmung mit ASS plus Ticagrelor bzw. Prasugrel (bei Patienten mit hohem Blutungsrisiko im Einzelfall ggf. auch Clopidogrel) erfolgen. Eine Pausierung der P2Y₁₂-Inhibition innerhalb der ersten zwölf Monate muss bei Patienten mit akutem Koronarsyndrom individuell diskutiert werden.

Operative Eingriffe sind in den ersten Wochen nach koronarer Intervention besonders komplikationsreich und mit einer hohen Letalität behaftet. Wie lange jedoch das Intervall zwischen Anlage eines Stents und einer **Operation** unter dem Aspekt der optimalen Sicherheit für den Patienten sein sollte, ist derzeit unklar. Die ESC/ESA Leitlinien 2014 schlagen vor, **elektive Eingriffe** nach PCI ohne Stent frühestens 14 Tage, nach Einlage eines Metallstents (BMS) frühestens vier Wochen (besser drei Monate) und nach Einlage eines ‚drug eluting stent‘ (DES) – in Abhängigkeit von der Art des DES (Erst-, Zweit-, Drittgeneration) – frühestens drei bis zwölf Monate nach der koronaren Intervention durchzuführen [8] (Abb. 5).

Perkutane Coronare Intervention

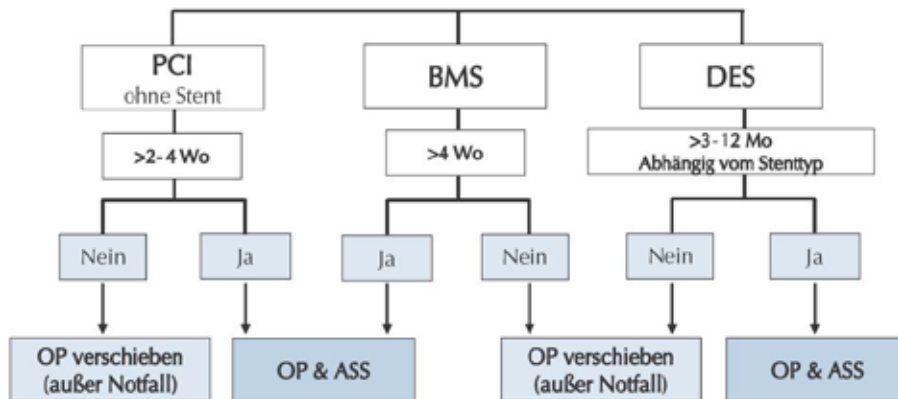


Abb. 5: Empfehlung zum zeitlichen Management von elektiven Eingriffen bei Patienten mit Koronarstents in Abhängigkeit von Stenttyp und Zeitpunkt der Implantation (nach [8,47,48]). PCI = Perkutane Coronare Intervention, BMS = Bare Metal Stent, DES = Drug Eluting Stent

C.7 PSYCHOPHARMAKA

Die Dauermedikation von Patienten mit Psychosen oder neurologischen Erkrankungen wird im Regelfall nicht unterbrochen. Allerdings bestehen bei einigen Psychopharmaka Arzneimittelwechselwirkungen, die perioperativ beachtet werden müssen.

Trizyklische Antidepressiva hemmen die Wiederaufnahme von Dopamin, Noradrenalin und Serotonin im ZNS und in den peripheren Geweben. Die chronische Applikation unterhält die Entleerung der zentralen Katecholamin-speicher und erhöht den adrenergen Tonus. Die Wirkung direkter Sympathomimetika ist unter einer Dauertherapie mit trizyklischen Antidepressiva erhöht, die von indirekten abgeschwächt. Dies muss besonders bei der Verwendung von Lokalanästhetika mit Adrenalinzusatz bedacht werden. Trizyklische Antidepressiva potenzieren zudem die Wirkung von Hypnotika, Opioiden sowie Inhalationsanästhetika.

Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI) hemmen die präsynaptische Wiederaufnahme von Serotonin im synaptischen Spalt. Das präoperative Absetzen von SSRI kann zu Entzugssymptomen führen. Andererseits kann es bei gleichzeitiger Gabe von Medikamenten, die die Wiederaufnahme von Serotonin hemmen oder serotomimetisch wirken (z. B. Pethidin, Pentazocin, Tramadol,

MAO-Hemmer), zum Serotonin-Syndrom mit Hyperthermie, vegetativer Instabilität und Bewusstseinsstörungen bis hin zum Koma kommen.

Bei den **Monoaminoxidase** (MAO)-Hemmern existieren drei Gruppen: Substanzen der ersten Generation (Isocarboxazid, Tranylcypromin, Phenelzin) wirken nicht selektiv und irreversibel auf MAO-A und MAO-B. Wirkstoffe der zweiten Generation wirken selektiv und irreversibel (Clorgylin auf MAO-A und Deprenyl auf MAO B), Stoffe der dritten Generation selektiv und reversibel (Moclobemid auf MAO-A, RO-19-6327 auf MAO-B). MAO-Hemmer können mit Medikamenten, die im perioperativen Bereich eingesetzt werden, interagieren. So sind beim Einsatz indirekt wirkender Sympathomimetika über die Freisetzung von Noradrenalin schwer beherrschbare hypertensive Krisen beschrieben. Ähnlich schwerwiegend ist die exzitatorische Reaktion nach Applikation von Pethidin, Tramadol und Dextromethorphan, die durch eine exzessive serotoninerge Aktivität gekennzeichnet ist.

Die Schwere dieser Vorfälle hat früher zum obligaten Absetzen von MAO-Hemmern vor elektiven Operationen geführt. Dies galt vor allem für die irreversiblen und nichtselektiven MAO-Hemmer. Die Erholungszeit der MAO beträgt etwa 2 Wochen. Zum einen bedeutet dieses Vorgehen für

die Patienten einen möglicherweise gefährlichen Rückfall bzgl. ihrer psychiatrischen Grunderkrankung, zum anderen kann in Notfallsituationen nicht abgewartet werden. Bei Beachtung der absoluten Kontraindikationen für Pethidin und Tramadol sowie Vermeidung von Hypoxie, Hypercarbie und arterieller Hypotonie und dem Verzicht auf indirekte Sympathomimetika (Ephedrin) wird ein Absetzen von MAO-Hemmern präoperativ nicht mehr als erforderlich angesehen. Da heute aber reversible und selektive MAO-Hemmer zur Verfügung stehen, sollten bei geplanten Eingriffen irreversible MAO-Hemmer über den Zeitraum von 2 Wochen durch reversible ausgetauscht werden, deren Wirkdauer nur 24 Stunden beträgt. Es liegen bislang keine Fallberichte über perioperative Komplikationen bei Patienten mit reversiblen MAO-Hemmern vor.

Lithium wird hauptsächlich zur Behandlung bipolarer affektiver Störungen eingesetzt. Aufgrund seiner engen therapeutischen Breite und ähnlicher Verstoffwechslung wie Natrium wird ein engmaschiges Monitoring des Lithiumspiegels auch perioperativ empfohlen. Alternativ wird ein perioperatives Absetzen 72 h vor einem operativen Eingriff diskutiert, v.a. da keine Entzugssymptomatik zu erwarten ist, das Risiko einer Intoxikation aber im Falle einer perioperativen hämodynamischen Instabilität oder eingeschränkten Nierenfunktion (Lithium wird renal ausgeschieden) hoch ist. Postoperativ sollte die Therapie bei stabiler Elektrolytsituation rasch wieder begonnen werden.

Neuroleptika sind eine sehr heterogene Gruppe von Psychopharmaka mit sedierenden und antipsychotischen Eigenschaften. Sie werden v. a. zur Therapie von Wahnvorstellungen und Halluzinationen bei Schizophrenie und bipolaren Störungen eingesetzt. Neuroleptika sollten aufgrund des Risikos einer Rückkehr psychotischer Episoden und dem vermehrten Auftreten von postoperativer Verwirrung auch perioperativ weiter eingenommen werden.

Antiepileptika sollten perioperativ fortgeführt werden. Der Bedarf an Opioiden und Relaxantien dieser Patienten kann erhöht sein.

Methylphenidat gehört zu den Derivaten des Amphetamins und wird bei Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS)

sowie bei Narkolepsie eingesetzt. Methylphenidat kann den Narkosebedarf steigern. Wegen seiner kurzen Halbwertszeit (zwei bis vier Stunden in unretardierter Form, bis zu zwölf Stunden in retardierter Tablettenform) kann Methylphenidat bis zur Prämedikation weiter verabreicht werden.

C.8 ANTI-PARKINSON-MEDIKAMENTE

Die Symptomatik bei Patienten mit Morbus Parkinson wird durch einen Mangel an Dopamin im Bereich der Substantia nigra ausgelöst. Als Dauertherapie bei Patienten mit Parkinson-Syndrom kommen daher vor allem Substanzen zum Einsatz, die die Konzentration bzw. Wirkung von Dopamin im Gehirn erhöhen, z. B. durch exogene Zufuhr von Dopamin (L-Dopa) und Dopaminagonisten (z. B. Bromocriptin), aber auch durch Verlangsamung des Abbaus von endogenem Dopamin durch MAO-B-Inhibitoren (z. B. Selegilin) bzw. Erhöhung seiner Freisetzung durch NMDA-Antagonisten (z. B. Amantadin). L-Dopa ist dabei als Monotherapie allen anderen Anti-Parkinson-Medikamenten in seiner Wirkung überlegen und wird daher am häufigsten eingesetzt. Die Halbwertszeit von L-Dopa ist kurz, und eine Unterbrechung der Therapie von sechs bis zwölf Stunden kann eine schwere Muskelrigidität oder eine Parkinsonkrise mit vital bedrohlicher Symptomatik wie Schluck- und Ventilationsstörungen zur Folge haben. Daher sollte die orale Medikation mit L-Dopa, aber auch allen anderen Anti-Parkinson-Medikamenten bis zum Morgen der Operation beibehalten und unmittelbar postoperativ fortgeführt werden. In denjenigen Fällen, in denen die Medikation postoperativ nicht peroral eingenommen werden kann, ist in Rücksprache mit einem Neurologen die präoperative Umstellung auf einen transdermal resorbierbaren Dopaminagonisten (z. B. Rotigotin-Pflaster) zu erwägen.

Dopamin-Antagonisten (z. B. Metoclopramid) sowie Medikamente mit dem Risiko extrapyramidal-motorischer Nebenwirkungen (z. B. DHB, HT₃-Antagonisten) sollten vermieden werden. Im Falle einer akinetischen Parkinson-Krise wird die titrierte intravenöse Gabe von Amantadin (z. B. 1-2 x 200 mg i.v. über je drei Stunden) empfohlen.

C.9 KORTIKOSTEROIDE

Patienten unter Steroiddauermedikation (mehr als fünf Tage) unterliegen unabhängig von der Dosis (über oder unter der Cushingschwelle) und unabhängig von der Applikationsart (systemisch oder topisch) dem Risiko einer inadäquaten Cortisolproduktion [49]. Kasuistische Berichte postulieren einen – letztlich nicht sicher belegten – Zusammenhang zwischen einem Cortisolmangel und einer intraoperativen Hypotension bzw. einem Schockgeschehen [49,50]. Daher sollten Patienten grundsätzlich die Steroiddauermedikation in der perioperativen Phase nicht unterbrechen, sondern am Morgen der Operation die übliche Steroidmedikation zu sich nehmen.

Unklar ist, ob Patienten mit einer Steroiddauermedikation unterhalb der Cushingschwelle von einer **zusätzlichen** perioperativen Steroid-Gabe profitieren [51]. Wegen der individuell sehr unterschiedlichen Reaktion auf das operative Trauma und die unterschiedliche Suppression der endogenen Cortisolsynthese durch exogene Steroide kann auf der Basis von Expertenmeinung folgendes Vorgehen erwogen werden:

- Kleine operative Eingriffe (z. B. endoskopische Operationen, Herniotomie, Schilddrüsenresektionen)
 - Gabe von 25 mg Hydrocortison zu Beginn der Operation.
- Mittlere Eingriffe (z. B. Abdominalchirurgie)
 - Gabe von 100 mg Hydrocortison über 24 Stunden, am nächsten Tag Weiterführung der üblichen Steroidmedikation.
- Große operative Eingriffe mit Gefahr eines postoperativen SIRS
 - Gabe von 100 mg Hydrocortison über 24 Stunden (z. B. 4 mg/h) am OP-Tag, am Folgetag 50 mg über 24 Stunden und am dritten postoperativen Tag 25 mg Hydrocortison (auch peroral möglich).

D. SCHLUSSBEMERKUNG

Die hier vorgelegten Konzepte zur präoperativen Evaluierung von erwachsenen Patienten vor elektiven, nicht herz-thoraxchirurgischen Operationen

stellen fachübergreifende Empfehlungen dar, die ein strukturiertes und gemeinsames Vorgehen ermöglichen und die Qualität der Patientenbehandlung verbessern sollen. Ihr Ziel ist es, durch transparente und verbindliche Absprachen eine hohe Patientenorientierung unter Vermeidung unnötiger Voruntersuchungen zu gewährleisten, präoperative Untersuchungsabläufe zu verkürzen sowie letztlich Kosten zu reduzieren. Dies bedeutet jedoch auch, dass für einzelne Patienten individuelle Konzepte erstellt werden müssen.

Die vorliegenden gemeinsamen Empfehlungen von DGAI, DGCH sowie DGIM spiegeln den gegenwärtigen Kenntnisstand, aber auch die Meinungen von Experten wider, da nicht für jede Fragestellung wissenschaftliche Evidenz besteht. Daher wird eine regelmäßige Überprüfung und Aktualisierung der Empfehlungen erfolgen, sobald sich gesicherte neue Erkenntnisse ergeben.

Literatur erhalten Sie via passion_chirurgie@bdc.de.

QUELLE

Präoperative Evaluation erwachsener Patienten vor elektiven, nicht herz-thoraxchirurgischen Eingriffen. Gemeinsame Empfehlung der DGAI, DGCH und DGIM. Anästh Intensivmed 2017;58:349-364. DOI: 10.19224/ai2017.349. Gleichzeitige Publikation in: Der Anaesthesist, Springer Medizin Verlag Berlin und AINS, Georg Thieme Verlag KG Stuttgart New York

INTERESSENKONFLIKT

G. Geldner, J. Karst, F. Wappler, B. Zwissler, P. Kalbe, U. Obertacke und M. Pauschinger geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

W. Schwenk erhielt Beratungshonorar der Fa. Bayer zu einem Entscheidungstool zum perioperativen Einsatz von NOAK, enthielt sich aber bei der Abstimmung zu den entsprechenden Passagen der Stimme. ○



Safety Clip: Fehler erkennen bevor sie entstehen!

WELCHEN BEITRAG LEISTET DIE FEHLERMÖGLICHKEITS- UND EINFLUSSANALYSE (FMEA) ZUR VERBESSERUNG DER PATIENTENSICHERHEIT?

Seit einigen Jahren sehen sich die Krankenhäuser mit stetig wachsenden Ansprüchen an die Patientensicherheit konfrontiert. WHO, Patientenrechtegesetz, G-BA, Interessenverbände, Politik, Fachgesellschaften und nicht zuletzt die Versicherungswirtschaft fordern lautstark effektive Verfahren zur

Verbesserung der Patientensicherheit in Krankenhäusern. Gleichzeitig stehen die Häuser im zunehmenden Wettbewerb. Fallzahlen steigen, die Verweildauer sinkt – und dies bei begrenzten personellen Ressourcen. Insofern stellt sich die Frage nach geeigneten Instrumenten des klinischen Risikomanagements. Wie sind Anforderungen an die Patientensicherheit angesichts knapper Ressourcen effektiv umzusetzen? Es gilt, risikogeneigte Schwachstellen zu identifizieren, zu bewerten und schließlich risikopräventive Maßnahmen für mehr Patientensicherheit einzuführen;

**AXEL KRAUSE**

Risikoberater
GRB Gesellschaft für Risiko-Beratung
mbH
Klingenbergstr. 4, 32758 Detmold
axel.krause@grb.de
www.grb.de

wenn möglich, bevor ein Patientenschaden eintritt.

Ein durchaus effektives und zugleich äußerst umfassendes Instrument zur Risikominimierung ist die Fehlermöglichkeits- und Einflussanalyse, kurz FMEA, „... eine formalisierte, analytische und präventive Methode mit dem Ziel, mögliche Fehler in Konzeption oder Konstruktion schon vor ihrem Auftreten [oder nach Einführung des Ablaufs] zu erkennen und sie durch geeignete Maßnahmen zu verhindern“[1].

DIE FEHLERMÖGLICHKEITS- UND EINFLUSSANALYSE (FMEA)

Mit der FMEA erhalten Krankenhäuser – vorausgesetzt, sie wird gezielt angewendet – ein Instrument an die Hand, mit dem die relevanten Risiken in klinischen Bereichen identifiziert und bewertet werden können. Das Besondere dabei ist, dass Fehler im Vorhinein identifiziert werden, das heißt, nicht erst bei deren Eintritt. Experten, Prozessverantwortliche und auch die Prozesseigner analysieren klinische Prozesse gezielt auf mögliche Schwachstellen in den Abläufen, in den Strukturen oder in der Kommunikation etc. Sie evaluieren in interprofessioneller Zusammenarbeit, welche Prozesse fehleranfällig sind und damit eine potenzielle Gefahr für den Patienten darstellen. Die unmittelbar für den Prozess Verantwortlichen sind es auch, die eine praxisbezogene, entsprechend den klinischen Bedingungen angepasste Bewertung und schließlich die Reorganisation dieser fehlergeneigten Prozesse vornehmen.

BEWERTUNGSFAKTOREN EINES RISIKOS

Die Bewertung eines Risikos erfolgt durch Experten. Sie bewerten den Grad der Auftretenswahrscheinlichkeit eines Risikos, die

Bedeutung eines Risikos für die Patientensicherheit sowie die Wahrscheinlichkeit, dass das Risiko entdeckt wird. Um eine übersichtliche Bewertung zu garantieren, kommen Zahlen von 1 bis 10 zum Einsatz. Wird einem Risiko also beispielsweise die Zahl 4 zugeordnet, ist die Wahrscheinlichkeit, dass es tatsächlich eintritt, eher gering.

Nach durchgeführter Analyse ist eine nachhaltige Reorganisation der möglichen fehlerhaften Prozesse festzulegen. Das Ranking der Bearbeitungsnotwendigkeiten der einzelnen Prozesse ergibt sich dabei aus der Risikoprioritätszahl, kurz RPZ.

RISIKOPRIORITÄTSZAHL (RPZ)

Die Risikoprioritätszahl priorisiert die Dringlichkeit, nach der Reorganisationsmaßnahmen für fehleranfällige klinische Leistungsprozesse im Krankenhaus umzusetzen sind. Zur Berechnung der Risikoprioritätszahl werden folgende Faktoren herangezogen:

Auftretenswahrscheinlichkeit eines Fehlers

Bedeutung eines Fehlers für die Patientensicherheit

Entdeckbarkeit eines Fehlers

Mit der Multiplikation dieser drei Bewertungsfaktoren wird die Risikoprioritätszahl (RPZ) ermittelt.

$$RPZ = A \times B \times E$$

BEISPIEL EINER FMEA

Prozess der Intraartikulären Injektion – „Infektion nach Gelenkpunktion“

DIE STÄRKEN DER FMEA

Die FMEA zielt darauf ab, Fehler im Vorhinein zu identifizieren, anstatt sie erst bei deren Eintritt zu entdecken. So ist die Patientensicherheit gewährleistet und Kosten für

Tab. 1: Bewertungsfaktoren eines Risikos

Wahrscheinlichkeit des Auftretens		Bedeutung des Fehlers		Wahrscheinlichkeit der Entdeckung	
unwahrscheinlich	1	kaum wahrnehmbar	1	hoch	1
sehr gering	2-3	unbedeutend für den Patienten	2-4	mäßig	2-5
gering	4-6	mäßig schwerer Fehler	4-6	gering	6-8
mäßig	7-8	schwerer Fehler	7-8	sehr gering	9
hoch	9-10	äußerst schwerwiegender Fehler	9-10	unwahrscheinlich	10
Prioritäten: Hoch 1000		Prioritäten: Mittel 125		Prioritäten: keine 1	

Krause A. Safety Clip: Fehler erkennen bevor sie entstehen! Passion Chirurgie. 2017 September, 7(09): Artikel 04_01.



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

Tab. 2: FMEA Intraartikuläre Injektion

Prozessschritt	Fehlerart	Potenzielle Folge des Fehlers (Worst Case)	Fehlerursache	Auftreten	Bedeutung	Entdeckung	RPZ (AxBxE)	Interventionsmaßnahmen	Verantwortlichkeit
fehlendes Assistenzpersonal	unsteriles Arbeiten	Infektion	Missachtung gängiger Leitlinien Personalorganisation, (nicht genutztes Assistenzpersonal)?	9	10	10	900	Schulung über Leitlinien, SOPs, Assistenzpersonal hinzuziehen	Ärztlicher Dienst, Hygieniker, Hygienefachkraft, PD
Hautdesinfektion vor Eingriff	Unkenntnis über Einwirkzeit und Art des Desinfektionsmittels	Infektion	unsachgemäße Durchführung der Hautdesinfektion	8	10	10	800	VA erstellen „Intraartikuläre Infektion“, Zuständigkeiten regeln	Ärztlicher Dienst, Hygieniker, Hygienefachkraft, PD
sterile Abdeckung, sterile Handschuhe	unsteriles Arbeiten (alleine), Handschule nicht steril	Infektion, Infektion infolge unsteriler Durchführung	Missachtung gängiger Leitlinien, fehlende Qualifikation	4	10	10	400	Schulung über Leitlinien, SOPs, Assistenzpersonal hinzuziehen Qualifikationsschulung SOP/VA	Ärztlicher Dienst, Hygieniker, Hygienefachkraft, PD, Leitender Arzt
Aufklärung	Aufklärungsdokument liegt nicht vor	kein Einverständnis des Patienten	Unkenntnis des Arztes	10	9	1	90	Aufklärungsbögen vorhalten, Aufklärung durchführen, Kontrolle bzgl. Vorliegen der Aufklärung vor Intervention	Chefarzt, Arzt

Fehlleistungen/Prozessabweichungen treten gar nicht erst auf. Vorteile der FMEA sind darüber hinaus die zahlenmäßige Bewertung, die Darstellung eines Rankings mit Priorisierung der Maßnahmen und die Festlegung von Maßnahmen zur Reorganisation mit konkreter Benennung von Verantwortlichen. Die Kontrolle des Umsetzungsgrads von Reorganisationsmaßnahmen sowie identifizierter Fehlerpotenziale erhöht die Prozesssicherheit bzw. die Zuverlässigkeit sicherer klinischer Prozesse. Schließlich wird aufgrund der interprofessionellen Analysearbeit auch die Kommunikation im Team gestärkt.

WORAUF IST ZU ACHTEN?

Bedingt durch die offene Analyseform der FMEA besteht die Gefahr, die Analyse zu überreiben und viele relativ unbedeutende Prozesse/Fehlerursachen zu analysieren. Wichtig ist daher die Eingrenzung auf festgelegte Prozessschritte. Wie bereits dargelegt, müssen die eingeschränkten personellen Ressourcen in den stationären und Funktionsbereichen ebenfalls berücksichtigt werden. Um die Ressourcen zu schonen und die Akzeptanz für das Instrument zu erhöhen, muss eine zielgerichtete und begrenzte Nutzung vorgegeben werden.

LITERATUR

- [1] Lümmer, Dorothee Rose: Risikomanagement im Gesundheitswesen – Eine ökonomische Nutzen-Analyse unter Einbezug der Haftpflichtversicherungsprämien. Dissertation zur Erlangung des akademischen Grades eines Doktors der Wirtschaftswissenschaften (Dr. rer. pol.) durch die Fakultät für Wirtschaftswissenschaften der Universität Duisburg – Essen. Campus Essen. Disputation: 09. März 2011.
- [2] Kurzunterlagen DGQ-Ausbildung Qualitätsmanager 2001 (Berlin/Mainz) modifiziert durch die GRB.

**RECHT &
VERSICHERUNG**

Versicherungs- angebote des BDC



Diese Leistungen sind in Ihrem BDC-Mitgliedsbeitrag erhalten:

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

Weitere Versicherungsangebote für BDC-Mitglieder über Rahmenverträge

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

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

**HABEN SIE FRAGEN ODER WÜNSCHEN SIE EIN KONKRETES ANGEBOT? BITTE SPRECHEN SIE UNS AN:
BDC-VERSICHERUNGSMAKLER ECCLESIA VERSICHERUNGSDIENST GMBH**

BDC-Versicherungsservice

Klingenbergstr. 4, 32758 Detmold

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

E-Mail: bdv-versicherungsservice@ecclesia.de

Hygiene-Tipp: Sterile Binden im OP



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



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

Popp W, Zastrow KD. Hygiene-Tipp: Sterile Binden im OP. Passion Chirurgie. 2017 September; 7(09): Artikel 04_02.



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

Es gibt Berichte, dass die Verordnung von sterilen Binden im Rahmen des Sprechstundenbedarfs im OP durch die Prüfungsstelle der Vertragsärzte nicht akzeptiert wurde. Nach deren Meinung würden im OP keine sterilen Binden benötigt.

