

PASSION

CHIRURGIE

PANORAMA

MUT ZUR CHIRURGIE -
AUCH AN SCHULEN

im Fokus

OPERATIVE KORREKTUR VON
BRUSTWANDDEFORMITÄTEN

10 | 2017

MITGLIEDERZEITSCHRIFT:
DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR CHIRURGIE
BERUFSVERBAND DER DEUTSCHEN CHIRURGEN





Thoraxchirurgie – ein kleines, aber hochspezialisiertes Fachgebiet

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

die **Thoraxchirurgie** ist das Schwerpunktthema der Oktober-Ausgabe von PASSION CHIRURGIE und wir möchten als Fachgesellschaft die Gelegenheit nutzen, Ihnen die ganze Breite unseres Gebietes darzustellen.

Dies nicht nur im Hinblick auf berufspolitische Aspekte, sondern auch mit der Darstellung unseres Behandlungsspektrums und zusätzlich eines medizinischen Themas, das uns zunehmend beschäftigt: die chirurgische Sanierung von angeborenen Fehlbildungen des Brustkorbes, wie Pectus excavatum und Pectus carinatum. Christian Kugler, der Past-Präsident der Deutsche Gesellschaft für Thoraxchirurgie (DGT) und Ronald Lützenberg haben neben

der amtierenden Präsidentin dazu Artikel verfasst.

Gerne möchte ich am Anfang Tim Pohlemann, den Past-Präsidenten der DGCH, zitieren, der die Entwicklungen in den chirurgischen Disziplinen und die sich daraus ergebenden Anforderungen für alle Chirurgeninnen und Chirurgen wunderbar zusammengefasst hat: „Die fachliche Spezialisierung ist der Motor des chirurgischen Fortschritts, die Einheit durch Doppelmitgliedschaft der notwendige Garant für politisches Gehör und Stärke“. Die DGT fühlt sich dem Ziel der „Einheit der Chirurgie“ als Wertegemeinschaft verpflichtet, denn wir sehen darin die Chance, eine Fehlentwicklung der letzten Jahrzehnte zu korrigieren. Nur wenn wir mit einer Stimme sprechen, werden wir von anderen großen

**DR. GUNDA LESCHBER**

Chefärztin der Thoraxchirurgischen
Klinik
Präsidentin der Dt. Gesellschaft f.
Thoraxchirurgie - DGT
Past-Präsidentin d. Europäischen
Gesellschaft f. Thoraxchirurgie - ESTS
Evangelische Lungenklinik Berlin -
Krankenhausbetriebs gGmbH
Lindenberger Weg 27
13125 Berlin
gunda.leschber@pgdiakonie.de

Fachgesellschaften, den Verbänden, den Versorgern und schließlich auch der Politik gehört. Partikularinteressen lassen sich viel schlechter verteidigen und nützen in Summe nichts. Effektiver ist es, wenn eine Wertegemeinschaft ihre Stimme im Sinne aller erhebt.

Für ein kleines, aber hoch spezialisiertes Fachgebiet wie die Thoraxchirurgie ist die Kooperation mit anderen chirurgischen Disziplinen nicht nur im Alltag gelebte Wirklichkeit, sei es mit den Plastischen, Viszeral- oder Herzchirurgen, den Wirbelsäulenchirurgen oder auch den Kollegen der HNO, sondern uns zeichnet darüber hinaus die enge Zusammenarbeit mit den Pneumologen aus, was sich aus der Historie der Thoraxchirurgie

erklären lässt. Die Ursprünge der Thoraxchirurgie gehen zurück auf die meist am Rande der Stadt liegenden Lungenkliniken, in denen „operierende“ Pneumologen die ersten Eingriffe am Brustkorb vornahmen. Bitte sehen Sie selbst, wie weit sich die Thoraxchirurgie seither von diesen Anfängen weiter entwickelt und spezialisiert hat.

Ich wünsche Ihnen viel Freude beim Studium des vorliegenden Heftes.

Ihre

Dr. Gunda Leschber
Präsidentin der Deutschen Gesellschaft für
Thoraxchirurgie (DGT) 

Leschber G. Editorial: Thoraxchirurgie – ein
kleines, aber hochspezialisiertes Fachgebiet.
Passion Chirurgie. 2017 Oktober; 7(10):
Artikel 01.



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

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 Weibach

VERLAG

schaefermueller publishing GmbH
Ifenpfad 2-4, 12107 Berlin
info@schaefermueller.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/Remains | 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 Q2/2017:

Beckenbruch

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 Thoraxchirurgie gestern und heute *G. Leschber*

16

im Fokus

DIE OPERATIVE KORREKTUR VON DE- FORMITÄTEN DER VORDEREN BRUST- WAND – EINE KRITISCHE BETRACHTUNG

Ronald Lützenberg, Manfred Infanger

22 Mastertrainer! Aber warum? *G. Balser*

26 BDC|Webinare: Experten live in Ihrem Arbeitszimmer
R. Dittmar

28 CHIRURGIE⁺

28 **Safety Clip:** Kaltverschweißung – Ein häufiges
Problem in der Chirurgie und geeignete
Lösungsansätze *K.-C. Frieze, M. Meilwes*



- 31 EU-Leitlinie für die umsichtige Verwendung antimikrobieller Mittel in der Humanmedizin
- 33 **Hygiene-Tipp:** Wundspüllösungen müssen steril sein
W. Popp, K-D. Zastrow, A. Kramer
- 35 **Rezension:** Grundlagen der ärztlichen Begutachtung
W. Boxberg
- 36 Personalia
- 37 **Recht**
- 37 Nachbesetzung von chirurgischen Arztsitzen
P. Kalbe, R. Kübke
- 41 **Frage & Antwort:** OP-Assistenz vom Physician Assistant
J. Heberer
- 43 **Frage & Antwort:** Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit oder Heilung
J. Heberer

44 GESUNDHEITSPOLITIK

- 44 Berufspolitische Themen im Fachbereich Thoraxchirurgie
C. Kugler
- 47 Aktuelle Meldungen

48 INTERN

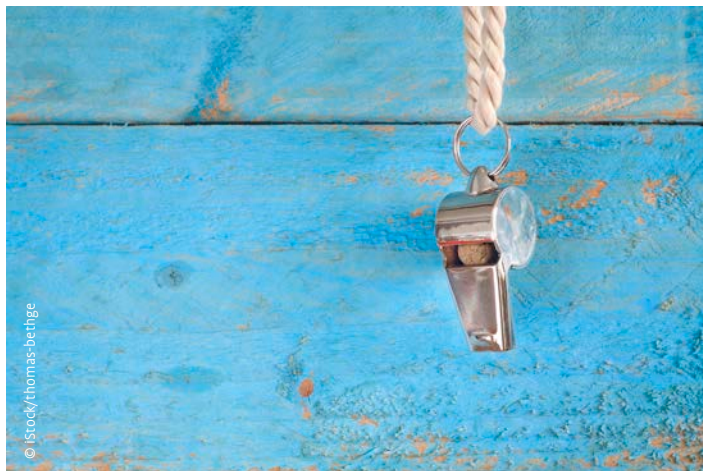
- 48 **DGCH**
- 48 135. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie 2018
J. Fuchs
- 50 Rekrutierende multizentrische chirurgische Studien in Deutschland
S. Tenckhoff
- 55 Spendenaufruf und Bausteine Langenbeck-Virchow-Haus
- 59 DGCH-Präsidium ab 1. Juli 2017

- 62 **BDC**
- 62 BDC-News
- 65 Berufseinsteiger-Paket – Exklusiv für BDC-Mitglieder
M. Nunne, R. Dittmar
- 68 BDC|Landesverbände
- 70 BDC-Pressespiegel
- 71 Termine BDC|Akademie
- 74 Veranstaltungshinweise
- 75 Lifestyle-Angebote im Oktober 2017

76 PANORAMA

- 76 Mut zur Chirurgie – Auch an Schulen
J. Weilbach

Einrichtung einer bundesweiten Clearingstelle für Gebührenfragen beschlossen



Ab 2018 wird es eine Änderung des Ärztevertrages zwischen der DGUV und der KBV und die Einrichtung einer Clearingstelle für Gebührenfragen auf Bundesebene geben. Das wurde in der letzten Sitzung der „§ 52-Kommission (KBV-DGUV)“ beschlossen. Dafür entfallen die „Schlichtungsstellen“ auf Landesebene. Die genaue Änderung des § 66 sowie weitere redaktionelle Änderungen am Ärztevertrag werden noch ausformuliert. Der BDC setzt sich dafür ein, dass die bewährte Beteiligung von praktisch tätigen D-Ärzten aus der Region als Gutachter bestehen bleibt.

MEHR LESEN...

Überfällige Entscheidung: Gebührenanhebung der UV-GOÄ



Zum 01. Oktober 2017 wird es eine lineare Gebührenerhebung der UV-GOÄ geben. Der erste Schritt ist eine Anhebung um acht Prozent, dann folgen weitere Schritte um jeweils drei Prozent in den folgenden drei Jahren. Es gibt einige Ausnahmen für Leistungen, die in den letzten Jahren schon besser bewertet wurden, z. B. für bestimmte Operationen und für Gutachten. Eine offizielle Stellungnahme der KBV wird folgen.

MEHR LESEN...

Mehr als 56 Millionen Euro für die Erforschung neuer Antibiotika zugesagt



Mit 56,5 Millionen Euro wollen die Bundesrepublik Deutschland und weitere internationale Geldgeber die Erforschung und Entwicklung neuer Antibiotika vorantreiben. Die Mittel wurden der Globalen Partnerschaft für Antibiotika-Forschung und Entwicklung – GARDP (Global Antibiotic Research and Development Partnership) – im Rahmen einer Veranstaltung auf Einladung von Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe und Georg Schütte, Staatssekretär im Bundesministerium für Bildung und Forschung, in Berlin zugesagt.

ZUR UMFRAGE...

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 Klinikaufbau 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...



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



© Stock/wildpixel

Thoraxchirurgie gestern und heute

Die Anfänge der Thoraxchirurgie liegen nicht nur in den Händen großer chirurgischer Vorväter wie von Langenbeck, Billroth, Nissen oder Sauerbruch, sondern auch in denen von Internisten, die sich mit den Möglichkeiten der Behandlungen der Tuberkulose durch gezielte Anlage eines Pneumothorax beschäftigten.

So wurde diese Therapieform in Italien von Forlanini bereits 1882 erwähnt, 1916 beschrieb Jacobaeus die Thorakokaustik (Durchtrennung von Verwachsungssträngen an der Lunge) und Vères erfand seine

Nadel zur sicheren Anlage eines Pneumothorax. Nachdem 1963 Sattler aus Wien die erste Pleurabiopsie per Thorakoskopie vorgestellt hatte, wurden in den folgenden Jahren durch Pneumologen zunehmend thorakoskopische Eingriffe durchgeführt.

In Deutschland, wo sich die Thoraxchirurgie traditionell in den Lungenkliniken („Mottenburgen“) konzentrierte, war bei den „minimal-invasiven Eingriffen“ im Westen der Pneumologe Brandt in Berlin-Heckeshorn führend, der thorakoskopische Biopsien an



DR. GUNDA LESCHBER

Chefärztin der Thoraxchirurgischen
Klinik
Präsidentin der Dt. Gesellschaft f.
Thoraxchirurgie - DGT
Past-Präsidentin d. Europäischen
Gesellschaft f. Thoraxchirurgie - ESTS
Evangelische Lungenklinik Berlin -
Krankenhausbetriebs gGmbH
Lindenberger Weg 27
13125 Berlin
gunda.leschber@pgdiakonie.de

der Lunge vornahm. In der DDR war Matzel, der sich in Halle-Döhlau ebenfalls der Thorakoskopie widmete, führender Kopf.

Von chirurgischer Seite sind als Meilensteine der Entwicklung die erste Pneumonektomie durch Rudolf Nissen 1931 zu erwähnen sowie die unzähligen Pioniertaten Ferdinand Sauerbruchs, die den Ruhm der deutschen Chirurgen auf thoraxchirurgischem Gebiet in den Jahren nach dem Ersten Weltkrieg begründeten.

Mit der Entwicklung und Verfeinerung der Thoraxanästhesie sowie der zunehmenden Spezialisierung von Chirurgen gingen ab den 1970er Jahren die operativen Eingriffe dann endgültig in die Hände von Thoraxchirurgen über. Die Klinik in Heidelberg-Röhrbach unter Ingolf Vogt-Moykopf war maßgeblich an der Propagierung parenchymsparender Resektionen und der Trachealchirurgie beteiligt und formulierte früh die Notwendigkeit eines eigenen Fachgebietes.

1990 schließlich setzte die moderne minimal-invasive Thoraxchirurgie ein, die heute unter dem Namen Video-assistierte Thorakoskopie (VATS) zum Alltag jedes Thoraxchirurgen gehört.

Seit den erwähnten Anfängen der minimal-invasiven Thoraxchirurgie, hat sich die VATS kontinuierlich weiterentwickelt. Das Spektrum wurde ausgebaut und bei kleinen Lungenkarzinomen wird die VATS-Lobektomie mittlerweile als Standard angesehen. Die Überlebenszeiten der so operierten Patienten sind denen der offenen Chirurgie mindestens äquivalent. Der Trend zur Minimierung hat dazu geführt, dass statt der initialen drei- bis vier-Loch-VATS mittlerweile die zwei- oder gar ein-Loch-VATS (Uniportal-VATS) das Gewebetrauma weiter vermindern. In Konkurrenz zu dieser OP-Technik steht die Roboter-assistierte Thorakoskopie (RATS), die sich zunehmender Verbreitung erfreut. Präparatorisch können die Nachteile der starren Brustwand durch die größeren Freiheitsgrade der Roboterinstrumente zumindest zum Teil ausgeglichen werden und die gebogenen Instrumente für die Uniportal-VATS erleichtern ebenfalls die Manipulation am vulnerablen Lungengewebe. Weitere Nachteile der starren Brustwand werden dadurch kompensiert, dass eine CO₂-Insufflation am Thorax und damit eine Abdichtung der Zugänge nicht nötig ist und

man direkt über einen kleinen Wundretractor operieren kann.

Operationen am Mediastinum über einen kollaren Zugang bei Mediastinitis wurden schon Ende des 19. Jahrhunderts durchgeführt. Im Jahre 1957 beschrieb der schwedische Chirurg Carlens erstmalig die Methode der Mediastinoskopie. Werner Maaßen in Essen-Haidhausen machte die Methode ab 1967 in Deutschland populär, und 1969 legte Gert Specht aus der Allgemein Chirurgie in Lübeck seine Habilitationsschrift über „Die erweiterte Mediastinoskopie, eine chirurgisch-biopsische Methode zur Exploration des Mediastinalraums“ vor. Er berichtete über die Ergebnisse von beeindruckenden 1.650 eigenen Untersuchungen, eine Anzahl, die heute kaum ein Thoraxchirurg erreichen kann. Auch bei der Mediastinoskopie hat die Videotechnik erhebliche Fortschritte erlaubt. Zu erwähnen sei hier die sogenannte VAMLA (Video-assistierte mediastinale Lymphadenektomie), sie ermöglicht die systematische Ausräumung sämtlicher Lymphknoten im Mediastinum zum exakteren Staging von Lungenkarzinompatienten oder als Vorstufe der VATS-Lobektomie.

DAS SPEKTRUM DER THORAXCHIRURGIE

Das Hauptarbeitsgebiet der heutigen Thoraxchirurgie liegt auf der Operation onkologischer Erkrankungen, insbesondere dem Lungenkarzinom. Durch die moderne Bildgebung werden Patienten in immer früheren Stadien erfasst, ein Trend, der durch Lungenkrebs-Screening mittels Lowdose-CT, das in anderen Ländern bereits verbreitet ist, vermutlich noch zunehmen wird. Begleitend deutet sich ein Paradigmenwechsel in der operativen Sanierung des kleinen Lungenkarzinoms an, weg von der heute noch als Standard geltenden Lobektomie hin zur parenchymsparenden anatomischen Segmentresektion. Erste Studienergebnisse verweisen auf eine Gleichwertigkeit der Verfahren, die Ergebnisse der DFG-geförderten deutschen Multicenterstudie (SeVLoTia) stehen aktuell noch aus. Während in vielen der internationalen Studien nicht exakt darauf geachtet wurde, ob eine anatomische Segmentresektion oder eine atypische Segmentresektion (entsprechend einer großen Keilresektion)

Leschber G. Thoraxchirurgie heute. Passion
Chirurgie. 2017 Oktober, 7(10): Artikel 03_01.



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

Meilensteine der Thoraxchirurgie

Andreas Wolter und Erich Stoelben

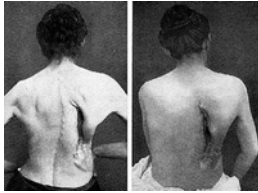


Kliniken der Stadt Köln gGmbH

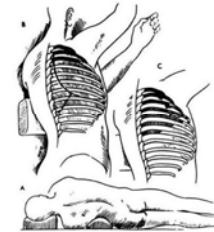
Lungenklinik Merheim, Zentrum für Thoraxchirurgie, Pneumologie / Onkologie und Schlaf- und Beatmungsmedizin, Krankenhaus Köln-Merheim, Ostmerheimer Str. 200, 51109 Köln

Timeline

1870



Lungenabszessbehandlung in Lokalanästhesie



Brauer, Ludolph (1865-1951)

Hamburg: Kollapstherapie der Tuberkulose

1884

Krönlein, Ulrich (1847-1910)

Zürich: Erste Lungenteilresektion

1911

Jacobaeus, Hans Christian (1879-1937)

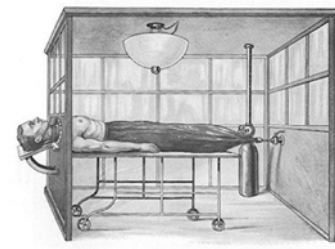
Stockholm: Erste Thorakoskopie

1961



Paulson, Donald L. (1912-1999)

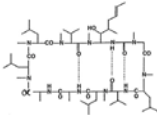
Dallas: Multimodale Behandlung des Bronchialkarzinoms (Pancoast-Tumor)



Sauerbruch, Ferdinand (1875-1951)

Breslau: Operation am offenen Thorax in der Unterdruckkammer

1981



Einführung von Cyclosporin



Nissen, Rudolf (1896-1981)

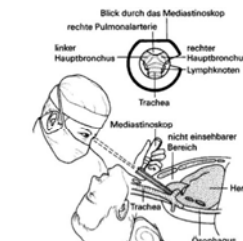
Berlin: Erste erfolgreiche Pneumonektomie 1931

1987



Borst, Hans Georg

Hannover: Erste Lungentransplantation in Deutschland



Maaßen, Werner (1920-2009)

Essen: Begründer der Mediastinoskopie 1967

1992



Inderbitzi, Rolf

Bern: Einführung der VATS-Chirurgie



Cooper, Joel D.

Toronto: 1983 Erfolgreiches Lungentransplantations-Programm

2010



Minimal-invasive OP-Verfahren heute

Abb. 1: Meilensteine der Thoraxchirurgie im deutschsprachigen Raum; ein Poster, das im Rahmen der Hundertjahrfeier der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie als Beitrag der DGT erstellt wurde

erfolgte, war in der SeVLoTia-Studie akribisch auf die anatomische Resektion und einen entsprechenden Sicherheitsabstand zur Segmentgrenze zu achten. Mit entsprechender Erfahrung sind Segmentresektionen per VATS ebenso möglich wie über eine Thorakotomie, womit die Vorteile des minimal-invasiven Vorgehens dem Patienten trotzdem geboten werden können. In allen spezialisierten Abteilungen gehören die VATS-Lobektomien mittlerweile zum Standard, begleitet von einer systematischen Lymphadenektomie, für deren Gewissenhaftigkeit sich deutsche Thoraxchirurgen besonders auszeichnen.

Auch die Operation bei N2-Status, also bei mediastinaler Lymphknotenmetastasierung, ist aktuell Diskussionspunkt ebenso wie Operationen beim oligometastasierten Lungenkarzinom, folglich im Stadium IVa der neuen TNM-Klassifikation (seit 2017 gültig). Selbstverständlich fallen Entscheidungen über derartige Ausweitungen der Operationsindikation vor Ort in interdisziplinären Tumorkonferenzen nur nach entsprechender Nutzen-Risiko-Analyse.

Die Tatsache, dass Thoraxchirurgen in Bezug auf onkologische Erkrankungen interdisziplinär sehr verbandelt sind, hat schon vor Jahren zur Gründung der „Arbeitsgemeinschaft Onkologische Thoraxchirurgie“ (AOT) bei der Deutschen Krebsgesellschaft geführt. Einer der Kooperationspartner bei der DKG ist die POA (Pneumologisch-Onkologische Arbeitsgemeinschaft).

In Kooperation mit chirurgischen Nachbardisziplinen können auf der anderen Seite auch erweiterte Eingriffe bei nur lokal fortgeschrittenen, d. h. die Nachbarorgane infiltrierenden, aber nicht (lymphogen) metastasierten Tumoren vorgenommen werden. Erwähnenswert sind hier Eingriffe an der Wirbelsäule mit den Wirbelsäulenchirurgen, multiviszerale Operationen mit den Viszeralchirurgen oder die Deckung ausgedehnter Defekte nach Brustwandresektionen mit den plastisch-rekonstruktiven Chirurgen. In der Trachealchirurgie können Patienten von der Kooperation mit HNO-Chirurgen in Einzelfällen profitieren. Dass die Thoraxchirurgie sich als Schnittstellenfach sieht, zeigt sich in der Expertise, die Thoraxchirurgen bei der Versorgung polytraumatisierter Patienten in den Traumazentren einbringen können.

Auch bei der operativen Sanierung von Lungemetastasen sind Thoraxchirurgen heute in vielen Tumorkonferenzen als kompetente Ansprechpartner gefragt. Die in Deutschland, im Gegensatz zum Ausland, vielfach verwendeten Laseroperationen ermöglichen in hohem Maße parenchymsparende Eingriffe an der Lunge, sogar bei multiplen oder zentral sitzenden Metastasen. Der Laser erlaubt, bis nahe an zentrale Strukturen (Gefäße/Bronchien) zu präparieren und nachgeschaltete Lungenabschnitte trotz kompletter Metastasenresektion zu erhalten. Eine Limitierung der Anzahl der zu resezierenden Metastasen besteht in der Regel nicht, sofern eine Ro-Resektion möglich ist.

Nach Jahrzehnten des immer aggressiveren Vorgehens beim malignen Pleuramesotheliom mit Pleuropneumonektomie zeigt sich nun ein Wandel zur parenchymerhaltenden palliativen Dekortikation. Im multimodalen Setting werden hier bei deutlich besserer Lebensqualität gleiche Überlebenszeiten erreicht. Neben der palliativen Dekortikation hat mit der HITHOC (Hypertherme intrathorakale Chemotherapieperfusion) ein neues Behandlungsverfahren Einzug gehalten, das bislang einigen spezialisierten Abteilungen vorbehalten ist. Gleiches gilt für Operationen an der Herz-Lungen-Maschine oder unter der ECMO. Beide Verfahren ermöglichen Eingriffe an zentralen Strukturen bzw. bei Patienten, die respiratorisch stark kompromittiert sind.