In der aktuell noch gültigen (Stand: Mitte Juni 2017) Empfehlung der KRINKO zur Prävention postoperativer Infektionen im Operationsgebiet (2007) wird abschließend die Empfehlung gegeben, die primär verschlossene, nicht sezernierende OP-Wunde am Ende der Operation bzw. des Eingriffs mit einer geeigneten sterilen Wundauflage einmalig abzudecken. Im vorherigen Diskussionsteil wird von Wundauflage und ggf. zusätzlich erforderlichem Wundverband gesprochen. Beides soll die Wunde vor mechanischen Belastungen schützen, sie

fixieren, Verunreinigungen und Mikroorganismen abhalten, Sekret aufsaugen und die Blutstillung unterstützen. Wundauflagen sind nach KRINKO Medizinprodukte, die steril sein müssen.

Selbstverständlich zählen im erweiterten Sinne zu den Wundauflagen auch Binden, an die somit nach Abschluss des OPs die Forderung nach Sterilität zu stellen ist. Diese Binden dienen der Fixierung der Wundauflage, wobei sich selbstverständlich ein Verschieben der Wundauflage nicht immer ausschließen lässt. Dadurch kann es zum Kontakt der Binde auch direkt mit der Wunde kommen und dies begründet, warum Binden wie Wundauflagen zu sehen sind und steril zu sein haben.

Der Kurztipp gibt die Meinung der Autoren wieder.

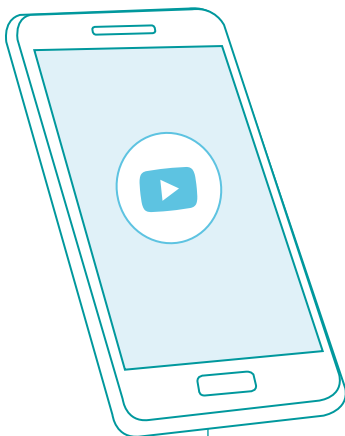


© iStock/Gemalbarra

HYGIENE
CLIP

Get Your Disinfection

Erfolgreiche bundesweite
Kampagne des BDC
in Kooperation
mit DGKH und BDH



Gute Chirurgie kann durch eine Infektion gefährdet werden. Es gibt vermeidbare und unvermeidbare Infektionen. Letztere sind schicksalhaft und kaum zu beeinflussen. Der Berufsverband der Deutschen Chirurgen und die deutschen Hygieniker betreiben seit 2008 eine bundesweite Informationskampagne, die dazu beitragen soll, vermeidbare Infektionen in Klinik und Praxis zu reduzieren. Wir wissen, dass Sie als Chirurgin/Chirurg alles zur Infektprophylaxe und Hygiene wissen. Wir wissen aber auch, dass Hygiene häufig nicht im erforderlichen Umfang stattfindet oder sich durch die tägliche

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

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

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

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



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

PATIENTENSCHUTZ DURCH HYGIENE IST EINE
BUNDESWEITE KONZERTIERTE AKTION VON:

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

Rezension: Bildatlas Meniskus chirurgie



BILDATLAS MENISKUSCHIRURGIE: GRUNDLAGEN | TECHNIK | ANWENDUNG

KVM – Der Medizinverlag
254 Seiten, 600 farbige Abbildungen, Hardcover,
Format: 240 x 300 mm
1. Auflage 2016
ISBN: 978-3-940698-99-5
€ 149,00
Bestellung über Amazon

REZENSENT:

DR. MED. THOMAS STOFFELS

Facharzt für Orthopädie und
Unfallchirurgie
spezielle Unfallchirurgie, Sportmedizin,
Notfallmedizin,
Taborstr. 8, 10997 Berlin
thomas_stoffels@web.de

Der Bildatlas Meniskus chirurgie von Roland Becker und Christian Schaller ergänzt die bereits bestehende Literatur in der arthroskopischen Gelenkchirurgie ohne einen zu engen Blickwinkel.

Anatomie, Aufbau und Funktion der Menisken werden ausführlich sowie gut verständlich erklärt und durch entsprechendes Bildmaterial visualisiert.

Sowohl die allgemeine Untersuchung des Kniegelenks als auch alle gängigen klinischen Funktionstests der Menisken werden umfassend in Text und Bild veranschaulicht. Die aktuelle radiologische Diagnostik des Kniegelenks wird ebenfalls in einem eigenen Kapitel ausführlich an Bildbeispielen erklärt.

Außergewöhnlich dezidiert beschreibt das Buch die OP-Instrumente der gängigen Hersteller für eine arthroskopische Operation. Optiken, Pumpsysteme und arthroskopische Instrumente werden mit ihren spezifischen Leistungsdaten dargestellt.

Die Autoren zeigen des Weiteren mögliche Versorgungsstrategien aller bekannten Meniskuspathologien von der klinischen Untersuchung über die operative Therapie bis hin zur postoperativen Nachbehandlung. Diese werden jeweils durch umfassendes Bildmaterial (Skizzen und intraoperative Darstellungen) unterstützt.

Der Bildatlas Meniskus chirurgie von Roland Becker und Christian Schaller gibt einen umfassenden Überblick über den aktuellen Behandlungsstandard der arthroskopischen Meniskus chirurgie. Es wird von den Grundlagen der arthroskopischen Kniechirurgie bis hin zur dezidierten Beschreibung des operativen Prozederes spezifischer Pathologien das gesamte Spektrum der Meniskus chirurgie anhand von über 600 Beispielbildern behandelt. Das Buch dient als übersichtlicher Leitfaden für den Einstieg in die arthroskopische Meniskus chirurgie.

Stoffels T. Rezension: Bildatlas Meniskus chirurgie.
Passion Chirurgie. 2017 September; 7(09): Artikel
04_03.



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



LESEPROBE



© iStock/LeventKonuk

Die Überweisung – was wünschen sich die Radiologen?

Der Frage scheint die Antwort schnell und leicht zu folgen: die Radiologen wünschen sich eine Fragestellung. Damit wäre der Artikel eigentlich schon zu Ende. Das Thema ist aber doch komplexer.

Wenn man die gelebte Praxis der Überweisungen (der Autor überblickt zirka dreißig Jahre in Krankenhaus, Uni und Praxis) betrachtet, dann fehlt gefühlt in 20 bis 30 Prozent eine Fragestellung. Allerdings ist in den letzten Jahren eine deutliche Besserung zu spüren. Die Genauigkeit der Fragestellung lässt allerdings noch zu wünschen übrig. Problematisch sind pauschale Formulierungen, wie „Zustand nach“ oder nur eine ICD-Nummer, welche dann in der Dechiffrierung

„einen nicht näher bezeichneten Zustand“ beschreibt. Die Befragung des Patienten hilft hier nicht regelhaft weiter, da dieser ja zum Radiologen kommt, weil ihn sein Chirurg geschickt hat. Inwieweit fehlende Informationen oder überhaupt das Interesse oder schicksalhaftes Fügen des Patienten eine Rolle spielen, soll hier nicht weiter betrachtet werden.

So kommt es häufig zu unscharfen Befundbeurteilungen des Radiologen, welche den Chirurgen erwartungsgemäß nicht zufrieden stellen. Je pauschaler die Fragestellung ist, umso pauschaler fällt die Antwort aus. Umgekehrt kann der Radiologe bei präziser Frage genauer auf die Interessen des Chirurgen

**DR. MED. DETLEF WUJCIAK**

1. Vorsitzender des Berufsverbandes
der Dt. Radiologen
Radiologische Gemeinschaftspraxis
Niemeyerstr. 23, 06110 Halle
wujciak@radiologenverband.de

eingehen und damit eine Voraussetzung für eine zutreffende und individualisierende Behandlung des Patienten schaffen. Hierbei unterstützen uns methodische Gesichtspunkte, die Entwicklung der modernen Radiologie sowie Qualitätsvorgaben der Bundesärztekammer und Abrechnungsvorgaben der KBV.

Selbstkritisch soll hier auch die vorhandene radiologische Tendenz, sich möglichst bedeckt und sicher zu halten und dadurch unscharfe Formulierungen abzuliefern, eingeräumt werden.

Auch der Radiologe muss „sich zu etwas entscheiden“, wohl wissend dass auch dem Überweiser gewisse Wahrscheinlichkeitsunsicherheiten bewusst sind.

Der Radiologe benötigt auch genauere Angaben zu den Begleitumständen einer Erkrankung, zum Beispiel die Art und Weise einer Operation und deren Ausmaß, damit er nicht ausführlich Veränderungen beschreibt, welche dem Chirurgen in Kenntnis seines operativen Vorgehens von vornherein bekannt sind. Bei der arthroskopischen Operation eines Meniskus ist es wichtig zu wissen, wie weit eine Meniskektomie ging bzw. welches Ausmaß die Teilresektion hatte. Dies vermeidet Missverständnisse in der Beurteilung der vom Radiologen gefundenen Meniskusveränderungen posttherapeutisch.

Die Gabe eines Kontrastmittels zur Untersuchung, die häufig von den Überweisern primär und ohne einen Bezug zur Fragestellung als Qualitätskriterium angenommen

wird, ist diffizil. Erkenntnisse und Diskussionen über Kontrastmittelspätchäden im Sinne der Nephropathie sowie von Gadoliniumablagerungen im Gehirn nach Gabe von MRT-Kontrastmittel sind allgegenwärtig. Diese Diskussion hat einerseits zu einer gewissen Zurückhaltung der Radiologen bei der Indikationsstellung zur Kontrastmitteluntersuchung geführt, andererseits aber auch zu einer Verunsicherung der Patienten, welche zunehmend eine Kontrastmittelgabe ablehnen.

Als Beispiel sei hier die häufig gewünschte Kontrastmittelgabe bei einer MRT bei Zustand nach Bandscheibenoperation im Bereich der Wirbelsäule genannt.

Es ist heute sehr sicher erwiesen, dass in einem Abstand von über einem Jahr eine Kontrastmittelgabe in diesem Fall keine zusätzlichen Informationen, zum Beispiel zu einer Differenzierung zwischen Narbengewebe und Bandscheibengewebe mehr zulässt. Andererseits ist es schwierig, die Floridität von Prozessen, zum Beispiel von entzündlichen Veränderungen, zu beschreiben, wenn der Patient eine Kontrastmittelgabe (möglicherweise aus guten Gründen) ablehnt. Hier können die Chirurgen davon ausgehen, dass die Radiologen zum einen indikationsgerecht im Hinblick auf die ihnen bekannte Fragestellung, als auch in Anbetracht des Risikos einer Patientenschädigung zum anderen verantwortungsbewusst mit der Kontrastmittelgabe umgehen.

BEISPIEL

Wenn die Fragestellung „Lebererkrankung – MRT des Abdomens“ lautet, ist natürlich das gesamte Abdomen methodisch und befundtechnisch zu erfassen und zu beschreiben. Falls jedoch eine differenzierte Aussage zu Leberveränderungen gefragt ist, wird der Radiologe den Oberbauch unter besonderer Berücksichtigung der Leber mit hochauflösenden, dynamischen Sequenzen unter Perfusion eines leberspezifischen Kontrastmittels untersuchen und entsprechend differenziertere Aussagen zu Leberherden machen. Dies gilt für alle Überweisungen, welche entweder im Sinne eines „diagnostischen Streuschusses“ formuliert sind oder mit einer gezielten Fragestellung.

Wujciak D. Die Überweisung – was wünschen sich die Radiologen? *Passion Chirurgie*. 2017 September; 7(09): Artikel 04_05.



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

Auch der Radiologe macht sich aus seiner Sicht Gedanken, wie es zu diesen „Überweisungsdefiziten“ kommen kann. Die Überlegungen sind durchaus kollegialen Charakters.

Wir stellen uns folgendes Szenario beim Chirurgen vor: die Schwester an der Anmeldung füllt auf Zuruf des behandelnden Chirurgen den Überweisungsschein zum Radiologen aus. Dessen umfängliche Untersuchungen werden dann schon etwas finden. Dies führt zu oben genannten Ungenauigkeiten. Für den Überweisungsschein wird praktischerweise aus dem PC die ICD-Klassifikation übernommen, eine Praxis, die im GKV-Bereich nicht statthaft ist. Es muss eine verbal ausformulierte Fragestellung bzw. Überweisungsdiagnose mitgeteilt werden.

Die Beschreibungen der ICD sind oft sehr unbestimmt. Aufwändig ist es sicher für die chirurgischen Kollegen jeweils Kopien des Op-Berichtes anzufertigen oder beizulegen, falls ihm diese überhaupt bereits vom Krankenhaus übersandt wurden.

Apropos Aufnahmen. Radiologen versuchen mehrheitlich, jedem Patienten eine Untersuchungs-CD mit seinem jeweils aktuellen Untersuchungsstand zu übermitteln. Dies allerdings nicht ohne den dazu gehörigen Befund. Wir sind bestrebt, allen Patienten (das geht aus technischen und Aufwandsgründen nicht immer unmittelbar nach der Untersuchung) eine CD zu übermitteln, die der Chirurg dem Patienten nach Einsichtnahme wieder aushändigen sollte. Die CD soll beim Patienten verbleiben, so dass dieser bei häufig unterschiedlichen Arztvorstellungen über seine Bilder (und im Idealfall auch seine Befunde) verfügen kann. So können

Zeitverzögerungen und Nachfragen bzw. Suche beim Radiologen und beim Überweiser vermieden werden.

Das Thema Aufnahmenübermittlung ist auch ein atmosphärisches Thema. Es gibt immer noch eine erkleckliche Anzahl von Überweisungen in dem der überweisende Chirurg schreibt (manchmal ohne Fragestellung), dem Patienten seien bitte die Aufnahmen auszuhändigen. Damit lässt er den Radiologen schon wissen, dass er an seinem Befund weniger oder gar nicht interessiert ist (auch wenn es in seiner Weiterbildungsordnung nicht fixiert ist) und er den Befund selber an Hand der radiologischen Bilder erkennen will. Diese Fähigkeit ist in den Ergebnissen der Qualitätsüberprüfungen nach Bundesmantelvertrag in keiner Weise dokumentiert.

Als Beispiel sei hier die Knochendiagnostik bzw. das Röntgen des Skelettes genannt. Hier gibt es eine Vielzahl von Erkrankungen über die traumatische Läsion hinaus, wie zum Beispiel Degeneration, entzündliche Veränderungen, Osteonekrosen, Stoffwechselerkrankungen und Tumorerkrankungen.

Liebe Chirurgen, seien Sie so nett, die radiologische Dualität von Bildern und Befund zu akzeptieren. Dass die Bilder notwendig für invasive Eingriffe usw. sind, wird von den Radiologen überhaupt nicht in Frage gestellt. Aber häufig ist auch der Befund (wenn er nicht die üblichen radiologischen Ungenauigkeiten enthält) das Entscheidendere im Vergleich zu den Bildern.

Zusammenfassend wünscht sich der Radiologe eine möglichst konkrete Fragestellung und eine knappe, diesbezügliche Anamnese sowie die Information über den Umfang und

die Art operativer Eingriffe. Bitte vermeiden Sie ICD-Klassifikationen an Stelle einer Fragestellung. Lassen Sie den Radiologen etwas Zeit, den Befund zu erstellen, da hier auch Genauigkeit vor Schnelligkeit gehen sollte. In der Regel hat die Frage nach einem Sofortbefund bei degenerativen Veränderungen bei älteren Patienten keine inhaltlichen Gründe. Sehen Sie die Radiologen als klinischen Partner und nicht nur als Fotografen.

Wenn Sie sich kollegial und auch freundlich einige dieser Gedanken zu Eigen machen, wird es den Radiologen auch zunehmend schwerer, unscharfe, ungenaue oder sich verzettelnde Befunde zu erstellen.

Für die Wahl der geeigneten Untersuchungsmethode aus dem umfangreichen radiologischen Untersuchungsspektrum ist allein der Radiologe verantwortlich.

Für Untersuchungen mit Anwendung von Röntgenstrahlen gilt die höhere Gesetzlichkeit der Röntgenverordnung, welche zwar vom Namen her eine Verordnung ist, aber den juristischen Status eines Strafgesetzes hat. Damit steht in der gesetzlichen Hierarchie die Röntgenverordnung auch über dem KV-Recht, was die KV jedoch nicht in ihren Sanktionsmöglichkeiten gegenüber den Radiologen beschränkt, wenn er sich aus guten Gründen nicht an die vorgegebenen Auftragskategorien hält.

Zu guter Letzt seien Sie versichert, die Vergütung befindet sich aktuell auf einem Niveau, welches die Radiologen nicht in Verdacht geraten lässt, Entscheidungen unter pekuniären Gesichtspunkten zu treffen.

Bitte bleiben Sie uns gewogen.



Honorarbericht: 2. und 3. Quartal 2015



**KASSENÄRZTLICHE
BUNDESVEREINIGUNG KDÖR
HERBERT-LEWIN-PLATZ 2
10623 BERLIN**

Der Honorarbericht und die Kennzahlen erscheinen quartalsweise.

Das Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (VStG) überträgt der KBV die Aufgabe, einen Bericht über die Ergebnisse der Honorarverteilung, über die Gesamtvergütungen, über die Bereinigungssummen und über den Honorarumsatz je Arzt und je Arztgruppe zu veröffentlichen.

Um regionale Honorarunterschiede erklären zu können, informiert Sie der Honorarbericht außerdem über die Arztzahlen, Fallzahlen und Leistungsmengen. Datengrundlage für den Honorarbericht der KBV sind die von den Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) übermittelten Daten im Rahmen der Abrechnungsstatistik.

In dem Bericht werden für ausgewählte Abrechnungsgruppen Honorarumsätze und

Überschüsse ermittelt und bewertet. Neben der regionalen Darstellung der Honorarumsätze werden die Beträge dargestellt, die die Krankenkassen je KV für die vertragsärztliche und vertragspsychotherapeutische Versorgung bereitstellen (Gesamtvergütung).

Zusätzlich umfasst der Honorarbericht Daten über die Auswirkungen der Bereinigung aufgrund der selektivvertraglichen Versorgung. Jede Ausgabe enthält ein Sonderthema, dass eine spezielle Fragestellung schwerpunktmäßig beleuchtet.

Ergänzend sind in einem umfassenden Tabellenteil Angaben zu allen Abrechnungsgruppen sowie – neben den Angaben zum Honorarumsatz – weitere Kennzahlen aufgeführt.

Hier finden Sie die aktuellsten Honorarberichte der KBV:

2. Quartal 2015

3. Quartal 2015



Quelle: <http://www.kbv.de/html/honorarbericht.php>



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



DRG-Übungen: Rektum-Prolaps und hämorrhagische Diathese

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

FALLBESCHREIBUNG

Eine 77-jährige Patientin gelangte wegen eines seit einigen Tagen bestehenden Darmvorfalls bei chronischer Obstipation zur stationären Aufnahme. Bei der klinischen Untersuchung fand sich ein drittgradiger äußerer Rektumprolaps über eine Distanz von ca. drei Zentimetern sowie eine Rektozele.

Nach entsprechender Darmvorbereitung wurde eine Koloskopie durchgeführt, bei der zudem eine leicht blutende zirkuläre Ulzeration im Bereich der inneren Umschlagfalte festgestellt wurde. Die tieferen Dickdarmschnitte waren unauffällig.

Nebenbefundlich lag eine Arrhythmia absoluta bei Vorhofflimmern vor. Die Antikoagulation mit Phenprocoumon war bereits vom Hausarzt ausgesetzt worden. Zur Stabilisierung der Blutgerinnung (Quick bei Aufnahme: 40 %) erfolgte eine Vitamin-K-Substitution. Zusätzlich fiel noch eine Anämie mit einem Hb von 10,6 g/dl auf.

Es wurde die Indikation zur operativen Behandlung gestellt und am vierten Behandlungstag eine „Stapled Transanal Rectal



© iStock/XtackImages

**DR. MED. ROLF BARTKOWSKI**

Arzt für Chirurgie, Medizinische
Informatik
Forstweg 74
13465 Berlin
bartkowski-berlin@t-online.de

Resektion“ mit dem System Contour Transtar® vorgenommen.

Der postoperative Verlauf war komplikationslos. Nach Kostaufbau und suffizienter Stuhlregulation konnte die Patientin am fünften postoperativen Tag in die hausärztliche Behandlung entlassen werden. Unter einer oralen Eisensubstitution war der Hb bis zum Entlassungstag auf 11,4 g/dl angestiegen.

KODIERUNGEN UND ABRECHNUNG

Als Hauptdiagnose ist hier der *Rektumprolaps* mit K62.3 zu kodieren. Eine Differenzierung des Schweregrades ist dabei in der ICD-10-GM nicht vorgesehen. Die *Rektozele* ist eine weitere Manifestation der Beckenbodenschwäche, die hier ergänzend mit N81.6 als Nebendiagnose angegeben werden kann. Auch die *Ulzeration des Rektums* ist als eigenständige Erkrankung kodierbar (K62.6).

Als internistische Nebendiagnose ist das *Vorhofflimmern* zu kodieren, wobei mit I48.2 gleichzeitig auch die *Arrhythmia absoluta* abgebildet wird. Ein Aufwand im Sinne der DKR D003 ist durch die Notwendigkeit einer Antikoagulantientherapie gegeben.

Die Cumarin-induzierte *Gerinnungsstörung* kann hier mit D68.33 kodiert werden, da es sich um eine manifeste Blutung gehandelt hat und eine spezifische Therapie durchgeführt worden ist. Anderenfalls wäre nur Z92.1 (*Dauertherapie mit Cumarinen ohne Blutung*) anzugeben gewesen.

Auch die *chronische Anämie*, die laut amtlichem Alphabetischen Verzeichnis zur ICD-10-GM mit D50.0 (*Eisenmangelanämie nach chronischem Blutverlust*) abgebildet wird,

kann hier aufgrund des Behandlungsaufwandes (orale Eisensubstitution) als Nebendiagnose kodiert werden.

Als diagnostische Prozedur ist die *Koloskopie* mit 1-650.1 zu verschlüsseln.

Bei der STARR-Prozedur handelt es sich um eine *peranale tubuläre Vollwandresektion des Rektums*, welche mit 5-484.27 zu kodieren ist.

Die Gruppierung führt zur DRG G18D *Bestimmte Eingriffe an Dünn- und Dickdarm, ohne komplexen Eingriff, ohne komplizierende Diagnose*. Die mittlere Verweildauer dieser DRG beträgt 5,6 Tage, die untere bzw. obere Grenzverweildauer zwei bzw. elf Tage. Bei einer tatsächlichen Verweildauer von acht Tagen sind somit keine Zu- oder Abschläge berechenbar. Erlösbestimmend sind die gewählte Hauptdiagnose und die Rektumresektion. Die Nebendiagnosen sowie die Koloskopie bleiben hier ohne Einfluss auf den Erlös.

ANMERKUNGEN ZUR PROZEDUREN-KODIERUNG

Die Kodierung der STARR-Prozedur führte in der Vergangenheit regelmäßig zu Auseinandersetzungen mit den Kostenträgern bzw. dem MDK, da keine verbindlichen Kriterien existierten, mit denen eine partielle Rektumresektion von einer lokalen Exzision bzw. Manschettenresektion abgegrenzt werden kann [1].

Auf Initiative der Gemeinsamen DRG-Kommission von BDC und DGCH wurde 2015 eine Klarstellung in den OPS aufgenommen, mit der eine Manschettenlänge von mindestens vier Zentimetern als Kriterium für eine

Bartkowski R. DRG-Übungen: Rektum-Prolaps und hämorrhagische Diathese. *Passion Chirurgie*. 2017 September, 7(09): Artikel 04_07.



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

Hauptdiagnose:	K62.3	Rektumprolaps
Nebendiagnosen:	N81.6	Rektozele
	K62.6	Ulkus des Anus und des Rektums
	I48.2	Vorhofflimmern, permanent
	D68.33	Hämorrhagische Diathese durch Cumarine (Vitamin-K-Antagonisten)
	D50.0	Eisenmangelanämie nach Blutverlust (chronisch)
Prozedur:	1-650.1	Diagnostische Koloskopie: Total, bis Zäkum
	5-484.27	Rektumresektion unter Sphinktererhaltung: Tubuläre Resektion unter Belassen des Paraproktiums: Peranal
DRG:	G18D PCCL= 2	Bestimmte Eingriffe an Dünn- und Dickdarm, ohne komplexen Eingriff, ohne komplizierende Diagnose BWR = 1,251 (entspr. 4.223,51 € bei einem Basisfallwert von 3.376,11 €)

partielle Resektion im Sinne des OPS-Kodebereiches 5-484.2- festgelegt ist. Bei der Stapler-Resektion einer kürzeren Rektummanschette ist dagegen eine lokale Vollwandexzision zu kodieren (5-482.b0), die in der Regel zu der geringer vergüteten DRG G21C *Bestimmte andere Eingriffe an Darm und Enterostoma, ohne äußerst schwere CC* führt. Gelegentlich wird vom MDK argumentiert, dass bei einem Stapler-Einsatz grundsätzlich ein Kode aus dem Bereich 5-482.b- zu verwenden sei. Dies ist jedoch nicht zutreffend, denn es wurde bei der tubulären Resektion (5-484.2-) sogar ausdrücklich der Hinweis aufgenommen: „Inkl.: Anwendung eines Staplers“.

Problematisch kann allerdings der Nachweis der Länge des Resektates sein und zu Auseinandersetzungen führen. Nur bedingt verwertbar ist die Messung der Resektatlänge durch den Pathologen, da die gemessene Länge durch Schrumpfung (Muskeltonus, Fixation), Klammernahtreihen und Fragmentierung von der ursprünglichen Dimension um 50 %

und mehr abweichen kann. Eine im Präparat bestimmte Länge von mindestens vier Zentimetern ist daher als beweisend zu betrachten, eine geringere gemessene Länge schließt jedoch eine partielle tubuläre Resektion nicht zwingend aus! In dieser Situation kommt der klinischen und intraoperativen Befundung eine entscheidende Rolle zu. Es sollte daher im OP-Bericht stets exakt beschrieben werden, welche Ausdehnung der Prolaps hat, wobei ein Rektum-Prolaps im Stadium 3 zweifellos die Resektion einer Manschette von mehr als vier Zentimetern Länge erforderlich macht. Hilfreich können auch endoskopische oder radiologische Befunde mit konkreten Angaben zur Ausdehnung des Prolapses sein.