Neben den onkologischen Eingriffen, die in spezialisierten Abteilungen über 50 Prozent des Krankengutes darstellen, spielen entzündliche Veränderungen des Pleuraraumes eine wichtige Rolle. Nach wie vor erreichen Patienten mit Pleuraempyemen die thoraxchirurgischen Abteilungen zu spät, d. h. nach langwieriger antibiotischer Therapie. Dies erschwert die dann erforderliche Dekortikation, die heute trotzdem in den meisten Fällen auf minimal-invasivem Wege durchgeführt wird. Die Resektion der z. T. sehr dicken Pleuraschwarte stellt allerdings das Instrumentarium genauso wie den Chirurgen vor eine erhebliche Herausforderung.

Eine Renaissance erlebt augenblicklich die Lungenvolumenreduktion, ein Verfahren, bei dem überblähte Parenchymbezirke bei Emphysematikern thorakoskopisch reseziert werden, um den verbleibenden, weniger

geschädigten Arealen der Lunge die Entfaltung zu ermöglichen. Dieses Verfahren, das bereits Mitte der 90er Jahre erstmalig zu größeren Fallserien führte, war zwischenzeitlich durch den NETT-Trial in Verruf gekommen. Hier ist die Kooperation mit interventionellen Bronchoskopikern, die diese Patienten mit Ventil-Implantationen therapieren, in sogenannten „Emphyseboards“ erforderlich. Der G-BA hat kürzlich ein Statement gegen die nicht-operative Volumenreduktion verfasst, sodass in Zukunft eine weitere Steigerung der Patientenzahlen zur operativen Sanierung erwartet wird.

Mit dem Pneumothorax beschäftigt sich schließlich die in diesem Jahr erscheinende aktualisierte S3-Leitlinie „Pneumothorax“ unter Federführung des nächsten Präsidenten der DGT, Prof. Dr. med. Erich Stoelben. Mit dieser Leitlinie gibt die Fachgesellschaft zur Lösung eines häufigen Problems einen Leitfaden an die Hand. Eine weitere DFG-geförderte Studie der DGT bezieht sich auf die operative Sanierung des Pneumothorax: die WOPP-Studie. In dieser deutschen Multicenterstudie wird geprüft, ob in jedem Falle eine Resektion des bullösen Areals erforderlich ist oder ob eine parietale Pleurektomie als Rezidivprophylaxe ausreicht.

Lungentransplantationen verlagern sich von den Herzchirurgen zunehmend zu universitären thoraxchirurgischen Abteilungen. Hier sind die Zentren in München, Essen und Freiburg zu erwähnen. Die Vertretung des Faches in den Universitäten ist ansonsten aber noch immer nicht ausreichend gewährleistet, obwohl die Thoraxchirurgie seit 1995 als eigener Schwerpunkt in allen Bundesländern anerkannt war und seit 2001 eine selbständige chirurgische Fachdisziplin mit eigenständiger Weiterbildung ist.

Die wissenschaftliche Fachgesellschaft „Deutsche Gesellschaft für Thoraxchirurgie“ (DGT) wurde 1991 gegründet und ist heute eine der zehn Säulen unter dem Dach der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie. Seit 1993 existiert die Europäische Gesellschaft für Thoraxchirurgie, die European Society of Thoracic Surgeons (ESTS). Hervorgegangen aus einer kleinen Gruppe engagierter Thoraxchirurgen unter Führung von Ingolf Vogt-Moykopf, ist die Gesellschaft mittlerweile auf 1.600 Mitglieder angewachsen und führt

jedes Jahr den weltweit größten Kongress durch, der sich ausschließlich thoraxchirurgischen Fragestellungen widmet (in den USA sind die Thoraxchirurgen weiterhin ein Teil der Herz-Thoraxchirurgischen Gesellschaften).

ZERTIFIZIERUNGEN IN DER THORAXCHIRURGIE

Seit 2008 zertifiziert die DGT Thoraxkliniken/-abteilungen zum „Kompetenzzentrum Thoraxchirurgie“, wenn strukturelle Anforderungen in der Abteilung sowie eine Mindestmenge von 400 Operationen pro Jahr erfüllt sind. Dabei soll die Klinik das gesamte, oben dargestellte Spektrum der Thoraxchirurgie abbilden. Davon zu unterscheiden ist die Zertifizierung zum „Lungenkrebszentrum“ durch die Deutsche Krebsgesellschaft, bei der eine longitudinale Darstellung der Diagnostik und Therapie von Lungenkarzinomen in der Interdisziplinarität erfolgt. Hier sind die Mindestmengen mit 75 anatomischen Resektionen pro Jahr deutlich niedriger angesetzt. Beteiligt sind thoraxchirurgische Abteilungen an onkologischen Zentren oder Traumazentren.

Der Grund, warum die DGT bei ihrer Zertifizierung zum Kompetenzzentrum 400 Operationen pro Jahr fordert, liegt in der

Auffassung, dass nur mit einer entsprechenden Expertise eine optimale Behandlung der Patienten erreicht wird. Zwar kann eine exzellente Thoraxchirurgin oder ein hervorragender Thoraxchirurg mit einer Operation Großartiges leisten, die kompetente Versorgung im perioperativen Verlauf erfordert jedoch die Expertise vieler – über Abteilungen (Anästhesie, Pneumologie) und Berufsgruppen (Pflegepersonal, Physiotherapie, Atemtherapeuten) hinweg. Der Umgang mit Thoraxdrainagen nimmt dabei eine Schlüsselstellung ein, denn die Beurteilung der Physiologie im Pleuraspalt bedarf langer Erfahrung und kann auch durch die modernen digitalen Pumpsysteme nur bedingt ersetzt werden. Gerade die praktische Ausbildung an den verschiedenen Drainagesystemen ist nicht nur für die Weiterbildungsassistenten von Bedeutung, sondern sie stellt auch einen Faktor bei der Spezialisierung von Pflegekräften dar.

Seit der letzten Überarbeitung des Anforderungskataloges werden auch Aspekte des Risikomanagements abgefragt. Durch gemeinsame Analyse mit einem Risikomanager von Schadensfällen aus dem Gebiet der Thoraxchirurgie konnte eine entsprechende Abfrage in den Katalog eingebaut werden. Die so zertifizierten Kliniken haben den Vorteil,

dass sie damit gegenüber dem Versicherer von diesem geforderte Qualitätsmerkmale bereits abbilden.

Der allgemeine Trend zu Organzentren ist, auch begründet durch die oben erwähnte Historie, in Lungenkliniken schon seit Jahrzehnten Realität. Interdisziplinäre Konferenzen (zwei pro Woche), in denen über das Vorgehen (Diagnostik und Therapie) bei Lungenkrebspatienten entschieden wurde, hat die Autorin bereits Anfang der 90er Jahre zu Beginn ihrer Ausbildung in Berlin-Heckeshorn erlebt. Schließlich lebt auch die Kooperation mit den Kollegen der Anästhesie von einem gedeihlichen und vertrauensvollen Level, denn schließlich „operieren“ alle am selben Organ.

Thoraxchirurgie wird heute immer noch zu einem Großteil in spezialisierten Lungenkliniken oder -abteilungen betrieben, auch wenn ein Trend zu Eingliederungen in Maximalversorger besteht. Da die Thoraxchirurgie ein Fachgebiet ist, in dem überwiegend elektive Operationen durchgeführt werden, eignet sie sich insbesondere für junge Chirurginnen und Chirurgen, die nach einem familienkompatiblen Fach Ausschau halten, das jedoch anspruchsvolle operative Fähigkeiten und Fertigkeiten erfordert. 

**60
CME-
Punkte!**

Kompaktkurs:

Hygiene- beauftragter Arzt (HBA)

Geeignet für alle Ärzte



Mit der Smart-Learning-Methode

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

Ein modernes Lernkonzept für flexible und individuelle Fortbildung:

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

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

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



► Jetzt anmelden:
www.ecme-center.org/hba





IM FOKUS

Korrektur von Brustwand- deformitäten



**KORRESPONDIERENDER
AUTOR:**
DR. MED. RONALD LÜTZENBERG
Zentrum für interdisziplinäre
Rekonstruktive Chirurgie
Universitätsklinik für Plastische,
Ästhetische und Handchirurgie
Universitätsklinikum Magdeburg A.ö.R.
Leipziger Straße 44
39129 Magdeburg
ronald.luetzenberg@med.ovgu.de

UNIV. PROF. DR. MED.
MANFRED INFANGER, FMH
Direktor der Universitätsklinik
für Plastische, Ästhetische und
Handchirurgie
Universitätsklinikum Magdeburg A.ö.R.
Leipziger Straße 44
39129 Magdeburg

Lützenberg R, Infanger M: Die operative
Korrektur von Deformitäten der vorderen
Brustwand – Eine kritische Betrachtung. *Passion
Chirurgie*. 2017 Oktober, 7(10): Artikel 03_02.



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

Die operative Korrektur von Deformitäten der vorderen Brustwand – Eine kritische Betrachtung

*„Wiederherstellen was die Natur gegeben
und der Zufall wieder genommen hat.“*

In dieser Weise beschrieb der berühmte Chirurg Gaspare Tagliacozzi (1545-1599) aus Bologna bereits vor 400 Jahren treffend den Inhalt Rekonstruktiver Chirurgie. Diesen Plan der Natur zu erfüllen, ist im Falle der Trichterbrust und Kielbrust, aber auch von Rippenbogenfehlbildungen, Aufgabe von rekonstruktiven Chirurgen verschiedener Disziplinen mit unterschiedlichem Fokus. Die Inzidenz der Erkrankung ist mit 1:3-400 hoch, weit höher als die anderer Erkrankungen mit hohem Aufmerksamkeitswert. Das Geschlechtsverhältnis ist mit 1:3-4 zugunsten des männlichen Geschlechts beschrieben in der eigenen Erfahrung bei 1:2 angesiedelt.

Leonardo da Vinci stellte den Befund einer Trichterbrust als erster dar und Bauhinus beschrieb ihn 1594. Die ersten bekannten operativen Korrekturen nahmen Meyer 1911 und Sauerbruch 1913 vor. Mit dem Namen Ravitch verbindet sich seit 1949 bis heute die offene Operationstechnik mit Rippenknorpelresektionen in zahlreichen Variationen in gegenwärtiger Konkurrenz zu dem sogenannten minimal invasiven geschlossenen Verfahren nach Nuss.

Es ist nicht Sinn dieser Arbeit, die von Ravitch und Welch über Jahrzehnte in kinderchirurgischen Lehrwerken vorgetragene Therapie erneut zu wiederholen, wie auch nicht die Technik nach Nuss im Sinne eines Fortschritts abermals zu erläutern und lobzupreisen. Es ist zu hinterfragen, warum es einerseits bis heute in der Praxis so viele Variationen und Erweiterungen dieser OP-Methoden gibt und andererseits in der Realität so

viele inkomplette Korrekturen und Rezidive mit der Notwendigkeit von Reoperationen. Warum Patienten aufgrund ungelöster Probleme bis zu zehnmal und mehr eine Operation erfahren und nur so Schritt für Schritt ein befriedigendes Ergebnis gefunden werden kann. Die Brustwand ist zwar äußerlich von der Deformität befreit und die objektivierenden Indices sind in die Norm oder deren Nähe überführt, jedoch ist die Brustwand nun starr wie Beton, die Form erworben chondrodystroph, ein erworbenes Jeune-Syndrom liegt vor. Innere, vom Weichteil kaschierte Deformitäten mit Kompression auf Herz und Lunge bestehen fort, am Rippenbogenabgang schieben sich selbige kulissenartig übereinander und üben Kompression auf Herz und Leber aus. Chronische Schmerzen multipler Pseudoarthrosen bestehen. Interkostalnerven-Kompressions Syndrome zeitigen das gleiche Bild. Die Atemexkursion ist aufgehoben bei massiver Bauchatmung, chronischen Rückenschmerzen, verminderter Leistungsfähigkeit, psychischer Dauerbelastung bis zur sozialen und beruflichen Isolation, gar gesellschaftlicher Stigmatisierung. Die Ursachen der einschränkenden Leistungsfähigkeit werden trotz zahlreicher aufklärender Publikationen in der Fachwelt nur langsam akzeptiert oder negiert und an alten Lehrmeinungen, das es sich hier lediglich um ein kosmetisches Problem handelt wird konsequent festgehalten. Dass das nicht so ist, weiß vor allen Dingen eine Gruppe: Die Patienten.

Für die Betroffenen und die behandelnden Kollegen stellt sich die zentrale Frage warum der Krankheitswert dieser Erkrankungen in weiten Teilen der Ärzteschaft so konsequent negiert wird. Folgt wieder eine Abschrift und

Zusammenstellung bereits bekannten Wissens wird sich hieran leider nichts ändern und der stetige Kampf mit den Kostenträgern um die Genehmigung sinnvoller Behandlungen fortbestehen.

Es wird eine Frage der Zeit sein bis der für die Patienten durchaus stigmatisierende Begriff Trichterbrust weniger Anwendung findet und durch einen Ausdruck wie zum Beispiel Brustwanddeformität ersetzt werden könnte. Ohne diesen Schritt wird auch das bestehende Schubladendenken, insbesondere bei den Kostenträgern, nicht überwunden werden.

Die Frage der Ätiologie der Erkrankung bleibt letztlich bis heute unbeantwortet bei einer großen Zahl an Hypothesen. Warum nur die Rippenknorpel eine Fehlentwicklung erfahren sollen und andere Knorpellokalisierungen nicht, kann nicht schlüssig beantwortet werden.

Die nicht-chirurgische Korrektur der symmetrischen Kielbrust mit einem Dynamischen Kompressionssystem/Orthese zeigte bei voller Korrektur den Verzicht jeder Knorpelverkürzung auf, sodass eine Betrachtung der Pathogenese erneut gefragt ist. Wenn der Rippenknorpel nicht zu lang war für eine volle Korrektur, wo ist dann das Strecken „Plus“ des Knorpels verblieben? Es wurde in die Form der seitlichen und hinteren Brustwand verschoben und weitete den Blick für die Komplexität der Deformität. Fort von der ventralen

Brustwand, hin zur Dynamik des gesamten Komplexes Brustkorb. Einschließlich der costo-vertebralen Verbindung und der Wirbelsäule. Diese Orthese korrigiert nicht nur die Kielbrust, sondern auch die oft vermehrte Brustkyphose.

Wenn Patienten über 18 Jahre mit der Operationsmethode nach Abramson (Reverse Nuss Technique) zur Korrektur der Kielbrust operiert werden, die gleichfalls auf Knorpel und Knochenresektionen verzichtet, so wird eindeutig klar, dass ein weniger beachtetes Symptom dieser Patienten, der chronische Schmerz der Brustwirbelsäule, aufgehoben werden konnte. Häufig jedoch nicht bei der klassischen Operation nach Ravitch.

Hier wird die Deformität ventral korrigiert und dorsal fixiert. Unumkehrbar. Was mit der Orthesen-Behandlung über Monate erreicht wird, gelingt mit der Abramsonschen Operation in den wenigen Minuten der Konnektierung des Pectus Bar an der seitlichen Brustwand in seiner Lokalisation vor dem Brustbein. Der Prozess der Thoraxumformung wird zeitlich mit Hilfe der hohen eingeleiteten Kraft des Metallimplantates förmlich komprimiert, um den Preis eines hohen postoperativen Schmerzniveaus. Eine Korrektur von Restdeformitäten kann zum Zeitpunkt der Implantatentfernung erfolgen. Ziel und Effekt der Orthesen-Behandlung und der nichtresezierenden Operationsmethoden ist nicht

zuletzt die Korrektur der Fehlstellung der Wirbelsäule.

Operationsmethoden mit Aufhebung der zentralen stabilisierenden Funktion des Sternums, wie die Technik nach Robicsek (hier wird das Sternum von den Rippen getrennt, einem Füllkörper gleich gehoben und dahinter ein Malex-mesh platziert und mit den Rippenstümpfen zu beiden Seiten verbunden, das Sternum liegt hängemattenartig hierauf) werden stetig als gute und alternative Technik zu Ravitch und Nuss in Streitschriften propagiert. In anderen Körperregionen ist jedoch eine ähnliche biomechanische Konstellation wie z. B. bei der Lunatumnekrose im proximalen Handwurzelbogen ohne Frage in der Pathomorphologie anerkannt.

Bricht hier der Zentralstein zusammen, kollabiert die gesamte Konstruktion. Nicht so bei der Lösung des Sternums aus dem parasternalen Verbund?

SYMPTOMATIK

Die atypische Form der Brustwand kann zu nachhaltigen Beschwerden führen. Schmerzen, Fehlhaltung, Luftnot, Bauchatmung, rezidivierende pulmonale Infekte, Herzrhythmusstörungen, ausbleibender sportlicher Trainingseffekt, Verlagerung des Herzens nach links und Kompression zwischen Sternum und Brustwand mit Druck auf den rechten Vorhof und Ventrikel und Impression der

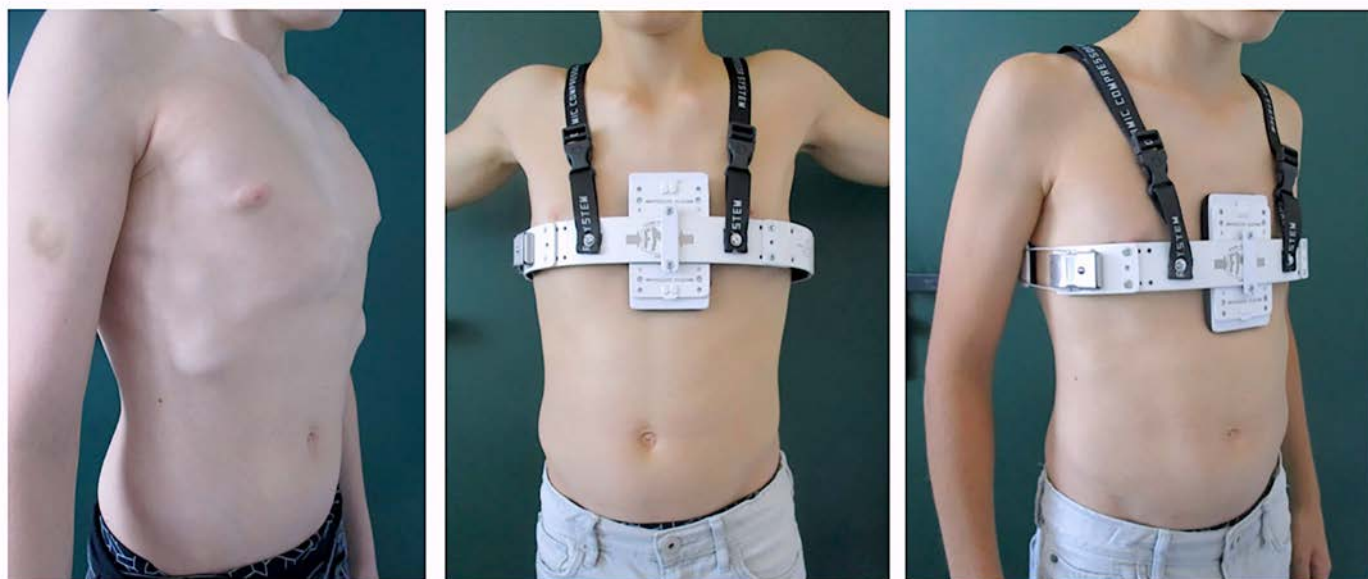


Abb. 1: Dynamisches Kompressionssystem nach Martinez-Ferro

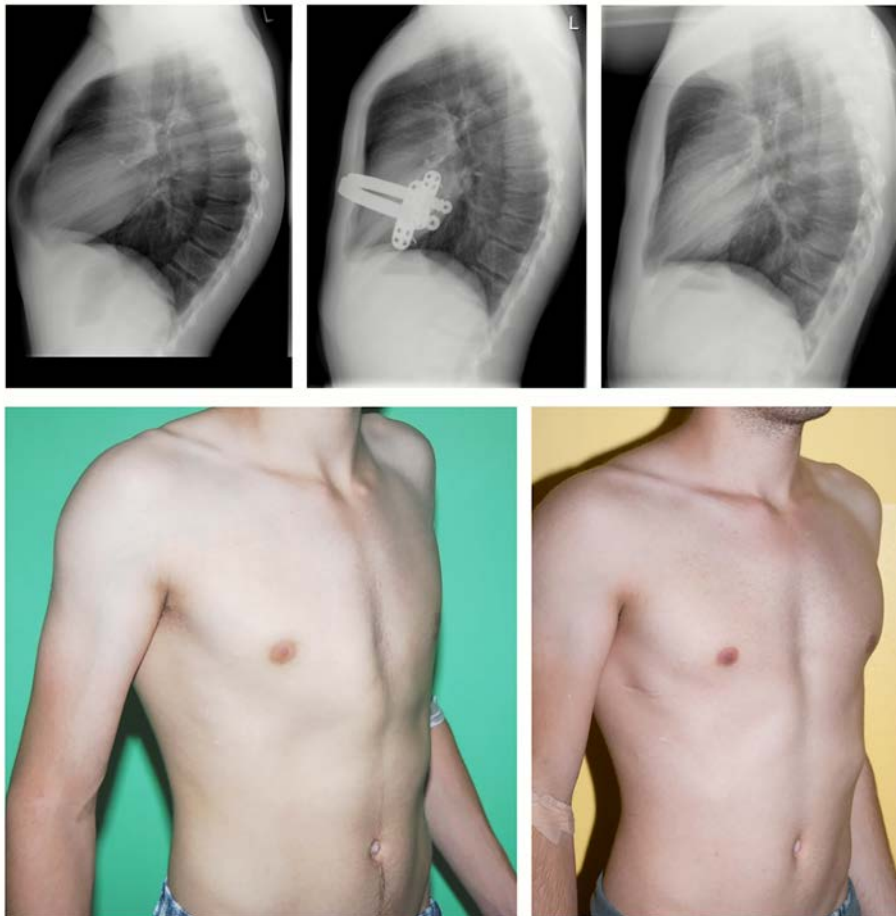


Abb. 2: Operationsverfahren nach Abramson

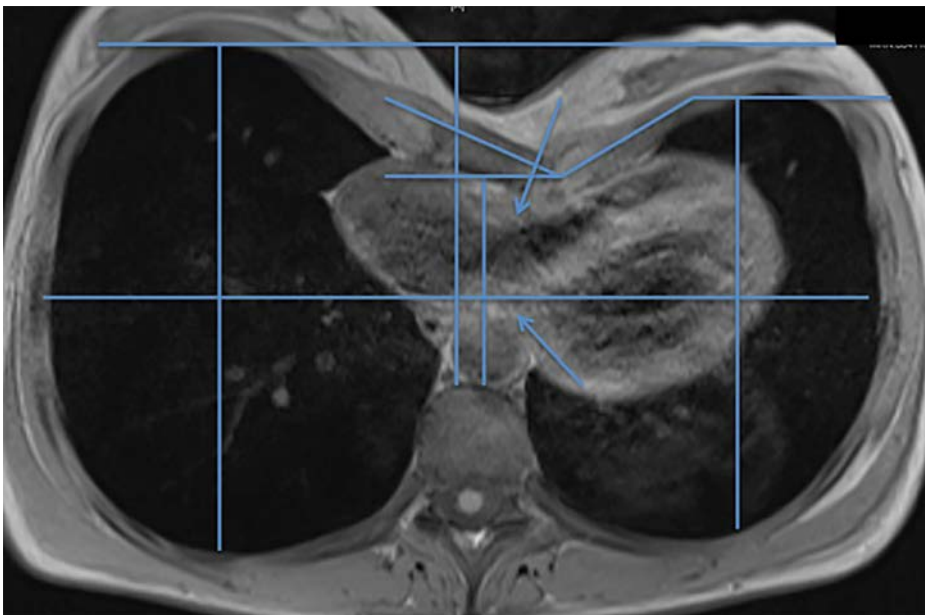


Abb. 3: Vermessungsindices der Brustwand

thorakalen Aorta in den linken Vorhof und veränderte Atemruhelage. Die Morphologie des Herzens ist in Ruhe weitestgehend normal. Trikuspidalinsuffizienz geringer Ausprägung und Mitralklappenprolaps sind zu verzeichnen. Unter körperlicher Belastung ist die Füllung des Herzens jedoch behindert, das Kontraktionsmuster des interventrikulären Septums verändert, die Erweiterung der Trikuspidalklappenöffnungsfläche signifikant vermindert gegenüber der Normalpopulation. Eine klärende Stressechokardiographie für diese Fragestellung zu erhalten und damit die Indikation zu erhärten ist leider die Ausnahme. Die Lungenfunktion ist in den unteren Normbereich verlagert oder darunter, das Bewegungsmuster der Atemexkursion limitiert. Rein rechnerisch kann die Volumenzunahme am CT nach der Korrektur mit Werten zwischen 3-8 % ermittelt werden. Weniger als das gemessene Volumendefizit. In der Praxis ist die wirkliche Verbesserung erst nach der Entfernung der Implantate (Pectus Bar und Querstabilisatoren oder andere Implantattypen) zu erwarten und muss vom Patienten auch abgerufen werden. Der sportlich aktive Patient erlangt im dynamischen Prozess der Thoraxumformung das bessere Ergebnis in Form und Funktion. Nach der Initialoperation erreichen die Patienten durch das OP Trauma die Ausgangswerte erst nach zwei bis vier Monaten.

Hinsichtlich des Operationsalters sollte der Entwicklungssprung vom Knaben zum Mann erfolgt sein (13-16 Jahre), respektive bei der Frau (12-15 Jahre). Zu frühe Operation kann in der Technik nach Nuss im postoperativen Verlauf zu einer Kief deformität führen.

Korrekturen nach Nuss im früheren Alter sind technisch infolge der Elastizität der Brustwand nicht mit Eingriffen über 20 Jahren oder älter zu vergleichen oder gar mit Reoperationen. Das ist eine völlig andere Dimension an Schwierigkeitsgrad und Aufwand. Diese andere Dimension der Operation, Rehabilitation und des Komplikationsspektrums ist dem Patienten gut zu verdeutlichen. Park aus Seoul/Südkorea, der weltweit wohl die größte Serie an Nuss Operationen vorgenommen hat, weist nahezu 40 % der Eingriffe im Alter unter fünf Jahren aus. Das veranschaulicht die Inkonsistenz der Empfehlungen hinsichtlich des Operationsalters.

Die Frage des höheren Operationsalters stellt sich durch ausbleibende Operation in der Jugend, Veränderungen der Behandlung die nun auch den „älteren Patienten“ zur Korrektur drängen lassen, die Zunahme der Beschwerden besonders noch einmal um das 40. Lebensjahr und Publikationen zur kompromittierten Herzfunktion, auch wenn das den stetigen Disput zum Krankheitswert antreibt.

Zur Beschreibung der Schwere hat sich der Haller Index etabliert, wird jedoch schrittweise von anderen wie Compression-Index, Correction-Index, Asymmetrie-Index, Index of depression, Index of flatness im Sinne einer genaueren Beschreibung ergänzt und verdrängt.

Der seelische Leidensdruck und die psychosozialen Belastungen steigen mit der deutlichen Verstärkung des Befundes während der pubertären Wachstumsphase. Hier nimmt der Patient den Unterschied zum Normalen wahr. Dem Körperbild und dem ästhetischen Ideal gilt hohe Aufmerksamkeit. Genaugenommen wird der Patient medial permanent mit diesem Ideal der Konfiguration des Brustkorbs konfrontiert und erlebt umso stärker die eigene Abweichung hiervon.

Wir erachten es als sehr wichtig diese psychische Situation vor einer formverändernden Operation zu analysieren und direkt zu hinterfragen. Insbesondere im Fall multipler Reoperationen. Die Interferenz mit einem Body Dysmorphic Syndrom ist unbedingt herauszuarbeiten. Im positiven Fall wird ein noch so gutes Ergebnis den Patienten nicht heilen. Eine Koordination hinsichtlich OP-Indikation mit den behandelnden Psychologen oder Psychiatern halten wir für sehr wichtig wobei auch jahrelange Behandlungszyklen oft vom Patienten verschwiegen werden. Die psychosoziale Komponente besitzt nachhaltigen Krankheitswert und ist eines der OP-Kriterien. Patienten, die im hohen Erwachsenenalter eine Korrektur erfahren, berichten das eindrucksvoll.

Operationskriterien für Pectus excavatum:

- Haller-Schweregradindex $> 3,25$ in Inspiration oder Expiration
- Lungenfunktionswerte im unteren Normbereich oder kleiner ($< 85\%$)
- Kompression des Herzens
- Zunahme der Deformität



Abb. 4: Rekorrektur nach Rezidiv kombiniert offen/geschlossen

- Symptomatik unter Belastung
- Psychosoziale Belastung

Die Indikation ist gegeben, wenn drei der sechs Kriterien erfüllt sind.

Die Sinnhaftigkeit der Korrektur – auch bei geringeren physischen Beschwerden – haben Studien mit dem Nachweis einer deutlichen Verbesserung der Lebensqualität erbracht. Jedoch erfolgt mehr als nur eine Korrektur der äußeren Form, der Ästhetik. Es ist die Korrektur der gesamten Statik des zentralen Atmungs- und Bewegungsgerüsts. Das ist das Neue in der Betrachtungsweise aus der Beobachtung neuer Therapien. Das ist die Hinterfragung alter Wahrheiten.

Die Rechtfertigung für die Operation ist in erster Linie die cardio-pulmonale Leistungseinschränkung. In der Präsentation der Ergebnisse wird aber fast nur auf das äußerlich optische Resultat fokussiert. Für ein gutes operatives Sofortergebnis werden schnell die langjährig erarbeiteten Prinzipien der exakten Rippenknorpelentfernung überbordnet. Durch die Schwellung der deckenden Weichteile sieht fast jedes postoperative Sofortergebnis gut aus. Die Wahrheit tritt Wochen nach der Entlassung zu Tage. Zudem ist der Effekt der Operation nicht mit dem Eingriff beendet. Letztlich sind alle Verfahren einem dynamischen Folgeprozess unterlegen. Einerseits durch das axiale Wachstum

des Kindes und Jugendlichen, zum anderen der Entwicklung des Brustkorbs während des Erwachsenenalters. Eine der Initialideen von Nuss war die Fähigkeit der Umformung des Brustkorbs im hohen Alter zum Fassthorax aber auch die Formveränderung durch Brace-Behandlung an verschiedenen Knochenstrukturen. Letztlich ist es ein dynamisches Behandlungsverfahren.

GRENZEN DER NUSS-OP BEI ERWACHSENEN

Mit dem Bestreben eine für Kinder und Jugendliche erdachte Methode immer weiter in höhere Altersklassen zu verschieben, müssen zwangsläufig andere Komplikationen in Erscheinung treten. Diese können leichten, aber auch fatalen Charakter haben. Insbesondere der zweite Eingriff zur Implantatentfernung wird international stark fokussiert. Die erforderliche, mit den Implantaten einzuleitende Power in die Brustwand, um diese aufzurichten oder zu senken, ist wesentlich größer.

Implantate, Instrumentarium und prinzipieller Ablauf mögen gleich sein. Die wirkenden Kräfte im Mediastinum sind es nicht. Um diese Grenzen des Verfahrens zu verschieben wurden immer neue Variationen erdacht und eingeführt. Diese tragen die klangvollen Namen „Press molding“, Sandwich-Technik,

Cross Bar-Technik. Bis zu fünf ventrale Implantate zusätzlich zu der seitlichen Fixierung gegeneinander werden eingebracht zuzüglich der Anwendung eines Kran-Systems um das Sternum zu heben.

Ein Beispiel für eine schwere aber nicht leicht zu erkennende Komplikation ist das sogenannte „Hinge point displacement“.

Bei der Nuss-Operation ist die retrosternale Tunnelierung des Mediastinums zur Schaffung der Implantatlager die anspruchsvollste Phase. Bei der Ausleitung des Tunnelierinstruments/Schwert/Intertucer kann der Interkostalraum über eine Strecke von bis zu zehn Zentimeter und mehr sofort oder im Intervall einreißen. Es resultieren Stabdislokation mit Kompression des Perikards, chronische Schmerzen, Lungenhernie und Rezidiv. Abhilfe schafft die Verschiebung des Seitenstabilisators an den „Hinge Point“ auch wenn der Interkostalraum schon geborsten ist. Es verbleiben Schmerzen und eine unvollständige Korrektur.

Für die spezielle Operationstechnik im Erwachsenenalter erscheint ebenfalls die Analyse der Einbeziehung der knorpeligen Anteile der Rippen aber auch der Knöchernen wie auch die Rotation des Sternums und das Maß der parasternalen Angulation von praktischer Bedeutung. Die Überwindung letzterer erfordert erhebliche Energie. Schlussendlich bedarf es auch der Korrektur der Rippenbögen. Eine unveränderte Hebung der Rippenbögen lässt die Korrektur unvollendet und ist nicht selten Grund für den unzufriedenen Patienten nicht nur hinsichtlich der Form sondern auch der Funktion. Einem stetigen Spannungszustand und chronischen Schmerzen. Nicht zuletzt sollte die Normalisierung der beklagten Funktionsstörung ein Kriterium für Erfolg und Misserfolg sein. Diese war Grund der OP und ist immer wieder postoperativ zu evaluieren und nicht nur die Betrachtung des äußeren Ergebnisses.

Der hohe Druck beim Erwachsenen an den Auflagepunkten der Pectus Bar induziert über die Zeit massive Vernarbungen, aber auch Verknöcherungen bis zur Überbrückung der Interkostalräume und deren Verblockung. Auch hier verbleiben nach der Implantatentfernung eine starre Brustwand und mögliche Interkostalnerven-Kompressionssyndrome,

was zusätzliche Maßnahmen bei der Explantation erfordern kann.

Ein wesentlicher Aspekt ist bei der Beratung und Aufklärung von Frauen zu beachten. Die Korrektur der Brustwand führt stets zu einer Formveränderung und Position des Brustdrüsenkörpers. Zumeist resultierend in einer verkleinerten Erscheinung. Acht Patientinnen unserer Serie haben ohne Probleme mit einliegenden Pectus Bar ihr Kind entbunden.

ERWEITERTE TECHNIK NACH NUSS

Der überwiegende Anteil der Patienten beschreibt nach der Operation eine Verbesserung der allgemeinen Leistungsfähigkeit, der Ausdauerleistung und der Fähigkeit der tiefen Inspiration, ohne ein Gefühl nicht richtig durchatmen zu können zu beklagen. Der wirklich positive funktionelle Effekt der Korrekturoperation, egal welcher Technik tritt nach

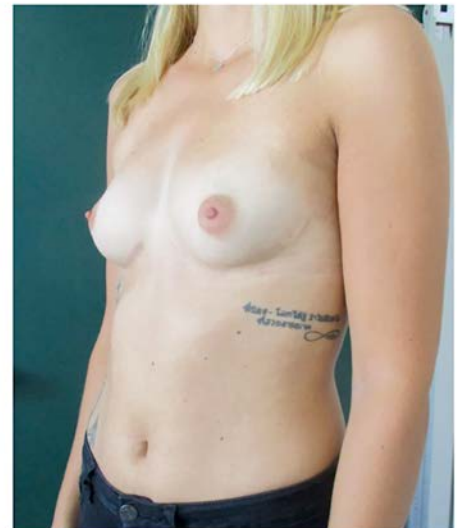


Abb. 5: Erweiterte Technik nach Nuss



Abb. 6: 63-Jähriger Patient

der Entfernung der Metallimplantate ein. Die Starre in der Brustwand wird vermindert, die Atemexkursion befreit. Limitierend sind für diesen Effekt die oben genannten Nachteile der Methode nach Nuss im Erwachsenenalter.

Die Information der Chest Wall International Group (CWIG) gibt eine sehr zurückhaltend formulierte aber klare Position zur Operationsfrequenz um die Komplikationsrate niedrig zu halten (zwei bis vier Fälle im Monat). Während in einer Vielzahl anderer Operationsverfahren dieser Zusammenhang

zu Mindestzahlen zertifiziert ist scheint er auf dem Gebiet der Brustwanddeformitäten so noch nicht benannt.

FAZIT

Zusammenfassend darf man konstatieren, dass im Erwachsenenalter ein Konsens in der Operationstechnik nicht gefunden ist. Der Erfolg einer Korrektur zeigt sich erst nach langer Zeit wenn die Implantate nach etwa drei Jahren entfernt sind und der weitere Verlauf

frei von Deformitäten oder funktionellen Störungen und Schmerzen ist. Dieser Zeitraum liegt bei fünf bis zehn Jahren oder länger. Dann werden Patienten selbst Kinder haben und die Frage der möglichen Vererbbarkeit steht im Raum.

Einzig eine normale Form gewährleistet auch eine normale Funktion. Diese normale Form ist die ästhetische Norm.

Literatur erhalten Sie via passion_chirurgie@bdc.de

eAKADEMIE

Wissen Bit für Bit

WEBINARE

MEDIATHEK

eCME-CENTER

MEDIATHEK

media**thek**
DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR CHIRURGIE
ÖSTERREICHISCHE GESELLSCHAFT FÜR CHIRURGIE



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 Fortbildungsfilme eingereicht werden!

www.mediathek-dgch.de

Mastertrainer! Aber warum?

ERFAHRUNGSBERICHT EINES MASTERTRAINERS

In der Fläche fehlen Konzepte zur Unterstützung der Weiterbilder und Assistenten zur Entwicklung von Lehr- und Lernkompetenzen. Der Berufsverband der Deutschen Chirurgen (BDC) hat deshalb in Zusammenarbeit mit dem Berufsverband Deutscher Internisten (BDI) ein Mastertrainer-Projekt aufgelegt. Dreißig speziell ausgebildete Mastertrainer (alle langjährig weiterbildende Chef- oder Oberärzte) vermitteln in eintägigen Fortbildungen ein sehr einfaches und alltagstaugliches Konzept der evidenzbasierten und strukturierten Facharztweiterbildung an interessierte Weiterbilder. Die Mastertrainer entwickeln dabei ein verbindlich strukturiertes Weiterbildungskonzept, angepasst an die jeweilige Klinikstruktur.

WEITERBILDUNG AM KREISKRANKENHAUS WEILBURG

Weiterbildung des ärztlichen Nachwuchses ist in der Weilburger Abteilung für Orthopädie und Unfallchirurgie neben der Patientenversorgung die zweite Säule der ärztlichen Aufgaben. Ärztliche Weiterbildung sehe ich für mich als Chefarzt als eine ärztliche Generationsverpflichtung an, um das, was ich von meinen Lehrern gelernt und in vielen Jahren klinisch-ärztlicher Tätigkeit erarbeitet habe, an die Weiterzubildenden weiterzugeben. Es bereitet mir große Freude, junge Assistentinnen und Assistenten in meinem Team zu wissen, die vom jungen Arzt zum guten Facharzt weitergebildet werden möchten. Ich sehe es als Grundvoraussetzung, dem Weiterzubildenden konsequent von Beginn an darzulegen, dass Weiterbildung sowohl

Balser G. Mastertrainer! Aber warum? Passion Chirurgie. 2017 Oktober, 7(10): Artikel 04_01.



DAS MASTERTRAINERPROGRAMM VON BDC UND BDI – WIE UNTERSTÜTZT MAN DIE WEITERBILDUNG VOR ORT?



TRAINING FÜR WEITERBILDER: MASTERTRAINER 2017



BROSCHÜRE: VOM JUNGEN ARZT ZUM GUTEN FACHARZT



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



**DR. MED. GERD BALSER**

Chefarzt der Abteilung der
Abteilung für Orthopädie/
Unfallchirurgie
Kreiskrankenhaus Weilburg
Am Steinbühl 2, 35781 Weilburg
balser@krankenhaus-weilburg.de

eines engagierten und verantwortungsvollen Weiterbilders als auch eines engagierten Weiterzubildenden bedarf. Auch der Weiterzubildende muss seine Pflicht erkennen, die Qualität und Intensität seiner Weiterbildung durch ein konsequentes Engagement wesentlich selbst mitzubestimmen. Als Weiterbilder sehe ich hierbei meine Aufgabe mit Freude diesen Prozess zu begleiten, Anregungen zu geben und meine Erfahrungen mit in diesen Prozess einfließen zu lassen.

Mag Weiterbildung auch allzu oft im klinischen Arbeitsalltag durch Routineaufgaben verdeckt sein, ist es umso mehr die elementare Aufgabe des Weiterbilders, täglich Weiterbildung zu soufflieren. Als Chefarzt einer kleinen Abteilung (Stellenschlüssel 1 bis 3, 6 bis 7,5) sehe ich die Weiterzubildenden in unserer Klinik glücklicherweise täglich mehrfach: bei der Frühbesprechung, bei der Intensivbesprechung, im OP, bei Nachmittagsbesprechungen, bei Problemen in der Ambulanz, im Bereitschaftsdienst und insbesondere bei den Weiterbildungsgesprächen sowie bei den Inhouse-Fortbildungen.

WEITERBILDUNG BENÖTIGT STRUKTUREN UND VERBINDLICHKEIT

Weiterbildung benötigt Strukturen und Verbindlichkeit, die in jeder Abteilung angepasst erarbeitet und konsequent verfolgt werden müssen. Hier ist die Messlatte sicherlich hoch zu legen, um eine optimale Weiterbildung zu erreichen, aber natürlich muss es auch erreichbar und realistisch sein, bei den Zwängen, die der heutige klinische Alltag birgt, auch noch motivierte Auszubildende und Ausbilder zu haben.

Weiterbildung sollte heute jedoch nicht mehr so aussehen, dass man die einmal erreichte Weiterbildungsermächtigung pflegt, die Weiterbildungszeugnisse ausstellt und die OP-Kataloge abzeichnet, damit die Facharztprüfung absolviert werden kann. Weiterbildung muss gestaltet werden. Sie ist in der heutigen Zeit immer mehr eine Grundvoraussetzung, insbesondere auch für kleinere Krankenhäuser, um überhaupt noch gute junge Ärzte zu gewinnen, die zu guten Fachärzten weitergebildet werden können. An diesem Punkt wird klar, dass

Weiterbildung für jedes Krankenhaus auch ein erheblicher Wirtschaftsfaktor ist und noch mehr werden wird. Im Benchmarking ist heute jede Fachabteilung unter dem Druck, im Wettbewerb eine gute medizinische Arbeit abzuliefern.

Aus diesen Erkenntnissen heraus habe ich im November 2015 mit großem Interesse den Mastertrainer-Kurs in Berlin unter Leitung von Herrn Prof. Siebolds absolviert. Ich habe bei diesem Kurs ungemein viel gelernt und Anregungen erhalten, eine engagiertere, verbindlichere und Curriculum-basierte Weiterbildung in meiner Klinik zu realisieren. Bei diesem Kurs habe ich auch sehr vom Austausch mit Kolleginnen und Kollegen profitiert, die ihre Erfahrungen, Ziele und Visionen ihrer Kliniken miteingebracht haben. Es ist sicherlich ein kontinuierlicher Prozess, der als klare Vision eine Verbesserung der Weiterbildung immer wieder vor Augen haben muss, auch wenn der tägliche klinische Arbeitsablauf dies nicht immer so zulässt, wie man es sich wünschen würde. Eine Verbesserung der Weiterbildung zu realisieren, erfordert, dass das Wissen des Mastertrainer-Kurses, welches ein klares Konzept vermittelt, auch in den Kli-

„WEITERBILDUNG MUSS GESTALTET WERDEN“

nikalltag transferiert und gelebt wird. Natürlich ist der Mastertrainer, der Chefarzt, hier immer wieder gefordert, dies vorzuleben, einzufordern und auch neue Entwicklungen zu bahnen. Allerdings müssen in diesen Prozess die Oberärzte ebenso eingebunden sein, wie die Weiterzubildenden. Auch die Geschäftsleitung muss diesen Prozess unterstützen, da sie mittelfristig von der Realisierung einer guten Weiterbildung und damit guten engagierten Ärzten in der Klinik wirtschaftlich profitiert. Ohne dieses Engagement und eine klar strukturierte Weiterbildung wird es

in der Zukunft schwierig sein, gute Ärzte für gute medizinische Leistungen zu bekommen. Zur Optimierung dieses Prozesses und auch der Probleme der Umsetzbarkeit ist es umso wichtiger, einen kontinuierlichen Erfahrungsaustausch mit engagierten Weiterbildern unter Anleitung, wie es im Mastertrainer-Kurs gewährleistet ist, und in Supervisionen zu realisieren. Auch der Prozess des Mastertrainers bedarf eines stetigen Kontaktes von Mastertrainern, um die auftretenden Probleme, eine strukturierte, verbindlichere Weiterbildung zu realisieren, zu besprechen und ggf. Lösungswege auszutauschen.

Die Ziele, die in jeder Klinik, in jeder Abteilung erarbeitet und strukturiert hinterlegt werden müssen, sind auch im QM-System mit zu etablieren. Auf der anderen Seite sind auch etablierte Standards aus dem QM-System in die strukturierte Weiterbildung zu integrieren.

Im Rahmen der Erstellung eines strukturierten Curriculums, welches ich für die ersten zwei Jahre Weiterbildung in unserer Klinik erarbeitet habe, wurden die Weiterzubildenden und auch die Oberärzte mit einbezogen. Zu den bereits bestehenden Verfahrensanweisungen des Curriculums haben sie weitere 20 Verfahrensanweisungen ausgearbeitet. Zum Beispiel haben vier Weiterzubildende Verfahrensanweisungen zusammengestellt, die dann in einem Notfallmedizin-Workshop vorgetragen und am anatomischen Präparat, in Kooperation mit der anatomischen Fakultät der Universität Gießen, praktisch durchgeführt worden sind. Genauer ging es um Schädeltrepanation, die Tracheotomie, die Thoraxdrainage und die Perikardpunktion. Auch haben wir in unserer Klinik einen Arthroskopie-Workshop veranstaltet, bei dem wir mit unseren Weiterzubildenden an Modellen, sowohl die Kniearthroskopie als auch die Schulterarthroskopie und verschiedenen Meniskusnahtsysteme eingeübt haben. Des Weiteren führen wir regelmäßig Inhouse-Weiterbildungsveranstaltungen durch. In den letzten Jahren ist es Standard geworden, die Notfallmaßnahmen, Reposition einer Radiusfraktur, Anlage einer Extension, FAST-Sonographie und Schockraummanagement mit Anlage einer Beckenzwinge jährlich mit den Weiterzubildenden, dem Pflege- und

ärztlichen Personal einzuüben. Im vergangenen Jahr haben wir im Rahmen dieser Inhouse-Fortbildungsveranstaltung über 30 Weiterbildungspunkte erhalten.