Hinzuweisen ist noch auf die Unterscheidung zwischen Rektum- und Analprolaps (K62.2). Letzterer wird typischerweise im Zusammenhang mit Hämorrhoiden beobachtet (Stadium IV). Die Stapler-Behandlung (nach Longo) stellt keine Vollwandexzision dar und ist somit weder mit 5-484.27 noch

mit 5-482.b0 zu kodieren, sondern mit 5-493.5 *Operative Behandlung von Hämorrhoiden mit Stapler*. Hier gilt der Hinweis, dass die Behandlung eines Prolapses von Rektum-Mukosa im Kode enthalten ist. In der Regel triggert dieser Eingriff in die geringer vergütete DRG G26B *Andere Eingriffe am Anus, Alter > 13 Jahre*.

LITERATUR

- [1] Bartkowski R: Kodierung 2011 – Chirurgisch relevante Änderungen der ICD-10 und des OPS. Der Chirurg – BDC 11 (2010) 610 – 617
- [2] Bartkowski R: Diagnosen- und Prozedurenkodierung 2015: Chirurgisch relevante Änderungen bei ICD-10 und OPS. Passion Chirurgie Q1 (2015) 33 – 39 

Personalia



Der Berufsverband der Deutschen Chirurgen und die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie gratulieren allen Mitgliedern zu den neuen Funktionen, Ernennungen und Auszeichnungen.

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



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

September 2017

Dr. med. Wolfgang Armbruster wechselte von der Schön Klinik Lorsch in die Orthopädie und Unfallchirurgie des Kreiskrankenhauses Bergstraße GmbH in Heppenheim. Der Leitende Oberarzt mit der Zusatzqualifikation Spezielle Unfallchirurgie leitet nun die Unfallchirurgie am Kreiskrankenhaus und ist auch als D-Arzt tätig.

Dr. med. Giuseppe Broccoli ist neuer Sektionsleiter der Handchirurgie der Unfallchirurgie und Orthopädie der HELIOS Kliniken Mittelweser. Der Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie hat sich auf Handchirurgie und plastische Chirurgie spezialisiert.

Univ.-Prof. Dr. med. habil. Adrian Dragu wechselte von der Plastischen und Handchirurgie, Brandverlezztenzentrum im Klinikum St. Georg in Leipzig an das Universitätszentrum für Orthopädie und Unfallchirurgie der Universitätsklinik Carl Gustav Carus in Dresden. Dort leitet er die Abteilung für plastische und Handchirurgie.

Dr. med. Timm Engelhardt übernahm zum 3. Juli 2017 die Chefarztposition der Plastischen Chirurgie und Handchirurgie in der Kreisklinik Ebersberg. Er folgt auf **Dr. med. Erwin Falter**, der in den Ruhestand gegangen ist.

Dr. med. Martin Fischer übernahm im April 2017 die Funktion des Chefarztes der Orthopädie und Unfallchirurg am Johanniter-Krankenhaus in Rheinhausen. Fischer war seit 2009 als Oberarzt auf der Station tätig.

Univ.-Prof. Dr. med. Jörg Fuchs, Chefarzt der Klinik und Poliklinik für Kinderchirurgie und Kinderurologie am Universitätsklinikum Tübingen, ist der neue Präsident der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH). Er löste damit turnusgemäß **Professor Dr. med. Tim Pohlemann** aus Homburg/Saar ab.

Matthias Griesel ist seit Juli 2017 neu als Chefarzt an der Paracelsus-Klinik in Bad Ems. Zusammen mit seiner Kollegin, Chefärztin, **PD Dr. med. Martina Kötting**, leitet er die Abteilung Allgemein- und Viszeralchirurgie.

Michael Klotz, Facharzt für Gefäßchirurgie, komplementiert als Oberarzt seit April 2017 das Team der Allgemein-, Viszeral- und Gefäßchirurgie im HELIOS Klinikum Warburg.

Dr. med. Wolfram Kluwe wechselte als Chefarzt des Zentrums für Kinderchirurgie, Kinderorthopädie und Kinderneurochirurgie der Asklepios Klinik Sankt Augustin an die Abteilung der Kinderchirurgie des Universitätsklinikums Freiburg.

Andreas Leck verstärkt seit Mitte Juni 2017 das Team der Orthopädie im Krankenhaus Winsen. Der frühere Chefarzt des Krankenhauses Salzhausen ist in Winsen als Leitender Arzt der Abteilung für Orthopädie und Unfallchirurgie tätig und wird vor allem im Schulterzentrum der Klinik arbeiten.

Dr. med. Dietmar Loitz, seit acht Jahren Chefarzt der Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädische Chirurgie am HELIOS

Klinikum Salzgitter, hat zum 16. Juni 2017 die Position des Ärztlichen Direktors des Hauses übernommen.

Dr. med. Tobias Lutz ist seit April 2017 der Chefarzt der Klinik für Plastische, Hand- und Rekonstruktive Chirurgie der Sana Kliniken Lübeck.

Dr. med. Konstantinos Meletiadis hat am 1. Juli 2017 die Leitung der Gefäßchirurgie an den Malteser Krankenhäusern St. Anna in Huckingen und am St. Johannes Stift in Homberg übernommen. Neben dem breiten operativen Spektrum von Operationen an Hals- und Bauchschlagadern, minimalinvasiven Eingriffen und der Behandlung von Krampfaden liegt sein Fokus am Huckinger Hospital auf Hybrid-Operationen mit der Angio-Suite, Hybrid-OPs, bei denen Chirurgen und Radiologen bei der Behandlung komplexer Gefäßprobleme eng zusammenarbeiten.

Dr. med. Temur Parulava, zuvor als Oberarzt der Chirurgie des Kreiskrankenhauses Dormagen tätig, ist seit Juli 2017 der neue Chefarzt der Allgemein- und Viszeralchirurgie, Unfallchirurgie und Proktologie am Krankenhaus Maria Stern in Remagen.

Dr. med. Albert Peters, Chefarzt der Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie, ist seit Anfang des Jahres 2017 auch Ärztlicher Direktor der HELIOS Klinikums München Perlach.

Dr. med. Christos Petridis ist seit April 2017 als Leitender Arzt der Gefäßchirurgie am Marienkrankenhaus in Hamburg tätig. Zuletzt war er Oberarzt am Gefäßzentrum in Elmshorn.

Prof. Dr. med. Wolfgang Schwenk übernahm zum 01. Juli 2017 als neuer Chefarzt die Leitung der Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie am Städtischen Klinikum Solingen. Professor Dr. Schwenk gilt als eine Koryphäe der Bauchchirurgie und gehört zudem zu den Wegbereitern der minimalinvasiven Chirurgie in Deutschland.

Dr. med. Karl Peter Rheinwalt leitet seit dem 1. Juli 2017 die nun eigenständige Klinik für Adipositas-, Metabolische und Plastische Chirurgie des St. Franziskus-Hospital in Köln. Mit ihm gingen der nun Leitende Oberarzt **Dr. med. Andreas Plamper** sowie der Kollege Oberarzt **Sebastian Kolec** von der Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie, zu dem das bisherige Department für Adipositaschirurgie und Metabolische Chirurgie bisher gehörte, an die neue Klinik. Die Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie verbleibt weiterhin unter der Leitung von Chefarzt **Dr. med. Elmar Kleimann**. Neuer Geschäftsführender Oberarzt dort ist nun **Dr. med. Sebastian Twyrdy**.

Prof. Dr. med. Stephan Kersting ist seit Kurzem Stellvertreter des Klinikdirektors und leitender Oberarzt der Chirurgie am Universitätsklinikum Erlangen.

Dr. med. Frithjof Soeder ist seit Mai 2017 neuer Chefarzt der Gefäßchirurgie am Sana Klinikum Hof. Der Gefäßchirurg, der zuvor als Oberarzt im Gefäßzentrum Berlin Südwest am HELIOS Klinikum Emil von Behring tätig war, trat die Nachfolge von **Dr. IMF Bukarest Dragos Simici** an, der in den Ruhestand ging.

Prof. Dr. med. Jens Standop wechselte zum Juli 2017 als Chefarzt der Allgemein- und Viszeralchirurgie, Unfallchirurgie und Proktologie von Krankenhaus Maria Stern in Remagen in die Chirurgie am DRK Krankenhaus Neuwied. Er trat dort die Nachfolge von **Prof. Dr. med. Thomas Riemenschneider** an. Riemenschneider war dort seit 1994 Chefarzt und ging in den Ruhestand. Er wird aber künftig noch im Medizinischen Versorgungszentrum in Wissen tätig sein.

Dr. med. Martin Wick ist neuer Chefarzt für Orthopädie in der Bad Windsheimer Dr. Becker Kiliani-Klinik. Der Facharzt für Chirurgie mit Schwerpunktbezeichnung Unfallchirurgie sowie der Facharztanerkennung für Orthopädie und Unfallchirurgie war zuvor langjährig als Oberarzt und stellvertretender Chefarzt der Einrichtung tätig.

Dr. med. Klaus Wieselhuber trat am 1. August 2017 seinen neuen Posten als Chefarzt der Unfallchirurgie und Orthopädie am Ortenau Klinikum Achern-Oberkirch an. Er folgt auf **Dr. med. Wolfgang Beeres**, der altersbedingt aufhört. Beeres wird dem neuen Chefarzt jedoch während einer Übergangszeit zur Seite stehen und noch Operationen übernehmen.

Prof. Dr. med. Hauke Winter übernahm zum 01.08.2017 die Nachfolge von **Prof. Dr. med. Hendrik Dienemann** als Chefarzt der Thoraxchirurgie der Thoraxklinik Universitätsklinikum Heidelberg. Winter war zuvor Oberarzt im Transplantationszentrum im Klinikum der Universität München-Großhadern.



Frage & Antwort



Sind individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL) umsatzsteuerpflichtig?



ANTWORTEN VON DR. JUR. JÖRG HEBERER:

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

Heberer J. F+A: Sind individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL) umsatzsteuerpflichtig? *Passion Chirurgie*. 2017 September; 7(09): Artikel 04_08.



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

FRAGE:

Ein niedergelassener Chirurg fragt an, ob individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL) umsatzsteuerpflichtig sind.

ANTWORT:

Nach der Rechtsprechung des EuGH und des BFH sind nur solche ärztlichen Tätigkeiten umsatzsteuerfrei, die zum Zweck der Vorbeugung, der Diagnose, der Behandlung und – soweit möglich – der Heilung von Krankheiten oder Gesundheitsstörungen bei Menschen vorgenommen werden (= Heilbehandlung).

Daraus folgt nach Ansicht des Verfassers, dass heilberufliche Leistungen und damit auch IGeL nur dann umsatzsteuerfrei sind, wenn bei ihnen ein therapeutisches Ziel im Vordergrund steht. Bei Primärpräventionsmaßnahmen muss hingegen in jedem Einzelfall danach unterschieden werden, ob diese Teil eines konkreten individuellen Leistungskonzepts sind und indikationsbezogen erbracht werden. Ist dies der Fall, sind sie regelmäßig von der Umsatzsteuer befreit. Werden hingegen Leistungen zur allgemeinen

Steigerung des Wohlbefindens erbracht, fällt hierauf Umsatzsteuer an. Jedoch folgt aus Sicht der Rechtsprechung allein aus der Übernahme der Kosten für eine Behandlung durch die gesetzliche oder private Krankenversicherung noch keine Umsatzsteuerfreiheit wie auch umgekehrt – entgegen der Auffassung einiger Finanzbeamter, weil die Ablehnung der Kostenübernahme nicht automatisch die Umsatzsteuerpflicht begründet.

Maßgeblich ist demnach nach Auffassung des Verfassers allein das Vorliegen einer Heilbehandlung für die Umsatzsteuerfreiheit. Inwieweit in jedem Einzelfall einer ärztlichen Leistung wie beispielsweise einer Laserbehandlung, Akupunktur oder Stoßwellentherapie ein therapeutisches Ziel im Vordergrund steht, ist aus Sicht des Verfassers jedoch eine ärztliche Entscheidung, sodass dies stets einer ausschließlich medizinischen Beurteilung im jeweiligen Einzelfall bedarf.

Folglich wäre nach Meinung des Verfassers beispielsweise eine Stoßwellenbehandlung als IGeL damit dann nach der Rechtsprechung des BFH von der Umsatzsteuer befreit, wenn diese der Diagnose, Behandlung oder der Heilung von Krankheiten oder Gesundheitsstörungen dient.

Der Verfasser weist darauf hin, dass der Arzt, der sich auf die Steuerbefreiung beruft, auch die Feststellungslast trägt, d. h. er muss darlegen können, dass eine Heilbehandlung vorliegt. Aus diesem Grund muss zwingend, insbesondere bei IGeL, die medizinische Indikation nachprüfbar und einzelfallbezogen dokumentiert werden. Sollte ein Arzt dies unter anderem aufgrund seiner ärztlichen

Schweigepflicht verweigern, so kann er sich zwar nach Einschätzung des Verfassers rechtmäßig hierauf berufen, allerdings muss der Arzt dann mit negativen Konsequenzen wie einer Umsatzsteuernachzahlung rechnen, da hieraus für ihn ungünstige Schlüsse gezogen werden können.

Abschließend muss jedoch darauf hingewiesen werden, dass diese Auskunft eine

steuerrechtliche Beratung durch einen Steuerberater oder Fachanwalt für Steuerrecht nicht ersetzen kann und eine solche in Zweifelsfällen zwingend erforderlich nach Ansicht des Verfassers ist. 



© iStock/baich 88

Meilensteine in der Gefäßchirurgie: BAA-Screening und Exzellenz- Akademie der DGG

Die Gefäßchirurgie ist ein seit Jahren wachsendes Fach, das sich sowohl durch die demographische Entwicklung der Bevölkerung, als auch durch medizinische und technische Weiterentwicklungen und Innovationen sehr gut entwickeln konnte. Verantwortlich hierfür waren zum einen der ganzheitliche Anspruch Gefäßmedizin im Sinne von Prävention, Diagnostik und operativer, interventioneller und konservativer Therapie auf sehr hohem Niveau zu betreiben und zum anderen, die technische Weiterentwicklung selbst voran zu bringen oder intensiv mit zu begleiten.

Für die nächsten Jahre sind zwei Projekte für die weitere Entwicklung unseres Faches von elementarer Bedeutung. Dies sind zum einen die Einführung des Screenings auf

Aneurysmata der Aorta abdominalis als Kassenleistung und die für alle chirurgischen Fächer und auch für die Gefäßchirurgie so wichtige Förderung des Nachwuchses und des zukünftigen Führungspersonals.

BAUCHAORTENANEURYSMA-SCREENING (BAA-SCREENING)

Die Deutsche Gesellschaft für Gefäßchirurgie (DGG) betreibt zusammen mit den Patientenvertretern im Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) seit über acht Jahren die Einführung des Bauchaortenaneurysma-Screenings als Kassenleistung. Über die Jahre wurde in wissenschaftlichen Journalen der wissenschaftliche Beleg für die Wirksamkeit dieses Bauchaorten-Screenings publiziert



**KORRESPONDIERENDER
AUTOR:**

**PROF. DR. MED. MARKUS
STEINBAUER**

BDC-Referatsleiter Gefäßchirurgie
Klinik für Gefäßchirurgie
Krankenhaus Barmherzige Brüder
Regensburg
Prüfeninger Str. 86, 93049
Regensburg
markus.steinbauer@barmherzige-
regensburg.de

**PROF. DR. MED. DITTMAR
BÖCKLER**

Klinik für Gefäßchirurgie und
Endovaskuläre Chirurgie
Universitätsklinikum Heidelberg

**PROF. DR. MED. THOMAS
SCHMITZ-RIXEN**

Klinik für Gefäß- und
Endovascularchirurgie
Klinikum der Goethe Universität
Frankfurt am Main

und sowohl im Ärzteblatt, als auch in der Laienpresse das BAA Screening als hoch effektive Screeningmethode beworben.

Im Februar 2013 wurde von der Patientenvertretung im GBA ein Antrag zur Bewertung des Ultraschallscreenings auf Bauchaortenaneurysma gestellt. Die Bewertung des Nutzens der medizinischen Notwendigkeit und der Wirtschaftlichkeit des Ultraschallscreening auf BAA wurde im Abschlussbericht des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) sowie in fünf Stellungnahmen aus den Fachgesellschaften untermauert.

Auf dieser Grundlage hat der gemeinsame Bundesausschuss (GBA) am 20. Oktober 2016 die Richtlinie über das Ultraschallscreening auf Bauchaortenaneurysma beschlossen. Es haben damit männliche Versicherte ab dem Alter von 65 Jahren einmaligen Anspruch auf die Teilnahme am Screening auf Bauchaortenaneurysmata. Die von den Fachgesellschaften gewünschte Ausweitung des anspruchsberechtigten Personenkreises auf Frauen im Alter von 75 Jahren mit Gefäß- und Raucheranamnese oder Patienten mit einer Familienanamnese auf Bauchaortenaneurysmen wurde aufgrund der schwachen Studienlage nicht entsprochen.

Die notwendige Aufklärung der Zielpopulation zum BAA-Screening erfolgt anhand einer Versicherteninformation, die vom GBA im März 2017 freigegeben wurde.

Zusammenfassend wurde diese Richtlinie zum BAA-Screening zusammen mit der Versicherteninformation zum 13. Juni 2017 vom Bundesministerium für Gesundheit endgültig freigegeben. In den nächsten sechs Monaten muss nun der Bewertungsausschuss noch die ärztliche Vergütung regeln, so dass spätestens ab dem 13. Dezember 2017 das Ultraschallscreening auf Bauchartenaneurysmen als Kassenleistung durchgeführt werden kann.

DURCHFÜHRUNG DER ULTRASCHALLUNTERSUCHUNG

Der durchführende Arzt muss eine Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung der Ultraschall Diagnostik gemäß der Vereinbarung von Qualitätssicherungsparametern nach § 135, Abs. 2 SGB V zur Ultraschall Diagnostik

(Ultraschallvereinbarung) und die fachliche Befähigung für den Bereich Abdomen, Retroperitoneum einschließlich Niere nachweisen. Damit sind niedergelassene und stationär tätige Kollegen aller Fachdisziplinen mit dieser Genehmigung zur Durchführung des Screenings zugelassen.

Wird ein Aortendurchmesser unter 2,5 cm Durchmesser festgestellt, ist eine weitere Untersuchung nicht mehr notwendig. Bei einem Durchmesser von 2,5 cm sollte eine Vorstellung bei einem Spezialisten für Gefäßmedizin (Gefäßchirurgen) erfolgen. Bei Patienten über 3 cm ist eine Surveillance der Patienten in regelmäßigen Abständen notwendig. Eine Indikation zur endovaskulären oder operativen Versorgung sollte ab einem Durchmesser zwischen 5 und 5,5 cm erwogen werden.

Der gemeinsame Bundesausschuss wird drei Jahre nach Inkrafttreten der Richtlinie eine unabhängige wissenschaftliche Institution zur Evaluation beauftragen. Hier sollen sowohl Krankenhausdiagnose- und Todesursachen-Statistiken, die Mengenentwicklung elektiver Operationen und Notfalloperationen und die Entwicklung der Aneurysma-assoziierten Mortalität betrachtet werden. Hierdurch sollen die Effekte des Screenings beurteilt werden.

Die Deutsche Gesellschaft für Gefäßchirurgie hält die Einführung des Aneurysma-Screenings für einen enorm wichtigen Schritt zur Diagnostik und Prävention einer sehr relevanten Gefäßerkrankung und zur Verminderung der Aneurysma-bezogenen Mortalität.

PROJEKT BAA-SCREENING DER DGG

Aufgrund der Bedeutung des BAA-Screenings wird die DGG eine Werbekampagne durch die Mitglieder der Gesellschaft anstoßen. Hier werden Mitgliedern kostenfrei Vortragsvorlagen und Werbematerialien, wie Poster und der Flyer zur Versicherteninformation zur Verfügung gestellt, um lokal sowohl Patientenveranstaltungen zur Information aber auch Fort- und Weiterbildungen für niedergelassene Ärzte durchzuführen. Zum einen werden die wissenschaftlichen Grundlagen des BAA-Screenings und die Ultraschallmethode dargestellt, aber auch über die konservativen, endovaskulären und operativen

Steinbauer M, Böckler D, Schmitz-Rixen T.
Meilensteine in der Gefäßchirurgie: BAA-Screening und Exzellenz-Akademie der DGG.
Passion Chirurgie. 2017 Septemeber, 7(09):
Artikel 01.



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

Behandlungsoptionen des BAAs informiert. Die DGG möchte hier die Awareness bei den Patienten und den ärztlichen Kollegen erhöhen. Durch eine kontinuierliche Zusammenarbeit mit der Fachpresse, aber auch mit der allgemeinen Presse, soll das Projekt unterstützt werden.

EXZELLENZ-AKADEMIE DER DGG

Aufgrund der rasanten klinischen Entwicklung der Gefäßchirurgie und der technischen Weiterentwicklung in diesem Fach ist es unumgänglich auch die akademische Gefäßchirurgie weiter zu entwickeln und für die Besetzung der universitären Stellen, aber auch der Chefarztstellen, eine intensive Nachwuchsförderung zu betreiben. Aus diesem Grund wird die DGG im Sinne des Mottos der diesjährigen Jahrestagung „Dem Nachwuchs verpflichtet“ eine Exzellenz-Akademie gründen. Mindestvoraussetzung zur Bewerbung in der Exzellenz-Akademie sind ein abgeschlossener Facharzt für Gefäßchirurgie und eine Mitgliedschaft in der DGG. Alle potentiellen Kandidaten/-innen werden gebeten, sich mit einer Initiativbewerbung an den Sekretär der DGG zu wenden. Die Bewerbung muss durch ein Schreiben des jeweiligen Chefarztes/akademischen Leiters oder eines äquivalenten Mentors unterstützt werden. Die Bewerbung sollte einen kompletten Lebenslauf, das aktuelle OP-Verzeichnis, ein Publikationsverzeichnis sowie ein Motivationsschreiben zur Darlegung des längerfristigen persönlichen und medizinisch-akademischen Ziels enthalten. Die Bewerbung wird evaluiert und nach erfolgreicher Bewerbung muss sich der Bewerber/die Bewerberin im Rahmen eines jährlichen Treffens der Exzellenz-Akademie mit einem

kurzen Vortrag vorstellen. Es werden ihm/ihr danach ein bis zwei akademische Mentoren zur Seite gestellt, die die Stärken des Bewerbers/der Bewerberin und dessen/deren Verbesserungspotential evaluieren und kontinuierlich die Weiterentwicklung begleiten. Neben der kontinuierlichen Betreuung sollen in einem Modulsystem spezielle Ausbildungsinhalte für das künftige Führungspersonal vermittelt werden.

Dies betreffen:

1. die Führungskompetenz,
2. die Gesprächsführung, Personalführung und Konfliktlösung,
3. Forschungskompetenz (Projektplanung, Schreiben von wissenschaftlichen Arbeiten und Anträgen, Drittmittelwerbung),
4. die didaktischen und bildungswissenschaftlichen Fähigkeiten,
5. betriebswirtschaftliche Kompetenzen sowie
6. Training von Bewerbungsgesprächen und Berufungsverhandlungen.

Diese Kompetenzen können sowohl über das Kurssystem der Privaten Akademie der DGG als auch durch aktives Mentoring und Einbindung in die Kongressorganisation der verschiedenen Veranstaltungen der DGG (Frühjahrstagung, Jahrestagung, Forschungstage) und durch Veranstaltungen des Berufsverbandes der Deutschen Chirurgen und der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie entwickelt werden.

Zusätzlich zu den Ausbildungsinhalten sollen weitere Entwicklungsmöglichkeiten durch Kamingespräche mit dem Mentor,

kollegiale Beratung und individuelles Coaching, Rotationen ins Ausland, Vernetzung der Akademiemitglieder untereinander und Netzworkebildung über die Gefäßchirurgie hinaus im Rahmen der chirurgischen Forschungstage und der Frühjahrstagung im Rahmen des Kongresses der DGCH geschaffen werden.

Eine Zwischenevaluation erfolgt über ein jährliches Mentorengespräch und einer erneuten Vorstellung des Ausbildungsfortschrittes des Mitgliedes der DGG-Exzellenz-Akademie. Die Exzellenz-Akademie wird als abgeschlossen betrachtet, wenn das Mitglied eine unterstützte Bewerbung um eine akademische/Chefarztstelle eingereicht hat oder erfolgreich abgeschlossen hat. Die erfolgreiche Teilnahme an der Exzellenz-Akademie wird mit einem Zertifikat der DGG dokumentiert und darf von dem Mitglied bei weiteren Bewerbungen verwendet werden.

Die DGG hält die Gründung der Exzellenz-Akademie für einen wichtigen Schritt für die Förderung des akademischen und Führungskräftenachwuchses in der Gefäßchirurgie und bittet alle Mitglieder der DGG, aber auch des BDCs und der DGCH dieses wichtige Projekt aktiv zu unterstützen und voranzubringen.