Im Weiterbildungscurriculum unserer Klinik ist nun auch festgelegt, dass junge Ärztinnen und Ärzte (Berufsanfänger mit erster klinischer Stelle) eine klar vorgegebene viermonatige Einarbeitungszeit erfahren. Diese wird auch durch entsprechende Weiterbildungsgespräche und Prüfungen begleitet. In unserer Klinik ist es Standard, dass die Weiterzubildenden im Bereitschaftsdienst auch die Patienten der Abteilung für Allgemein- und Viszeralchirurgie betreuen.

„STRUKTURIERTE WEITERBILDUNG TRÄGT DAZU BEI, DIE QUALITÄT DER MEDIZINISCHEN VERSORGUNG UND DIE ZUFRIEDENHEIT DER PATIENTEN ZU VERBESSERN“

Somit ist es auch Bestandteil des Curriculums, das die Weiterzubildenden in unserer orthopädisch-unfallchirurgischen Abteilung für vier Wochen in der Abteilung für Allgemein- und Viszeralchirurgie eingearbeitet werden, daher finden auch gemeinsame Sonographie-Fortbildungen statt. Im Rahmen der im Curriculum vorgegebenen Einarbeitungsphase ist festgelegt, dass nach dieser eine Dienstfähigkeitsbescheinigung ausgestellt wird. Diese Regelung ist in Zusammenarbeit mit meinem allgemeinchirurgischen Chefärztkollegen Herrn PD Dr. Kuntz entstanden, um eine Überforderung der jungen Kollegen im Bereitschaftsdienst einerseits und Fehlversorgung der Patienten andererseits zu vermeiden. Auch dieser Teil

der strukturierten Weiterbildung trägt dazu bei, die Qualität der medizinischen Versorgung und die Zufriedenheit der Patienten zu verbessern.

Die Umsetzung dieser Dinge kostet Zeit, aber man kann davon profitieren. Ein kleines Beispiel: Für einen Berufsanfänger habe ich mir während der Einarbeitungsphase die Zeit genommen, um bei einer Anamnese und dem Aufklärungsgespräch mit dem Patienten für die Implantation einer Knieprothese dabei zu sein. Diese Untersuchung und Aufklärung dauerten 45 Minuten, die mir neben meiner chefärztlichen Tätigkeit zu nehmen nicht leicht fiel. Aber bei diesem Gespräch habe auch ich viel gelernt und konnte gleichzeitig Hilfen geben. Diese aktive Weiterbildung und Hilfestellung beim Einüben der Basisarbeit, dem Erheben einer Anamnese, der OP-Aufklärung bedeuten Engagement, das im Endeffekt die Qualität verbessert und dem Weiterzubildenden Anerkennung gibt. Dies ist sicherlich ein Vorteil eines kleinen Krankenhauses, in dem nicht 30 Assistenten ausgebildet werden.

Bedenkt man, dass heute etwa 60 Prozent der Weiterzubildenden in kleineren Kliniken ausgebildet werden, so ist dies auch eine Verantwortung, die in unserem Land mehr Beachtung finden muss. Engagierte Weiterbildung ist daher heute umso mehr auch in kleineren und mittelgroßen Krankenhäusern notwendig. Es wäre hier auch eine Pflicht, so wie wir z. B. Traumanetzwerke aufgebaut haben, innerhalb dieser Netzwerke, gemeinsame Weiterbildung zu realisieren. Hier wäre zum Beispiel ein Rotationsverfahren für die Weiterzubildenden aus Kliniken die nicht über eine volle Weiterbildung verfügen, anzustreben. Durch diese Rotation könnte die volle Weiterbildung zum Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie und Spezielle Orthopädie und Unfallchirurgie, Spezielle Orthopädie erreicht werden. Dies würde die Zusammenarbeit in den Netzwerken verbessern und auch ein gemeinsames Verantwortungsbewusstsein verkörpern. Darüber hinaus denke ich, wären Visionen umzusetzen, die fachärztliche Weiterbildung mit der studentischen Ausbildung in Lehrkrankenhäusern kombinieren, um die Weiterbildungsaktivitäten in ihrer Qualität zu verbessern.

In der Weiterbildung vor Ort ist es wichtig, die Philosophie dieser Weiterbildung zu etablieren und auch täglich zu leben. Es ist mir ein großes Anliegen, Ärzte auszubilden und nicht nur Operateure. Assistenzärztinnen und -ärzte müssen auch in der Orthopädie/Unfallchirurgie wissen, wie und wann das Stethoskop zu verwenden ist. Daher ist es eine meiner Hauptaufgaben bei der wöchentlichen Chefvisite, die Standards der medizinischen Untersuchung, Untersuchungstechniken, Gesprächsführung und Befunddokumentation sowie Planung von Behandlungen immer wieder einzufordern und abzufragen. Es ist in unserer Klinik Standard, dass gerade die alterstraumatologischen Patienten in den ersten drei Tagen nach der Operation die entscheidenden

Weichenstellungen dafür bekommen, wie gut sie sich von der Operation erholen werden. Dies muss bei der täglichen Visite durch unsere Weiterzubildenden geleistet werden. Das Prinzip der fokalen Visite, das ich von Herrn Prof. Siebolds im Rahmen des Mastertrainer-Projekts gelernt habe, fordere ich bei unseren Visiten immer wieder ein. Natürlich gelingt dies nicht in allen Fällen und es bedarf immer wieder der konsequenten Darstellung der Probleme sowie das Aufzeigen des Pflichtbewusstseins und das Umsetzen der medizinischen Grundlagenarbeit jedes Weiterzubildenden. Eine auf hohem Niveau stehende medizinische Weiterbildung halte ich auch für die Zukunft für wesentlich und es muss täglich vorgelebt, realisiert und nicht nur gefordert werden.

Die Weiterbildung zum Mastertrainer sehe ich als eine wesentliche Grundlage, strukturierte Weiterbildung nachvollziehbar in den klinischen Alltag zu integrieren und die Bedeutung der Weiterbildung damit um ein Vielfaches mehr herauszuheben. Ich sehe es als meine Aufgabe an, durch diese Maßnahmen die Weiterbildung für die Weiterzubildenden effektiv zu verbessern, um in der Zukunft mehr gut ausgebildete engagierte Fachärzte für die medizinische Versorgung in unserem Lande zu haben. Ich wünsche mir in meiner täglichen klinischen Arbeit Weiterzubildende, die diese Ideen mittragen und die sich in unserer Klinik befindenden Patienten medizinisch optimal betreuen und zufriedene Patienten unsere Klinik verlassen können. ○

SAVE THE DATE

Mastertrainer BDC/BDI/BVOU für die Strukturierte Facharztweiterbildung

Termin: 05. - 06.05.2018

Dozent: Prof. Dr. med. Marcus Siebolds

Ort: Robert-Koch-Platz 9, 10115 Berlin

Information und Anmeldung BDC|Akademie

Tel. 030/28004-120, Fax 030/28004-129, E-Mail: akademie@bdc.de

oder über BDC|Online unter www.bdc.de, Rubrik BDC|Akademie | Alle Veranstaltungen

BDC|Webinare: Experten live in Ihrem Arbeitszimmer



DR. RER. POL. RONNY DITTMAR

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

Seit September wird monatlich eine Leitlinie der AWMF live als Webinar vorgestellt (45 Minuten Vortrag, 15 Minuten Diskussion). Der Vortrag wird online live übertragen, inklusive Bild, Ton und Präsentationsfolien – via Chat-Funktion können Sie auch Fragen stellen. So können sich Chirurginnen und Chirurgen überall und jederzeit fortbilden und bis zu drei CME-Punkte bei jedem Webinar erwerben. Später werden die Vorträge in einem Online-Archiv gespeichert und sind von dort jederzeit abrufbar.

Ihre Vorteile: Zeit sparen und überall fortbilden – kostenlos für BDC-Mitglieder

Bei den Webinaren können Sie mit namhaften Experten live direkt in Ihrem Arbeitszimmer chatten. Registrieren Sie sich auf der **BDC-Plattform** und verpassen Sie nicht die nächsten Termine.

Dittmar R. BDC|Webinare: Experten live in Ihrem Arbeitszimmer. *Passion Chirurgie*. 2017 Oktober, 7(10): Artikel 04_02.



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



LIVE-WEBINAR

S3-Leitlinie: Prophylaxe der venösen Thromboembolie

19.10.2017, 18:00 Uhr
Prof. Dr. Albrecht Encke

Bei allen Patienten mit operativen Eingriffen, Verletzungen oder akuten Erkrankungen soll das Risiko venöser Thromboembolien bedacht werden.

Da bisher kein verlässlicher Test zur Ermittlung eines individuellen Thromboserisikos zur Verfügung steht, die asymptomatische Thrombose dennoch zur Entwicklung eines postthrombotischen Syndroms führen kann und die weit überwiegende Zahl tödlicher Lungenembolien ohne klinische Ankündigung auftritt, erscheint nur eine generelle Thromboembolieprophylaxe in Risikosituationen sinnvoll.

In diesem Webinar stellt Professor Dr. A. Encke, Em. Direktor der Klinik für Allgemein- und Gefäßchirurgie der Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt/Main und ehemaliger Präsident der AWMF die S3-Leitlinie: Prophylaxe der venösen Thromboembolie vor. Es werden Instrumente zur Einschätzung des VTE-Risikos zur Einteilung des Betroffenen in drei Risikogruppen vorgestellt sowie Art und Umfang der VTE-Prophylaxe anhand der Einteilung in diese Risikogruppen und nach Kontraindikationen besprochen.

LIVE-WEBINAR

S3-Leitlinie: Ösophaguskarzinom

23.11.2017, 18:00 Uhr
Prof. Dr. Wolfgang Schröder

Das Ösophaguskarzinom zählt zu den Tumorarten mit einer sehr schlechten Prognose.

Die Leitlinie zu dieser Tumorentität hat u. a. das Ziel, eine Standardisierung in der Diagnostik und Therapie zu erreichen und darüber die Behandlungsergebnisse zu verbessern. In diesem Webinar stellt Professor Dr. Wolfgang Schröder, Chirurgischer Leiter des oberen Gastrointestinaltraktes, Klinik und Poliklinik für Allgemein-, Viszeral- und Tumorchirurgie der Uniklinik Köln, die S3-Leitlinie: Ösophaguskarzinom vor.

Im Webinar wird das gesamte Spektrum der Prävention, Diagnostik und Therapie des Ösophaguskarzinoms behandelt. Die in der Leitlinie zu definierenden Qualitätsindikatoren sind mögliche Bestandteile für die Zertifizierung von Krebszentren, für die Dokumentation im Rahmen von klinischen Krebsregistern und somit auch Grundlage bei der Analyse von Therapieeffekten.



© iStock/novaart

Safety Clip: Kaltverschweißung – Ein häufiges Problem in der Chirurgie und geeignete Lösungsansätze

Die sogenannte Kaltverschweißung tritt immer wieder auf, wenn bei der Entfernung von Fremdmaterial (Osteosynthesematerial) großer Druck auf Metallteile ausgeübt wird, z. B. beim Herausdrehen von Schrauben. Kommt es bei einer Kaltverschweißung zu Zwischenfällen, können die daraus resultierenden Folgen für den Patienten sowie den Arzt verheerend sein. Das folgende Fallbeispiel verdeutlicht die Risiken der Kaltverschweißung und unterstützt die Ableitung geeigneter Präventionsmaßnahmen.

FALLBEISPIEL

Die Klägerin hat sich bei einem Sturz eine Radiusfraktur des rechten Handgelenks zugezogen. Es folgt eine offene Reposition des Bruchs mit anschließender osteosynthetischer Versorgung mittels winkelstabiler Radiusplatte. Die Entfernung dieses Fremdmaterials ist fünf Monate später vorgesehen.

Am vereinbarten Termin können fünf der insgesamt sechs eingesetzten Titanschrauben operativ entfernt werden. Die sechste

KORRESPONDIERENDER**AUTOR:****KAI-CHRISTIAN FRIESE**

Jurist Unternehmensbereich Schaden/
Abteilung Krankenhaus
Ecclesia Versicherungsdienst GmbH
Klingenbergstraße 4, 32758 Detmold
kai-christian.friese@ecclesia.de
www.ecclesia.de

MARTIN MEILWES

Risikoberater und Prokurist
GRB Gesellschaft für Risiko-Beratung
mbH
Klingenbergstraße 4, 32758 Detmold
martin.meilwes@grb.de
www.grb.de

Schraube lässt sich mit herkömmlichem Werkzeug nicht lösen. Sie ist durch Kaltverschweißung so fest mit der Radiusplatte verbunden, dass eine Entfernung mit dem vor Ort verfügbaren Instrumentarium nicht möglich ist. Daher bricht der beklagte Operateur den Eingriff ab und belässt sowohl die Titanplatte als auch die sechste Schraube in situ.

Bei einem zweiten Operationstermin in einer anderen Klinik wird das zurückgebliebene Fremdmaterial entfernt. Unmittelbar nach der Zweit-OP klagt die Patientin über Nervenschmerzen und Taubheitsgefühle in Daumen, Zeigefinger, Mittelfinger und Ringfinger der rechten Hand.

Später vor Gericht wirft sie dem beklagten Erstoperateur vor, beim Versuch, die fest-sitzende Schraube zu entfernen, gegen den fachärztlichen Standard verstoßen und eine Nervenschädigung verursacht zu haben. Des Weiteren moniert die Klägerin die fehlerhafte Aufklärung. Sie sei vor der Operation nicht über die mit dem Eingriff verbundenen typischen oder spezifischen Risiken informiert worden. Weder der Ablauf noch die möglichen Risiken der Operation seien ihr hinreichend erklärt worden.

Dem Behandlungsfehlervorwurf der Klägerin folgt das Gericht nicht. Und auf die Frage, ob den beklagten Arzt ein Übernahmeverschulden für die zweite Operation trifft oder ob ein Organisationsfehler vorliegt, geht es nicht ein.

Der Verletzung der Aufklärungspflicht aber schenken die Richter viel Beachtung und stellen klar, dass die Risikoaufklärung dem Patienten einen Überblick über jede mit dem Eingriff verbundene Gefahr verschaffen muss. Gemeint seien alle möglichen, dauerhaft oder vorübergehend für den Patienten nachteiligen Folgen der Behandlung, die sich auch bei größter Sorgfalt nicht mit Gewissheit ausschließen lassen.

Schwierigkeiten beim Herausdrehen einer Schraube oder selbst das Steckenbleiben eines Metallstücks im Knochen seien, so die Auffassung des Sachverständigen, zwar keine Komplikation, eine nachteilige Folge aber allemal.

Nach Auffassung des Gerichts darf die ärztliche Aufklärung auch vor sehr seltenen Risiken nicht haltmachen, sofern deren

Realisierung die Lebensführung des Patienten schwer belasten würde.

Dem Einwand des Beklagten, er habe von einer hypothetischen Einwilligung der Patientin ausgehen können, folgt das Gericht nicht. Viel wahrscheinlicher und nachvollziehbarer sei es, dass die Klägerin sich zur Durchführung der Operation eine andere Einrichtung gesucht hätte, wenn sie gewusst hätte, dass das entsprechende OP-Werkzeug beim Beklagten nicht verfügbar ist.

Im Ergebnis wird der Beklagte für die Verletzung der Aufklärungspflicht in die Haftung genommen. Die Klägerin hat Anspruch auf Schadenersatz und Schmerzensgeld.

Interessant ist bei diesem Fall aber noch ein anderer Aspekt, nämlich der Organisationsfehler bzw. das Übernahmeverschulden für die zweite Operation, das die Klägerin dem Beklagten vorwirft, das vor Gericht aber, wie erwähnt, außen vor bleibt.

ALTERNATIVE FALLBETRACHTUNG

Mit Blick auf ein Urteil des Bundesgerichtshofs, wonach Krankenhäuser mit unzulänglicher technischer Ausstattung wegen Organisationsmängeln in die Haftung genommen werden können (BGH, VersR 2014, 374), schauen wir uns diesen Punkt einmal genauer an.

Ausgangspunkt für weitergehende Überlegungen muss die Frage sein, ob das Fehlen von Spezialwerkzeugen als Verstoß gegen den medizinischen Standard angesehen werden kann. Doch um diese Frage zu beantworten, ist zunächst zu klären, was sich hinter dem unbestimmten Begriff „medizinischer Standard“ verbirgt.

Nach der Definition des Bundesgerichtshofs repräsentiert der medizinische Standard den zum Behandlungszeitpunkt aktuellen Stand naturwissenschaftlicher Erkenntnis und medizinischer Erfahrung, der sich bis dato in der Praxis zur Erreichung des ärztlichen Behandlungsziels bewährt hat und erprobt ist (BGH Urteil vom 24.02.2015 – VI ZR 106/13).

Der Standard umschreibt also ein ärztliches Agieren, das in einer konkreten Behandlungssituation zum konkreten Zeitpunkt von einem gewissenhaften und aufmerksamen

Friese K-C, Meilwes M: Safety Clip: Kaltverschweißung - Ein häufiges Problem in der Chirurgie und geeignete Lösungsansätze. *Passion Chirurgie*. 2017 Oktober, 7(10): Artikel 04_03.



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

Arzt aus fachkundiger Sicht verlangt und erwartet werden kann. Das heißt natürlich auch, dass der medizinische Standard nicht als statisches Konstrukt zu verstehen ist, sondern als ein dynamischer Prozess, der nicht stehen bleibt, wenn eine Anpassung erforderlich ist.

Für den konkreten Beispielfall bedeutet das: Wenn das Problem – hier: die Kaltverschweißung – als bekannt vorausgesetzt werden kann und mit technisch vertretbarem Aufwand lösbar ist, darf der Arzt sich nicht auf eine seltene Komplikation berufen als Rechtfertigung dafür, dass er das zur Problembewältigung erforderliche Spezialwerkzeug nicht bereithält.

Dies gilt nach unserer Einschätzung erst Recht, wenn die Werkzeuge günstig oder gar gratis zu haben sind, wie im vorliegenden Fall. Laut Sachverständigengutachten liefern einige Titanplattenhersteller die erforderlichen Instrumentarien nämlich kostenlos mit.

Folgt man der hier vertretenen Auffassung, hat der beklagte Arzt – entgegen der Einschätzung des LG Heidelberg – nicht nur seine Aufklärungspflicht verletzt, sondern sich mit dem Nichtvorhalten des bei Kaltverschweißung notwendigen Werkzeugs auch einen Behandlungsfehler in Form eines Übernahmeverschuldens oder Organisationsfehlers zuschulden kommen lassen (§ 630h Abs. 4 BGB).

WIE SIND ZWISCHENFÄLLE DURCH KALTVERSCHWEISSUNG VON VORNHEREIN ZU VERMEIDEN?

Um Zwischenfälle durch Kaltverschweißung und die daraus resultierenden Folgen für den Patienten – und den Arzt – zu vermeiden, empfiehlt es sich, der Verwirklichung von Risiken präventiv gegenzusteuern.

Aus Sicht des klinischen Risikomanagements müssen bei geplanter Osteosynthese mit nachfolgender Materialentfernung für das Behandlungsteam drei To-dos an erster Stelle stellen:

1. die präoperative Patientenaufklärung
2. das Vorhalten des notwendigen Instrumentariums zur Materialentfernung
3. die Wahl des geeigneten Implantatmaterials

PRÄOPERATIVE PATIENTENAUFKLÄRUNG

Die Ärztekammer Berlin rät beispielsweise: Laut Behandlungsvertrag sind Ärztinnen und Ärzte „grundsätzlich dazu verpflichtet, die Patientin oder den Patienten rechtzeitig und vollständig über die bei der erhobenen Diagnose möglichen und/oder erforderlichen Therapien und ärztliche Maßnahmen zu informieren.“ Die Entscheidung, ob bzw. welche Maßnahmen ergriffen werden sollen, liegt bei der Patientin oder beim Patienten [1].

Die ärztliche Aufklärung hat – je nach Dringlichkeit des Eingriffs – so frühzeitig wie möglich zu erfolgen, damit der oder die Aufgeklärte ausreichend Zeit für eine selbstbestimmte Entscheidung hat.

Wichtig ist es, den Patienten nachvollziehbar und umfassend über alle eingriffstypischen Risiken – auch seltene – sowie die bei deren Verwirklichung notwendigen Maßnahmen zu informieren [2].

INSTRUMENTARIUM ZUR MATERIALENTFERNUNG

Der Operateur hat vor einer Operation sicherzustellen, dass das geeignete Instrumentarium in ausreichender Menge und Beschaffenheit zu Verfügung steht [3].

Der Patient muss darauf vertrauen dürfen, dass der Operateur den rechtlich geforderten Facharztstandard gewährleistet und somit ein zeitgemäßes und dem Stand der medizinischen Wissenschaft entsprechendes Verfahren anwendet.

Sind eingriffsspezifische Komplikationen bekannt, hat der Arzt diese ausreichend zu berücksichtigen und dafür Sorge zu tragen, dass er sie angemessen beherrschen kann – im konkreten Fall durch das Vorhalten des üblichen Instrumentariums (z. B. Werkzeuge mit Linksgewinde oder Metallfräser).

GEEIGNETE IMPLANTATE

Schon bei der Osteosynthese ist darauf zu achten, dass ein geeignetes Implantat verwendet wird, um, wenn möglich, (zu erwartende) Spätfolgen zu vermeiden. Im oben beschriebenen Fall kam Titan zur Anwendung. Korrosionsfrei und sehr gut bioverträglich, hat Titan hervorragende operationstechnische

Eigenschaften und ist bei längerer Verweildauer des Implantats – hier: fünf Monate – praktisch alternativlos.

Dennoch hat die Wahl dieses Materials im o. g. Fall die bei der späteren Materialentfernung auftretende Komplikation geradezu „erzeugt“, denn Titanteile neigen stark dazu, sich unter größerem Druck – z. B. beim Anziehen einer Schraube – im Kaltschweißverfahren zu verbinden.

Bei Stahl kommt es deutlich seltener zu einer Kaltverschweißung. Dafür ist Stahl sehr viel korrosionsanfälliger als Titan, was beim Patienten wiederum zu Entzündungen und schmerzhaften Verkapselungen im Implantatbereich führen kann.

Bei kurzer Verweildauer eines Implantats spielt Korrosion aber in der Regel keine Rolle. Ist also nach einer Osteosynthese mit einer schnellen Ausheilung zu rechnen und daher eine sehr zeitnahe Wiederentfernung des implantierten Materials vorgesehen, können Edelstahlimplantate mit Blick auf die Kaltverschweißungsproblematik die bessere Wahl sein [4].