Darüber hinaus ist es zusätzlich wichtig, auch die nachfolgende Generation der Studenten und Assistenzärzte für die Chirurgie zu begeistern, zu motivieren und aktiv zu fördern. Diese Nachwuchsförderung sollte als zentrale Aufgabe der Fachgesellschaften der Chirurgie und des Berufsverbandes im Sinne des Mottos „Dem Nachwuchs verpflichtet“ im Mittelpunkt unserer zukünftigen Arbeit stehen. 

BUNDESTAGSWAHL

2017

Gesundheitspolitische Wahlprüfsteine der etablierten Parteien

In diesen Wahlprüfsteinen zur Bundestagswahl 2017 wurden politische Parteien um eine kurze Stellungnahme zu ausgewählten gesundheitspolitischen Themen gebeten – Themen, die die spezielle Interessenslage von Chirurginnen und Chirurgen in Deutschland betreffen. CDU, SPD, Die Linke, Bündnis 90/Die Grünen, CSU, FDP, AfD wurden zu den folgenden Schwerpunkten befragt:

1. BÜRGERVERSICHERUNG
2. ALLGEMEINE GESUNDHEITSVERSORGUNG
3. ZUKUNFT DER FACHÄRZTE
4. VERHÄLTNIS AMBULANT/STATIONÄR

5. DELEGATION/SUBSTITUTION
6. VERSORGUNG AUF DEM LAND
7. TELEMATIK

CDU & CSU

CDU

Christlich Demokratische Union Deutschlands:

Zweitstimmen bei der letzten Wahl:

14.921.877 (34,1 Prozent)

Mitgliederzahl: ca. 434.000



Christlich-Soziale Union in Bayern e.V.:
Zweitstimmen bei der letzten Wahl:
3.243.569 (7,4 Prozent)
Mitgliederzahl: ca. 144.000

1.

BÜRGERVERSICHERUNG

Wir halten an der bewährten Grundstruktur unseres Krankenversicherungssystems fest. Die Einführung einer sogenannten Bürgerversicherung lehnen wir ab. Der Wettbewerb zwischen privaten und gesetzlichen Krankenversicherungen ist ein Motor für Verbesserungen und Innovationen.

2.

ALLGEMEINE GESUNDHEITSVERSORGUNG

Deutschland hat eines der besten Gesundheitswesen der Welt. Wir werden sicherstellen, dass Menschen im Falle von Krankheit, Pflegebedürftigkeit oder bei einem Unfall auch zukünftig eine gute medizinische und pflegerische Versorgung erhalten – unabhängig von ihrem Einkommen und Wohnort. Die Freiheit der Arzt- und Krankenhauswahl und ein Wettbewerb unter den Krankenkassen und -versicherungen ermöglichen den Patientinnen und Patienten die Auswahl nach Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung. Unser Gesundheitswesen hat sich mit der freiberuflichen Ärzteschaft, seiner Selbstverwaltung und mit seinen gesetzlichen und privaten Krankenversicherungen bewährt.

3.

ZUKUNFT DER FACHÄRZTE

Den Kern unseres freiheitlichen Gesundheitswesens bilden die freie Arzt- und Krankenhauswahl, die Therapiefreiheit und die Unabhängigkeit der freien Gesundheitsberufe. Daran halten wir fest. CDU und CSU treten für eine gute ambulante fachärztliche Versorgung ein. Fachärzte stehen für eine qualitativ hochwertige und patientennahe Versorgung. Mit dem Innovationsfonds fördern wir zukunftsweisende Versorgungsformen. Ziel ist es dabei, die Versorgung weiterzuentwickeln auch durch eine bessere Verzahnung der Versorgung sowie eine verstärkte Zusammenarbeit unterschiedlicher Facharzttrichtungen und Berufsgruppen.

4.

VERHÄLTNIS AMBULANT/STATIONÄR

Uns leitet das Interesse der Patientinnen und Patienten: Auf sie persönlich werden wir die Versorgung noch stärker zuschneiden. Durch eine bessere Vernetzung aller an der Versorgung Beteiligten werden wir dafür sorgen, dass aus vielen guten medizinischen und pflegerischen Einzelleistungen stets auch eine gute Mannschaftsleistung wird. Gerade die Versorgung älterer, oft mehrfach und chronisch erkrankter Menschen, schwer erkrankter Kinder und psychisch Kranker erfordert dies.

5.

DELEGATION/SUBSTITUTION

CDU und CSU bekennen sich zur Delegation ärztlicher Leistungen. Der Einsatz von qualifizierten nicht-ärztlichen Gesundheitsberufen, die delegierte ärztliche Leistungen erbringen, soll weiter ermöglicht und leistungsgerecht vergütet werden. Die Stärkung und Verbesserung der Ausbildung dieser Berufe wird eine dauerhafte Aufgabe in den kommenden Jahren sein, um die medizinische Versorgung weiter zu verbessern. Diese Maßnahmen sichern ein breiteres medizinisches Versorgungsangebot gerade in den ländlichen Räumen.

6.

VERSORGUNG AUF DEM LAND

CDU und CSU werden die ausreichende ärztliche Versorgung in ländlichen Räumen absichern. Dazu gehören auch der Erhalt von Pflegeeinrichtungen und Krankenhäusern, die schnelle Verfügbarkeit von Notfallmedizin sowie die Versorgung mit Angeboten der Geburtshilfe und mit Hebammen, auch bei der Geburtsvorsorge und -nachsorge. Wir werden die Schaffung „Ärztlicher Versorgungszentren“ fördern. Bei der Studienplatzvergabe im Fach Medizin sollen die Interessen des ländlichen Raums besonders berücksichtigt werden.

Zudem werden wir die Versorgung durch ein ortsnahe Apothekenangebot sichern, indem wir den Versandhandel mit verschreibungspflichtigen Arzneimitteln verbieten.

7.

TELEMATIK

Die Möglichkeiten der Digitalisierung im Gesundheitswesen werden wir entschlossen nutzen. Das E-Health-Gesetz ist dazu

BDC DGCH. Gesundheitspolitische
Wahlprüfsteine zur Bundestagswahl 2017. Passion
Chirurgie. 2017 September, 7(09): Artikel 02.



POLITISCHE NEUIGKEITEN FINDEN
SIE AUF BDC|ONLINE (WWW.BDC.DE,
RUBRIK POLITIK).



HIER FINDEN SIE MEHR
INFORMATIONEN ZUR
BUNDESTAGSWAHL.

ein erster wichtiger Schritt: Wir sichern den Schutz höchstpersönlicher Daten und geben Patientinnen und Patienten zukünftig die Möglichkeit, wesentliche Gesundheitsinformationen den behandelnden Ärzten zur Verfügung zu stellen. Das kommt allen zugute und kann Leben retten.

SPD (SOZIALDEMOKRATISCHE PARTEI DEUTSCHLANDS)



Zweitstimmen bei der letzten Wahl: 11.252.215 (25,7 %)

Mitgliederzahl: ca. 436.000

1.

BÜRGERVERSICHERUNG

Wir wollen dafür sorgen, dass Bürgerinnen und Bürger unabhängig von Einkommen und Wohnort die beste medizinische und pflegerische Versorgung bekommen. Dafür schaffen wir die paritätische Bürgerversicherung, in die alle einzahlen und durch die alle die notwendigen medizinischen Leistungen bekommen.

2.

ALLGEMEINE GESUNDHEITSVERSORUNG

Gute Gesundheitsversorgung darf nicht vom Einkommen und nicht vom Wohnort abhängen.

Wir wollen eine integrierte Bedarfsplanung der gesamten medizinischen Versorgung schaffen. Wir brauchen mehr Hausärztinnen und Hausärzte als heute, und wir wollen die Notfallversorgung verändern, um den Zugang für alle sicherzustellen.

3.

ZUKUNFT DER FACHÄRZTE

Wir wollen, dass das auch für ländliche und strukturschwache Regionen wie für Stadtteile mit sozialen Problemen gute und barrierefreie Versorgung medizinischer Standard ist. Dazu schaffen wir eine integrierte Bedarfsplanung der gesamten medizinischen Versorgung.

Selektivverträge sind geeignet, die Versorgung von Patientinnen und Patienten zu verbessern, sofern sie mit den Anforderungen an die Bedarfsplanung und Sicherstellung der Versorgung und die Notdienste vereinbar sind.

4.

VERHÄLTNIS AMBULANT/STATIONÄR

Wir wollen, dass das auch für ländliche und strukturschwache Regionen wie für Stadtteile mit sozialen Problemen gute und barrierefreie Versorgung medizinischer Standard ist. Dazu schaffen wir eine integrierte Bedarfsplanung der gesamten medizinischen Versorgung. Wir brauchen darüber hinaus mehr Hausärztinnen und Hausärzte als heute, denn sie sind die erste Anlaufstelle im Krankheitsfall. Wir wollen die Notfallversorgung verändern, um den Zugang für alle sicherzustellen.

Mit dem Versorgungstärkungsgesetz haben wir den Verantwortlichen vor Ort mehr Möglichkeiten gegeben, Anreize für eine Niederlassung zu setzen. Zudem werden die Gründungsmöglichkeiten für medizinische Versorgungszentren z. B. für Kommunen, weiterentwickelt, um insbesondere in ländlichen und strukturschwachen Regionen aktiv die Versorgung mitzugestalten.

5.

DELEGATION/SUBSTITUTION

Die Gesundheitsberufe übernehmen zentrale Aufgaben in der medizinischen Versorgung der Bürgerinnen und Bürger. Die Therapeutenberufe müssen qualitativ weiterentwickelt werden, um künftig selbst mehr entscheiden zu können. Dazu zählt die Blankoverordnung beispielsweise beim Physiotherapeuten. Langfristig kann dazu auch der Direktzugang zählen.

6.

VERSORUNG AUF DEM LAND

Wir wollen, dass das auch für ländliche und strukturschwache Regionen wie für Stadtteile mit sozialen Problemen gute und barrierefreie Versorgung medizinischer Standard ist. Dazu schaffen wir eine integrierte Bedarfsplanung der gesamten medizinischen Versorgung.

Wir brauchen darüber hinaus mehr Hausärztinnen und Hausärzte als heute, denn sie sind die erste Anlaufstelle im Krankheitsfall. Wir wollen die Notfallversorgung verändern, um den Zugang für alle sicherzustellen. Mit dem Versorgungstärkungsgesetz haben wir den Verantwortlichen vor Ort mehr Möglichkeiten gegeben, Anreize für eine Niederlassung zu setzen. Zudem werden die Gründungsmöglichkeiten für medizinische Versorgungszentren z. B. für Kommunen, weiterentwickelt, um insbesondere

in ländlichen und strukturschwachen Regionen aktiv die Versorgung mitzugestalten.

7.

TELEMATIK

Die Digitalisierung im Gesundheitswesen werden wir konsequent voranbringen.

So kann etwa die Telemedizin Versorgungsstrukturen gerade in weniger besiedelten Bereichen entscheidend verbessern oder erst ermöglichen und die elektronische Patientenakte die Partizipation und Selbstbestimmung der Patientinnen und Patienten, Versicherten und ihren Angehörigen und einen bruchfreien sektorübergreifenden Behandlungsprozess sichern.

Wir beschleunigen den Ausbau in allen Bereichen und unterstützen Innovation. Grundlage bleibt für uns eine verlässliche einheitliche Telematikinfrastruktur, die ein beispielloses Schutzniveau der sensiblen Daten sichert. Wir sorgen für schnelle Bereitstellung und stetige Weiterentwicklung. Dabei steht für uns im Fokus, dass Patientinnen und Patienten die Hoheit über ihre Daten haben und freiwillig und eigenständig über Zugang und Weitergabe entscheiden können.

DIE LINKE



Zweitstimmen bei der letzten Wahl:

3.755.699 (8,6 %)

Mitgliederzahl: ca. 59.000

1.

BÜRGERVERSICHERUNG

- Wir haben das Konzept der Solidarischen Gesundheits- und Pflegeversicherung
- Alle in Deutschland lebenden Menschen sind versichert
- Beiträge auf alle Einkommensarten und auf das gesamte Einkommen
- Dadurch Reduktion des Beitragssatzes um rund ein Viertel von 15,7 auf unter 12 Prozent
- Durchgerechnetes Konzept (Prof. Dr. Heinz Rothgang von der Uni Bremen)
- Wer viel Einkommen hat, zahlt viel, wer wenig hat, zahlt wenig und wer keins hat, zahlt nichts
- Paritätische Finanzierung

2.

ALLGEMEINE GESUNDHEITSVERSORGUNG

- Versorgung auf dem aktuellen Stand des Wissens für alle Menschen in Deutschland, auch Asylsuchende und derzeit nicht oder prekär Versicherte; Leistungskürzungen rückgängig machen; keine Eigenbeteiligungen für medizinisch notwendige Leistungen
- Ökonomisierung im Gesundheitssystem begrenzen; Gemeinwohlinteressen in den Vordergrund; Kooperation statt Konkurrenz fördern; Selektivverträge (auch Rabattverträge, Hilfsmittelausschreibungen etc.) begrenzen bzw. abschaffen
- Evidenzbasierte Medizin fördern; Unabhängigkeit von Medizin und Forschung gewährleisten
- Ökonomische Anreize, notwendige Leistungen vorzuenthalten oder nicht notwendige zu erbringen, so weit wie möglich begrenzen; Einfluss von Krankenhausträgern auf ärztliche Entscheidungen beseitigen, indem die DRGs durch eine bedarfsorientierte Finanzierung abgelöst werden

3.

ZUKUNFT DER FACHÄRZTE

- Quartalsweise pauschalierende Vergütung in der ambulanten GKV-Versorgung überdenken; Prüfung qualitätsorientierter Vergütungsanreize – damit ggf. auch Wegfall von Richtgrößenprüfungen möglich
- Case-Management (interdisziplinär und intersektoral) muss gefördert werden
- Bei grundversorgenden Fachärztinnen und Fachärzten, insbesondere auch in der Kinder- und Frauenheilkunde, sollten Versorgungsformen analog zur Hausarztzentrierten Versorgung ermöglicht werden; DIE LINKE befürwortet dafür kollektivvertragliche Vereinbarungen

4.

VERHÄLTNIS AMBULANT/STATIONÄR

- Grundsatz ambulant vor stationär muss konsequenter umgesetzt werden
- Belegarztwesen insbesondere im ländlichen Raum fördern, ebenso kurzstationäre Behandlungen, zum Beispiel in Praxiskliniken

- (Vergütungsgrundlage des stationären Anteils in kurzstationären Behandlungen!); parallele reine Krankenhaus- und Belegabteilungen, disziplinsübergreifende Stationen zur belegärztlichen und/oder kurzstationären Behandlung
- Krankenhäuser stärker für ambulante Behandlungen öffnen
- Sektorenübergänge patientenorientiert gestalten (gutes Entlass-Management, abgestimmte Medikation etc.)
- Bei Ambulanter Spezialfachärztlicher Versorgung (ASV) „gleichlange Spieße“ herstellen (gleiche Qualitäts- und organisatorische Anforderungen und Klarheit bei der Vergütung sowie der Abrechnung)
- Mehr stationersetzende Behandlung in der Psychiatrie und Kooperation aller Sektoren dabei ermöglichen. Bessere Krisenintervention.

5.

DELEGATION/SUBSTITUTION

- Mehr Aufgaben für nichtärztliche Berufe
- Rechtssicherheit bei delegierten Leistungen
- Neue Kompetenzen für Heilmittelbringer*innen (Blankoverordnung, Direktzugang bei Physiotherapie erproben)
- Aufbauende Berufsbilder, wie AGNeS oder VERAH

6.

VERSORGUNG AUF DEM LAND

- Bedarfsplanung muss überarbeitet werden und realen Versorgungsbedarf besser abbilden; Alle Subspezialisierungen müssen regelhaft berücksichtigt werden, nicht nur als Sonderbedarfe
- Lange Wartezeiten trotz nomineller „100 %“-Versorgung ist inakzeptabel
- Moderne Versorgungsmodelle wie Polikliniken (grundversorgende, multidisziplinäre Versorgungszentren), Patienten-Shuttles, Rotationspraxen, kommunale Einrichtungen in unterversorgten Gebieten fördern
- Sicherstellungsauftrag der kassenärztlichen Vereinigungen überdenken
- Unterschiedliche Praxisdichte existiert auch aufgrund unterschiedlicher Honorierung für gesetzliche und privat

Versicherte, auch deshalb Solidarische Gesundheitsversicherung einführen

7.

TELEMATIK

- DIE LINKE befürwortet den Aufbau einer Telematik-Infrastruktur zur sicheren und effizienten Kommunikation zwischen Leistungserbringer*innen
- DIE LINKE befürwortet eine elektronische Patientenakte, das eRezept und andere Anwendungen für eine bessere Versorgung. Allerdings ist die elektronische Patientenakte (eGK) in ihrer heutigen Konzeption dafür ungeeignet. Die Komplexität wurde massiv unterschätzt, die Datensicherheit ist gefährdet, bis heute gibt es für die Online-Anwendungen kein Konzept. DIE LINKE betrachtet die eGK als gescheitert und fordert einen Neuanfang für moderne eHealth-Anwendungen.
- Ablehnung der bislang vorgesehenen Speicherung großer Mengen sensibler Patientendaten auf externen Servern
- Stattdessen Erprobung dezentraler Lösungen, bei denen die Daten die Daten auch physisch in Patientenhand bleiben (z. B. mobile Speichersticks)
- Für Gesundheits-Apps fordert DIE LINKE eine transparente Qualitätsüberprüfung (nachgewiesene patientenrelevante Effekte, Datensicherheit), die zumindest diejenigen Anwendungen ablegen müssen, die in der Regelversorgung Anwendung finden. Sind mobile Anwendungen für gut bewertet, sollten sie rasch allen Versicherten zur Verfügung stehen

GRÜNE (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN)



Zweitstimmen bei der letzten Wahl:
3.694.057 (8,4 Prozent)
Mitgliederzahl: ca. 61.000

1.

BÜRGERVERSICHERUNG

- Zentrale Herausforderungen für unser Gesundheitswesen bleiben der demo-

graphische Wandel und der medizinische Fortschritt.

- Hierfür ist eine stabile, verlässliche und gerechte finanzielle Basis nötig, damit sich auch in der Zukunft alle Menschen zu bezahlbaren Beiträgen versichern können und gut versorgt werden.
- Eine Bürgerversicherung schafft mehr Solidarität, Wahlfreiheit und eine bessere Versorgung für alle.
- Die Bürgerversicherung hebt die bestehende Trennung des dualen Krankenversicherungsmarktes aus gesetzlicher und privater Krankenversicherung auf und ermöglicht so den Wettbewerb aller gesetzlichen und privaten Versicherungen um gute Versorgung.

2.

ALLGEMEINE GESUNDHEITSVERSORGUNG

- Der Anteil chronisch kranker und multimorbider Patientinnen und Patienten steigt: Sektor übergreifende Versorgung aus einer Hand wird immer wichtiger.
- Engere Zusammenarbeit aller Gesundheitsberufe und Aufwertung der Pflege nötig.
- Primärversorgung muss gestärkt werden.
- Trennung zwischen den Sektoren muss überwunden, die integrierte Versorgung gestärkt werden.
- Regionen und Kommunen müssen eine stärkere Verantwortung übernehmen.

3.

ZUKUNFT DER FACHÄRZTE

- Fachärzte leisten wichtigen Beitrag für die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung. Daher fachärztliche Versorgung weiterentwickeln.
- Daher Vergütungssystem stärker am Gesundheitsnutzen der Patientinnen und Patienten orientieren.
- Kooperative Versorgungsstrukturen wie Gesundheitszentren/medizinische Versorgungszentren können wichtigen Beitrag zur Stärkung der fachärztlichen Versorgung leisten.

4.

VERHÄLTNIS AMBULANT/STATIONÄR

- Wir wollen eine Reform der Versorgungsplanung, damit ambulante und

stationäre Kapazitäten künftig gemeinsam bedarfsgerecht geplant werden.

- Mittelfristig wollen wir ein gemeinsames Vergütungssystem für ambulante und stationäre fachärztliche Leistungen.
- Wir wollen die Notfallversorgung reformieren, damit die Patientinnen und Patienten die Hilfe bekommen, die sie benötigen und unnötige Krankenhausaufenthalte vermieden werden.

5.

DELEGATION/SUBSTITUTION

- Zunahme älterer und chronisch kranker Patientinnen und Patienten erfordert mehr Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe auf Augenhöhe und eine andere Arbeitsteilung in unserem Gesundheitswesen.
- Aufgabenvorbehalte für bestimmte Berufsgruppen lehnen wir ab. Voraussetzung ist, dass die notwendigen Qualifikationen erworben worden sind.

6.

VERSORGUNG AUF DEM LAND

- Stärkung der hausärztlichen Versorgung und eine bessere Zusammenarbeit aller Gesundheitsberufe.
- Mehr kooperative Versorgungsstrukturen wie etwa Gesundheitszentren.
- Mehr Teamarbeit und flexiblere Arbeitszeiten stehen zum Beispiel ganz oben auf der Wunschliste junger Medizinerinnen und Mediziner und anderer Gesundheitsberufe. Auch hierbei können größere ambulante Einrichtungen helfen.
- Mehr Anreize zur Tätigkeit in ländlichen, unterversorgten Regionen setzen.
- Um eine bessere Verteilung zu erreichen, muss auch die Überversorgung in manchen Regionen wirksamer abgebaut werden.

7.

TELEMATIK

- Digitalisierung bietet Chancen für eine bessere Versorgung.
- Telemedizinische Angebote ausbauen. Dazu bedarf es einer stimmigen politischen Digitalisierungsstrategie, denn gute Telemedizin braucht starke Breitbandverbindungen.

- Für die Aufhebung strikter Beschränkungen wie das Fernbehandlungs- und das von der großen Koalition beschlossene Fernverschreibungsverbot.
- Elektronische Patientenakte zügig auf Gleis setzen. Damit Partizipation der Patientinnen und Patienten verbessern und die Versorgung stärken.

FDP (FREIE DEMOKRATISCHE PARTEI)



Zweitstimmen bei der letzten Wahl:

2.083.533 (4,8 Prozent)

Mitgliederzahl: ca. 54.000

1.

BÜRGERVERSICHERUNG

- Wir Freie Demokraten stehen für Eigenverantwortung und Solidarität im Gesundheitssystem.
- Wir setzen uns neben einer starken privaten Krankenversicherung (PKV) auch für eine freiheitliche gesetzliche Krankenversicherung (GKV) ein.
- Eine „Bürgerversicherung“ im Sinne einer Zwangskasse lehnen wir ab. Staatlich organisierte und rationierte Zuteilungsmedizin führt zu einer Verschlechterung der Versorgung der Bevölkerung.
- Wir wollen die Möglichkeiten vereinfachen, zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung zu wechseln. Dabei muss es Rückwege aus der PKV in die GKV geben.
- Im Fall der Öffnung des Marktes muss die PKV verpflichtet werden, jeden Antragsteller im Basistarif zu versichern. Zugleich muss die Möglichkeit für jeden Versicherten verbessert werden, Altersrückstellungen bei einem Versichererwechsel innerhalb der PKV mitzunehmen.
- Die gesetzlichen Kassen sollen mehr Selbstständigkeit bei Tarifoptionen und Leistungsangeboten bekommen, um den immer individuelleren Bedürfnissen ihrer Versicherten entgegenzukommen.
- Die Versicherungen sollen miteinander in fairem und transparentem Wettbewerb

werb stehen. Dazu muss die Effizienz und der Verteilungsmechanismus des Gesundheitsfonds rasch und gründlich überprüft werden, um entstandene Marktverzerrungen und Ungerechtigkeiten zu beseitigen. Vor allem ist der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich (MorbiRSA), auf dessen Basis die Verteilung der Gelder aus dem Gesundheitsfonds an die einzelnen Krankenkassen vorgenommen wird, auf eine manipulationssichere Basis zu stellen.

2.

ALLGEMEINE GESUNDHEITSVERSORGUNG

- Wir Freie Demokraten wollen, dass die ambulante ärztliche Versorgung und die Niederlassung in eigener Praxis mit Übernahme einer langfristigen, wohnortnahen Verantwortung für die Patientenversorgung wieder an Attraktivität gewinnen
- Wir Freie Demokraten wollen die Budgetierung im Gesundheitswesen abschaffen. Sie hat zu einer Unterfinanzierung der medizinischen Versorgung sowie zu einem Ausbluten der gesundheitlichen Versorgung in den ländlichen Regionen und sozialen Brennpunkten geführt.
- Wir Freie Demokraten halten daran fest, dass Gebärende sich selbst entscheiden dürfen, ob sie in einer Geburtshilfeklinik oder in einem Geburtshaus entbinden möchten, falls keine medizinischen Gründe dagegensprechen.
- Wir Freie Demokraten setzen bei der Krankenhausfinanzierung auf ein Anreizsystem, wonach diejenigen Länder, die ihren Investitionsverpflichtungen für die Krankenhäuser nachkommen, vom Bund einen Zuschuss erhalten.
- Wir Freie Demokraten wollen, dass gesetzliche Krankenkassen über die Leistungen, die sie anbieten, stärker miteinander in den Wettbewerb treten können.
- Bürokratische, zentralistische Lösungen behindern den effizienz- und innovationssteigernden Wettbewerb, der durch einen klaren wettbewerbs- und kartellrechtlichen Rahmen flankiert werden muss.

3.

ZUKUNFT DER FACHÄRZTE

Wir wollen durch mehr Patientensouveränität, den Wettbewerb der Kassen und die Vergütungssysteme den von uns angestrebten Raum für qualifizierte, wohnortnahe Versorgung und das dafür zwingend notwendige Vertrauensverhältnis Fachärztinnen und Fachärzten sowie ihren Patientinnen und Patienten eröffnen.