Die Entscheidung liegt beim behandelnden Arzt: Die Vor- und Nachteile der Materialien sind in jedem Einzelfall sehr sorgfältig gegeneinander abzuwägen.

LITERATUR

- [1] aerztekammer-berlin.de, Ärzte/Recht/Berufsrechtliches
- [2] § 630e BGB: Aufklärungspflichten; Parzeller, Wenk, Zedler, Rothschild, „Aufklärung und Einwilligung des Patienten: Nach Maßgaben aktueller höchstrichterlicher und oberlandesgerichtlicher Rechtsprechung“, in: Deutsches Ärzteblatt 2009, cme Kompakt 1
- [3] „Leitlinien Unfallchirurgie“ der DGU 2014: überarbeitete Leitlinie S1: „Implantatentfernung“, überarbeitete Leitlinie S2e: „Distale Radiusfraktur“
- [4] Ahrens, Hansis, „Implantate in der Unfallchirurgie: Osteosynthese mit Titan“, in: Deutsches Ärzteblatt 1998, 95[24]: A-1516/B-1288/C-1208; Kron, 2012, „Unfallchirurgie: Stahl schlägt Titan“ über news.doccheck.com.



EU-Leitlinie für die umsichtige Verwendung antimikrobieller Mittel in der Humanmedizin

EUROPÄISCHE KOMMISSION

Mitteilung der Organe, Einrichtungen und sonstige Stellen der Europäischen Union

Europäische Kommission. EU-Leitlinie für die umsichtige Verwendung antimikrobieller Mittel in der Humanmedizin. Passion Chirurgie. 2017 Oktober, 7(10): Artikel 04_04.



VOLLSTÄNDIGE BEKANNTMACHUNG DER KOMMISSION ZUR „EU-LEITLINIE FÜR DIE UMSICHTIGE VERWENDUNG ANTIMIKROBIELLER MITTEL IN DER HUMANMEDIZIN“



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

AUSZUG AUS DER EINLEITUNG

Die Kommission betrachtet die Resistenz gegen antimikrobielle Mittel als vorrangiges Problem und nahm im Jahr 2011 einen Aktionsplan zur Abwehr der steigenden Gefahr der Antibiotikaresistenz an. Wichtige Ziele dabei waren Fortschritte in Richtung einer umsichtigen Verwendung antimikrobieller Mittel bei Menschen und Tieren. Im Jahr 2015 wurden Leitlinien für die umsichtige Verwendung von antimikrobiellen Mitteln in der Veterinärmedizin veröffentlicht [1]. 2016 forderte der Rat die Kommission und die Mitgliedstaaten in seinen Schlussfolgerungen zu den nächsten Schritten im Rahmen des Konzepts „Eine Gesundheit“ zur Bekämpfung der Antibiotikaresistenz dazu auf, Leitlinien der Europäischen Union zur umsichtigen Verwendung

antimikrobieller Mittel in der Humanmedizin auszuarbeiten, die die einzelstaatlichen Leitlinien und Empfehlungen unterstützen [2].

Die vorliegenden Leitlinien für die umsichtige Verwendung antimikrobieller Mittel in der Humanmedizin stützen sich auf einen Fachbericht, den das Europäische Zentrum für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten (ECDC) unter Einbeziehung von Sachverständigen der EU-Mitgliedstaaten und von Interessenvertretern erstellt hat und dem die Einzelheiten zur Methodik für die Erstellung der Leitlinien sowie weitere Referenzen zu entnehmen sind [3]...

Die vollständige Bekanntmachung der Kommission zur „EU-Leitlinie für die umsichtige Verwendung antimikrobieller Mittel in der Humanmedizin“ können Sie HIER ansehen und herunterladen. ○

**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: Wundspüllösungen müssen steril sein



PROF. DR. MED. WALTER POPP

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



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

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

PROF. DR. MED. AXEL KRAMER

Geschäftsführender Direktor
Institut für Hygiene und
Umweltmedizin
Greifswald

Popp W Zastrow KD. Hygiene-Tipp:
Wundspüllösungen müssen steril sein. *Passion
Chirurgie*. 2017 Oktober; 7(10): Artikel 04_04.



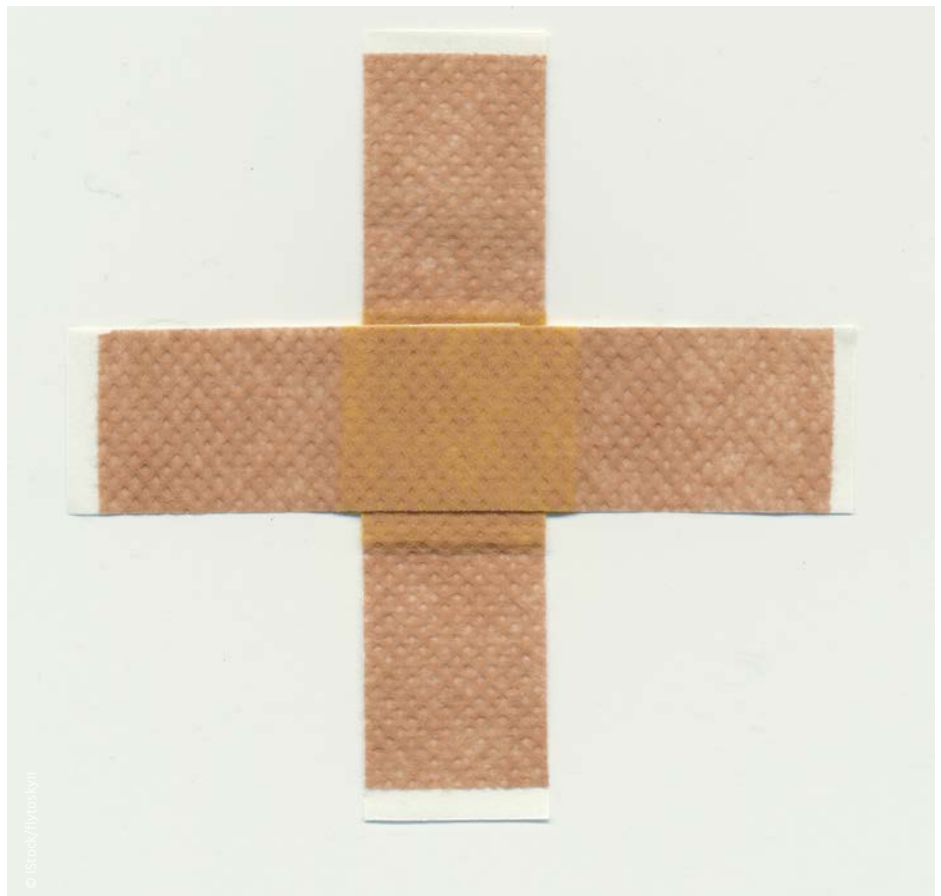
WEITERE HYGIENE-TIPPS FINDEN
SIE AUF BDC|ONLINE (WWW.BDC.
DE, RUBRIK WISSEN | QUALITÄT &
PATIENTENSICHERHEIT | HYGIENE-
TIPP).

Sofern eine Wunde gespült werden soll, muss die Spüllösung steril sein. Sofern Leitungswasser benutzt wird, ist Erregerfreiheit mit einem z. B. auf eine Dusche aufgesetzten Sterilfilter (Durchlässigkeit < 0,2 µm) erreichbar. Dieser muss personenbezogen eingesetzt werden, da die Gefahr der retrograden Kontamination und damit der Übertragung von Erregern von der Außenseite der Filterfläche besteht. Wenn der Patient die Wundspülung selbst durchführt, besteht ein Kontaminationsrisiko durch Handlingfehler.

Die sicherere Lösung sind konfektionierte sterile Lösungen, z. B. physiologische Kochsalz- oder Ringer-Lösungen, wobei die Reste nach der Anwendung zu verwerfen sind.

Bidets, wie sie manchmal in der Gynäkologie oder Proktologie eingesetzt werden, sind grundsätzlich abzulehnen: Bis zu 10 % der Bevölkerung sind Träger multiresistenter Darmbakterien, sodass ein hohes Risiko der Übertragung über Bidets besteht.

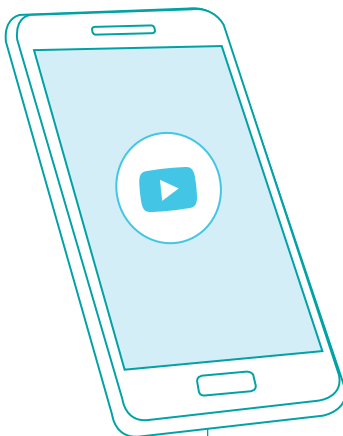
Der Kurztipp gibt die Meinung der Autoren wieder.



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

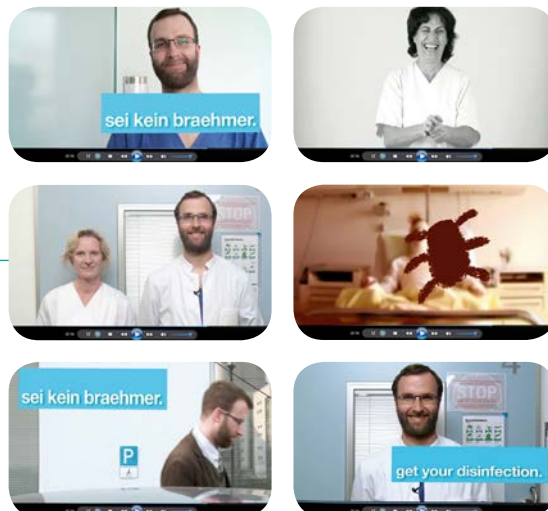
Routine nicht kontinuierlich im Fokus des chirurgischen Bewusstseins befindet. Deshalb wollen wir mit dieser langfristigen Aktion Hygienefragen regelmäßig ins Bewusstsein von Ärzten und Pflegepersonal rücken.

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 DES BDC.



PATIENTENSCHUTZ DURCH HYGIENE IST EINE
BUNDESWEITE KONZERTIERTE AKTION VON:

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

Rezension: Grundlagen der ärztlichen Begutachtung



GRUNDLAGEN DER ÄRZTLICHEN BEGUTACHTUNG

Hrsg. Stephan Becher, Elmar Ludolph
2. aktualisierte und erweiterte Auflage
Thieme Verlag, 2017
S. 352, 30 Abb.
ISBN: 9783131457929
€ 99,99

 **BESTELLUNG ÜBER AMAZON**

REZENSENT:

DR. MED. WERNER BOXBERG

Vorstandsmitglied BDC LV Nordrhein
Geschäftsführender Arzt des BDD e.V.
Friedrich-Ebert-Str. 128A
42117 Wuppertal

Boxberg W. Rezension: Grundlagen der ärztlichen Begutachtung. Passion Chirurgie. 2017 Oktober; 7(10): Artikel 04_06.



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

Nach dem Erscheinen der ersten Auflage 2011 haben die gesetzlichen Vorgaben eine Neuauflage und Überarbeitung des erfolgreichen Nachschlagewerkes erforderlich gemacht. Das vorliegende Buch ist in seinem Umfang um mehr als 50 Seiten angewachsen. Es verfügt gegenüber der Erstauflage über einen sogenannten Schnellzugriff über QR-Code, sodass das Buch auf allen gängigen Smartphones, Tablets und PC zugänglich ist.

Die Zahl der Anfragen von Versicherungen, Gerichten und „Ämtern“ steigt in der ärztlichen Praxis kontinuierlich an. Da eine Einführung in das Thema der Begutachtung während des Medizinstudiums nur als rudimentär zu bezeichnen ist und auch während der klinischen Ausbildung die Zeit dafür meistens nicht mehr gegeben ist, bietet das vorliegende Buch eine hervorragende Einführung in das Thema und die Problematik sämtlicher Gutachtenfragestellungen.

Das vorliegende Buch ist auch als Lehrbuch für das Kursangebot der Bundesärztekammer der curricularen Fortbildung „Grundlagen der medizinischen Begutachtung“ zu sehen.

Vor allem Ärzte, die sich in der Beantwortung der verschiedenen Anfragen und Gutachten nicht spezialisiert haben, finden in dem vorliegenden Buch einen äußerst hilfreichen Ratgeber und Nachschlagewerk für die große Anzahl von verschiedenen Fragestellungen. Dies beinhaltet neben der Erklärung

der inhaltlichen Vorgaben der verschiedenen Gutachtenanfragen auch die gesetzlichen Hintergründe und sogar die verschiedenen Liquidationsmöglichkeiten.

Neben dem Schnellzugriff über digitale Medien wird das Buch in jedem Kapitel übersichtlich strukturiert und die erforderlichen Gesetzestexte, Definitionen und Fallbeispiele farbig und durch Symbole hervorgehoben. Die Autoren scheuen sich auch nicht in den Fallbeispielen auf die verschiedenen Interpretationen hinzuweisen, um damit zum Ausdruck zu bringen, dass teilweise eine eindeutige Klärung nicht möglich ist.

Neben der Erklärung der verschiedenen Gutachterttypen wird auch die Begutachtung der Leistungsfähigkeit und ausführlich die Rehabilitation abgehandelt.

Das Buch besticht durch seine Aktualität. Die Literaturhinweise sind größtenteils auf dem neuesten Stand. Neben den aus der ersten Auflage ausführlich bearbeiteten Fragestellungen wurde außer den neuen gesetzlichen Vorgaben aus dem zweiten Pflege-stärkungsgesetz und dem Patientenrechte-gesetz auch ausführlich die Neuerungen des BGH zur Frage der Invalidität aufgenommen und ausführlich erläutert.

Zusammenfassend ist hervorzuheben, dass dieses Buch als Ratgeber und Nachschlagewerk auf den Arbeitsplatz eines jeden gutachterlich tätigen Arztes gehört. 

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.

Oktober 2017

Prof. Dr. med. Ahmet Bozkurt ist neuer Chefarzt der Klinik für Plastische und Handchirurgie, Ästhetische und Rekonstruktive Chirurgie am HELIOS Klinikum Wuppertal.

Dr. med. Philipp Kaudel ist seit dem 15. August 2017 neuer Chefarzt der Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie am Krankenhaus Ludmillenstift. Der ehemalige Oberarzt der Dr. Horst Schmidt Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie in Wiesbaden übernimmt die Nachfolge von Dr. Volker Lauff.

Dr. med. Jörg Nötzel ist seit August 2018 Chefarzt der Klinik für Unfall- und Gelenkchirurgie am Klinikum Obergöltzsch Rodewisch. Seit 1997 ist er als Facharzt im Klinikum Obergöltzsch Rodewisch beschäftigt, seit 2003 als Oberarzt. Er ist Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie und Spezielle Unfallchirurgie.

Dr. med. Lutz Pickart wechselte als Chefarzt vom Hufeland Klinikum in Bad Langensalza in die Abteilung für Allgemein- und Viszeralchirurgie des Eichsfeld Klinikums Haus „Reifenstein“ im thüringischen Kleinbartloff.

Prof. Dr. med. Rudolf Roka wurde von der Sigmund Freud-Universität in Wien zum Lehrstuhlinhaber CHIRURGIE-Endokrine und Akut Chirurgie ernannt.

Dr. med. Stephan Rudolph ist seit August 2017 der neue Chefarzt der Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Gefäßchirurgie im AMEOS Klinikum Aschersleben. Der Facharzt für Spezielle Viszeralchirurgie war zuvor als Oberarzt im Klinikum Magdeburg tätig wo er das Versorgungszentrum für interdisziplinäre gastroenterologische Onkologie geleitet und das dortige Darmzentrum mit aufgebaut hat.

Prof. Dr. med. Hartmut Siebert, ehemaliger Generalsekretär der DGOU und DGU, wurde im März 2017 im Auftrag des ehemaligen Bundespräsidenten Joachim Gauck das Verdienstkreuz am Bande der Bundesrepublik Deutschland überreicht. Er wurde damit für sein Engagement und seine Verdienste um das Gemeinwohl ausgezeichnet.

Thomas Schumann leitet als neuer Chefarzt seit Anfang August 2017 die Viszeralchirurgie der Kreisklinik Groß-Gerau. Der gebürtige Berliner war zuvor als Oberarzt im DRK-Krankenhaus Luckenwalde und in den HELIOS Dr.-Horst-Schmidt-Kliniken in Wiesbaden tätig.

Dr. med. Dieter Telker, zuvor langjähriger Leitender Oberarzt am Marienhospital Wesel, wechselte zum 1. August 2017 an das St. Martinus Krankenhaus Düsseldorf. Dort übernahm er die Position des Chefarztes der Abteilung Allgemein- und Viszeralchirurgie sowie die Leitung des zertifizierten Hernienzentrums und der Adipositaschirurgie.

Prof. Dr. med. Jörg Theisen ist seit Mitte September 2017 neuer Chefarzt der Allgemein-, Viszeral- und Thoraxchirurgie am Klinikum Landkreis Erding. Dort möchte er die minimal-invasiven Operationen ebenso ausbauen wie die Behandlungen proktologischer Erkrankungen.

Dr. med. Marco Tinelli hat zum 1. August 2017 den Chefarztposten der Abteilung für Orthopädie, Unfallchirurgie und Endoprothetik der GRN-Klinik Sinsheim übernommen. Der ehemalige Oberarzt der Berufsgenossenschaftlichen Unfallklinik Ludwigshafen bringt jahrelange Erfahrung im gesamten unfallchirurgischen Spektrum einschließlich schwieriger Eingriffe bei Becken- und Wirbelbrüchen mit und war mehrere Jahre als Notarzt für Schwerstverletzte tätig. 



Nachbesetzung von chirurgischen Arztsitzen

Durch ein aktuelles Urteil des Bundesgerichtshofes [1] aus dem September 2016 ist die bisher schon schwierige Situation bei der Weitergabe von chirurgischen Arztsitzen noch komplizierter geworden.

DIE VORGESCHICHTE

Durch einen Beschluss des gemeinsamen Bundesausschusses vom 21.12.2004 wurde der Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie nach der Weiterbildungsordnung von 2003 der planerischen Arztgruppe der Orthopäden zugeordnet. Daraus haben sich schon in der Vergangenheit rechtliche Probleme bei der

Nachbesetzung der Sitze von chirurgischen Kollegen ergeben, die nach der alten Weiterbildung über den Facharzt für Chirurgie verfügen.

AUSSCHREIBUNG VON ARZTSITZEN ZUR NACHBESETZUNG

Seit dem Versorgungsstrukturgesetz vom 01.01.2013 muss schon die Ausschreibung eines VA-Sitzes beim Zulassungsausschuss beantragt werden, sofern dieser in einem nach der Bedarfsplanung gesperrten Gebiet liegt. Für Chirurgen bestehen bundesweit nahezu in allen Planungsbereichen (Kreisebene) Zulassungsbeschränkungen.


**KORRESPONDIERENDER
AUTOR:**
DR. MED. PETER KALBE

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


RAINER KÜBKE

Stellv. Regionalleiter
BDC/Landesverband Berlin
Chirurgische Gemeinschaftspraxis
Dres. Kübke, Schaum, Dahmen
Alt-Tempelhof 43, 12103 Berlin
rkuebke@t-online.de

Kalbe P, Kübke R: Nachbesetzung von
chirurgischen Arztsitzen. *Passion Chirurgie*. 2017
Oktober, 7(10): Artikel 04_08.



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

Der Zulassungsausschuss ist somit gesetzlich verpflichtet zu prüfen, ob der Sitz von der KV aufzukaufen sei. Nachdem diese Regelung zunächst als „Kann“-Bestimmung in den § 103 Abs. 3a und Abs. 4 des SGB V aufgenommen worden war, kam es mit GKV-Versorgungsstärkungsgesetz ab dem 23.07.2015 zu einer erheblichen Verschärfung, indem aus der „Kann“-Bestimmung eine „Soll“-Bestimmung wurde, sofern der Versorgungsgrad 140 Prozent und mehr beträgt. Im juristischen Sinne ist darunter zu verstehen, dass der Vertragsarztsitz aufgekauft werden muss, wenn nichts dagegenspricht. Der Versorgungsgrad liegt für Chirurgen im Bundesdurchschnitt nominell deutlich über 140 Prozent.

Als Ausnahmetatbestände wurden gesetzlich festgelegt:

1. Nach wie vor muss der Zulassungsausschuss einem Antrag auf Nachbesetzung stattgeben, wenn es sich bei dem Bewerber um Ehepartner, Lebenspartner oder um ein Kind des Vertragsarztes handelt, der den Sitz abgibt.
2. Auch angestellten Kollegen oder einem Partner der Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) kann der Arzt, der aus der vertragsärztlichen Versorgung ausscheidet, seine Praxis weiter übergeben. Neu ist allerdings, dass die Anstellung oder die gemeinsame Berufsausübung bereits drei Jahre bestehen muss.
3. Der Antrag auf ein Nachbesetzungsverfahren kann auch nicht gegen die Stimmen der Ärztevertreter im Zulassungsausschuss abgelehnt werden. In den Ausschüssen sitzen jeweils drei Vertreter der Krankenkassen und drei Vertreter der Ärzte. Wenn diese geschlossen für die Nachbesetzung sind, dann wird sie auch genehmigt.
4. Ein Nachbesetzungsverfahren darf auch dann erfolgen, wenn ein Bewerber zuvor bereits fünf Jahre in einem unterversorgten Gebiet als Kassenarzt tätig war. Die Unterversorgung muss der Landesausschuss feststellen.
5. Die Nachbesetzung ist auch dann zu genehmigen, wenn der Nachfolger willens ist, die Praxis in ein Gebiet zu verlegen, in dem die KV aufgrund einer zu geringen

gen Arztdichte einen Versorgungsbedarf sieht.

6. Außerdem können „Versorgungsgründe“ verhindern, dass ein Nachbesetzungsantrag abgelehnt wird. Dafür dürfte es vielfältige Gründe geben, zum Beispiel, wenn die Praxen einer Fachrichtung in der Nähe erklären, dass sie die zusätzlichen Patienten nicht übernehmen könnten. Dies ist natürlich bei Praxen mit hohen Fallzahlen leichter zu begründen als bei Praxen, die nur wenige Patienten versorgen.
7. Sitze, die zu einem Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) gehören, fallen nicht unter die Nachbesetzungsregel. Wenn dort ein angestellter Arzt ausscheidet, bleibt der Sitz beim Inhaber, also dem MVZ – es sei denn, er soll ausgeschrieben werden.

Die Erfahrung zeigt, dass bisher nur wenige Sitze von den kassenärztlichen Vereinigungen aufgekauft werden mussten. Dabei handelte es sich nach Angaben der KBV um Praxen mit sehr geringen Fallzahlen, denen keine Versorgungsrelevanz zugebilligt wurde.

Für potenzielle Abgeber bedeutet dies, dass die individuellen Fallzahlen möglichst nicht zu weit unter die durchschnittliche Fallzahl der Fachgruppe sinken sollten, wenn die Weitergabe des Vertragsarztsitzes beabsichtigt wird. Besondere Umstände, z. B. eine Erkrankung, können individuell beim Zulassungsausschuss geltend gemacht werden.

Der politische Hintergrund dieser Regelung ist die irrige Annahme, durch die Aufkauf-Verpflichtung einerseits Überversorgung abzubauen und andererseits Unterversorgung ausgleichen zu können. Dies kann schon deswegen nicht zum Ziel führen, weil die aktuell gültige Bedarfsplanung diesen Namen nicht verdient. Die jetzige Regelung ist im Gegenteil lediglich die Fortschreibung von Bestandsdaten aus dem Jahr 1994, als die Zulassungsbeschränkungen unter dem damaligen Gesundheitsminister Seehofer eingeführt wurden [2].

Die unbefriedigende Evidenz der aktuellen Regelung ist durchaus bekannt, sodass mit dem Versorgungsstrukturgesetz der Auftrag an den Gemeinsamen Bundesausschuss erging,

eine neue und sachgerechtere Planungsgrundlage zu erarbeiten. Der GBA hat nunmehr dazu ein wissenschaftliches Gutachten in Auftrag gegeben. Mit den Ergebnissen und ggf. auch einer Änderung der Bedarfsplanungsrichtlinie des GBA ist nicht vor 2018 zu rechnen.

ÄNDERUNGEN AUF GRUND DER AKTUELLEN RECHTSPRECHUNG

Das Problem der Nachbesetzung trifft nach der aktuellen Rechtsprechung niedergelassene Chirurgen nach alter Weiterbildungsordnung (1992), die nicht über einen Schwerpunkt bzw. eine Teilgebietsbezeichnung „Unfallchirurgie“ verfügen. Im konkreten Fall hat der Zulassungsausschuss in Berlin die Übernahme eines chirurgischen Vertragsarztsitzes durch einen FA für Orthopädie und Unfallchirurgie abgelehnt. Die Übernahme wäre demnach lediglich entweder durch einen Facharzt für Chirurgie nach alter WBO oder durch einen Facharzt für Allgemeinchirurgie, allgemeine Chirurgie, Gefäßchirurgie, Viszeralchirurgie, Kinderchirurgie oder Thoraxchirurgie möglich. Da die überwiegende Zahl der Niederlassungsinteressenten jedoch über die Facharztqualifikation als Orthopäde und Unfallchirurg verfügt, engt dies den Kreis der potenziellen Übernehmer massiv ein. Da es ohnehin vor allem im ländlichen Bereich nur wenige Interessenten für chirurgische Sitze gibt, dürfte dies zu einem ernststen Versorgungsproblem durch den Wegfall von wichtigen Versorgerpraxen führen.

ANZAHL DER CHIRURGEN NACH ALTER WEITERBILDUNGSORDNUNG OHNE SCHWERPUNKT

Die Anzahl von tätigen Chirurgen ohne Teilgebiets- oder Zusatzbezeichnung „Unfallchirurgie“ ist erstaunlich hoch. Mehr als 2.800 Kollegen, also mehr als zwei Drittel, verfügen über keine oder eine andere Schwerpunktbezeichnung (**Tabelle 1**). Bei Betrachtung der Bedarfsplanungsgewichte (Arztsitze) sind es etwas weniger als zwei Drittel (**Tabelle 2**). Es ist nicht genau bekannt, wie viele Chirurgen ohne Schwerpunktbezeichnung Unfallchirurgie am D-Arzt-Verfahren beteiligt sind.

LÖSUNGSMÖGLICHKEITEN NACH DER AKTUELLEN RECHTSLAGE

Die Urteilsbegründung zum aktuellen BSG-Urteil lässt offen, ob eine bestehende D-Arzt-Zulassung in der abgebenden Praxis vom Zulassungsausschuss gleich bewertet werden kann wie ein Schwerpunkt oder eine Teilgebietsbezeichnung „Unfallchirurgie“. Somit ergibt sich zumindest für die D-Ärzte eine Chance der Weitergabe an einen Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie. Diese Auffassung hatte im Übrigen stets auch der Berufsverband der Deutschen Chirurgen gegenüber den Zulassungsausschüssen vertreten und war damit in Einzelfällen auch erfolgreich gewesen.

Im Einzelnen wird dazu auf den Kommentar unseres Justiziar Dr. Heberer verwiesen.

ROCHADE IN GEMEINSCHAFTSPRAXEN

Andere Gestaltungsmöglichkeiten eröffnen sich unter Umständen in Berufsausübungsgemeinschaften (BAG), in denen Fachärzte

für Chirurgie nach alter WBO mit und ohne Schwerpunkt tätig sind. Es ist im Einzelfall jedoch kritisch zu hinterfragen, ob es sinnvoll ist, auch zum Zweck der Zulassungsweitergabe eine BAG zu gründen, da dies auch mit allen Risiken der Bildung einer GbR verbunden ist.

LÖSUNGEN FÜR DIE ZUKUNFT

Der Berufsverband der Deutschen Chirurgen hat schon seit vielen Jahren eine Anpassung der Bedarfsplanungsrichtlinie an die Weiterbildungsordnung gefordert. Dies würde bedeuten, dass die bisherigen Arztgruppen Chirurgie und Orthopädie zusammengelegt würden. Für eine sachgerechte Sicherstellung der Versorgung muss es nach den Vorstellungen des BDC eine differenzierte Beplanung der einzelnen Säulen geben. Die in der Grundversorgung aktiven Arztgruppen Orthopädie und Unfallchirurgie sowie Allgemeinchirurgie sollten daher wie bisher auf der Kreisebene beplant werden. Für die

Tab. 1: Verteilung der Chirurgen nach Zulassungsstatus und Schwerpunkt Unfallchirurgie; Stand Ende 2016, Quelle: Bundesarztregister der KBV

Status	Mit Schwerpunkt Unfallchirurgie	Ohne Schwerpunkt Unfallchirurgie	Gesamt nach Personen
Vertragsärzte	1.272	1.796	3.068
Partnerärzte (Job-Sharing)	7	16	23
Angestellte Ärzte in Einrichtungen	307	777	1.084
Angestellte Ärzte in freier Praxis	91	243	334
Chirurgen gesamt	1.677	2.832	4.509

Tab. 2: Verteilung der Bedarfsplanungsgewichte (Arztsitze) nach Zulassungsstatus und Schwerpunkt Unfallchirurgie; Stand Ende 2016, Quelle: Bundesarztregister der KBV

Status	Mit Schwerpunkt Unfallchirurgie	Ohne Schwerpunkt Unfallchirurgie	Gesamt nach Arztsitzen
Vertragsärzte	1.216	1.730	2.946
Partnerärzte (Job-Sharing)	-	-	-
Angestellte Ärzte in Einrichtungen	177	412	589
Angestellte Ärzte in freier Praxis	49	108	157
Chirurgische Arztsitze gesamt	1.442	2.250	3.692

übrigen Facharztsäulen der Chirurgie wäre eine großräumige Beplanung, z. B. auf der Basis der Raumordnungsregionen wie bei den Fachinternisten denkbar.

Der BDC hat bisher keine Informationen über zusätzliche Probleme bei der Ausschreibung von Arztsitzen von Chirurgen ohne Zusatzweiterbildung durch das erwähnte BSG-Urteil [1] erhalten. Sollte es dadurch zu Schwierigkeiten bei der Ausschreibung kommen, bitten

wir um Kontaktaufnahme über die Geschäftsstelle des BDC. Eine rechtliche Prüfung und Erstberatung durch den Justiziar des BDC ist dann möglich.

LITERATUR

- [1] BUNDESSOZIALGERICHT Urteil vom 28.9.2016, B 6 KA 40/15 R [https://sozialgerichtsbarkeit.de/sgb/esgb/show.](https://sozialgerichtsbarkeit.de/sgb/esgb/show.php?modul=esgb&id=190734)

<https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/4/>, zugegriffen zuletzt 4.9.2017

- [2] Bedarfsplanungs-Richtlinie des GBA <https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/4/>, zugegriffen zuletzt 4.9.2017

KOMMENTAR

des BDC-Justitiars Dr. J. Heberer

NACHBESETZUNG EINES CHIRURGENSITZES – BESSERE CHANCEN FÜR D-ÄRZTE

Wie bereits berichtet hat das Bundessozialgericht jüngst entschieden, dass die Nachbesetzung eines Chirurgensitzes durch einen Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie nur dann möglich sei, wenn der seinerzeit abgebende Chirurg über die weiterbildungsrechtliche Schwerpunktbezeichnung Unfallchirurgie verfügt. Ein tatsächlicher Tätigkeitsschwerpunkt im unfallchirurgischen Bereich sei nicht ausreichend (BSG, Urteil vom 28.9.2016, Az. B 6 KA 40/15 R). Dies stellt viele abgabewillige Chirurgen vor erhebliche Probleme bei der Nachfolgesuche.

Nach der zwischenzeitlich erfolgten Veröffentlichung der Entscheidungsgründe gibt es aber die Hoffnung, dass jedenfalls Chirurgen, die zwar keine unfallchirurgische Schwerpunktbezeichnung haben, wohl aber eine D-Arzt-Zulassung, die Nachbesetzung mit einem Orthopäden durchsetzen könnten.

Das Thema war in dem vom BSG entschiedenen Fall eigentlich nicht entscheidungsrelevant. Gleichwohl äußerte sich das BSG hierzu wie folgt:

„Offenbleiben kann auch, wie die Nachbesetzung eines Vertragsarztsitzes oder einer Arztstelle im MVZ durch einen Arzt für Orthopädie und Unfallchirurgie zu beurteilen ist, wenn der ausscheidende Arzt für Chirurgie zwar nicht die Schwerpunktbezeichnung „Unfallchirurgie“ geführt hat, aber als sog. Durchgangsarzt nach § 34 Abs 2 SGB VII tätig war. Da die Berufsgenossenschaften die Anerkennung eines chirurgisch tätigen Arztes als Durchgangsarzt davon abhängig machen, dass dieser (auch) die Bezeichnung „Unfallchirurgie“ führt, könnte der Gesichtspunkt der Versorgungskontinuität der vertragsärztlichen und berufsgenossenschaftlichen Tätigkeit in einer Praxis oder einem MVZ dafür sprechen, in einem solchen Fall § 16 BedarfspIRL entsprechend anzuwenden. Das Anerkennungsverfahren der Berufsgenossenschaften nach § 34 Abs 2 SGB VII hat zwar keinen unmittelbaren Einfluss auf vertragsärztliche Zulassungen. Die ambulante Heilbehandlung nach § 27 SGB VII ist aber eng mit der vertragsärztlichen Versorgung verbunden, wie sich schon aus der nach § 34 Abs 4 SGB VII bestehenden Gewährleistungsverpflichtung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung auch für die gesetzeskonforme Durchführung der ambulanten berufsgenossenschaftlichen Heilbehandlung ergibt.“

Nicht direkt erwähnt wird die Frage, ob auch der übernehmende Orthopäde zwingend die Voraussetzungen für die Fortführung der D-Arzt-Tätigkeit vorweisen muss (Voraussetzung ist insbesondere auch die Zusatzbezeichnung „Spezielle Unfallchirurgie“). Im Hinblick darauf, dass das BSG seine Annahme mit der „Versorgungskontinuität der vertragsärztlichen und berufsgenossenschaftlichen Tätigkeit“ (s. o.) begründet, wird hiervon aber wohl auszugehen sein.

Wie die Zulassungsgremien mit den Hinweisen des BSG in der Praxis umgehen werden, bleibt abzuwarten. In jedem Fall sollte der zuständige Zulassungsausschuss auf den vorgenannten Passus der Entscheidung hingewiesen und die Kontinuität der Versorgung als Argument angeführt werden.

Frage & Antwort



OP-Assistenz vom Physician Assistant



ANTWORT VON DR. JUR. JÖRG HEBERER:

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

Heberer J. F+A: OP-Assistenz vom Physician Assistant. Passion Chirurgie. 2017 Oktober; 7(10): Artikel 04_09.



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

FRAGE:

Ein Chefarzt fragt an, ob die erste OP-Assistenz auch von einem Physician Assistant durchgeführt werden kann oder ob diese einem Arzt vorbehalten ist.

ANTWORT:

Gesetzliche Vorschriften, von wem die erste und zweite OP-Assistenz übernommen werden dürfen, gibt es nicht. Auch existiert hierzu keine gefestigte Rechtsprechung. Der Beruf des Physician Assistant ist ein medizinischer Assistenzberuf, sodass bei der Aufgabenübertragung die Grundsätze der Delegation zu beachten sind.

Grundsätzlich muss in jedem Einzelfall an dem Maßstab der verkehrsüblichen, berufsspezifischen Sorgfaltspflicht geprüft werden, ob und inwieweit bei Kernleistungen des ärztlichen Handelns, wie einer Operation, Teile dieser Leistung bei Wahrung des Facharztstandards auf nichtärztliches Personal übertragen werden können. Die Leitung und Durchführung einer Operation gehört zu den originär ärztlichen Aufgaben und ist damit nicht an nichtärztliches Personal delegierbar.

Fraglich ist, ob dies auch für operative Teilschritte gilt.

Eine Delegation ärztlicher Leistungen an nichtärztliche Mitarbeiter ist nach der Rechtsprechung nur bei Leistungen möglich, die der Arzt wegen ihrer Art oder der mit ihnen verbundenen besonderen Gefährlichkeit für den Patienten oder wegen der Umstände ihrer Erbringung, insbesondere der Schwere des Krankheitsfalles, nicht höchstpersönlich erbringen muss. Dabei muss der Arzt nach der Qualifikation der nichtärztlichen Mitarbeiter entscheiden, ob und an wen er delegiert, ob ggf. eine besondere Anleitung erforderlich ist und wie diese zu überwachen sind. Sowohl die Anordnungsverantwortung als auch die Auswahl-, Anleitungs- und Überwachungspflichten liegen in jedem Falle weiter beim Arzt. Der Mitarbeiter an den delegiert wird, muss die erforderlichen Kenntnisse und Fähigkeiten zur Durchführung der delegierten Leistung aufweisen. Nach Auffassung des Verfassers muss damit für die Frage der Delegation operativer Teilschritte im Rahmen dieser Einzelfallbetrachtung auch nach der Überschaubarkeit bzw. Schwere des Eingriffs unterschieden werden. Die Gefährdung des Patienten durch den Eingriff bestimmt hier in

jedem Einzelfall das Maß der objektivierten und erforderlichen Sorgfaltspflicht des Arztes. Eine Beeinträchtigung der Versorgungsqualität und der Patientensicherheit muss in jedem Falle ausgeschlossen werden. Zudem muss der Facharztstandard gewahrt werden.

Die Bundesärztekammer und die Kassenärztliche Bundesvereinigung haben in einem gemeinsamen Konzept aus dem Jahr 2017 als Aufgabe von Physician Assistants unter

anderem lediglich die zweite chirurgische OP-Assistenz genannt. Auch auf dem 120. Deutschen Ärztetag im Mai 2017 erfuhr abermals die Substitution ärztlicher Leistungen und Aufgaben durch nichtärztliche Gesundheitsberufe eine Ablehnung.

Dies alles spricht nach Auffassung des Verfassers jedenfalls dafür, dass die 1. OP-Assistenz zwingend durch einen ärztlichen Mitarbeiter vorzunehmen ist und damit nicht

von einem Physician Assistant durchgeführt werden kann. Denn allein der Operateur ist vollumfänglich verantwortlich für jeden OPSchritt, sodass auch nach Auffassung der Bundesärztekammer nichtärztliche Mitarbeiter operative Teilschritte nicht eigenverantwortlich übernehmen können und damit allenfalls die zweite OP-Assistenz an diese delegationsfähig sein dürfte. ○

Frage & Antwort



Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit oder Heilung



ANTWORT VON DR. JUR. JÖRG HEBERER:

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

Heberer J. F+A: Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit oder Heilung. Passion Chirurgie. 2017 Oktober; 7(10): Artikel 04_10.



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

FRAGE:

Ein Chefarzt fragt an, da er diese Aussage kürzlich gehört habe, ob es richtig sei, dass die ärztliche Aufgabe in der Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit und nicht in der Heilung bestehe.

ANTWORT:

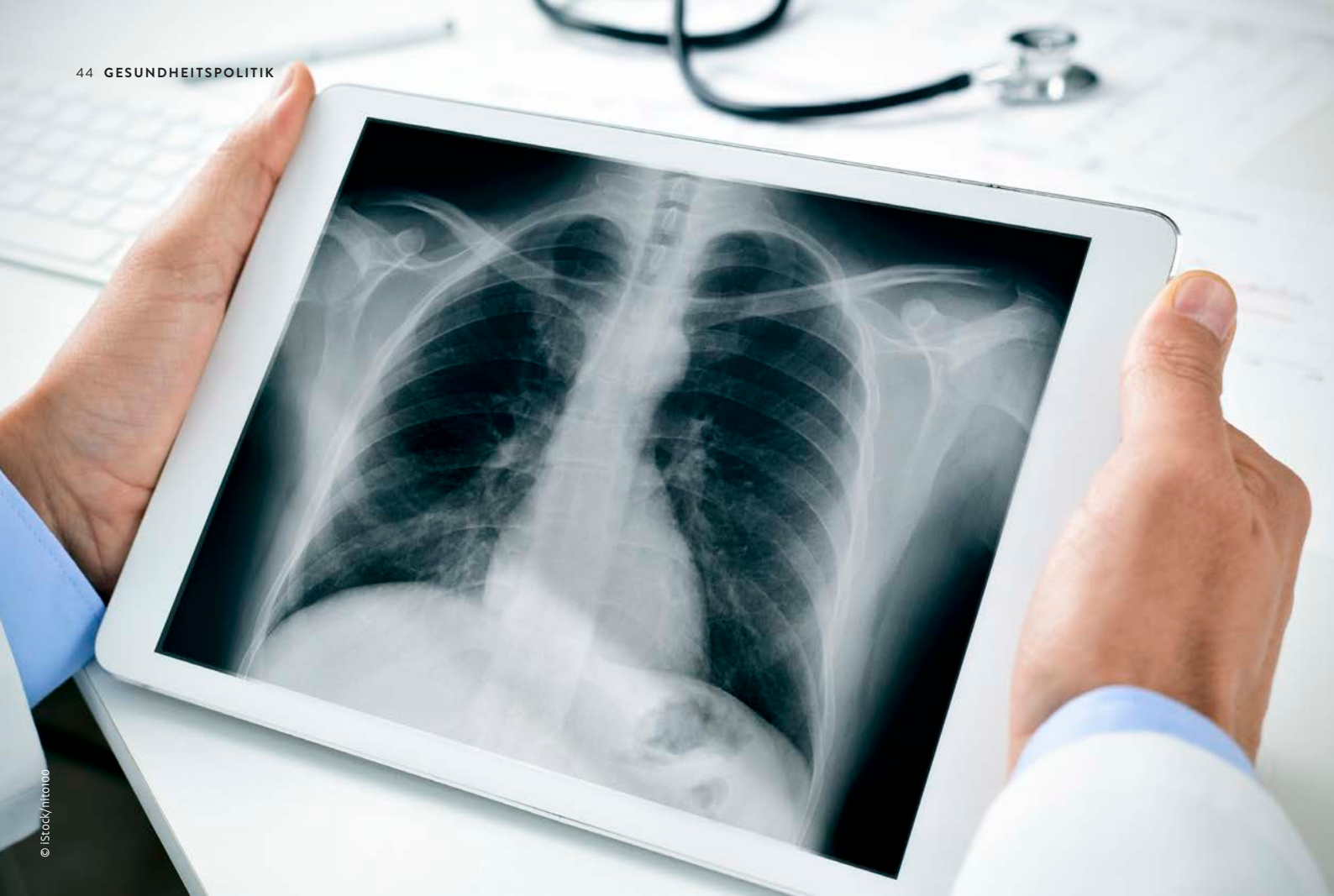
Die Aussage, dass die ärztliche Aufgabe in der Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit des Erkrankten bestünde und nicht in der Heilung, ist nach Auffassung des Verfassers so nicht richtig. Dies findet nach Kenntnis des Verfassers auch keine rechtliche Grundlage bzw. ist dem Verfasser keine Vorschrift bekannt, die explizit die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit als ärztliche Aufgabe nennt.

§ 1 Abs. 2 der Muster-Berufsordnung, der in die jeweiligen Länderberufsordnungen übernommen wurde, legt fest, dass es Aufgabe der Ärztinnen und Ärzte ist, das Leben zu erhalten, die Gesundheit zu schützen und wiederherzustellen, Leiden zu lindern, Sterbenden Beistand zu leisten und an der Erhaltung der natürlichen Lebensgrundlagen im Hinblick auf ihre Bedeutung für die Gesundheit der Menschen mitzuwirken.

§ 28 Abs. 1 Satz 1 SGB V bestimmt, dass die ärztliche Behandlung die Tätigkeiten des (Vertrags-)Arztes zur Verhütung, Früherkennung und Behandlung von Krankheiten nach den Regeln der ärztlichen Kunst umfasst.

Zudem definiert § 1 Abs. 2 Heilpraktikergesetz den Begriff der Heilkunde als jede berufs- oder gewerbsmäßig vorgenommene Tätigkeit zur Feststellung, Heilung oder Linderung von Krankheiten, Leiden oder Körperschäden bei Menschen. Nachdem die Ausübung der Heilkunde eine ärztliche Approbation oder eine Heilpraktikererlaubnis voraussetzt, übt somit der approbierte Arzt die Heilkunde aus. Zu dieser zählt deshalb eben auch die Heilung von Krankheiten, Leiden oder Körperschäden.

Da die Krankenbehandlung und allgemein die Wiederherstellung der Gesundheit somit Aufgabe der ärztlichen Tätigkeit ist, wird aus Sicht des Verfassers hiervon indirekt natürlich auch die Erhaltung bzw. Wiederherstellung der Leistungsfähigkeit und damit die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit umfasst. Im Mittelpunkt ärztlicher Tätigkeit steht deshalb nach Ansicht des Verfassers aufgrund dieser Vorschriften jedenfalls die präventive/rehabilitative und kurative Tätigkeit. ○



Berufspolitische Themen im Fachbereich Thoraxchirurgie

Liebe Kolleginnen und Kollegen, diejenigen unter Ihnen, die bereits Mitglieder im BDC sind, haben offensichtlich im Rahmen einer Entscheidungsfindung erkannt, wie wichtig aktive Berufspolitik ist. Der BDC ist der größte chirurgische Berufsverband in Europa. Da drängt sich zwangsläufig die Frage auf, welche spezifischen Themen im Referat Thoraxchirurgie für eine zahlenmäßig vergleichsweise kleine Berufsgruppe als relevant erachtet werden.

DIE PROFESSION

Erst in den vergangenen 50 Jahren hat sich eine hochspezialisierte Thoraxchirurgie

entwickelt, was folgerichtig vor nunmehr 26 Jahren zur Gründung der Deutschen Gesellschaft für Thoraxchirurgie (DGT), als wissenschaftliche Fachgesellschaft geführt hat. Ein Professionalisierungsprozess ist aber nie abgeschlossen und strebt in seiner Dynamik nach einem immer höheren Grad an beruflicher Organisation.