Die niedergelassenen Haus- und Fachärzte bilden die Basis der flächendeckenden und hochwertigen ambulanten ärztlichen Versorgung in unserem Land. Besonders die demografische Entwicklung und die Zunahme des Anteils älterer Menschen erfordert ein gutes Angebot in diesem Bereich. Wir Freie Demokraten wollen, dass die ambulante ärztliche Versorgung und die Niederlassung in eigener Praxis mit Übernahme einer langfristigen, wohnortnahen Verantwortung für die Patientenversorgung wieder an Attraktivität gewinnen. Unterschiedliche Arbeitsweise von Fachärzten ergibt sich aus den unterschiedlichen Bedürfnissen eines „stationären“ oder „ambulanten“ Patienten. Deshalb muss die Ausbildung des Facharztes in Zukunft auch eine Ausbildung in beiden Bereichen beinhalten.

4.

VERHÄLTNISS AMBULANT/STATIONÄR

Eine einfache Auflösung der Sektorengrenzen erscheint wenig sinnvoll. Die Kommunikation zwischen den Sektoren muss jedoch gefördert werden, nicht deren Verschmelzung. Sektorenübergreifende Versorgungskonzepte, insbesondere für den ländlichen Raum, gewährleisten die medizinische Versorgung auch für die Zukunft.

5.

DELEGATION/SUBSTITUTION

Substitution oder Delegation ärztlicher Leistung steht für uns Freie Demokraten nicht zur Debatte. Die politische Herausforderung stellt sich anders und wird eher so formuliert: Wie soll eine gute medizinische Versorgung bei einem zu erwartenden Ärztemangel bewältigt werden? Wenn sich die Honorierung in einer Praxis wieder rechnet und eine sichere finanzielle Basis der Praxen bietet, werden sich auch wieder mehr Ärzte

(Haus- und Fachärzte) in die ländlichen Regionen begeben.

6.

VERSORGUNG AUF DEM LAND

Unser Ziel ist, die Patientenversorgung flächendeckend, wohnortnah und auf hohem Qualitätsniveau sicherzustellen. Die Attraktivität des niedergelassenen Arztberufes ist zu steigern. Weitere Schaffung von Lehrstühlen für Allgemeinmedizin. Bessere Vernetzung von Lehrpraxen mit medizinischen Fakultäten und die Förderung von Weiterbildungsverbünden zwischen Praxen und Krankenhäusern. Der Wiedereinstieg in den ärztlichen Beruf zum Beispiel nach Eltern- oder Pflegezeit ist zu fördern. Ärztliche Kooperationen sind inzwischen ein wichtiges Element der Versorgung. Trotzdem bilden das Rückgrat der Versorgung freiberuflich, in eigener Praxis niedergelassene Ärztinnen und Ärzte.

7.

TELEMATIK

Wir wollen die Potenziale der Digitalisierung durch „E-Health“ heben. Nutzen wir die Chance und machen unser Gesundheitssystem unkomplizierter und smarter. Wir setzen uns ein für den Ausbau digitaler Gesundheitsdienstleistungen, mehr Forschung auf dem Gebiet der digitalen Gesundheitsdienstleistungen, Verringerung der Bürokratie durch Digitalisierung, Schaffung einer angemessenen dezentralen Infrastruktur sowie Datenschutz auf dem Niveau des neuen europäischen Datenschutzstandards.

AFD (ALTERNATIVE FÜR DEUTSCHLAND)



Zweitstimmen bei der letzten Wahl:
2.056.985 (4,7 Prozent)
Mitgliederzahl: ca. 25.000

1.

BÜRGERVERSICHERUNG

Diese Frage ist vom Bundesparteitag der AfD noch nicht abschließend entschieden worden. Das zuständige Expertengremium der AfD, der Bundesausschuss

Gesundheitspolitik, hat sich jedoch fast einstimmig für eine Beibehaltung des dualen Versicherungssystems und gegen die, von SPD, Grünen und Sozialisten geplante Bürgerversicherung ausgesprochen. Insgesamt entspricht das duale Versicherungssystem mit weitgehender Wahlfreiheit des Versicherten der freiheitlichen Grundeinstellung der AfD, die den Bürger grundsätzlich selbst entscheiden lässt, was für ihn gut und richtig ist.

2.

ALLGEMEINE GESUNDHEITSVERSORGUNG

In der nächsten Legislaturperiode werden große gesundheitspolitische Herausforderungen auf uns zukommen. Wichtigstes Ziel muss der Erhalt der flächendeckenden und qualitativ hochwertigen Versorgung der Bevölkerung mit ambulanten und stationären Gesundheitsleistungen sein. Diese sehen wir vor dem Hintergrund der demographischen Krise und den Problemen insbesondere im ländlichen Raum gefährdet.

Der Mangel an medizinischem Personal, sowohl im ärztlichen als auch im pflegerischen Bereich, hat längst besorgniserregende Ausmaße erreicht. Hier ist ein Bündel von Maßnahmen erforderlich, um die Anzahl der Studien- und Ausbildungsabsolventen zu steigern. Im Krankenhausbereich stößt das DRG-Fallpauschalensystem an seine Grenzen. Die unzureichende Finanzierung der Personalkosten in den Fallpauschalen, der Investitionsstau in den Ländern und die Tendenzen zur Konzentration auf wenige Trägergruppen können nicht hingenommen werden.

3.

ZUKUNFT DER FACHÄRZTE

Wir teilen vollumfänglich die Überzeugung, dass die freiberuflichen Ärzte zu den unverzichtbaren Stützen der ambulanten Gesundheitsversorgung in unserem Gesundheitssystem gehören. Dazu zählt das flächendeckende System der inhabergeführten Praxen - auch als Einzelpraxen - zu erhalten und zu stärken. Wir unterstützen die Erleichterung der Niederlassung, sehen allerdings auch, dass verhältnismäßig viele ärztliche Kollegen die Niederlassung in den

Ballungsgebieten anstreben, während der ländliche Raum teilweise unterversorgt ist. Insofern müssen gewisse Steuerungsmöglichkeiten gegeben sein, die jedoch vorzugsweise im Rahmen der Selbstverwaltung vereinbart werden sollten.

4.

VERHÄLTNIS AMBULANT/STATIONÄR

Die ambulante Versorgung wird durch den Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen garantiert, die stationäre Versorgung durch die privaten Kliniken und Öffentlichen Krankenhäuser. Eine Öffnung der Krankenhäuser für die flächendeckende ambulante Versorgung halten wir für nicht sinnvoll, da sie zur Fehlsteuerung wichtiger medizinischer Ressourcen führt. Jedoch sind ambulante und stationäre Doppeluntersuchungen schon aus Kostengründen nicht mehr angesagt. Notwendig ist eine deutlich bessere Verzahnung beider Sektoren, für die es durchaus schon Ansätze und Lösungsmöglichkeiten gibt. Wir sehen hier z. B. die gemeinsame Notfallversorgung im Krankenhaus, bestehend aus Portalpraxis und Notfallambulanz oder auch das Belegarztwesen als Schritte in die richtige Richtung. Insgesamt zwingt schon der ärztliche Nachwuchsmangel zu einer intensivierte Zusammenarbeit beider Sektoren. Die Leistungsfähigkeit beider Sektoren ist zu stärken.

5.

DELEGATION/SUBSTITUTION

Die Einführung neuer Heilberufe sehen wir insgesamt eher kritisch. Die Vorteile der diskutierten Modelle sind nicht immer klar ersichtlich, zumal eines der Hauptprobleme im Gesundheitswesen, der Mangel an ärztlichem und pflegerischem Personal, hiermit nicht behoben werden kann. Ärzte müssen weiterhin die Hoheit über Diagnose, Indikation und Therapie ihrer Patienten haben. Sie tragen damit auch die nicht delegierbare Hauptverantwortung für den Behandlungsprozess. Insofern ist die Delegation medizinischer Leistungen in jedem Falle der Substitution vorzuziehen.

6.

VERSORGUNG AUF DEM LAND

Die Entwicklungen, dass gleichzeitig die Landbevölkerung überaltert und junge, gut-situierte Menschen aus strukturschwachen in städtische Regionen ziehen, belasten die Medizinberufe auf dem Land erheblich. Der resultierenden Folge des Ärztemangels kann nur durch ein Bündel verschiedener Maßnahmen entgegengetreten werden. Wir sehen bereits Modellprojekte, in denen das Leben auf dem Land durch günstige Neubaugebiete, verbesserte Nahversorgung und einer guten Internetverbindung attraktiver werden kann.

Eine Attraktivitätssteigerung der hausärztlichen Versorgung auf dem Land gelingt unseeres Erachtens nur über Zusammenarbeit von kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen gemeinsam mit den öffentlichen Verwaltungen vor Ort. Hier sind sicher auch Modellprojekte zu KV-geführten und trilateral finanzierten Primärarztpraxen zielführend.

7.

TELEMATIK

Dass die telematische Vernetzung von Praxen und Kliniken Effizienzgewinne und Vorteile für die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung bringen soll, sehen wir bisher nur theoretisch. Praktisch haben bisher alle Versuchsfelder und -regionen diesen Beweis nicht erbracht. Solange technische und datenschützerische Probleme und Risiken nicht vollends beseitigt sind und die Kosten der Telematikstruktur vollumfänglich von den Nutznießern, also den Krankenkassen, geleistet werden, haben wir erhebliche Vorbehalte gegen eine verpflichtende Einführung der Telematik in Kliniken und Arztpraxen.

Die Telemedizin ist insbesondere in strukturschwachen Gebieten ein innovatives Mittel, um Versorgungsengpässen zu begegnen. Es ist unstrittig, dass die Telemedizin ein hervorragendes Hilfsmittel für den behandelnden Arzt ist, diesen aber zu keiner Zeit ersetzen kann. Daneben muss den Anforderungen des Datenschutzes höchste Priorität eingeräumt werden.



AKTUELLE MELDUNGEN



22.08.2017

BDC⁺ CHRONISCHE WUNDEN: BVMED RÄT ZUM WIDERSPRUCH

Patienten mit chronischen Wunden, denen die Krankenkasse die Leistungsbewilligung ablehnt, rät der Bundesverband Medizintechnologie (BVMed), innerhalb von 30 Tagen Widerspruch einzulegen und für eine ...



18.08.2017

BDC⁺ GESUNDHEITSPOLITIK NACH DER BUNDESTAGSWAHL 2017

Am 24. September 2017 ist Bundestagswahl. Aus gesundheitspolitischer Perspektive deshalb bereits gerechtfertigt, die kommende Legislaturperiode bereits als „Business as usual“ zu betrachten oder doch ...



17.08.2017

BDC⁺ ARZTPRAXEN ERZIELEN 70 PROZENT IHRER EINNAHMEN AUS KASSENABRECHNUNG

Am 24. September 2017 ist Bundestagswahl. Aus gesundheitspolitischer Perspektive deshalb bereits gerechtfertigt, die kommende Legislaturperiode bereits als „Business as usual“ zu betrachten oder doch ...



15.08.2017

BDC⁺ 19,5 MILLIONEN PATIENTEN IM JAHR 2016 STATIONÄR IM KRANKENHAUS BEHANDELT

Im Jahr 2016 wurden 19,5 Millionen Patientinnen und Patienten stationär im Krankenhaus behandelt. Das waren 277 400 Behandlungsfälle oder 1,4 % mehr als im Jahr zuvor. Wie das Statistische Bundesamt ...



14.08.2017

BDC⁺ NEUE KANDIDATINNEN FÜR DEN G-BA

Während die Patientenorganisationen, die kein Vorschlagsrecht besitzen, die Wiederberufung von Dr. Regina Klakow-Franck als Unparteiische im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) favorisieren, legen der ...



11.08.2017

BDC⁺ QUALITÄTSORIENTIERTE VERGÜTUNG GEFÄHRDET DIE SPEZIALISIERTEN FACHKLINIKEN

Leistungsstreichungen, Kürzungen der diagnosebezogenen Fallpauschalen und qualitätsorientierte Vergütungen durch „Pay-for-Performance-Modelle“: Die aktuellen politischen Maßnahmen zur Umsetzung ...

Allianz Deutscher Ärzteverbände: Digitalisierung muss vorangetrieben werden

ALLIANZ DEUTSCHER
ÄRZTEVERBÄNDE

c/o MEDI GENO Deutschland e.V.
Bleibtreustraße 24, 10707 Berlin

Die Allianz Deutscher Ärzteverbände befürwortet die Position der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) im Rahmen des Konzepts „KBV 2020“, die Digitalisierung im Gesundheitswesen sinnvoll einzusetzen. „Der Digitalisierungsprozess ist kein Selbstzweck, muss aber dort vorangetrieben werden, wo nachhaltig Entbürokratisierung und Versorgungsverbesserung erreicht werden können“, erklärt Dr. Werner Baumgärtner, amtierender Sprecher der Allianz und Vorstandsvorsitzender von MEDI GENO Deutschland.

Längst überfällig sei das zum Beispiel bei der elektronischen Vernetzung und der Kommunikation der Praxen untereinander. Hier müssen Innovationen umgesetzt werden, die auch über die Ansätze des E-Health-Gesetzes hinausgehen und eine schnellere Information

der an der Patientenversorgung Beteiligten bieten. Auch telemedizinische Ansätze und Konzepte für eine medizinisch sinnvolle elektronische Patientenakte können die Versorgung verbessern, wenn dabei das Vertrauensverhältnis zwischen Patient und Arzt erhalten bleibt.

Die Allianz Deutscher Ärzteverbände unterstützt dabei ebenso die im KBV-Konzept enthaltenen Zielsetzungen Datenschutz, Datensicherheit, Aufwandsneutralität, Effektivität und Interoperabilität. „Die aktuell stattfindende Einführung der Telematikinfrastruktur darf jedoch nicht zu Monopolstellungen führen, die digitale Innovationen behindern. Zur Telematikinfrastruktur muss auch ein diskriminierungsfreier Zugang bestehen“, betont Baumgärtner. 



WEITERE MELDUNGEN FINDEN SIE
AUF BDC|ONLINE (WWW.BDC.DE,
RUBRIK POLITIK)

135. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie 2018

Sehr geehrte Kolleginnen, sehr geehrte Kollegen,

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

Wir erwarten in Berlin zahlreiche internationale Gäste und unsere Partnergesellschaften aus Österreich, der Schweiz, England, Japan sowie den USA.

In der langen Geschichte unserer Fachgesellschaft wurde Spanien erstmalig als Gastland ausgewählt und wir freuen uns ganz besonders auf die Teilnahme der spanischen Kolleginnen und Kollegen. Offizieller Repräsentant wird Prof. P. Brechta-Boix, Präsident der „Spanish Society of Surgical Oncology“ sein.

Das Motto des Kongresses lautet: **Tradition – Innovation – Globalisierung**

Der Kongress wird auch im Jahr 2018 zweisprachig (deutsch/englisch) abgehalten werden. Für den 135. Kongress wurde gemeinsam mit MCN eine neue und komplett

überarbeitete Kongresshomepage erstellt (www.chirurgie2018.de).

Ein Novum des 135. Kongresses sind interaktive Sitzungen mit Ärzten, Verwaltungsangestellten und Vertretern der Industrie. Hier werden wichtige Themen der Zeit wie die Prozessoptimierung, das Vergaberecht, die Digitalisierung in der Chirurgie, der Operationssaal der Zukunft und echte „Start-up“-Innovationen näher beleuchtet.

Besonders erfreulich ist neben den interdisziplinären Sitzungen mit der Deutschen Gesellschaft für Anästhesie und Intensivmedizin, eine neue Konzeption mit der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin, gemeinsame Sitzungen zu gestalten. Wir möchten damit insbesondere die Aspekte der personalisierten Medizin auf den Gebieten der chronisch entzündlichen Darmerkrankungen, der vaskulären Medizin, aber auch den Stellenwert der Chirurgie in der geriatrischen Medizin beleuchten.

Das Engagement für junge Chirurginnen und Chirurgen ist ein wesentlicher Garant dafür, dass alle Fachbereiche innerhalb der





PROF. DR. MED. J. FUCHS
Präsident der DGCH 2017/2018
info@dgch.de

Chirurgie in der Zukunft medizinische Spitzenleistungen anbieten können, um im globalen Wettbewerb Bestand zu haben. Demzufolge wird u. a. ein Schwerpunkt des Kongresses die Innovation und Motivation in der Weiterbildung darstellen.

Auf diesem Sektor wird sich das Perspektivforum Junge Chirurgie mit eigenen Sitzungen engagieren. Hier wird neben der Förderung der PJ-Studenten, über Weiterbildungskonzepte bis hin zur Attraktivität von Chefarztpositionen diskutiert werden. Weiterhin werden attraktive Simulationstools für das Schockraummanagement, die Sectio chirurgica und Möglichkeiten der webbasierten Chirurgie, Innovationen in der radiologischen Bildgebung und vieles mehr dargestellt.

Hinzukommen die chirurgischen Trainingslabore, fachspezifische Workshops, Seminare und interessante Industriesymposien.

Wichtige Themen werden auch die transnationale und internationale Forschung, die Telemedizin sowie die europäischen Netzwerkbildung innerhalb der Chirurgie sein. Weitere Aspekte für intensive wissenschaftliche und berufspolitische Diskussionen sind Konzepte zur Beseitigung des Ärzte- und Pflegemangels, zum Medizintourismus und die Herausforderung en zur Immigration und Katastrophenmedizin.

In der Posterausstellung werden in jeder Kategorie wieder die besten Poster prämiert und im Anschluss Bier und Brezel gereicht.

Der Organspendelauf wird um den City-Cube erfolgen und dient unter anderem der Unterstützung der Kinderhilfe Organtransplantation (www.kiohilfe.de).

Ein Kongress lebt nicht nur vom wissenschaftlichen Programm, die Knüpfung und Vertiefung sozialer Kontakte hat eine ebenso große Bedeutung. Der gemeinsame Gesellschaftsabend der DGCH, der DGAV, der DGKCH, der DGG und DGT ist dafür ein ideales Ereignis. Das traditionsreiche Ambiente der Orangerie des Schlosses Charlottenburg bietet alle Möglichkeiten für einen Abend in entspannter Atmosphäre.

Als Highlight der Abschlussveranstaltung am 20. April 2018 wird der Gastredner Alexander Huber sprechen. Er ist Diplom-Physiker, renommierter Bergsteiger und Buchautor zugleich und wird uns über seine Motivation und Herausforderungen beim Extremklettern erzählen.

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

Ich freue mich, Sie auf unserem Kongress in Berlin begrüßen zu dürfen.

Ihr

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



Rekrutierende multizentrische chirurgische Studien in Deutschland

LAUFENDE STUDIEN

Ab sofort veröffentlichen wir regelmäßig eine Auflistung „Klinische Studien“, die rekrutierende multizentrische chirurgische Studien vorstellt. Details und Hintergrund dazu im Beitrag: Wente MN et al. (2007) Rekrutierende multizentrische chirurgische Studien in Deutschland. Chirurg 78: 362–366.

Die Tabelle enthält Informationen über laufende Studien, die aktuell rekrutieren und daher zur Teilnahme von interessierten Chirurgen offen sind. Die Liste hat selbstverständlich nicht den Anspruch auf Vollständigkeit. Neuregistrierungen sind über das Studienzentrum der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (SDGC) möglich.

Quelle: Der Chirurg 2017. Klinische Studien. 88. Springer Medizin Verlag Berlin 2017

KONTAKT

Dr. Solveig Tenckhoff
Studienzentrum der Deutschen
Gesellschaft für Chirurgie
T: 06221/56-36839
F: 06221/56-6988
Solveig.Tenckhoff@med.uni-heidelberg.de
www.sdgc.de

MULTIZENTRISCH RANDOMISIERT KONTROLLIERTE STUDIEN

STUDIENLEITER	PATIENTEN/OP.-VERFAHREN	FIRST PATIENT IN/ STATUS DER STUDIE	FINANZIERUNG DER STUDIE/FALLGELD	ANSPRECHPARTNER/ KONTAKT
Studientitel: ANTERIOR APPROACH, Registrierungsnummer: ISRCTN 45066244				
Prof. Dr. J. Weitz	Synchrone oder metachrone kolorektale Lebermetastasen, potentiell kurative Hemihepatektomie rechts Experimentelle Gruppe: Anterior approach Resektion Kontrollgruppe: Konventionelle Leberresektion	FPI: 10.02.2003 83 von 150 Patienten	- Kein Fallgeld	Prof. Dr. J. Weitz Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden Klinik für Viszeral-, Thorax- und Gefäßchirurgie T: 0351/458-2742 F: 0351/458-4395 E: Direktor-VTG-Chirurgie@uniklinikum-dresden.de
Studientitel: AWARE, Registriernummer: NCT01181206				
Dr. J. C. Lauscher Prof. Dr. J.-P. Ritz Prof. Dr. H. J. Buhr	Oligosymptomatische Narbenhernie (Abwesenheit des hernienbezogenen Schmerzes oder von Beschwerden, die die normalen Aktivitäten beeinträchtigen) Experimentelle Gruppe: Watchful waiting Kontrollgruppe: operative Versorgung (offene Netzverfahren, laparoskopische Netzverfahren, offene Nahtverfahren)	FPI: 14.11.2011 460 von 636 Patienten	DFG 610 € (zzgl. Um- satzsteuer)/Patient	Dr. J. Lauscher Universitätsmedizin Berlin, Charité Campus Benja- min Franklin Chirurgische Klinik I T: 030/8445-2948 F: 030/450-522 902 E: johannes.lauscher@charite.de



STUDIENZENTRUM DER
DEUTSCHEN GESELLSCHAFT FÜR
CHIRURGIE. REKRUTIERENDE
MULTIZENTRISCHE CHIRURGISCHE
STUDIEN IN DEUTSCHLAND.
PASSION CHIRURGIE. 2017 JULI,
SEPTEMBER 7(09): ARTIKEL 06_01.