Die Thoraxchirurgie muss nicht nur in Anlehnung an die verwendeten Methodiken oder nach anatomischen Gesichtspunkten als „Schnittstellen“-Fach betrachtet werden, sondern insbesondere auch durch die vielschichtigen fachlichen wie auch arbeits-alltäglichen Berührungspunkte zu anderen medizinischen Disziplinen. Dies erfordert nicht nur die

**DR. MED. CHRISTIAN KUGLER**

BDC-Referatsleiter Thoraxchirurgie
 Past-Präsident der DGT
 Chefarzt der Klinik für Thoraxchirurgie
 LungenClinic Grosshansdorf GmbH
 Wöhrendamm 80
 22927 Großhansdorf
 C.Kugler@lungenclinic.de

wissenschaftliche Bearbeitung der entstehenden „Schnittmengen“, sondern speziell die Implementierung von Arbeitsabläufen, die Entwicklung von Arbeitsprofilen und ggf. auch eine Definition von klaren Abgrenzungen. So wurde beispielsweise eine Arbeitsgemeinschaft „Thoraxtrauma“ gegründet, um an der Schnittstelle zur DGOU gemeinsam Behandlungsabläufe in Traumazentren zu erarbeiten. Der klare Trend weg von einer methodendefinierten Medizin hin zu einer organbezogenen Medizin macht es für die Thoraxchirurgie notwendig, sich in eine vertiefte inhaltliche wie auch organisatorische Diskussion mit den hauptsächlichen Behandlungspartnern zu begeben, wie es aktuell insbesondere mit der Pneumologie und der Onkologie stattfindet.

Innerhalb dieser Bestrebungen müssen letztlich berufsständische Normen entwickelt werden und eine Art „Code of Ethics“, der dann auch an die Ärztekammern hergetragen wird, denen die Aufsicht obliegt über unseren freien Beruf. So forciert die Thoraxchirurgie in hohem Maße das Ausbildungsniveau „Facharzt“ als Grundlage und vor allem als Legitimation für das Handeln am Patienten. Kostenträger müssen ebenso wie Versicherungen bewogen werden, sich dieser Haltung anzuschließen.

Grundlage und integraler Bestandteil eines jeden Professionalisierungsprozesses ist ein System der Aus-, Fort- und Weiterbildung. Deshalb muss sich die Thoraxchirurgie genau an diesem Punkt in besonders aktiver Weise in die Erarbeitung der neuen Muster-Weiterbildungsordnung und die Umsetzung auf Ebene der jeweiligen Landesärztekammern einbringen. Die DGT organisiert zusammen mit dem BDC Weiterbildungsseminare für die Facharzt-Ausbildung und die Akademie der DGT bündelt und zertifiziert das breitgefächerte Weiterbildungsangebot, das national besteht. Die Möglichkeit, sich auch nach dem Erwerb der Facharztqualifikation hin zum Zertifikat „Spezielle Thoraxchirurgie“ weiterzubilden, bildet ein Anreizsystem für die Leistungsträger im klinischen Alltag.

Zu einer Zeit, in der die Qualität medizinischer Leistungen in den besonderen Fokus öffentlicher und politischer Diskussionen geraten ist, sind besonders die Berufsverbände und Fachgesellschaften in die Pflicht genommen, diese Diskussion zu antizipieren und

auf Basis des eigenen Wissens Vorgaben für die Prozess-, Struktur- und Ergebnisqualität zu entwickeln. So wurde ein Zertifizierungssystem für das Leistungs- und Qualitätsniveau eines „Thoraxzentrums“ geschaffen. Den aktiven klinischen Einheiten muss geholfen werden, dieses Qualitätsniveau zu erreichen, bzw. Unterstützung angeboten werden in der Diskussion mit den Geschäftsführungen vor Ort, für die Akzeptanz dieses Vorgehens. Wenn teure und komplikationsträchtige Behandlungsmethoden wie Interventionen/Operationen bei Lungenemphysem durch das IQTIG gesundheitspolitisch auf den Prüfstand gestellt werden, dann muss die thoraxchirurgische Expertise adäquat in die Diskussion eingebracht werden.

DIE ARBEITSBEDINGUNGEN

Die Summe der berufsspezifischen Arbeitsbedingungen, wie sie von Studenten, Auszubildenden, Angestellten und auch der Öffentlichkeit objektiv oder auch subjektiv wahrgenommen wird, entscheidet letztlich darüber, ob ein Beruf als „attraktiv“ betrachtet wird.

Dabei muss im Wesentlichen zwischen den rechtlichen und den tatsächlichen Umständen unterschieden werden, unter denen die Arbeit zu erbringen ist. Die rechtlichen Arbeitsumstände sind überwiegend ein Thema der Gewerkschaften. Dagegen sind in einem jungen klinischen Fach wie der Thoraxchirurgie gerade die tatsächlichen Arbeitsbedingungen und auch die Arbeitsressourcen ein Diskussionsfeld, auf dem den Arbeitgebern und ggf. auch deren Consulting-Partnern nur ungenügend valides Zahlen- und Datenmaterial zur Verfügung steht. Bereits seit Jahren bemühen sich engagierte Mitglieder der DGT und des BDC auf nationaler wie auch auf europäischer Ebene Kennzahlen zu entwickeln sowohl für die Struktur- als auch für die Personalressource. Angepasst an das Arbeitszeitgesetz und unter Integration des Qualitätsdogmas der ständigen Verfügbarkeit von Facharztkompetenz ist damit ein brauchbares Ressourcenkonzept entwickelt worden, das gut in den praktischen Klinikalltag transportiert werden kann.

Der Anteil der weiblichen Mitarbeiterinnen steigt auch in den chirurgischen Kollegien

Kugler C: Berufspolitische Themen im Fachbereich Thoraxchirurgie. *Passion Chirurgie*. 2017 Oktober, 7(10): Artikel 05_01.



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

stetig, ist aber gemessen an der Zahl der Studien-Absolventinnen noch nicht repräsentativ. Nach verschiedenen Erhebungen und Befragungen haftet den chirurgischen Fächern nicht nur das Image der schlechten Vereinbarkeit von Familie und Beruf an, sondern zum Teil herrschen auch immer noch entsprechende Arbeitsrealitäten. Gerade die Thoraxchirurgie war hier frühzeitig initiativ mit einer Arbeitsgemeinschaft innerhalb der Fachgesellschaft (FIT = Frauen in der Thoraxchirurgie) gut aufgestellt, auf diesem Themenfeld gestalterisch mitzuwirken und auch informativ tätig zu sein. Die Thoraxchirurgie ist besonders geeignet, Karriere und Familienplanung zu koordinieren, was dem hohen Anteil von elektivem Arbeitsaufkommen geschuldet ist.

Längst ist es keine These mehr, sondern Realität, dass in der medizinischen Versorgung innerhalb Deutschlands das Prinzip der Rationierung Einzug gehalten hat, gekoppelt an entsprechend starre und unflexible Planungs-Strategien. Ein junges klinisches Fach wie die Thoraxchirurgie, die eine methodische Spezialisierung beinhaltet, muss in diesem Umfeld berufspolitisch auch darauf ausgerichtet sein, in der Diskussion mit Politik und Kostenträgern den Raum zu bewahren und zu gestalten, der für wissenschaftlichen und operations-technischen Fortschritt benötigt wird, ganz zu schweigen von den Herausforderungen, die im Zeitalter der Digitalisierung entstehen.

Zur Thematik der Arbeitsbedingungen gehört integral auch das Vergütungssystem. Das DRG-System zur Vergütung von Klinikleistungen muss ständig nachjustiert werden, manche Leistungen werden nicht

abgebildet. Eine Kommission der DGT widmet sich diesem Thema, das „beständig“ betrieben werden muss. Die überfällige Novelle der GOÄ schmort seit Jahren im Saft von unzulänglichen Systematiken, der genannten Rationierung und den Partikularinteressen aller Beteiligten. Die Thoraxchirurgie muss sich hier stetig und rational in die Gestaltung mit einbringen, um als ein Faktor mit nur geringer wirtschaftlicher Bedeutung nicht in einem Einheitsbrei unterzugehen.

DIE ZUKUNFT

Die berufspolitische Gestaltung der Gegenwart muss unabdingbar verknüpft sein mit der Vorbereitung der Zukunft und der Antizipation von Zukunftsthemen.

Die Zukunft gehört dem Nachwuchs und in beinahe allen chirurgischen Fächern bildet sich derzeit ein Nachwuchsmangel aus. Untersuchungen der Generationenforschung haben gezeigt, dass die neue Generation „Y“ sehr klare Vorstellungen hat in Bezug auf die Individualität der eigenen Lebensgestaltung und vor allem auch auf die Gewichtung der einzelnen Lebensbereiche. So erhalten subjektive Faktoren in der Berufswahl wie das Image eines klinischen Faches und dessen vermeintliche Arbeitsbedingungen gravierende Bedeutung. Es muss somit Anliegen aller sein, die dieses Thema bearbeiten, dass schon frühzeitig während des Studiums Informationsstrategien zum Tragen kommen, die neben der sachlichen Information auch dem Abbau von Vorurteilen und der Image-Pflege dienen. Mit dem Aufgreifen der BDC-Kampagne „Nur Mut! Kein Durchschnittsjob: ChirurgIn“ oder der Initiative „Perspektivforum

Junge Chirurgie“ innerhalb der Fachgesellschaft möchte die Thoraxchirurgie die Follegeneration ermutigen, aktivieren und vor allem beteiligen am Gestaltungsprozess der eigenen Zukunft. Fördermaßnahmen für wissenschaftliche Arbeit, Preise und Stipendien, Zugangserleichterung zu Kongressen und Fachliteratur, subventionierte Mitgliedschaften in wissenschaftlichen Vereinigungen und ein ganzes Programm der Fort- und Weiterbildung bilden einen Maßnahmenkatalog, der zur Förderung des Nachwuchses dient. Die nächste Generation sollte jedoch nicht nur „bespielt“ werden, sondern konkret in die Gestaltung der Zukunft eingebunden werden.

Die historische Entwicklung des Faches Thoraxchirurgie führte dazu, dass immer noch zu wenige eigenständige Abteilungen für Thoraxchirurgie an Universitäten existieren. Hier besteht die Notwendigkeit, die universitären Kollegien informativ und planerisch zu unterstützen, sich diesem wichtigen Zukunftsthema der Thoraxchirurgie zu stellen und es zu betreiben.

Im Zeitalter eines professionellen Lobbyismus kann überhaupt nur noch der im politischen Entscheidungsprozess ein Gehör finden, der mit „lauter“ Stimme spricht. Innerhalb der Thoraxchirurgie besteht Einigkeit darüber, dass es so viele gemeinsame aktuelle wie auch zukünftige Anliegen aller chirurgischen Fächer gibt, dass die „Einheit der Chirurgie“ unabhängig von den jeweiligen fachlichen Spezialisierungen einen notwendigen Prozess darstellt. Die Thoraxchirurgie wird diesen Zukunftsschritt aller deutschen Chirurgen vorbehaltlos unterstützen. ○

AKTUELLE MELDUNGEN



20.09.2017

BAHN FREI FÜR DEN NOTWENDIGEN STRUKTURWANDEL

Versorgungsziele – Die Lebensbedingungen in den Regionen Deutschlands verändern sich. Die KBV fordert in einem Positionspapier, die jeweiligen Besonderheiten besser zu berücksichtigen, um die ambulante ...



17.09.2017

„WENN SCHWEIGEN GEFÄHRLICH IST“ REDEN RETTET LEBEN – SPEAK UP!

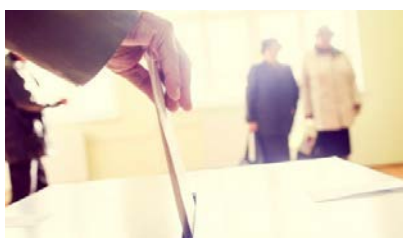
„Speak Up! – Wenn Schweigen gefährlich ist“ – das ist das Thema des 3. Internationalen Tages der Patientensicherheit (ITPS) am 17. September 2017. Darunter versteht man, dass Fachpersonen und ...



13.09.2017

„DIE ZUKUNFT DER NOTFALLVERSORGUNG IN DEUTSCHLAND“

Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen hat erstmals in seiner mehr als dreißigjährigen Geschichte vor offizieller Übergabe eines Gutachtens einen Einblick in seine ...



11.09.2017

ÄRZTE ZUR WAHL: REFORMEN JA, SYSTEMWECHSEL NEIN

Kurz vor der Bundestagswahl positioniert sich die niedergelassene Ärzteschaft: Freiberuflichkeit und Selbstverwaltung seien ein tragendes Element des deutschen Systems, dessen Verstaatlichung der falsche ...



01.09.2017

FÜR DURCHGANGSÄRZTE: KOSTEN TETANUS-IMPfung

Die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung Landesverband Nordost informierte per Rundschreiben D 05/2011 vom 17.05.2011 zur Kostenübernahme für die Tetanus-Kombiimpfung (Tetanus/Diphtherie/Pertussis) ...



01.09.2017

FÜR DURCHGANGSÄRZTE: AMBULANTE DURCHFÜHRUNG GROSSER METALLENTFERNUNGEN

Laut eines Rundschreibens der Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung Landesverband Nordost (04.09.2017) dürfen nach den Grundsätzen zum ambulanten Operieren in der gesetzlichen Unfallversicherung nur ...

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 Weiterbildungs-konzepte 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 474 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: BariSurg ₃ , 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	FPI: 27.11.2013	–	Prof. Dr. L. Fischer Universitätsklinikum Heidelberg Chirurgische Klinik T: 06221/56-39493 F: 06221/56-7470 E: Lars.Fischer@med.uni-heidelberg.de
	Experimentelle Gruppe: Magenschlauch-OP	78 von 248 Patienten	Kein Fallgeld	
	Kontrollgruppe: Magenbypass-OP			
Studientitel: CoCStom ₄ , Registrierungsnummer: DRKS00005113				
Prof. Dr. P. Kienle	Patienten mit Rektumkarzinom UICC II-III nach neoadjuvanter Radiochemotherapie und TAR mit TME und protektivem Stoma			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
	Experimentelle Gruppe: Frühe Stomarückverlage- rung 8–10 Tage nach Tumorsektion, anschließend Chemotherapie	FPI: 27.12.2013 212 von 257 Patienten	DFG 1.000 €/Patient	
	Kontrollgruppe: Späte Stomarückverlagerung 4 Wochen nach Beendigung der adjuvanten Chemo- therapie			
Studientitel: DiaSurg 2-Studie ₅ , Registrierungsnummer: DRKS 00004550				
Prof. Dr. M.W. Büchler PD Dr. B.P. Müller	Insulinabhängiger Diabetes mellitus Typ 2 und BMI 26–35 kg/m2	FPI: 25.03.2013	Manfred Lautenschläger- Stiftung, Covidien AG, Schweiz	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
	Experimentelle Gruppe: Magenbypass	21 von 400 Patienten	500 €/Patient	
	Kontrollgruppe: Optimale medikamentöse Therapie			
Studientitel: FREY-BERNER ₆ , Registrierungsnummer: ISRCTN 26157183				
Prof. Dr. H. Wit- zigmann	Chronische Pankreatitis			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
	Experimentelle Gruppe: Duodenumerhaltende Pan- kreaskopfresektion nach Frey	FPI: 16.03.2006 65 von 66 Patienten	– Kein Fallgeld	
	Kontrollgruppe: Duodenumerhaltende Pankreaskopfre- sektion in der Berner Modifikation			
Studientitel: Gastripec I ₇ , 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			Prof. Dr. B. Rau, MBA Universitätsmedizin Berlin Charité Campus Mitte Klinik für Allgemein-, Viszeral-, Thorax- und Gefäß- chirurgie T: 030/450-622214 F: 030/450-7522214 E: beate.rau@charite.de
	Experimentelle Gruppe: Neoadjuvante Chemotherapie, zytoreduktive Chirurgie und hypertherme intraperito- neale Chemotherapie	FPI: 05.03.2014 90 von 180 Patienten	DKH 300€/Patient	
	(HIPEC), postoperative Chemotherapie Kontroll- gruppe: Neoadjuvante Chemotherapie, zytoreduktive Chirurgie, postoperative Chemotherapie			

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: PAKMAN_{10*} 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 366 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: RELY_{11*} 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 232 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.® Study_{12*} 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: Lungenkeilresektion mit parietaler Pleurektomie Kontrollgruppe: Alleinige parietale Pleurektomie	FPI: 19.11.2013 237 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



NOCH NICHT GEWUSST?

4 x
IM JAHR
GEDRUCKT

12 x
IM JAHR ALS
eMAGAZIN



PASSION **C**HIRURGIE



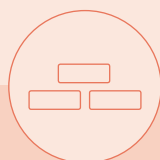
erhältlich im App Store
und bei Google Play

DAS MAGAZIN DER DGCH UND DES BDC ALS eMAGAZIN

MONATLICH ÜBER DIE BDC|MOBILE APP LESEN.

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

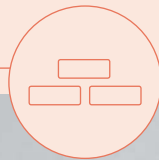
Generalsekretär

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. Oktober 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. Guinta, München
Deutsche Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie	W. Harringer, Braunschweig
Deutsche Gesellschaft für Thoraxchirurgie	E. Stoelben, Köln
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

BDC-News

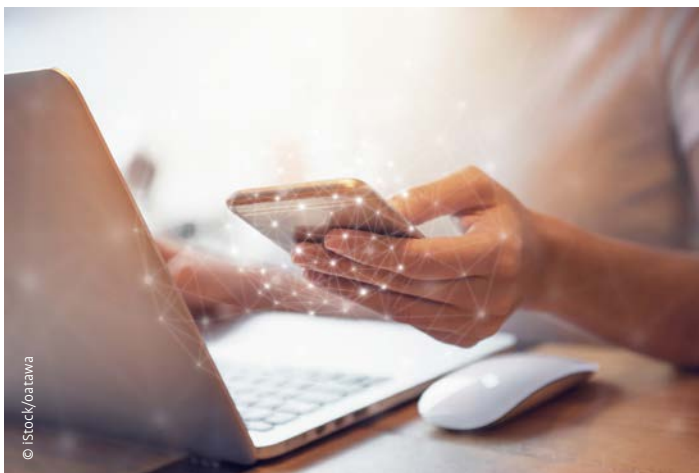
Update: Mehr Inhalte in der BDC|Mobile App



Ab sofort haben Sie über die BDC|Mobile App auch Zugriff auf die BDC|Webinare und den BDC|Shop. Das Update steht seit September zur Verfügung – einfach herunterladen und loslegen. Die aktualisierte App ist kompatibel mit der neuesten **Android**- und **Apple**- Software und läuft somit auf den gängigsten Smartphones und Tablets.

MEHR LESEN...

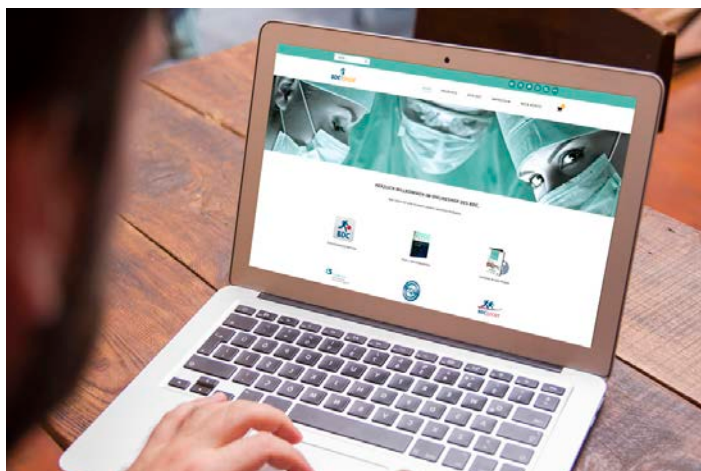
eAKADEMIE: Digitale Fort- & Weiterbildungsangebote des BDC



Die BDC|eAKADEMIE fasst alle digitalen Fort- & Weiterbildungsangebote des Berufsverbandes der Deutschen Chirurgen zusammen. Egal wo und egal wann können sich BDC-Mitglieder exklusiv und kostenfrei zu fachspezifischen chirurgischen Themen informieren. Viele E-Learning-Angebote und Webinare sind CME-zertifiziert.

MEHR LESEN...

BDC|Shop in neuem Layout



Der BDC|Shop wurde überarbeitet und hat einen neuen „Anstrich“ bekommen. Aber auch die Benutzung wurde verbessert: Die Webseite passt sich jetzt automatisch auf die Darstellung Ihres Smartphones oder Tablets an. Im Onlineshop der BDC Service GmbH können Sie chirurgischen Stellenanzeigen aufgeben, finden ein breites Angebot von Weiterbildungsbücher und Jahreslizenzen für die E-Learning-Plattform [ecme-center] bis hin zu BDC-Krawatten und BDC-Lauftrikots.

IM BDC|SHOP STÖßERN...

BDC|Webinare: jetzt kostenfrei registrieren & teilnehmen



Namhafte Experten live direkt in Ihrem Arbeitszimmer: Nehmen Sie teil an Live-Webinaren des BDC mit Chats, nutzen Sie Vorträge aus dem Archiv und die korrespondierenden CME-Tests online auf der neuen **BDC-Plattform**. Seit September findet jeden Monat ein Webinar zu einer ausgewählten Leitlinie statt. Registrieren Sie sich auf der **Seite** und verpassen Sie nicht den nächsten Termin am 19.10.2017 zur **S3-Leitlinie: Prophylaxe der venösen Thromboembolie**

ZU DEN BDC|WEBINAREN...



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

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



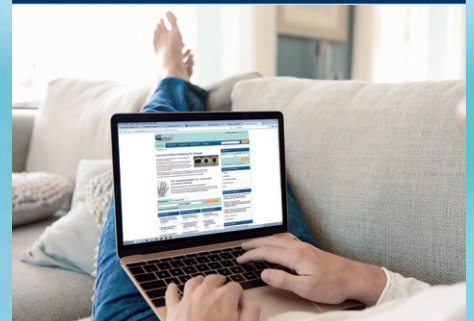
Die umfangreiche Mediathek der DGCH mit fachlichen Fortbildungsvideos ist nun auch für BDC-Mitglieder kostenfrei zugänglich.

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 Fortbildungsmodul 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
continuing medical education

www.ecme-center.org

Berufseinsteiger-Paket – Exklusiv für BDC-Mitglieder



BDC Versicherungs-Service

Gut aufgestellt mit dem
BDC-Rahmenabkommen

Der BDC stellt gemeinsam mit dem Ecclesia Versicherungsdienst ab sofort ein neues und attraktives Versicherungspaket für junge Mitglieder zur Verfügung. Das Paket besteht aus wichtigen Versicherungen, die jeder vorhalten sollte. Sei es für den beruflichen oder den privaten Lebensbereich, vom Berufshaftpflicht- bis zum Berufsunfähigkeitsschutz. Das Paket kann in Gänze gebucht werden, aber auch nur einzelne Versicherungsteile daraus. Die Konditionen, die wir für diese hochwertigen Versicherungsleistungen ausgehandelt haben, werden Sie am freien Markt nicht finden. Interesse geweckt? Nehmen Sie mit uns oder der Ecclesia Kontakt auf. Eine Beschreibung der einzelnen Leistungen und ein Formular finden Sie im Folgenden.

I. BERUFSRECHTSSCHUTZ – ABSICHERUNG RECHTLICHER RISIKEN JUNG-MEDIZINER

Für alle berufstätigen Mitglieder des BDC besteht automatisch mit Eintritt in den Berufsverband Versicherungsschutz im Rahmen eines Rechtsschutz-Sammelversicherungsvertrags. Die anteilige Versicherungsprämie für den Sammelversicherungsvertrag ist in den Mitgliedsbeiträgen des BDC enthalten. Die Versicherung besteht aus den Bausteinen:

- Schadenersatz-Rechtsschutz
- Arbeits-Rechtsschutz
- Sozialgerichts-Rechtsschutz
- Straf-Rechtsschutz
- Daten-Rechtsschutz
- Rechtsschutz bei Belegarzt-, Konsiliar- und Honorararztverträgen



**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

Marcel N, Dittmar R: Berufseinsteiger-Paket –
Exklusiv für BDC-Mitglieder. *Passion Chirurgie*.
2017 Oktober, 7(10): Artikel 07_02.



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

und bietet eine Grundabsicherung für die berufliche Tätigkeit. Die Rechtsanwaltskosten werden, sofern nicht ausdrücklich anders bestimmt, bis zur Höhe der gesetzlichen Vergütung übernommen.

II. BERUFSHAFTPFLICHT – ABSICHERUNG DES ÄRZTLICHEN RESTRISIKOS FÜR STUDENTEN UND JUNG-MEDIZINER

Die wichtigste Absicherung des Arztes – oder derer, die Arzt werden wollen – ist ohne Zweifel die Berufshaftpflicht-Versicherung. Trotz aller Sorgfalt kann ein Fehler nie zu 100 % ausgeschlossen werden und es besteht das Risiko, dass ein Patient bzw. dessen Hinterbliebene den Vorwurf erheben, einen Schaden aufgrund ärztlicher Behandlung erlitten zu haben. Die Berufshaftpflicht-Versicherung des Arztes schützt diesen nicht nur vor den finanziellen Folgen eines Fehlers, sondern gewährleistet darüber hinaus auch juristischen Beistand im Schadenfall. Die Prüfung der erhobenen Ansprüche dem Grunde und der Höhe nach gehört genauso dazu wie die Abwehr ggf. zu Unrecht erhobener Vorwürfe. Die Auseinandersetzung mit dem Patienten bzw. dessen Hinterbliebenen wird vom Versicherer übernommen und der Arzt so entlastet. Bestandteil der hier angebotenen Absicherung ist natürlich auch der erweiterte Strafrechtsschutz. Diese zusätzliche Deckung ist notwendig, da der klassische Haftpflichtversicherungsschutz nur die Haftung aus privatrechtlichen Ansprüchen abdeckt. Über den Strafrechtsschutz wird auch die Verteidigung in einem gerichtlichen Verfahren übernommen, das den Vorwurf eines strafrechtlichen Vergehens behandelt (Körperverletzung).

Versichert ist die gesetzliche Haftpflicht aus Behandlung in Notfällen und Erste-Hilfe-Leistung bei Unglücksfällen, aus ärztlichem Freundschaftsdienst in Bekanntenkreisen, aus ärztlichem Sonntagsdienst und Notfalldienst bis zu vier Diensten im Monat sowie aus gelegentlicher Gutachtertätigkeit bis zu vier Gutachten im Monat, als Arzt auf Veranstaltungen bis zu vier Diensten im Monat (z. B. Notarzt), als Schiffsarzt (ambulant-konservativ, und nur wenn das Schiff unter der Flagge eines EU-Mitgliedsstaates fährt, bis zu acht Wochen im Jahr).

III. PRIVATHAFTPFLICHT – BESSER ABSICHERN KANN MAN SICH NICHT

Qualitativ hochwertiger Haftpflichtversicherungsschutz ist auch im Privatbereich wichtig. Bestandteil der hier angebotenen Absicherung ist u. a. das Dienst-Haftpflicht-Risiko, ein sogenannter „OpferSchutz“ (Forderungsausfalldeckung ohne Mindestschadenhöhe, auch bei Vorsatz, Schadenersatzrechtsschutz, Opferhilfe und psychologische Betreuung) und eine „Bestands- und Innovations-Garantie“. Der Versicherer übernimmt in der Privathaftpflicht vereinbarte Deckungserweiterungen eines Vorvertrags und schließt Risiken ein, die im Tarif nicht eingeschlossen sind aber im Schadenfall im dann gültigen Tarif oder bei einem anderen deutschen Versicherer automatisch mitversichert sind.

IV. UNFALL-VERSICHERUNG – OB IM BERUF, IN DER FREIZEIT ODER ZUHAUSE

Gegenstand der hier angebotenen Absicherung ist eine hochwertige 24-Stunden-Deckung für Freizeit und Berufsunfälle als Gruppenvertrags-Modell. Zugrunde liegt eine erweiterte Definition des Unfall-Begriffes. Im Invaliditätsfall steht eine Kapitalleistung mit Progression zur Verfügung. Enthalten ist darüber hinaus auch eine Todesfall-Leistung, sowie ein Schmerzensgeld, ein Unfall-Krankenhaustagegeld, eine Kurkosten- und Rehabilitationsbeihilfe. Mitversichert sind außerdem z. B. Bergungs- und Krankentransport-Kosten sowie Kosten für notwendige kosmetische Operationen.

V./VI. BERUFSUNFÄHIG- KEITSVERSICHERUNG UND KRANKENTAGEGELDZUSATZVERSICHERUNG

Lückenlosen Schutz bei kurzer und langer Krankheit bietet dieses Absicherungspaket, das auf Wunsch auch einzeln genutzt werden kann. Mit radikal verkürzten Gesundheitsfragen bis zum Eintrittsalter 35. Lebensjahre sind sogar Vorerkrankung, soweit nicht bereits chronisch/dauerhaft, vollständig versichert. Hochwertiges Krankentagegeld mit Verzicht auf das ordentliche Kündigungsrecht des Versicherers, Verzicht auf Karennzeiten

bei Rückfallerkrankungen, Deckung von Anschlussheilbehandlungen und lückenloser Leistung bei Eintritt der Berufsunfähigkeit. Der ausgezeichnete Berufsunfähigkeitschutz verzichtet auf abstrakte Verweisung, leistet bereits bei 50%igem behördlichem Tätigkeitsverbot wegen Ansteckungsgefahr, bietet Deckung bei grober Fahrlässigkeit im Straßenverkehr und berechtigt zur Erhöhung der Leistung bei Approbation, Facharztanerkennung und Niederlassung ohne erneute Gesundheitsprüfung.

EXKLUSIVE SONDERKONDITIONEN

Dieses Berufseinsteiger-Paket steht exklusiv nur Mitgliedern des Berufsverbandes der Deutschen Chirurgen e.V. zur Verfügung. Die Versicherungsleistungen sind qualitativ sehr hochwertig und die dafür berechneten Beiträge extrem preiswert/rabattiert. Diese Konditionen sind sonst am Markt so nicht erhältlich!

Bitte beachten Sie, dass dieses Berufseinsteiger-Paket, bzw. die zugrunde liegenden Versicherungssummen, -bedingungen und -konditionen auf Basis der üblichen Lebensverhältnisse eines Jungmediziners kalkuliert sind. Sofern die Privathaftpflicht-Versicherung als Familienversicherung gestaltet werden soll oder höhere Versicherungssummen in der Unfall-Versicherung gewünscht werden, wird jeweils eine individuelle Kalkulation notwendig.

EINE BDC-MITGLIEDSCHAFT FÜR ASSISTENZÄRZTE ZAHLT SICH AUS

Wenn Sie Interesse haben, wenden Sie sich direkt an die Ecclesia-Gruppe über Telefon: 0800 603 603 0, Fax: 05231 603 6363 oder E-Mail bdv-versicherungsservice@ecclesia.de.

Baustein	Angebot	Ø Marktniveau	Ø Ersparnis
I. Berufs-Rechtsschutz-Versicherung	0,00 EUR (im Rahmen der Mitgliedschaft)	100,00 EUR	100 % !
II. Berufs-HV für Einsteiger Versicherungssumme: 7.500.000 EUR pauschal für PS, SS sowie VS (3-fach max. p.a.)	50,00 EUR	100,00 EUR	50 % !
III. Privat-HV als Single-Vertrag Versicherungssumme: 50.000.000 EUR pauschal für PS, SS und VS (2-fach max. p.a.)	66,00 EUR	120,00 EUR	45 % !
IV. Unfall-Versicherung Versicherungssumme: 100.000 EUR bei Invalidität 225 % Progression 30.000 EUR bei Tod 15 EUR Krankenhaus-TG	42,00 EUR	110,00 EUR	60 % !
V. Krankentagegeld 3.000 € mtl. (steuerfrei) Arzt/Ärztin 27 Jahre	26,00 EUR mtl. 312,00 EUR p.a.	32,00 EUR mtl. 384,00 EUR p.a.	18 % !
VI. Berufsunfähigkeitsversicherung 2.000 € mtl. (steuerbegünstigt) Arzt/Ärztin 27 Jahre	85,13 EUR mtl. 1.021,56 EUR p.a.	105,00 EUR mtl. 1.260,00 EUR p.a.	19 % !
Summe / Differenz	1.491,56 EUR	2.074,00 EUR	28 % !
BDC-Mitgliedschaft für Assistenzärzte	112,09 EUR	-	470,35 € Ersparnis

Die genannten Beiträge beinhalten jeweils die gesetzliche Versicherungssteuer von 19 %.

VERSICHERUNGS-NEWS

Damit sich BDC-Mitglieder bestens versichern können, hat der BDC-Versicherungs-Service einige Verbesserungen mit den Versicherern ausgehandelt. **Lesen Sie hier mehr:**

- **Versicherungs-Update: Neues zu den BDC-Rahmenverträgen**
- **Achtung! Auslandstätigkeit nicht per se versichert**

BDC|Landesverbände



DER BDC IN DEN BUNDESLÄNDERN

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

www.bdc.de/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



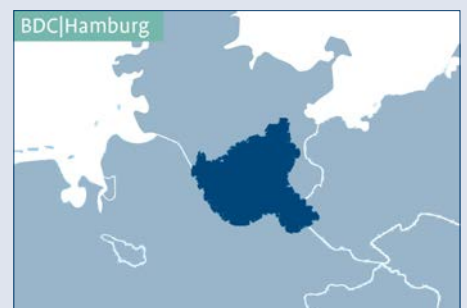
https://www.bdc.de/der-bdc-2/struktur/bdc-landesverbaende/?association_id=304



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

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



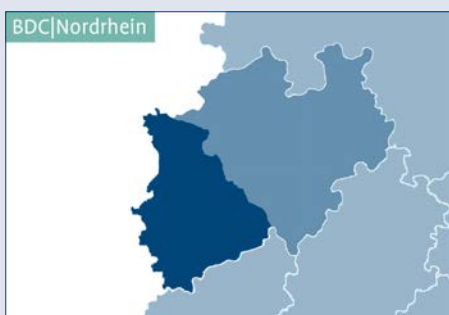
https://www.bdc.de/der-bdc-2/struktur/bdc-landesverbande/?association_id=295



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



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



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



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



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



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



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



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



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



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



www.bdc.de



BDC-PRESSESPIEGEL

13.09.2017 DocCheckNews

Facharzt für Umsatzchirurgie

Die Zahl der Operationen steigt. Vor allem in den Fachbereichen rund um die Herzchirurgie und den Bewegungsapparat. Es wird schnell und viel operiert. Zu viel? Experten kritisieren: Operationen werden besser vergütet als konservative Behandlungen.

01.09.2017 Rotenburger Rundschau

„Nur Mut“

Anfang 2008 stellte der Berufsverband der Deutschen Chirurgen die bundesweit angelegte Nachwuchskampagne „Nur Mut! Kein Durchschnittsjob – Chirurg/in“ vor. Mit ihr soll gezielt Nachwuchs angesprochen, und für eine chirurgische Laufbahn begeistert werden. Die Aktion soll realitätsnah über das Berufsbild des Chirurgen informieren und die facettenreichen Seiten der Chirurgie vermitteln. Am Donnerstag war jene Kampagne im Gymnasium Ottersberg zu Gast.

31.08.2017 MK Kreiszeitung

Berufsziel Aufschneider? Dann ran an den Endoskopietrainer

Den leibhaftigen Beweis des hemdsärmelig-humorvollen Handwerkers unter den Ärzten trat Dr. med. Jörg-Andreas Rüggeberg, Facharzt für Chirurgie aus Ottersberg, am Mittwoch höchstpersönlich vor Zehntklässlern des Ottersberger Gymnasiums an. Denen brachte Rüggeberg das „Berufsziel Aufschneider“ nahe – mit ganz praktischen Übungen an nachgemachten Geschwüren in Apfelsinen, klaffenden Schweineherzen und am Endoskopie-Simulator.

21.08.2017 Bibliomed Manager

Modellprojekt „Hybrid-DRG“ startet in Thüringen

Die Techniker Krankenkasse (TK) hat in Thüringen ein neues Vergütungsmodell für Operationen gestartet, bei dem ambulante und stationäre Leistungen gleich bezahlt werden. Grundlagen

für die neuen „Hybrid-DRG“ sind die Fallpauschalen im Krankenhaus (DRG) und der Vergütungskatalog für ambulant tätige Ärzte (EBM), teilte die TK mit.

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.

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
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

FACHARTZVORBEREITUNG							
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 Schmeding	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
06.10.17	07.10.17	Berlin	2017-23616	Deformitätenkorrektur mittels Ringfixateur	Prof. Dr. med. Robert Rödl; Dr. med. Micha Langendörfer	400,00	600,00
12.10.17	13.10.17	Berlin	2017-22405	CAMIC 3: Laparoskopische Nahttechniken	Prof. Dr. med. Ferdinand Köckerling	400,00	600,00
12.10.17	13.10.17	Tuttlingen	2017-23672	Spezielle Viszeralchirurgie	Prof. Dr. med. Michael Schäffer	300,00	500,00

FACHBEZOGENE SEMINARE, WORKSHOPS UND HOSPITATIONEN

DATUM		ORT	KURS-NR.	SEMINARTITEL	WISSENSCHAFTLICHER LEITER	PREIS MITGLIED	PREIS NICHT-MGL
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

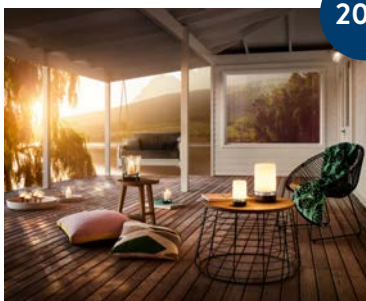
Datum		Ort	Seminartitel	Veranstalter	Preis Mitglied	Preis Nicht-Mitglied
2.10.2017	4.10.2017	München	22. Internationaler Schulterkurs	Intercongress GmbH		
5.10.2017	7.10.2017	Würzburg	Joint Symposium of the Collaborative Research Center 688 and the Comprehensive Heart Failure Center Würzburg	Conventus Congressmanagement & Marketing GmbH		
7.10.2017	7.10.2017	Mannheim	EDZ-Proktologie-Kurs Hämorrhoidalleiden	End- und Dickdarm Zentrum Mannheim	200,00	200,00
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
13.10.2017	13.10.2017	Köln	KV-Honorarbescheide: Richtig lesen und verstehen!	Frielingsdorf Consult GmbH	390,00	490,00
14.10.2017	16.10.2017	Wendisch Rietz	Crurale Chirurgie (GCC)	Medizinisches Kompetenzzentrum c/o HCx Consulting GmbH	850,00	850,00
14.10.2017	15.10.2017	Wendisch Rietz	Aufbauseminar intensivmedizinische Fachpflege (AFI)	Medizinisches Kompetenzzentrum c/o HCx Consulting GmbH	540,00	540,00
24.10.2017	27.10.2017	Berlin	DKOU 2017 - Deutscher Kongress für Orthopädie und Unfallchirurgie	Intercongress GmbH		
3.11.2017	3.11.2017	Zürich	Schulthess Fortbildungskurs Handchirurgie: Arthrose des Daumens / Osteoarthritis of the thumb	Intercongress GmbH		
3.11.2017	4.11.2017	München	ESSKA-ESMA - 1st Open Meeting	Intercongress GmbH		
4.11.2017	4.11.2017	Köthen (Anhalt)	Orthopädisch-Traumatologisches Update 2017	Eine Veranstaltung unter dem Patronat des Interessenverbandes der Unfallchirurgen Sachsen-Anhalts e. V.		
9.11.2017	11.11.2017	Berlin	DGOOC Kurs 2017 - Tumororthopädie	Intercongress GmbH		
9.11.2017	10.11.2017	Frankfurt am Main	Kongress: Qualitäts- und Sicherheitsinitiative / Endoprothetik 2017	Arbeitsgemeinschaft Endoprothetik GmbH		
10.11.2017	11.11.2017	Berlin	23. Fortbildungsseminar Handchirurgie der DGH	Intercongress GmbH		
12.11.2017	13.11.2017	Wendisch Rietz	Dialyseshuntchirurgie (GDC)	Medizinisches Kompetenzzentrum c/o HCx Consulting GmbH	875,00	875,00
16.11.2017	18.11.2017	Wendisch Rietz	Grundlagen der Intensivmedizin (GIN)	Medizinisches Kompetenzzentrum c/o HCx Consulting GmbH	1.250,00	1.250,00
17.11.2017	17.11.2017	Köln	Konfliktmanagement mit Aikido: Patientengespräche in Arztpraxis/MVZ	Frielingsdorf Consult GmbH	390,00	490,00
30.11.2017	2.12.2017	Stuttgart	12. Jahrestagung der Deutschen Wirbelsäulengesellschaft	Conventus Congressmanagement & Marketing GmbH		
1.12.2017	2.12.2017	Hamburg	19. AE-Kongress - Endoprothetik zwischen Mechanik und Biologie	Arbeitsgemeinschaft Endoprothetik GmbH		
2.12.2017		Stuttgart	16. Symposium der Sportklinik Stuttgart / Sporttraumatologie In Praxis und Klinik	Sportklinik Stuttgart		

LIFESTYLE- ANGEBOTE

im Oktober 2017

%

20 %



BLOMUS: 20 % RABATT FÜR BDC-MITGLIEDER

20 %



FREIXENET: < 20 % RABATT FÜR BDC-MITGLIEDER

10 %



LUCKY BIKE: 10 % RABATT FÜR BDC-MITGLIEDER

20 %



NAPSTER: 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. 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.

PANORAMA

Mut zur Chirurgie

Mut zur chirurgie

Auch an Schulen

**JULIA WEILBACH**

Presse- & Öffentlichkeitsarbeit im
BDC

Luisenstraße 58/59, 10117 Berlin
weilbach@bdc.de

Schon lange begeistert der BDC Medizinstudierende für die Chirurgie. Aber warum den Nachwuchs nicht schon früher ansprechen? Diese Frage stellte sich BDC-Vizepräsident Jörg-Andreas Rüggeberg auch und entschied kurzerhand, einen Testlauf der BDC-Nachwuchskampagne mit Schülern der zehnten Klassen am Gymnasium Ottersberg zu organisieren. Schweineherzen nähen, Knoten üben und Wettkämpfe am Pelvitainer sind schließlich ein guter Türöffner, um Schülern das „Berufsziel Aufschneider“ nahezubringen.

Echte Einblicke in die Chirurgie

Es waren nicht die Gehaltstabellen, die alle Schüler aufhorchen ließen – die Spezialfälle, von denen Rüggeberg aus vielen Jahren als praktizierender Chirurg erzählte, sorgten für Aufmerksamkeit bei den Jugendlichen. OPS an Neugeborenen, die vielen Spezialisierungsmöglichkeiten innerhalb der Chirurgie und die technische Entwicklung im OP gaben ganz neue Einblicke in das Fachgebiet. Trotz vermeintlichen chirurgischen Wissens, das man sich bei „Emergency Room“ und „Grey's Anatomy“ so aneignen kann, bekommt man aus erster Hand doch authentischere

Eindrücke geliefert – wahrscheinlich näher an der Realität. Daher waren beide Workshops am Gymnasium Ottersberg von den Zehntklässlern sehr gut besucht. Wann bekommt man schließlich die Möglichkeit, Schweinehaut mit professioneller Chirurgenausrüstung und -anleitung zu nähen?

Früh motivieren zahlt sich aus

Neugierde für den Beruf zu wecken ist sicher nicht das schwerste – wenn es da nicht auch die Hürde Numerus Clausus geben würde. Eine Schülerin erzählt während sie im Pelvitainer nach Gummibärchen fischt, dass sie sehr gern Medizin studieren würde – auch die Chirurgie käme für sie als Fachgebiet infrage – aber ihr Notenschnitt sei wahrscheinlich nicht ausreichend, um direkt einen Platz zu bekommen. Im November wird der NC zum Studium der Humanmedizin zwar vor dem Verfassungsgericht geprüft, aber es wird wahrscheinlich nichts daran ändern, dass zu wenige Studienplätze für zu viele Bewerber vorhanden sind. „In dem Alter kann man vielleicht den einen oder anderen Schüler noch motivieren, den Notendurchschnitt im Abi zu verbessern, um ins Medizinstudium

INFO



Wenn Sie auch einen Workshop an einer Schule in Ihrer Nähe veranstalten wollen, melden Sie sich gern in der BDC-Geschäftsstelle oder direkt bei Herrn Dr. Rüggeberg (dr.rueggeberg@t-online.de). Wir freuen uns über Ihr Interesse und unterstützen Sie gern dabei!

Weilbach J. Mut zur Chirurgie – Auch an Schulen.
Passion Chirurgie. 2017 Oktober, 7(10): Artikel
08_01.



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

zu kommen“, antwortet Rüggeberg auf die Frage, warum man schon in der Schule für die Chirurgie Werbung machen sollte. Er wünscht sich, dass mehr Chirurgen und Chirurgen sich die Zeit nehmen und an Schulen in ihrer Nähe solche Workshops ins Leben rufen würden.

Weniger Aufwand als gedacht

Etwas Aufwand gehört schon dazu. Abgesehen von der Zeit, müssen auch Nahtmaterialien, Pelvitainer und Präparate für solche Veranstaltungen vorbereitet werden. Aber der Aufwand lohnt sich: „An beiden Tagen habe ich mit Schülern gesprochen, die sich nach dem Workshop vorstellen konnten,

Chirurg bzw. Chirurgen zu werden“, erzählt Rüggeberg. Schon allein dafür habe es sich allemal gelohnt. „Ich habe mir im Vorfeld auch viel zu viele Stationen überlegt – zum Gipsen sind wir zum Beispiel gar nicht gekommen. Knotenübungen mit Videos aus der DGCH-Mediathek, Nähen an den Präparaten und die Simulation vom Endoskopieren reichen vollkommen aus. Denn ich war erstaunt wie konzentriert und vor allem wie geduldig die Schülerinnen und Schüler an den Stationen gearbeitet haben. Das hat mir vor

allem gezeigt, dass man nicht zu früh anfangen kann, die Chirurgeninnen und Chirurgen von morgen zu gewinnen“, fasst der BDC-Vizepräsident zusammen. ○





Chirurgie-Suche

Berufsverband der
Deutschen Chirurgen e.V.

Finden statt suchen!

3 Monate
Premium-Paket
kostenlos testen

Ihre Klinik und Praxis auf Chirurgie-Suche.de

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