MULTIZENTRISCH RANDOMISIERT KONTROLLIERTE STUDIEN				
STUDIENLEITER	PATIENTEN/OP.-VERFAHREN	FIRST PATIENT IN/ STATUS DER STUDIE	FINANZIERUNG DER STUDIE/FALLGELD	ANSPRECHPARTNER/ KONTAKT
Studientitel: BariSurg₃ Registriernummer: DRKS00004766				
Prof. Dr. L. Fischer	Patienten mit einem BMI von 35–40 kg/m ² und mit mindestens einer assoziierten Begleiterkrankung sowie Patienten mit einem BMI von 40–60 kg/m ² Experimentelle Gruppe: Magenschlauch-OP Kontrollgruppe: Magenbypass-OP	FPI: 27.11.2013 75 von 248 Patienten	– Kein Fallgeld	Prof. Dr. L. Fischer Universitätsklinikum Heidelberg Chirurgische Klinik T: 06221/56-39493 F: 06221/56-7470 E: Lars.Fischer@med.uni-heidelberg.de
Studientitel: CoCStom₄ Registrierungsnummer: DRKS00005113				
Prof. Dr. P. Kienle	Patienten mit Rektumkarzinom UICC II-III nach neoadjuvanter Radiochemotherapie und TAR mit TME und protektivem Stoma Experimentelle Gruppe: Frühe Stomarückverlagerung 8–10 Tage nach Tumoresektion, anschließend Chemotherapie Kontrollgruppe: Späte Stomarückverlagerung 4 Wochen nach Beendigung der adjuvanten Chemotherapie	FPI: 27.12.2013 200 von 257 Patienten	DFG 1.000 €/Patient	Dr. F. Şandra-Petrescu Dr. F. Herrle Universitätsmedizin Mannheim Chirurgische Klinik T: 0621/383-4453 oder -1501 F: 0621/383-1955 E: flavius.sandra-petrescu@umm.de E: florian.herrle@umm.de
Studientitel: DiaSurg 2-Studie₅ Registrierungsnummer: DRKS 00004550				
Prof. Dr. M.W. Büchler PD Dr. B.P. Müller	Insulinabhängiger Diabetes mellitus Typ 2 und BMI 26–35 kg/m ² Experimentelle Gruppe: Magenbypass Kontrollgruppe: Optimale medikamentöse Therapie	FPI: 25.03.2013 20 von 400 Patienten	Manfred Lautenschläger-Stiftung, Covidien AG, Schweiz 500 €/Patient	Prof. Dr. B.P. Müller Universitätsklinikum Heidelberg Chirurgische Klinik Sektion Minimalinvasive Chirurgie T: 06221/56-8641 F: 06221/56-8645 E: beat.mueller@med.uni-heidelberg.de
Studientitel: FREY-BERNER₆ Registrierungsnummer: ISRCTN 26157183				
Prof. Dr. H. Witzigmann	Chronische Pankreatitis Experimentelle Gruppe: Duodenumerhaltende Pankreaskopfresektion nach Frey Kontrollgruppe: Duodenumerhaltende Pankreaskopfresektion in der Berner Modifikation	FPI: 16.03.2006 65 von 66 Patienten	– Kein Fallgeld	Dr. U. Ringel und K. Westphal Städtisches Krankenhaus Dresden-Friedrichstadt Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie T: 0351/480-1520 F: 0351/480-1149 E: ringel-ul@khdf.de, Katina-Westphal@web.de
Studientitel: Gastripec I₇ Registrierungsnummer: DRKS 00003078 EudraCT-Number: 2006-006088-22				
Prof. Dr. B. Rau, MBA	Magenkarzinompatienten inkl. AEG mit einer primären Peritonealkarzinose ohne weitere Fernmetastasen außer Krukenbergtumor Experimentelle Gruppe: Neoadjuvante Chemotherapie, zytoreduktive Chirurgie und hypertherme intraperitoneale Chemotherapie (HIPEC), postoperative Chemotherapie Kontrollgruppe: Neoadjuvante Chemotherapie, zytoreduktive Chirurgie, postoperative Chemotherapie	FPI: 05.03.2014 88 von 180 Patienten	DKH 300€/Patient	Prof. Dr. B. Rau, MBA Universitätsmedizin Berlin Charité Campus Mitte Klinik für Allgemein-, Viszeral-, Thorax- und Gefäßchirurgie T: 030/450-622214 F: 030/450-7522214 E: beate.rau@charite.de

MULTIZENTRISCH RANDOMISIERT KONTROLLIERTE STUDIEN				
STUDIENLEITER	PATIENTEN/OP.-VERFAHREN	FIRST PATIENT IN/ STATUS DER STUDIE	FINANZIERUNG DER STUDIE/FALLGELD	ANSPRECHPARTNER/ KONTAKT
Studientitel: Nabelhernie: IPOM vs. Sublay, Registrierungsnummer: NCT01201564				
Prof. Dr. D. Oertli PD Dr. O. Heizmann	Patienten mit nicht inkarzierter Nabelhernie $\geq$ 1cm Durchmesser Experimentelle Gruppe: Laparoskopisch appliziertes intraperitoneales Onlay Mesh (IPOM) Kontrollgruppe: Sublay-Netzplastik	FPI: 15.09.2010 105 von 306 Patienten	Universitätsspital Basel, Schweiz Kein Fallgeld	Dr. D. Matz Agaplesion Diakonieklinikum Rotenburg Wümme T: 04261/77-2757 F: 04261/77-2140 E: d.matz@diako-online.de
Studientitel: PAKMAN₁₀ Registrierungsnummer: DRKS00007784				
Dr. P. Knebel	Patienten mit Indikation zur elektiven Pankreatoduodenektomie Experimentelle Gruppe: Intraoperative Allgemein- und postoperative patientenkontrollierte intravenöse Analgesie (IV-PCA) Kontrollgruppe: Kombinierte Allgemein- und epidurale Anästhesie und postoperative epidurale Analgesie (EDA)	FPI: 30.06.2015 345 von 370 Patienten	Dietmar Hopp Stiftung 700 €/Patient	PD Dr. P. Knebel Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Transplantation- schirurgie, Universitätsklinikum Heidelberg T: 06221/56-35154 oder -39652 F: 06221/56-33850 E: phillip.knebel@med.uni-heidelberg.de
Studientitel: RELY₁₁ Registrierungsnummer: NCT01073358				
Prof. Dr. J. Weitz	Patienten zur geplanten R0-Resektion von kolorektalen Lebermetastasen Experimentelle Gruppe: Resektion der kolorektalen Lebermetastasen mit hilärer Lymphadenektomie Kontrollgruppe: Resektion der kolorektalen Lebermetastasen ohne hiläre Lymphadenektomie	FPI: 09.03.2010 211 von 224 Patienten	– Kein Fallgeld	PD Dr. N.N. Rahbari Klinik und Poliklinik für Viszeral-, Thorax- und Gefäßchirurgie Universitätsklinikum Carl Gustav Carus an der TU Dresden T: 0351/458-19260 F: 0351/458-7273 E: nuh.rahbari@uniklinikum-dresden.de
Studientitel: SAWHI-V.A.C.® Study₁₂ Registrierungsnummer: DRKS00000648, NCT01528033				
D. Seidel	Primär verschlossene abdominale Wunden mit Wundheilungsstörung im postoperativen Verlauf nach chirurgischem Eingriff ohne Fasziendehiszenz manifestiert als einer oder mehrerer der folgenden Zustände: -eine Wunde mit spontaner Dehiszenz -eine Wunde, welche eine aktive Wiedereröffnung der Naht durch den behandelnden Arzt erfordert -eine Wunde, welche primär nicht verschlossen werden kann und weitere Behandlung zum Erreichen eines definitiven Wundverschlusses erfordert Experimentelle Gruppe: Vakuumversiegelungstherapie (Vacuum Assisted Closure® (V.A.C.®) Therapy) Kontrollgruppe: Übliche Standardwundtherapie (Standard Conventional Wound Therapy (SCWT)) gemäß des institutionellen klinischen Standards	FPI: 01.08.2011 495 von 600 Patienten	KCI- Kinetic Concepts Incorporated 1.000 €/Patient	Dr. D. Seidel Universität Witten/Herdecke Institut für Forschung in der Operativen Medizin Köln T: 0221/98-95731 F: 0221/98-95730 E: doerthe.seidel@uni-wh.de

MULTIZENTRISCH RANDOMISIERT KONTROLLIERTE STUDIEN

STUDIENLEITER	PATIENTEN/OP.-VERFAHREN	FIRST PATIENT IN/ STATUS DER STUDIE	FINANZIERUNG DER STUDIE/FALLGELD	ANSPRECHPARTNER/ KONTAKT
Studientitel: WOPP14* Registrierungsnummer: NCT01855464				
Prof. Dr. T. Walles, FETCS Prof. Dr. J. Neudecker (Stellvertreter Studienleiter)	Patienten (15–40 Jahre) mit Rezidiv eines primären Spontanpneumothorax (PTX) oder therapierefraktärem PTX Erstereignis Experimentelle Gruppe: Lungenkeilektomie mit parietaler Pleurektomie Kontrollgruppe: Alleinige parietale Pleurektomie	FPI: 19.11.2013 232 von 360 Patienten	DFG 525 €/Patient	Prof. Dr. T. Walles, FETCS Studienbüro: Universitätsklinikum Würzburg Zentrum Operative Medizin Klinik und Poliklinik für Thorax-, Herz- und thorakale Gefäßchirurgie T: 0931/201-33016 F: 0931/201-33019 E: Denninger_S@ukw.de Stellvertretender Studienleiter: Prof. Dr. J. Neudecker Charité - Universitätsmedizin Berlin Campus Charité Mitte Campus Virchow-Klinikum Chirurgische Klinik Chirurgisches Regionalzentrum Berlin des CHIR-Net T: 030/450-622132 F: 030/450-522929 E: Jens.Neudecker@charite.de

- [1] Influence of two different resection techniques of liver metastasis from colorectal cancer on hematogenous tumor cell dissemination – prospective randomized multicenter trial
- [2] Randomisierte, multizentrische Studie mit der primären Hypothese, dass kontrolliertes Warten (watchful waiting) dem chirurgischen Verschluss asymptomatischer sowie oligosymptomatischer Narbenhernien nicht unterlegen ist hinsichtlich Schmerzen und Beschwerden während normaler Aktivitäten
- [3] Sleeve gastrectomy versus Roux-en-Y gastric bypass in obese patients with BMI 35-60 kg/m² – a multicenter randomized trial
- [4] Prospective randomised multicentre investigator initiated study: Randomised trial comparing completeness of adjuvant chemotherapy after early versus late diverting stoma closure in low anterior resection for rectal cancer
- [5] Chirurgische vs. medizinische Therapie des insulin-abhängigen Typ 2 Diabetes mellitus bei Patienten mit einem Body Mass Index zwischen 26 und 35 kg/m²: Eine randomisiert kontrollierte nationale Multizenterstudie.
- [6] Comparison of duodenum-preserving pancreatic head resection after Frey and Berner as treatment of chronic pancreatitis
- [7] Prospektive multizentrische Phase III-Studie zur zytoreduktiven Chirurgie mit hyperthermer intraperitonealer Chemoperfusion nach präoperativer Chemotherapie beim Magenkarzinom inkl. AEG mit primärer peritonealer Metastasierung
- [8] Einfluss einer präoperativen Vitamin D-Gabe auf die postoperative Hypokalzämie bei Patienten, welche sich einer totalen Thyreoidektomie unterziehen müssen
- [9] Comparative Study Matching Intraperitoneal Onlay Mesh (IPOM) and Sublay Mesh to Treat Umbilical Hernia
- [10] Intravenöse vs. epidurale Analgesie zur Reduktion gastrointestinaler Komplikationen nach elektiver Pankreatoduodenektomie
- [11] Eine randomisierte, kontrollierte Studie zur Lymphknotenentfernung bei Resektion kolorektaler Lebermetastasen
- [12] Treatment of Subcutaneous Abdominal Wound Healing Impairment after surgery without fascial dehiscence by Vacuum Assisted Closure™ versus standard conventional wound therap
- [13] Resection of the primary tumor versus no resection prior to systemic therapy in patients with colon cancer and synchronous unresectable metastases (UICC stage IV)
- [14] Pulmonary wedge resection plus parietal pleurectomy (WRPP) versus parietal pleurectomy (PP) for the treatment of recurrent primary pneumothorax

* Diese Studie wird im Verbund des chirurgischen Studiennetzwerkes Deutschland CHIR-Net durchgeführt.

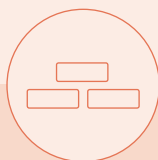
Stand: Juni 2017

ERNENNUNGEN & AUSZEICHNUNGEN

- (1) Am 07.05.2017 wurde die Ehrenmitgliedschaft der „European Society for Trauma and Emergency Surgery – ESTES“ in Anerkennung seines Lebenswerkes an **Univ. Prof. Dr. med. Dr. h.c. Selmán Uranüs** verliehen.
- (2) Drei Nachwuchschirurgen sind beim Jahreskongress der Thüringischen Gesellschaft für Chirurgie e.V. für ihre Leistungen ausgezeichnet worden. **Dr. med. Philipp Felgendreiff** hat ein Forschungsstipendium erhalten. Das Stipendium wurde ihm für seine wissenschaftlichen Arbeiten zum „biologischen Organ-Engineering“ zuerkannt. Sein Kollege, der aus der chinesischen Stadt Wuhan stammende Mediziner **Weiwei Wei**, hat für seine Doktorarbeit ebenfalls eine Auszeichnung der Thüringischen Gesellschaft für Chirurgie erhalten, nämlich den „Nikolai Guleke-Preis“. **Dr. med. Christoph Löschner** konnte sich über den ersten Preis der Thüringischen Fachgesellschaft freuen.
- (3) **Prof. Dr. med. Dr. h.c. Volker Schumpelick** und **Prof. Dr. med. Dr. h.c. mult. Reinhard Bittner** wurden in die „Hall of Fame“ der Hernienchirurgen aufgenommen. Seit E. Bassini sind in der „Hall of Fame“, die in der 5. Auflage des Standardbuches „Management of Abdominal Hernias“, Hrsg. K. LeBlanc und A. Kingsnorth, veröffentlicht wird, lediglich 50 Chirurgen aufgenommen. Bisher war diese Ehre nur zwei Deutschen zu teil geworden: Franz Caspar Hesselbach und dem Nobelpreisträger für Chemie Karl Ziegler, der eine Methode zur Produktion der Polymere entwickelt hatte.

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. J. Fuchs

Präsident

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

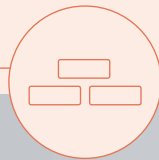
Generalsekretär

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

Schatzmeister

Bausteine Langenbeck-Virchow-Haus

**Die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie dankt Spendern,
die mit ihren Bausteinen zur Ausgestaltung und zum Unterhalt
des Langenbeck-Virchow-Hauses beigetragen haben.**



BAUSTEIN IN GOLD

Vereinigung Mittelrheinischer Chirurgen
Herr Prof. Dr. med. Hans-Jürgen Peiper,
Göttingen
in memoriam Prof. Dr. med. Herbert
Peiper, Berlin und Mainz
Herr Prof. Dr. med. Dr. h.c. Karl-Walter Jauch,
München
in memoriam Prof. Dr. med. Georg
Heberer, München
Herr Prof. Dr. med. Reiner Gradinger,
München
Berufsverband der Deutschen Chirurgen e.V.
in memoriam Prof. Dr. med. Jens Witte
AO Deutschland, Arbeitsgemeinschaft für
Osteosynthesefragen, Berlin
Herr Prof. Dr. med. Dr. h.c. Axel Haverich,
Hannover
Herr Prof. Dr. med. Dr. h.c. Markus Büchler,
Heidelberg
DGTHG – 1971 mit Dank an die
Gründungsmitglieder
Herr Prof. Dr. med. Joachim Jähne, Hannover
in memoriam Manfred und Helmi Jähne,
Essen
Herr Prof. Dr. med. Uwe Klinge, Aachen
Herr Prof. Dr. med. Erhard Kiffner, Karlsruhe
in memoriam Prof. Dr. med. W. Brendel,
Prof. Dr. med. R. Zenker, Dr. med.
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
Deutsche Gesellschaft der Plastischen,
Rekonstruktiven und Ästhetischen
Chirurgen e.V.
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. med. 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. Rüeff, 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-Moykopf
zum 80. Geburtstag
Herrn Prof. Dr. med. Gerhard Krönung,
Wiesbaden
in memoriam Prof. Dr. med. Johannes
Christian Dobroschke, Regensburg
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. med. K. Keminger
Herr Prof. Dr. med. Axel Richter, Hildesheim
Herr Prof. Dr. med. Ernst Teubner, Göppingen
Herr Prof. Dr. med. Martin Büsing,
Recklinghausen

Herr Dr. med. Helge Hölzer, Stuttgart
in memoriam Prof. Dr. med. Gerhard
Köveker, Sindelfingen und Böblingen

Herr Dr. med. Friedemann Schreiter,
Hamburg

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

Herr Prof. Dr. med. Konrad Schwemmle,
Linden

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

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

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

Herr Prof. Dr. med. Hermann Bünthe,
Münster

Frau Dr. Eva Appel, Frankfurt/Main
in memoriam Prof. Dr. med. Alexander
Appel

Herr Prof. Dr. med. Gerhard Schönbach,
Freiburg

Frau Prof. Dr. med. Dorothea
Liebermann-Meffert, Freiburg
in memoriam Prof. Dr. med. Martin
Allgöwer, Basel

Herr Dr. med. Andreas Dörmer, Frankfurt/
Main

Herr PD Dr. med. habil. Klaus H. Fey, Berlin
in memoriam Prof. Dr. med. Fritz Linder,
Heidelberg, Prof. William P. Longmire Jr.,
Los Angeles

Herr Prof. Dr. med. 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

Deutsche Gesellschaft für Kinderchirurgie
e.V.
in memoriam Prof. Dr. med. Fritz Rehbein

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

Herr Dr. med. Christoph Bubb, Landshut
PD Dr. med. Bernhard Arlt, Herne

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. Konrad Prenner, Salzburg

Herr Dr. med. Radovan Stojanovic, Kassel

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

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

Frau Dr. med. Ricarda E. Sieben,
Braunschweig

Herr Dr. med. Peter Gilsdorf, Mainz

Herr PD Dr. med. Friedrich Thielemann,
Villingen-Schwenningen

Herr Dipl.-Ing. H. - F. Bär, Werl

DGCH-Präsidium



ab 1. Juli 2017

VORSTAND

Präsident	J. Fuchs, Tübingen
1. Vizepräsident	T. Pohlemann, Homburg
2. Vizepräsident	M. Anthuber, Augsburg
3. Vizepräsident	T. Schmitz-Rixen, Frankfurt
Schatzmeister	T. H. K. Schiedeck, Ludwigsburg
Generalsekretär	H.-J. Meyer, Berlin

VERTRETER DER FACHGESELLSCHAFTEN

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

WEITERE MITGLIEDER

Leitender Universitätschirurg	J. C. Kalff, Bonn
Leitender Krankenhauschirurg	H. J. C. Wenisch, Potsdam
Oberärztin 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 (AT)
Vertreter der Sektion Chirurgische Forschung	B. Vollmar, Rostock

FRÜHERE PRÄSIDENTEN

J. Jähne, Hannover	2014
P. Vogt, Hannover	2015
G. Schackert, Dresden	2016

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
K.-W. Jauch, München	2013

GESCHÄFTSSTELLE DER DGCH

Prof. Dr. med. Dr. h.c. H.-J. Meyer, Generalsekretär
Frau Dipl. Kffr. C. Kilci
Luisenstraße 58/59
10117 Berlin
Tel.: 030/28876290



Deutsche Gesellschaft für Chirurgie e. V.

– Geschäftsstelle –

Luisenstraße 58/59

10117 Berlin

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

Nur Mut!

Kein
Durchschnittsjob:
ChirurgIn
www.chirurg-werden.de

Interview mit Christian Reeps – Neues Gesicht in der Nachwuchskampagne

Die BDC-Nachwuchskampagne „Nur Mut! Kein Durchschnittsjob: ChirurgIn“ hat ein neues Gesicht für die Gefäßchirurgie: Prof. Dr. med. Christian Reeps. Auf der Webseite www.chirurg-werden.de werden im Rahmen der Kampagne alle Säulen der Chirurgie von Chirurgen und Chirurginnen vorgestellt, die von ihren persönlichen Erfahrungen in der Chirurgie erzählen. Wir haben mit Professor Reeps über die Faszination Gefäßchirurgie gesprochen:

PASSION CHIRURGIE: WARUM SIND SIE CHIRURG GEWORDEN?

Reeps: Unter Medizinern trifft man viele, die schon sehr früh ihr berufliches Ziel kannten – so auch ich. Ich kann mich zwar nicht mehr daran erinnern, aber im Alter von drei Jahren habe ich wohl schon angefangen davon zu sprechen. Allerdings gehöre ich zu dem eher kleineren Kreis, dessen Familie vorher beruflich nichts mit Medizin am Hut gehabt hat. Mein Vater war Chemiker und meine Mutter hat als Rektorin gearbeitet.

PASSION CHIRURGIE: WARUM HABEN SIE SICH GERADE FÜR DIE GEFÄSSCHIRURGIE ENTSCIEDEN?

Reeps: Dass ich in der Gefäßchirurgie landen würde, war keineswegs abzusehen. Während des Studiums hatte ich anfangs, wie viele junge Männer eher die Unfallchirurgie und später die Allgemeinchirurgie im Visier, bis sich dann im Rahmen des PJ eine sehr attraktive freie Stelle in der Gefäßchirurgie auftat – und diese fasziniert und füllt mich bis heute aus. Ich kann es mir auch nicht vorstellen mit mehr Spaß in einem anderen Fach zu

operieren. Was mich daran so fasziniert? Es ist vor allem die große Bandbreite von konventionellen offenen operativen und endovaskulären Techniken und die Tätigkeit in fast allen Körperregionen, die ich an meinem Fachgebiet liebe.

PASSION CHIRURGIE: WAS TREIBT SIE IN IHREM BERUF AN?

Reeps: Besonders bei Patientinnen und Patienten mit komplexem Planungsaufwand ist die Herausforderung groß, aber gerade dann wird mir immer wieder bewusst wie toll die Gefäßchirurgie ist. Für die kommende Generation der Chirurgen und Chirurginnen bleibt das Fachgebiet Gefäßchirurgie sehr attraktiv, da wir auch in Zukunft wegen der demografischen Entwicklung mit vielen Patientinnen und Patienten rechnen müssen.

PASSION CHIRURGIE: WIE BRINGEN SIE BERUFS- UND PRIVATLEBEN IN EINKLANG? WIE UND WANN VERBRINGEN SIE ZEIT MIT IHREN KINDERN?

Reeps: Ich habe zwei Kinder. Mittlerweile sind sie zwar schon aus dem Gröbsten raus, aber ohne die volle Rückendeckung meiner Frau und gute Planung hätte ich meinen beruflichen und akademischen Weg und meine Familie nicht so gut vereinbaren können. Aber wie man so schön sagt: Wo ein Wille ist, ist auch ein Weg! Ich glaube aber auch, dass es für alle berufstätigen Eltern eine Herausforderung ist, den Spagat zwischen Job und Familie hinzubekommen. Planung und individueller Einsatz ist eben alles – genau wie in der Gefäßchirurgie.



JULIA WEILBACH

Presse- & Öffentlichkeitsarbeit
Berufsverband der Deutschen
Chirurgen e.V. (BDC)
Luisenstraße 58/59, 10117 Berlin
weilbach@bdc.de

Weilbach J. Interview mit Christian Reeps – Neues
Gesicht in der Nachwuchskampagne. Passion
Chirurgie. 2017 September, 7(09): Artikel 08_01.



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

**PASSION CHIRURGIE: WIE UND WO TANKEN SIE
IHRE ENERGIE WIEDER AUF?**

Reeps: Meine Familie ist natürlich auch oft
Ablenkung für mich, um Arbeit auch mal
Arbeit sein zu lassen und auch, um Kraft zu

schöpfen. Man glaubt es kaum, aber Zeit
für Hobbys bleibt dann sogar auch: Ich zum
Beispiel finde am besten beim Hundesport
Abwechslung zum Klinikalltag. ○



**Prof. Dr. med.
Christian Reeps**

Leiter Gefäß- und Endovaskuläre Chirurgie,
Uni-Dresden
48 Jahre, verheiratet, 2 Kinder



AUS DEM
BDC

© iStock/Shenki

Versicherungs-Update: Neues zu den BDC-Rahmenverträgen

ARTIKELSERIE

BERUFSHAFTPFLICHTVERSICHERUNG FÜR ÄRZTE

Sorgenkind Berufshaftpflichtversicherung: Seit Jahren müssen sich Chirurgen mit steigenden Beiträgen herumschlagen. Die Gründe sind hauptsächlich in immer höheren Schadenkosten zu suchen. Besonders stark ins Gewicht fallen langfristig wirkende Schadenfolgen, weil diese einer (hyper-)inflationären Entwicklung unterliegen. Die Rede

ist von Ausgleichszahlungen für Erwerbschäden, von Pflegekosten und/oder hohen Schmerzensgeldzahlungen, die geschädigten Patienten nach herrschender Rechtsprechung zustehen.

Nach Schätzungen des Gesamtverbandes der Deutschen Versicherungswirtschaft (GDV) steigen die Schadenkosten für Personenschäden in der Heilwesen-Haftpflichtversicherung durchschnittlich um sechs bis sieben Prozent pro Jahr. Nach wie vor bieten



**IHRE ANSPRECHPARTNERIN
BEIM BDC-
VERSICHERUNGSSERVICE
MARCEL NUNNE**

Leiter Geschäftsfeld
Ambulantes Gesundheitswesen
Ecclesia Gruppe
BDC-Versicherungsservice
Telefon: 0800 603 603 0
Fax: 05231 603 6363
bdc-versicherungsservice@ecclesia.de



DR. RER. POL. RONNY DITTMAR

Geschäftsführer des BDC
Luisenstraße 58/59
10117 Berlin
Ronny.Dittmar@bdc.de

daher nur wenige Versicherungsgesellschaften Heilwesen-Haftpflichtversicherungen für schneidende Disziplinen an. Die andauernde Niedrigzinsphase erhöht den Kostendruck auf die Versicherer zusätzlich.

Der steigende Schadenkosten-Trend hat unmittelbare Auswirkungen auf die Risikokalkulation der Versicherer und ist daher das entscheidende Kriterium für sie, ob und zu welchen Konditionen sie überhaupt Heilwesen-Haftpflichtversicherungen anbieten.

Seit vielen Jahren haben Mitglieder des BDC über die exklusiven Rahmenverträge des BDC-Versicherungsservice Zugang zu sehr preisgünstigen und zudem qualitativ hochwertigen Berufshaftpflichtversicherungen. Diese Rahmenverträge laufen seit der letzten allgemeinen Prämienanhebung im Jahr 2007 stabil und ohne außerordentliche Tarifierhöhung. Am übrigen Markt sind Berufshaftpflichtversicherungen für Chirurgen in diesem Zeitraum im Schnitt sukzessive immer teurer geworden.

EINE KRÖTE MÜSSEN WIR SCHLUCKEN

Leider ist jetzt, nach zehn Jahren, eine Anpassung notwendig: Um die Rahmenverträge für das versicherte Kollektiv weiterhin stabil und attraktiv zu halten – auch langfristig – muss das Bonus-Malus-System angepasst werden. Aus dem schadenverlaufsabhängigen Vorausrabatt wird künftig also ein Schadenfreiheitsrabatt. Für einige BDC-Mitglieder wird dies zur Folge haben, dass ihre Versicherungsprämien

moderat angehoben werden müssen. Die gute Nachricht: Diese Anpassung wird erst ab 2018 wirksam.

Selbstverständlich sind wir vom BDC-Versicherungsservice diesen Schritt nicht gegangen, ohne vorab für jeden Einzelfall die Angebote anderer Versicherungsgesellschaften und etwaige alternative Absicherungsmöglichkeiten zu prüfen. Doch nach wie vor gilt: Auch für BDC-Mitglieder, welche die „Prämien-Kröte“ schlucken müssen, bleibt unser Rahmenvertrag die günstigste Variante.

NEUE BONBONS FÜR DIE BDC-MITGLIEDER

Damit der Nachgeschmack der Kröten-Mahlzeit nicht allzu bitter aufstößt, dürfen sich BDC-Mitglieder daneben über zahlreiche Bonbons freuen. Im Auftrag des BDC haben wir die Forderungen der Versicherungswirtschaft nach höheren Prämien zum Anlass genommen, die seit 2007 gültigen „alten“ Versicherungsbedingungen neu aufzulegen. So gelang es uns, weitere Verbesserungen für BDC-Mitglieder mit den Versicherern auszuhandeln.

HÖHERE VERSICHERUNGSSUMMEN ZUM GLEICHEN PREIS

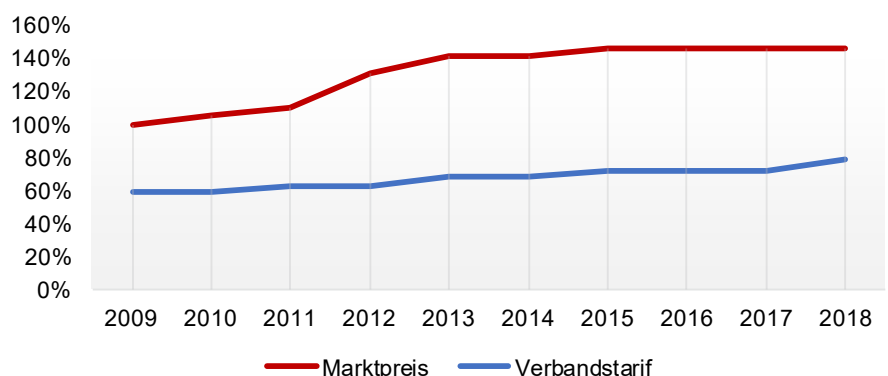
War bisher für Personen-, Sach- und Vermögensschäden eine Versicherungssumme von 6.000.000 Euro vereinbart, wird diese jetzt automatisch auf pauschal 7.500.000

Marcel N. Dittmar R. Versicherungs-Update:
Neues zu den BDC-Rahmenverträgen. Passion
Chirurgie. 2017 September, 7(09): Artikel 07_01.



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

BDC-Verbandstarif im Marktvergleich



Euro angehoben – und zwar beitragsneutral! Üblicherweise berechnen die Versicherungsgesellschaften für eine Summenerhöhung einen 15 prozentigen Beitragszuschlag.

Kleine Kröte, großes Plus! Trotz und nicht zuletzt gerade wegen den Anpassungen sind und bleiben die Haftpflicht-Rahmenverträge des BDC marktführend in Qualität und Preis.

VERBESSERTER LEISTUNGSUMFANG OHNE ZUSCHLAG

Darüber hinaus sind in unserem überarbeiteten Konzept weitere zuschlagfreie Verbesserungen enthalten:

- pauschale Mitversicherung der gesetzlichen Haftpflicht aus der Anwendung von Arzneimitteln im Off-Label-Use und im Compassionate Use
- Mitversicherung von Telemedizin
- Mitversicherung öffentlich-rechtlicher Ansprüche
- Erhöhung der Nachhaftung von fünf auf zehn Jahre
- bis zu ein Jahr lang Mitversicherung vorübergehender Auslandsaufenthalte zu humanitären Zwecken weltweit (zuvor sechs Monate)
- Erhöhung der Versicherungssumme für Schlüsselschäden auf 7,5 Mio. Euro (marktüblicher Standard: 20.000 Euro)
- Erhöhung der Versicherungssumme für Mietsachschäden an unbeweglichen Sachen auf 7,5 Mio. Euro (zuvor: 1 Mio. Euro)
- Verbesserung des Versicherungsschutzes für die Internethaftpflicht

Alle Vorteile – d. h. die Versicherungssummen- und Bedingungsverbesserungen – greifen rückwirkend zum 01. Januar 2017. Das geänderte Bonus-Malus-System bzw. die geänderte Prämie wirkt sich erstmalig zum 01. Januar 2018 aus.

MEHR DAZU IN UNSERER ARTIKELSERIE

Zu den jeweiligen Leistungsverbesserungen werden wir in den kommenden Ausgaben der PASSION CHIRURGIE detailliert berichten. Den ersten Teil der Artikelserie mit dem Titel „Versicherungsschutz im Ausland“ finden Sie in dieser Ausgabe.

Viel Spaß bei der Lektüre!



Achtung! Auslandstätigkeit nicht per se versichert



BDC

Versicherungs-Service

VERSICHERUNGS-UPDATE: VERSICHERUNGSSCHUTZ IM AUSLAND

Wenn ein Arzt im Ausland Erste Hilfe leistet oder zur Behandlung eines einzelnen Patienten gerufen wird, gewähren die meisten hiesigen Berufshaftpflichtversicherer Deckungsschutz im Schadenfall. Dasselbe gilt, wenn es im Rahmen der Teilnahme an einem Kongress oder einem Symposium im Ausland zum Schaden kommt. Für gelegentliche Anlässe wie diese besteht gemeinhin automatisch Versicherungsschutz – unter Umständen mit geringerer Leistung und/oder höherer Selbstbeteiligung. Über den

Berufshaftpflicht-Rahmenvertrag des BDC sind vorübergehenden Auslandsaufenthalten (weltweit) zu humanitären Zwecken bis zu einem Jahr versichert.

OBACHT BEI GEPLANTEN TÄTIGKEITEN IM AUSLAND

Wer allerdings plant, eine ärztliche Tätigkeit im Ausland aufzunehmen, sollte zuvor mit seinem Berufshaftpflichtversicherer sprechen und sich den Versicherungsschutz bestätigen lassen. Denn für Schadenfälle aus beruflicher Tätigkeit, die sich bei der Berufsausübung im Ausland ereignen, gewähren die



**IHRE ANSPRECHPARTNERIN
BEIM BDC-
VERSICHERUNGSSERVICE**

Nadja Bürger
Ecclesia Gruppe
BDC-Versicherungsservice
Telefon: 0800 603 603 0
Fax: 05231 603 6363
bdc-versicherungsservice@ecclesia.de

Versicherer in der Regel nicht automatisch Versicherungsschutz.

**BERUFLICHE INTERMEZZI IN DER EU
VERSICHERT**

Vorübergehende berufliche Tätigkeiten in den Mitgliedsstaaten der Europäischen Union sind vielfach im Versicherungsschutz enthalten, sofern die Tätigkeit nicht länger als acht Wochen dauert. Für Medizinstudenten und Assistenzärzte erweitern viele Versicherer den Deckungszeitraum auf bis zu ein Jahr, gesetzt den Fall, der Auslandsaufenthalt dient dem Zweck der Aus- und Weiterbildung.

Für alle anderen beruflichen Auslandstätigkeiten gilt: Der Versicherungsschutz muss gesondert vereinbart werden.

**BERUFSHAFTPFLICHT-
VERSICHERUNGSSCHUTZ NICHT
WELTWEIT**

In vielen Ländern außerhalb der EU muss für dortige berufliche Tätigkeiten eine lokale Versicherung bei einem lokal zugelassenen Versicherungsunternehmen abgeschlossen werden. Zu diesen sogenannten Non-admitted-Verbotsländern gehören z. B. die Schweiz, die USA, China, Japan, Russland und einige afrikanische Staaten. Wer in einem dieser Länder arbeitet, darf seinen Haftpflichtversicherungsschutz also nicht aus Deutschland mitbringen, sondern muss ihn vor Ort abschließen.

Das Non-admitted-Verbot dient in erster Linie der Stärkung der Versicherungswirtschaft vor Ort sowie dem Schutz des lokalen Finanzplatzes. Die Regelungen sollen außerdem die Qualität der Versicherungspolizen in Bezug auf die Einhaltung hiesiger Rechtsvorschriften und bestehender gesetzlicher Deckungsvorsorgen (Mindestversicherungssummen) gewährleisten.

Geht es darum, den richtigen Versicherer auszuwählen und eine passende Auslandsdeckung zu gestalten, finden Mitglieder des Berufsverbandes der Deutschen Chirurgen e. V. (BDC) Rat und Hilfe beim BDC-Versicherungsservice der Ecclesia Gruppe. Hier erhalten Verbandsmitglieder auch kompetente Antworten auf ihre Fragen zu den

einschlägigen Bestimmungen in den jeweiligen Ländern.

**RISIKEN HUMANITÄRER ARBEIT MIT
HILFSORGANISATIONEN**

Ärztinnen und Ärzte, die sich in der Katastrophenhilfe, der humanitären Hilfe oder im Entwicklungsdienst engagieren, bekommen oft von der jeweiligen Hilfsorganisation für den konkreten Einsatz eine Haftpflichtversicherungslösung zur Verfügung gestellt.

BDC-Mitglieder, die zu Verbandskonditionen versichert sind, haben über den BDC-Rahmenvertrag exklusiv Zugang zu einer attraktiven Pauschallösung, mit der sie vorübergehende, humanitären Zwecken dienende Aufenthalte in einem Entwicklungsland bis zu einem Jahr beitragsfrei (!) absichern können. Voraussetzung ist, dass die Reise im Vorfeld unter Angabe des Einsatzorts, der Dauer und der Einsatzorganisation schriftlich beim BDC-Versicherungsservice der Ecclesia Gruppe angemeldet wird.

Auch für längere Auslandsaufenthalte können BDC-Mitglieder gegen einen einmaligen Beitragszuschlag individuellen Versicherungsschutz vereinbaren.

RECHTSSCHUTZ IM AUSLAND

Neben der unverzichtbaren Berufshaftpflichtdeckung empfiehlt es sich für Ärztinnen und Ärzte, eine Strafrechtsschutzversicherung zum Schutz vor unberechtigten Ansprüchen Dritter abzuschließen. Diese ist integraler Baustein der über den BDC bestehenden Gruppen-Rechtsschutzversicherung.

Der Versicherungsschutz umfasst auch Rechtsschutzfälle, die sich im Rahmen eines Auslandsaufenthaltes außerhalb Europas ereignen, sofern dieser die Dauer eines Jahres nicht übersteigt. Mitglieder, die vorübergehend im Ausland tätig werden, sind also auch in puncto Strafrechtsschutz bestens über den Berufsverband abgesichert.

Für Auslandseinsätze, die für länger als ein Jahr angesetzt sind, sollte aber immer eine individuelle Absicherung des Rechtsschutzes vor Ort erfolgen.

Bürger N. Achtung! Auslandstätigkeit nicht per se versichert. Passion Chirurgie. 2017 September, 7(09): Artikel 07_02.



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

UNFÄLLE IM AUSLAND

Gerade Auslandseinsätze, die humanitären Zwecken in Krisengebieten dienen, erfordern oft einen sehr engen Kontakt mit Verletzten und Kranken. Dies ist mit erheblichen Gefahren für Leib und Leben der ärztlichen Helfer verbunden. Kommt es zu einer dauerhaften körperlichen Beeinträchtigung, kann dies schlimmstenfalls dazu führen, dass der oder die Betroffene den ärztlichen Beruf aufgeben muss.

Der hiesige gesetzliche Unfallversicherungsschutz hilft bei freiwilligen Auslandseinsätzen nicht. Er greift nur bei Unfällen, die am Arbeitsplatz bzw. während der Verrichtung der Dienstaufgabe am Dienort passiert sind.

Wer einen Auslandseinsatz plant, sollte daher unbedingt rechtzeitig für das Krankheits- und Unfallrisiko vorsorgen.

Um sich optimal gegen die finanziellen Folgen einer dauerhaften Beeinträchtigung der körperlichen Leistungsfähigkeit zu wappnen, ist der zusätzliche Schutz einer privaten Unfallversicherung sehr ratsam. Gerade freiberuflich tätige Ärztinnen und Ärzte schützen sich damit in Beruf und Freizeit – auch im Ausland.

BDC-Mitglieder haben Zugang zu einem leistungsstarken und bedarfsorientierten Unfallversicherungsschutz zu besonders günstigen Verbandskonditionen. Der Versicherungsschutz, der alle Unfälle des täglichen Lebens umfasst, gilt rund um die Uhr und weltweit. Die Deckung erstreckt sich – je nach Bedarf frei wählbar – auf die

Absicherung einer Invaliditätsleistung, einer Todesfallleistung und eines Tagegeldes. Die Höhe der Versicherungssumme kann dabei individuell vereinbart werden.

Zu beachten ist allerdings, dass Unfälle, die unmittelbar oder mittelbar durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse verursacht werden, grundsätzlich vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind. Nur selten sind die Versicherer bereit, von dieser Einschränkung abzuweichen. Unfälle durch innere Unruhen indes sind versichert, sofern die versicherte Person nicht zu den Unruhestiftern gehört.

KRANKENVERSICHERUNGSSCHUTZ IM AUSLAND

Für längerfristige Auslandsaufenthalte empfiehlt sich des Weiteren der Abschluss einer zusätzlichen Auslandsreise-Krankenversicherung, da die gesetzlichen Krankenversicherer die Kosten für medizinisch notwendige Rücktransporte und Überführungskosten in der Regel nicht übernehmen – auch nicht bei bestehendem Sozialversicherungsabkommen.

Besonders empfehlenswert ist eine Auslandsreise-Krankenversicherung für alle privat Krankenversicherten sowie für Personen, deren Krankenkosten über die staatliche Beihilfe erstattet werden. Sowohl die private Krankenversicherung als auch die staatliche Beihilfe übernehmen nämlich nur sehr bedingt im Ausland anfallende Kosten.

BDC-Mitglieder, die sich für die Dauer einer Auslandstätigkeit absichern wollen, können über den BDC-Versicherungsservice der

Ecclesia Gruppe eine in Preis und Leistung optimierte Auslandsreise-Krankenversicherung abschließen. Neben Aufwendungen für medizinisch notwendige ärztliche Behandlungen einschließlich Heilmitteln umfasst die Leistung u. a. zahnärztliche Behandlungen (z. B. schmerzstillende Zahnbehandlungen und einfache Zahnfüllungen) sowie Mehraufwendungen, die für ärztlich angeordnete Rücktransporte oder Verstorbenenüberführungen anfallen.

Der BDC-Auslandsreise-Krankenversicherungsschutz greift nicht nur bei Auslandsaufenthalten; auch Urlaubsaufenthalte innerhalb des Heimatlands sind bis zu sechs Wochen mitversichert.

BESONDERER SERVICE FÜR BDC-MITGLIEDER

Der BDC-Versicherungsservice der Ecclesia Gruppe unterstützt Verbandsmitglieder, die eine Auslandstätigkeit planen, beim notwendigen Versicherungsscheck und stellt für jeden Bedarf das passende Absicherungspaket zusammen.

Wichtig ist, den BDC-Versicherungsservice rechtzeitig – d. h. mindestens sechs bis acht Wochen vor der Abreise (!) – zu kontaktieren, damit noch ausreichend Zeit bleibt, um lokale Deckungen und Besonderheiten im jeweiligen Land zu prüfen. Nur so ist es möglich, für jeden einzelnen die optimale Lösung zu finden und zu realisieren. ○

Jubiläum in Erfurt: 25 Jahre Facharztseminar Viszeralchirurgie



Zum 25. Mal fand in diesem Jahr das Facharztseminar Viszeralchirurgie in Erfurt statt. Seit 1992 werden Fachärzte bei dem Seminar der BDC|Akademie auf ihre Prüfung für Viszeralchirurgie vorbereitet.

Von gastroenterologischen, endokrinen und onkologischen Erkrankungen über die große onkologische Chirurgie des Gastrointestinaltrakts, Hernienchirurgie, minimal-invasive Chirurgie bis hin zu Koloproktologie und Endoskopie – Referenten berichten über den neuesten Stand der Behandlungsstrategien und Techniken der Viszeralchirurgie. Knapp 1.500 Teilnehmer haben bisher schon das Seminar in Erfurt besucht. Derzeit ist Prof. Dr. med. Albrecht Stier wissenschaftlicher Leiter der Veranstaltung.

[Mehr Informationen zum Seminar ...](#)

BDC auf Facebook: Schon abonniert?



Seit 2012 halten wir Interessierte auf Facebook über Aktivitäten des BDC und Neuigkeiten aus der Chirurgie auf dem Laufenden. Folgen Sie einfach dem Link, liken Sie unsere Seite bei Facebook und

[Zu Facebook ...](#)



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

BDC | Landesverbände

AUS DEM
BDC



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/bdc-landesverbaende



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



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



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



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



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



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



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



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

18.07.2017 Medscape

Chirurgen wittern im Vertrag zwischen AOK und KV Hessen eine gefährliche Verführung: Verbotene Zuweisung gegen Entgelt?

Der Berufsverband der Deutschen Chirurgen e.V. (BDC) protestiert gegen einen Vertrag, der höhere Honorare verspricht. BDC-Vertreter wandten sich jüngst strikt gegen den Nachtrag eines Strukturvertrages zur Betreuung von Patienten mit ...

11.07.2017 Management & Krankenhaus

Prof. Jörg Fuchs: neuer Präsident der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie

Prof. Dr. Jörg Fuchs hat am 1. Juli für ein Jahr die Präsidentschaft der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH) übernommen.

10.07.2017 Medizin Aspekte

Professor Jörg Fuchs neuer DGCH-Präsident

Mit der DGCH-Präsidentschaft übernimmt Jörg Fuchs auch die inhaltliche Planung und Ausrichtung des 135. DGCH-Kongresses, der vom 17. bis 20. April 2018 im Berliner CityCube stattfindet.

06.07.2017 aerzteblatt.de

Streit um Honorar für Beratung zur Krankenhausqualität

Der Berufsverband der Deutschen Chirurgen (BDC) hat eine Regelung in einem Strukturvertrag zwischen AOK Hessen und Kassenärztlicher Vereinigung (KV) Hessen kritisiert.

04.07.2017 krankenkassen-direkt.de

Umstrittene Prämien: Chirurgen kritisieren Qualitätsmessung der AOK

Laut aktuellem Nachtrag zum Strukturvertrag zwischen der AOK Hessen und der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen können Vertragsärzte mit einer Zuschlagsprämie rechnen, wenn sie Patientinnen und Patienten an Krankenhäuser überweisen, die nach Einschätzung der AOK bestimmte Qualitätsmerkmale erfüllen.

22.06.2017 aerzteblatt.de

Chirurgen wollen Belegarztwesen stärken

Für einen Ausbau des Belegarztsystems spricht sich der Berufsverband der Deutschen Chirurgen (BDC) aus.

20.06.2017 op-online.de

Chirurgen kritisieren Festhalten am „Pseudo-Generalisten“

Die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (DGCH), sämtliche medizinisch-wissenschaftlichen chirurgischen Fachgesellschaften und der Berufsverband der Deutschen Chirurgen (BDC) mit weiteren Berufsverbänden kritisieren das Vorhaben der Ständigen Konferenz „Ärztliche Weiterbildung“ der Bundesärztekammer (BÄK), an einer generalistischen Weiterbildung zum Allgemeinchirurgen festzuhalten.

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

Termine BDC | Akademie

CURRICULUM BASISCHIRURGIE

DATUM		ORT	KURS-NR.	SEMINARTITEL	WISSENSCHAFTLICHER LEITER	PREIS MITGLIED	PREIS NICHT-MGL
25.09.17	28.09.17	Duisburg	2017-21668	Common Trunk	Prof. Dr. med. Daniel Vallböhmer	400,00	600,00
13.10.17	14.10.17	Potsdam	2017-21513	Workshop "Intensivmedizin & Reanimation"	Prof. Dr. med. habil. Frank Marusch	500,00	700,00
27.11.17	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
06.11.17	10.11.17	Dortmund	2017-22530	Facharztseminar Allgemeinchirurgie	Dr. med. Jens-Peter Stahl; Prof. Dr. med. Maximilian Schmedding	300,00	500,00
07.11.17	10.11.17	Hamburg	2017-23672	Facharztseminar Viszeralchirurgie	Prof. Dr. med. Dr. h.c. Jakob R. Izbicki; Prof. Dr. med. Wolfgang Schwenk	300,00	500,00

FACHÜBERGREIFENDE SEMINARE

DATUM		ORT	KURS-NR.	SEMINARTITEL	WISSENSCHAFTLICHER LEITER	PREIS MITGLIED	PREIS NICHT-MGL
13.10.17	14.10.17	Berlin	2017-24708	Abschlusscolloquium Fortbildung für Hygienebeauftragte Ärzte (HBA)	Prof. Dr. med. Julia Seifert; Prof. Dr. med. Axel Kramer		
03.11.17	04.11.17	Hannover	2017-24710	Abschlusscolloquium Fortbildung für Hygienebeauftragte Ärzte (HBA) speziell für Niedergelassene	Dr. med. Peter Kalbe		

FACHBEZOGENE SEMINARE, WORKSHOPS UND HOSPITATIONEN

DATUM		ORT	KURS-NR.	SEMINARTITEL	WISSENSCHAFTLICHER LEITER	PREIS MITGLIED	PREIS NICHT-MGL
29.09.17	30.09.17	Dresden	2017-23824	OP-Kurs Ellenbogen	Prof. Dr. med. Wolfgang Schneiders; Prof. Dr. med. Guido Fitze; Dr. med. Jörg Nowotny	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

FACHBEZOGENE SEMINARE, WORKSHOPS UND HOSPITATIONEN

DATUM		ORT	KURS-NR.	SEMINARTITEL	WISSENSCHAFTLICHER LEITER	PREIS MITGLIED	PREIS NICHT-MGL
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
23.11.17	24.11.17	Berlin	2017-22407	CAMIC 4: Laparoskopische kolorektale Chirurgie	Dr. med. Ferdinand Köckerling	400,00	600,00
23.11.17	25.11.17	Hamburg	2017-23613	Osteosyntheseverfahren unteren Extremität	Prof. Dr. med. Johannes M. Rueger	400,00	600,00
01.12.17	02.12.17	Dresden	2017-23631	Kindertraumatologie für D-Ärzte	Prof. Dr. med. Guido Fitze	300,00	450,00

SOFTSKILL- & MANAGEMENTSEMINARE

DATUM		ORT	KURS-NR.	SEMINARTITEL	WISSENSCHAFTLICHER LEITER	PREIS MITGLIED	PREIS NICHT-MGL
13.10.17		Berlin	2017-24761	Medizinische Krisenkommunikation	Dr. jur. Jörg Heberer; Holger Münsinger	200,00	400,00
10.11.17	11.11.17	Köln	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	600,00

BDC|Akademie:

Information und Anmeldung:

Tel. 030/28004-120, Fax 030/28004-129 oder per E-Mail: akademie@bdc.deOder über BDC|Online unter www.bdc.de, Rubrik BDC|Akademie | Alle Veranstaltungen

Berufsverband der Deutschen Chirurgen e. V.
 Langenbeck-Virchow-Haus
 Luisenstr. 58/59, 10117 Berlin

PARTNER DER BDC|AKADEMIE



Der Berufsverband der Deutschen Chirurgen e.V. (BDC) definiert traditionell chirurgische Weiter- und Fortbildung als eine seiner Kernaufgaben. Das Angebot der BDC|Akademie hat sich in den letzten Jahren stetig erweitert und folgte der karrierebedingten Gliederung vom Berufseinstieg des chirurgischen Nachwuchses bis hin zu den praxis-orientierten Anforderungen an klinisch tätige Chirurgeninnen und Chirurgen.

Die Umsetzung dieses umfassenden Programms ist ohne die finanzielle und materielle Unterstützung medizintechnischer und pharmazeutischer Partner heutzutage gerade unter den erschwerten Rahmenbedingungen nicht denkbar. Dieses betrifft neben

dem Gesamtprogramm der Akademie auch immer wieder die gezielte Förderung einzelner zukunftsorientierter Projekte mit innovativen und modernen Lernkonzepten. Der konstruktive Dialog, der hier zwischen der BDC|Akademie und den einzelnen Partnerunternehmen entstanden ist und intensiv gepflegt wird, ist Ausdruck dieser engen Kooperation, aber auch der gemeinsamen Verantwortung für die notwendige Qualität jeder einzelnen Veranstaltung.

Die BDC|Akademie dankt allen Partnerunternehmen für die vertrauensvolle Zusammenarbeit und für ihr professionelles Engagement in der chirurgischen Weiter- und Fortbildung.



Veranstaltungshinweise

Datum		Ort	Seminartitel	Veranstalter	Preis Mitglied	Preis Nicht-Mitglied
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		
22.09.2017	23.09.2017	München	Jahrestagung der Sektion Wirbelsäule der Deutschen Gesellschaft für Neurochirurgie	Conventus Congressmanagement & Marketing GmbH		
23.09.2017	24.09.2017	Wendisch Rietz	Grundlagen der Beatmung (BEA)	Medizinisches Kompetenzzentrum c/o HCx Consulting GmbH	625.00	625.00
25.09.2017	28.09.2017	Hamburg	29th Emile Letournel Course and Workshop			
28.09.2017	29.09.2017	Wendisch Rietz	Viszeralchirurgie Kompakt (VCK)	Medizinisches Kompetenzzentrum c/o HCx Consulting GmbH	525.00	525.00
02.10.2017	04.10.2017	München	22. Internationaler Schulterkurs	Intercongress GmbH		
05.10.2017	07.10.2017	Würzburg	Joint Symposium of the Collaborative Research Center 688 and the Comprehensive Heart Failure Center Würzburg	Conventus Congressmanagement & Marketing GmbH		
10.10.2017	11.10.2017	Münster	Endoprothetik Forum Münster - Hüftendoprothetik im Spannungsfeld zwischen Erfahrung und Innovation - Hüftendoprothetik im Spannungsfeld zwischen Erfahrung und Innovation	Dr. Bernhard Egen	166.60	166.60
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	München	Trauma Update LMU - Schulter und Oberes Sprunggelenk	Intercongress GmbH		
13.10.2017	13.10.2017	Köln	KV-Honorarbescheide: Richtig lesen und verstehen!	Frielingsdorf Consult GmbH	390.00	490.00
09.11.2017	10.11.2017	Frankfurt	Kongress: Qualitäts- und Sicherheitsinitiative Endoprothetik 2017	Arbeitsgemeinschaft Endoprothetik GmbH		
08.12.2017	09.12.2017	Frankfurt am Main	Frankfurt MuskuloSkelettal 2017	Intercongress GmbH		

LIFESTYLE- ANGEBOTE

im September 2017

%

20 %



**IBEROSTAR: 20 % RABATT FÜR
BDC-MITGLIEDER**

20 %



WMF: 20 % RABATT FÜR BDC-MITGLIEDER

40 %



**MOVIEPARK: 40 % RABATT FÜR
BDC-MITGLIEDER**

20 %



**SALOMON: 20 % 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.



Aesculap feiert 150-jähriges Bestehen - Interview mit Prof. Dr. Dr. Dr. h.c. Michael Ungethüm

Sie waren mehr als 32 Jahre Vorstandsmitglied bei Aesculap. Am Ende Ihrer Dienstzeit – 2009 – hatten Sie den Umsatz des Unternehmens um den Faktor 20 auf über eine Milliarde Euro gesteigert. Hätten Sie gedacht, dass Sie so erfolgreich sein würden?

Nein. 1977 hatte Aesculap einen Umsatz von 110 Mio. DM. Während der folgenden Jahre hatte ich stets die Zielmarke von 1 Mrd. DM im Visier. Doch bereits 1999 erreichten wir diese Marke. Dann ging die Entwicklung von Aesculap sehr dynamisch voran. Und acht

Jahre später, also 2007, betrug der Umsatz mehr als 1 Milliarde Euro.

Heute redet man im Management gern von der „Take-Home-Message“. Was war nach drei Jahrzehnten Aesculap die Botschaft, die Sie für sich mit nach Hause genommen haben? Wie hat Sie diese Zeit geprägt?

Hier ist zum einen die Bedeutung von Kontinuität im Management zu nennen. Entscheidend war für mich, nicht nur das Ergebnis für morgen vor Augen zu haben,

**KONTAKT VIA
OLGA BÖHME**
Aesculap AG
Am Aesculap-Platz
D-78532 Tuttlingen
presse@aesculap.de

sondern die solide Grundlage für übermorgen zu schaffen. Zum anderen ist es das Thema „Nachhaltigkeit“. Sie ist der Schlüssel zum langfristigen Erfolg und die Voraussetzung für dauerhaften wirtschaftlichen Erfolg und Zukunftsfähigkeit.

Wenn Sie an Ihre Karriere bei Aesculap zurückdenken, gab es eine Hoch-Zeit oder eine Erfolgsgeschichte, die Ihnen in besonderer Erinnerung geblieben ist?

Ohne Zweifel: Aesculap ist mein Leben. Ich kann mich nicht erinnern, dass es auch nur einen Tag gegeben hat, an dem ich nicht gern an meinen Arbeitsplatz gegangen wäre.

In den rund 30 Jahren meiner Tätigkeit bei Aesculap waren die größten Errungenschaften, durch Innovation als treibende Kraft in wichtigen Produktbereichen Schrittmacherfunktion zu übernehmen: in der Endoprothetik: Benchmark-Factory und Standortsicherungsvertrag

- a) Einstieg in die regenerative Medizin, und dies sehr effizient und nachhaltig
- b) Aesculap -Akademie (Sharing Expertise)

Und umgekehrt, gab es ein Tief oder eine schlimme Phase, an die Sie sich noch erinnern?

Naturgemäß ist mein Weg nicht nur auf dem Gipfelkamm von Erfolgen gelaufen, sondern hat auch die unvermeidlichen „Mühen der Ebene“ mit sich gebracht. Hier ist der Einstieg in die Lasertechnik zu nennen. Trotz allergrößter professioneller Vorbereitung und Anstrengungen war kein wirtschaftlicher Erfolg beschieden. Dieses Produktsegment wurde dann schließlich – relativ profitabel – verkauft.

Sie sagten einmal: „Unternehmerisch besaß ich (bei Aesculap) die Freiheit, die man braucht, um selbst zu gestalten und um meine Visionen und Ziele umzusetzen.“ Was waren diese Visionen und Ziele?

Ich bin kein Anhänger der kurzlebigen modernen Managementlehren mit ihren flotten Anglizismen und meist vordergründigem Menschenbild. Vorbilder für Führung und effektive Zusammenarbeit finde ich eher in der Regel des Heiligen Benedikt oder in den

klassischen Grundsätzen, mit denen Karl der Große sein Reich lenkte.

Ich weiß natürlich, dass Vieles auf meinem Lebensweg einfach Fügung, Glück, Gelegenheit war. So war es auch bei meiner Position bei Aesculap / B. Braun. Unabhängig von persönlichen, fachlichen Voraussetzungen war es auch eine Frage der Gelegenheit. Es gehört auch Glück dazu, ein entsprechendes Angebot zu erhalten. Und ich konnte bei Aesculap den Weg machen, der mein Leben in umfassender Weise sinnvoll und erfolgreich hat werden lassen. Erfolgreich, weil ich mich auch mit Prof. L. G. Braun im Gleichklang der Werte und der inneren Orientierung wusste. Und ich bin dankbar, dass Prof. Braun mir stets den nötigen Spielraum gelassen hat. Ich denke, es war nicht zum Nachteil des Konzerns.

Sie sind gebürtiger Münchner und mit 33 Jahren nach Tuttlingen gekommen. Sie sind in Tuttlingen heute fest verwurzelt und haben sich immer für den Standort stark gemacht. Ist Tuttlingen für Sie eine Heimat geworden?

Tuttlingen ist seit 1977 der Mittelpunkt meines beruflichen und privaten Lebens, weil wir uns hier im Kreis von Freunden wirklich beheimatet fühlen und in dieser Stadt – so Gott will – wohl auch dem Ende unserer Tage entgegengehen werden. Wir haben als Familie hier Wurzeln geschlagen, sind mit den Menschen und der Kultur vertraut.

Darüber hinaus gehört für mich Kunst und Kultur, Wissenschaft, Bildung, Religion und öffentliche Wohlfahrt, die sich gemeinsam im Umfeld des Unternehmens befinden, mit der besonderen Förderung der wirtschaftlich Starken eines Gemeinwesens rechnen können, seit Beginn meiner Tätigkeit bei Aesculap zu meinen vornehmsten Aufgaben.

Aesculap und auch ich persönlich verstanden uns als „Bürger der Gesellschaft“ und waren uns damit unserer gesellschaftlichen und sozialen Verantwortung immer bewusst.

Zu Ihrem 60. Geburtstag im Jahr 2003 haben Sie die Aesculap-Ungethüm-Stiftung ins Leben gerufen. Ziel der Stiftung ist es, junge Mediziner aus Asien durch ein Stipendium an renommierten Universitätskliniken mit deutschen Operationsverfahren vertraut zu machen,

Aesculap. Aesculap feiert 150-jähriges Bestehen - Interview mit Prof. Dr. Dr. Dr.h.c. Michael Ungethüm. Passion Chirurgie. 2017 September, 7(09): Artikel 09_01.



VIDEO ZUM TAG DER OFFENEN TÜR
BEI AESCULAP



VIDEO „150 JAHRE AESCULAP
PRODUKTE“



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

sodass sie bei ihrer Rückkehr in ihre Heimat das Wissen um die erlernten Verfahren weiter geben. Warum der Fokus auf asiatische Studenten?

Bei meinen vielen Reisen in die USA und nach Asien konnte ich immer wieder feststellen, dass vor allem asiatische Ärzte in den USA hospitierten, und dann nach Rückkehr in ihr Heimatland das erworbene Wissen und die damit verbundenen Produkte zur Anwendung brachten. In Anbetracht der Marktgröße „Asien“ und des damit verbundenen äußerst dynamischen Wachstums erschien es mir angebracht, wenn mehr als bisher junge Chirurgen aus Asien in Deutschland hospitieren und sie nach Rückkehr Multiplikatorenfunktionen übernehmen.

Woher kommt Ihr ausgeprägtes soziales und gesellschaftliches Engagement? Hat die christliche Nächstenliebe schon in Ihrem Elternhaus eine Rolle gespielt?

Es muss eine tiefere Beziehung da sein zu dem, was man tut. Nur wer etwas mit Leidenschaft tut, kann es in meinen Augen weit darin bringen.

Wie motiviere ich mich in schwierigen Zeiten? Ich schöpfe Kraft aus der Freude an meiner Aufgabe, an meiner Familie und aus meinem Glauben. Das feste Herz, Vertrauen in die Zukunft, Zuversicht in aller Ungewissheit, die Hölderlinsche Gewissheit, dass da, wo Gefahr droht, zugleich das Rettende wächst, haben mir immer geholfen und mich geleitet.

Jene Worte von Papst Benedikt XVI beim Antritt seines Pontifikats, er sei auch nur ein einfacher Arbeiter im Weinberg des Herrn, sind mir wichtig: Alle Anstrengungen unseres Lebens, das Säen wie das Ernten, hängen von dem ab, der wachsen lässt.

In einem Artikel von Martin Walser über Sie werden Sie zitiert: „Jemand, der das Gefühl hat, sich am Arbeitsplatz verwirklichen zu können, bewegt und leistet ungleich mehr als ein Mitarbeiter, der das Gefühl hat, seine Selbstverwirklichung beginne erst am Feierabend.“ Das bedeutet, dass die soziale Verantwortung des Arbeitgebers auch darin besteht, die Arbeit so zu gestalten, dass der Arbeitnehmer sie gerne verrichtet.

Entsprach das Ihrem Führungsstil und wenn ja, denken Sie, dass das auch noch heute Unternehmenskultur bei Aesculap ist?

Jedes wirtschaftliche Unternehmen stellt eine Solidargemeinschaft dar, in der sich die Arbeitsleistung der Mitarbeiter, deren Absicherung im Sozialen und bei Krankheit, die Ausbildung junger Menschen und die Fürsorge für die altershalber Ausgeschiedenen zu einem Aufgabenbündel fügen, das nach ökonomischen Maßstäben möglichst gerecht und sozial verträglich von der Ertragskraft des Unternehmens getragen wird. Dies war stets die Leitlinie meines Denkens und Handelns.

„Verantwortung für das Ganze“ heißt eines Ihrer Bücher. Denken Sie, dass Verantwortung in der heutigen Wirtschaft unter Managern noch einen ausreichenden Stellenwert hat?

Was zeichnet einen guten Manager aus? Er muss vor allem klare Strategien entwickeln und dann dafür sorgen, dass seine Vorgaben transparent sind und umgesetzt werden. Außerdem braucht er die Gabe, Menschen für die eigenen Visionen zu begeistern und mitzuziehen. Wenn sich der Erfolg einstellt, lässt ein guter Manager seine Mitarbeiter daran teilhaben – emotional und materiell. „Verantwortung für das Ganze“ heißt: Kompetenz, Glaubwürdigkeit, Liberalität, Beständigkeit, Verlässlichkeit, Standhaftigkeit, kontinuierlich Ziele verfolgen und zwar auch dann, wenn es Widerstände gibt. Und es gilt das Leitbild des „ehrbaren Kaufmanns“: Ehrlichkeit, Sparsamkeit, politischer und ökonomischer Weitblick, Mäßigkeit, Ordnung, Genügsamkeit, Fleiß und Demut.

Ihr Anliegen ist immer gewesen, wirtschaftliches Handeln „im Kontext des gesamten menschlichen Lebens zu begreifen“. Wenn Sie sich heute unter Führungsfiguren auf dem Unternehmermarkt umschauen, würden Sie sagen, dass solche Werte noch immer gelten? Oder steht die Gewinnmaximierung mehr im Vordergrund?

Dass nachhaltiger unternehmerischer Erfolg nie allein auf den Spezifika des Technischen und Wirtschaftlichen gründet, war mir in all den Tuttlinger Jahren bewusst. Natürlich

müssen Menschen Arbeit und Brot finden, Herausforderungen und Entfaltungsmöglichkeiten, ja Sinnerfahrungen im Beruflichen haben; doch das allein genügt nicht. Auch gerade das Wirtschaftliche muss ein Teil der Gesamtkultur sein und sich ohne Wenn und Aber den Grundwerten unserer Gesellschaft stellen.

In der Welt der Arbeit müssen nach meinem Verständnis die Kardinaltugenden der antiken Philosophie, die unsere Idee eines demokratischen Gemeinwesens prägen, genau so gelten wie für die gesamte Gesellschaft: Gerechtigkeit, Tapferkeit, Maß und Klugheit.

Natürlich verwenden wir andere Begriffe als Platon und Aristoteles, sprechen heute von Solidarität, Entlohnungsgerechtigkeit, Mitbestimmung, Loyalität, Nachhaltigkeit, Fairness, Ehrlichkeit, Fürsorge, Hilfe bei Wechselfällen des Lebens usw. Ich bin immer davon ausgegangen: Betriebe sind keine geschlossenen Systeme, keine rechts- und kulturfreien Räume, sondern Teil unserer von Christentum und Humanismus geprägten Gesamtgesellschaft.

Sie sind u. a. Träger des Großen Verdienstkreuzes des Verdienstordens der Bundesrepublik. Bedeuten Ihnen solche Auszeichnungen etwas? In einer Dankesrede sagten Sie einmal: „Wir wissen alle: Die Jugend geht, die Ehren kommen!“

Erfahrungsgemäß sind Ehrungen und Auszeichnungen

Manifestationen dafür, dass man den Zenit der Schaffenskraft überschritten und zumindest in den Herbst – wenn nicht schon in den Winter – des Lebens eingetreten ist.

Sie sprachen bei dieser Dankesrede auch von „Demut gegenüber dem, was ich bewirken konnte“, und der „Dankbarkeit gegen mein Schicksal“. Auf welche Ihrer „Wirkungen“ sind Sie besonders stolz? Und wofür sind Sie besonders dankbar?

Ich konnte bei Aesculap frei gestalten. Unternehmerisch besaß ich die Freiheit, die man braucht, um selbst zu gestalten und um meine Visionen und Ziele umzusetzen. Jener Satz von Perikles, dem großen Staatsmann, Feldherr und Denker aus dem Athen der griechischen Klassik, wonach das *Geheimnis des*

Glücks die Freiheit sei und das Geheimnis der Freiheit der Mut, bildet die Erfahrung meines hiesigen Weges begrifflich und wirklich ab.

Dankbarkeit, innere Zufriedenheit: der Rückblick bleibt von Demut und Dankbarkeit bestimmt. Demut gegenüber dem, was ich bewirken konnte. Dankbarkeit gegen mein Schicksal und gegenüber denen, die mein Leben mitgeformt haben.

Viele Entscheidungen werden unter Unsicherheit getroffen und niemand kann für sich in Anspruch nehmen, alle möglichen Auswirkungen vorherzusehen. Von Immanuel Kant stammt der Satz: „Die Notwendigkeit zu entscheiden reicht weiter als die Fähigkeit zu erkennen.“

Mit Blick auf die Zukunft: Welche Stärken werden dem Familienunternehmen Aesculap helfen, auf dem umkämpften Markt zwischen so vielen - auch neuen - Big Playern zu bestehen?

Generell gilt: der Gesundheitsmarkt ist ein Wachstumsmarkt. Um daran erfolgreich teilzunehmen, ist eine wichtige Voraussetzung, dass Aesculap seine Innovationskraft und seine Wettbewerbsfähigkeit kontinuierlich steigert. Wichtig ist auch das Vertrauen auf die eigenen Stärken, das Vertrauen auf die Mitarbeiter (40 % der Mitarbeiter haben ihre Ausbildung im Unternehmen absolviert) und das frühzeitige Erkennen von Chancen und Risiken. Oberstes Ziel muss profitables Wachstum aus eigener Kraft sein, noch stärkere Fokussierung sowie Sicherheit

und Ausbau der Arbeitsplätze, vor allem in Deutschland.

Aesculap feiert dieses Jahr 150-jähriges Bestehen. Was wünschen Sie dem Unternehmen zum Jubiläum?

Innovation war und ist die treibende Kraft von Aesculap. Innovation braucht Neugier und Phantasie. Und den Willen zur Durchsetzung.

Quelle: B. Braun Melsungen AG

ZUR PERSON



Prof. Dr. Dr. Dr. h.c. Michael Ungethüm wurde 1943 in München geboren und lenkte von 1983 bis 2009 als Vorstandsvorsitzender die Geschicke der Aesculap AG. Er ist u. a. Träger des Großen Bundesverdienstkreuzes am Bande des Verdienstordens der Bundesrepublik sowie des Verdienstordens des Landes Baden-Württemberg. 2015 erhielt er die päpstliche Auszeichnung der Ritterwürde des Gregorius-Ordens.

Seine berufliche Laufbahn war von Zielstrebigkeit geprägt. Nach einer Schlosserlehre absolvierte er das Abitur sowie ein Maschinenbaustudium und promovierte 1976 zum Dr. Ing. an der technischen Hochschule Aachen. 1977 habilitierte er an der medizinischen Fakultät der Ludwig-Maximilians-Universität München. 1977 wurde Prof. Dr. Dr. Dr. h.c. Michael Ungethüm von der Aesculap AG zum stellvertretenden Vorstandsmitglied für den Bereich „Forschung und Entwicklung“ ernannt, 1979 zum ordentlichen Vorstandsmitglied und 1983 zum Vorstandsvorsitzenden. Ab 1996 war er Mitglied des Vorstands der B. Braun Melsungen AG (ab 2000 stellvertretender Vorsitzender des Vorstandes).

Heute ist Prof. Dr. Dr. Dr. h.c. Michael Ungethüm Vorstandsvorsitzender der B. Braun-Stiftung sowie der Ungethüm-Aesculap Stiftung und fungiert als Vorsitzender des Aufsichtsrats in mehreren Unternehmen in Baden-Württemberg. Darüber hinaus ist er als Autor tätig.

eAKADEMIE

Wissen Bit für Bit

WEBINARE

MEDIATHEK

eCME-
CENTER

WEBINARE



Namhafte Experten *live* direkt in Ihrem Arbeitszimmer.

Live-Webinare setzen neue Maßstäbe für eine zeitgerechte, interaktive Fortbildung.

Nehmen Sie teil an Live-Seminaren mit Chats, nutzen Sie Vorträge aus dem Archiv und die korrespondierenden CME-Tests online auf der neuen BDC-Plattform.

BDC | WEBINAR

www.bdc-webinare.de

MEDIATHEK



Die umfangreiche Mediathek der DGCH mit fachlichen Fortbildungsvideos ist nun auch für BDC-Mitglieder kostenfrei zugänglich.

Von Chirurgen für Chirurgen –
praxisnäher lässt sich Fortbildung nicht darstellen.
Es können auch eigene Fortbildungsfilm eingereicht werden!

mediathek
DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR CHIRURGIE
ÖSTERREICHISCHE GESELLSCHAFT FÜR CHIRURGIE

www.mediathek-dgch.de

[eCME-CENTER]



**Über 600 strukturierte
Fortbildungsmodule** und kombinierte, multimediale Lernpakete stehen mobil (BDC|Mobile App) oder online für fachlich qualifizierte Fortbildung für Chirurgen und Orthopäden auf der E-Learning Plattform des BDC zum Abruf bereit.

eCME-center.org
certifying quality of education

www.ecme-center.org

Managementkompetenzen erweitern die medizinische Expertise!

DAS STUDIUM MHM® - DIE ALLEINSTELLUNGSMERKMALE

Das Erreichen bestmöglicher Ergebnisqualität für den Patienten setzt neben hoher medizinischer Expertise effizientes Management voraus. Managementkompetenzen werden bisher im Medizinstudium jedoch nach wie vor nicht vermittelt. Das Studium MHM® - Medical Hospital Manager füllt diese Lücke. Wesentliche Merkmale des Studiums sind nachfolgend gelistet. Der Schwerpunkt liegt dabei auf dem Nutzen für den praktischen Krankenhausalltag mit besonderer Berücksichtigung der Steigerung der Kooperationsfähigkeit und der Stärkung für den zunehmenden Wettbewerb.

- fokussiert spezifisch auf die Belange Leitender Ärztinnen und Ärzte
- besondere Berücksichtigung der Belange von Ärztinnen zur guten Vereinbarung von Beruf und Familie
- Erweiterungsmöglichkeit zu einem generalisierten MBA
- seit 1997 erfolgreich auf dem Markt
- über die Grenzen Deutschlands anerkannt

DAS STUDIUM MHM® - DIE INHALTE (AUSWAHL)

- Rahmenbedingungen für die Krankenhausbetriebsführung
- Budgetverhandlung, Controlling
- Besinnung auf Kernkompetenzen und Reflexion des Rollenverständnisses als Grundlage guter Zusammenarbeit
- Qualitätsmanagement, Risikomanagement, Qualitätssicherung
- Planung und Umsetzung innovativer Service- und Versorgungskonzepte
- Kommunikation für neue Patienten- und Mitarbeiterklientele
- Innovative Führungskonzepte für heterogene Mitarbeitergruppen und neue Mitarbeitergenerationen
- neue Geschäftsfelder

MHM® - MEDICAL HOSPITAL MANAGER

Studienprogramm absolvieren – Klinisches Management erfolgreich gestalten!

Krankenhausmanagement für Leitende Ärztinnen und Ärzte - das bewährte Studium für die Sicherung der Wettbewerbsfähigkeit des Krankenhauses und die Übernahme ärztlicher Führungspositionen

Starttermin: 10.02.2018
Anmeldeschluss: 05.01.2018

Ort: Hotel Loccumer Hof,
Kurt-Schumacher-Str. 14/16, 30159 Hannover

Veranstalter: Hochschule Osnabrück
Wissenschaftliche Betreuung: Prof. Dr. habil. Wolfgang Hellmann

Anmeldung und Informationen zur Organisation:
Professional School der Hochschule Osnabrück
Meike Mork
Caprivistr. 30a, 49076 Osnabrück
Tel.: 0541 969-3662
E-Mail: ps@hs-osnabrueck.de

Informationen zu Nutzen und inhaltlicher Ausrichtung:
Prof. Dr. habil. Wolfgang Hellmann
Kompetenzzentrum KoKiK®
Kooperative Kundenorientierung im Krankenhaus
Tel.: 05101-586 77 70
E-Mail: Hellmann-W@t-online.de

DAS STUDIUM MHM® - DER NUTZEN

- effizientes Selbstmanagement
- Selbstreflexion, situative Kommunikation, kollegiale Führung und Teamarbeit
- betriebswirtschaftliches Verständnis
- Optimierung der Kooperation
- Marketing
- Patienten- und Mitarbeiterrekrutierung
- Kundenorientierung: Patienten - Einweiser - Mitarbeiter

- Funktionseinheit: Qualitätsmanagement - Risikomanagement - Qualitätssicherung
- Kompatibilität zwischen Beruf und Familie
- zukunftsorientiertes Abteilungsmanagement
- betriebswirtschaftliche und kommunikative Grundlagen für eine herausragende Positionierung im Wettbewerb
- ärztliche Führungspositionen

FAZIT

Management ist für Sie nach Absolvierung des Studiums eine gern angenommene Herausforderung, die Ihre medizinische Expertise sinnvoll ergänzt und sich auch für den erfolgreichen Umgang mit komplexen neuen Technologien (z.B. Robotik) auszahlt.

Statements von Absolventen



DR. MED. TOBIAS SCHILLING, MBA

Medizinische Hochschule Hannover, Klinik für Herz -, Thorax-, Transplantations- und Gefäßchirurgie



PRIV.-DOZ. DR. MED. OLE BROCH, MHM, DEAA

Leitender Oberarzt, Klinik für Anästhesiologie und Operative Intensivmedizin, Universitätsklinikum Schleswig Holstein



PROF. DR. MED. FRANK MEYER, MBA

Klinik für Allgemein-, Viszeral-, Gefäß- und Transplantationschirurgie, Universitätsklinikum Magdeburg

„Das berufsbegleitende Studium des MHM® sollte mich zu manchen Bereichen meiner Arbeit mit dem entsprechend professionellen Rüstzeug ausstatten und mein Wissen in Themenfeldern, in denen bereits Kenntnisse und Erfahrungen bestanden, erweitern und systematisieren. Mir ermöglichten die Inhalte des MHM®-Studiums an vielen Stellen erweiterte Perspektiven und vor allen Dingen eine Optimierung meiner eigenen Managementeffizienz.

Die anfänglich mühselig investierten Wochenend- und Abendstunden haben sich bereits ein Jahr nach Abschluss des Studiums rentiert. Nach meiner Meinung stellt damit das im MHM®-Studium vermittelte Wissen eine ideale, komplementäre Ergänzung des Medizinstudiums für das ärztliche Management einer universitären Klinik für Herzchirurgie dar.“

„Das Studium zum Medical-Hospital-Manager (MHM®) habe ich durchgeführt, um einen besseren Einblick in die betriebswirtschaftlichen Aspekte einer Klinikleitung zu erhalten.

Im Rahmen des Studiums wurden neben der Betriebswirtschaftslehre und dem Rechnungswesen auch ausgiebig Themen wie Strategien, Marketing, Projekt-, Qualitäts- und Personalmanagement behandelt. In einem Umfeld von netten, hochmotivierten Kollegen und exzellenten Referenten konnte ich mein Wissen in den genannten Themenbereichen vertiefen und viele neue Eindrücke sammeln.“

„Das Studium MHM® bedeutete für mich das umfassende Durchdringen betriebswirtschaftlich-organisatorischer Zusammenhänge in Verbindung mit dem Erwerb breiter, praktischer Kenntnisse für die Umsetzung vor allem von Qualitäts- und Risikomanagement. Den konkreten Nutzen sehe ich auch in einer signifikanten Erweiterung der Kenntnisse betriebswirtschaftlich-organisatorischer Zusammenhänge. Die Aufnahme des Studiums resultierte in der Funktionsübertragung eines Qualitätsmanagementbeauftragten unserer Klinik, ein Einfluss des Studiums auf Rückfragen im Hinblick auf die Wahrnehmung von Chefarztstellen dürfte ebenfalls erfolgt sein.“



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