

PASSION

CHIRURGIE

PANORAMA

**CHIRURGIE ZUM MITMACHEN:
VON DER TEILNEHMERIN
ZUR CHIRURGIN**

im Fokus

**HERZUNTERSTÜTZUNGS-
SYSTEME**

12 | 2017

MITGLIEDERZEITSCHRIFT:
DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR CHIRURGIE
BERUFSVERBAND DER DEUTSCHEN CHIRURGEN



Ausgezeichnete Leistungen für Ihr Vermögen.

Unsere Vermögensverwaltung.

**NEU: ab
50.000 Euro*.**

Mehr unter [apobank.de/
vermoegen-smart](http://apobank.de/vermoegen-smart)

Weil uns mehr verbindet.



deutsche apotheker-
und ärztebank



*Wir informieren Sie gern über dieses neue Produkt!

**60
CME-
Punkte!**

Hygiene- beauftragter Arzt (HBA)

[illegible]

Der BDC und meduplus haben gemeinsam mit renommierten Krankenhaushygienikern ein kompaktes Angebot zur zertifizierten Qualifikation „Hygienebeauftragter Arzt“ entwickelt.

- Zertifizierter Kurs
- Anerkannte strukturierte curriculare Fortbildung gemäß Mustercurriculum der Bundesärztekammer
- 21 Online-Lernmodule
- Nur 2 Tage Präsenzveranstaltung am Wochenende
- Teilnahmezertifikat
- 2 Jahre Learning Community - Ärzte

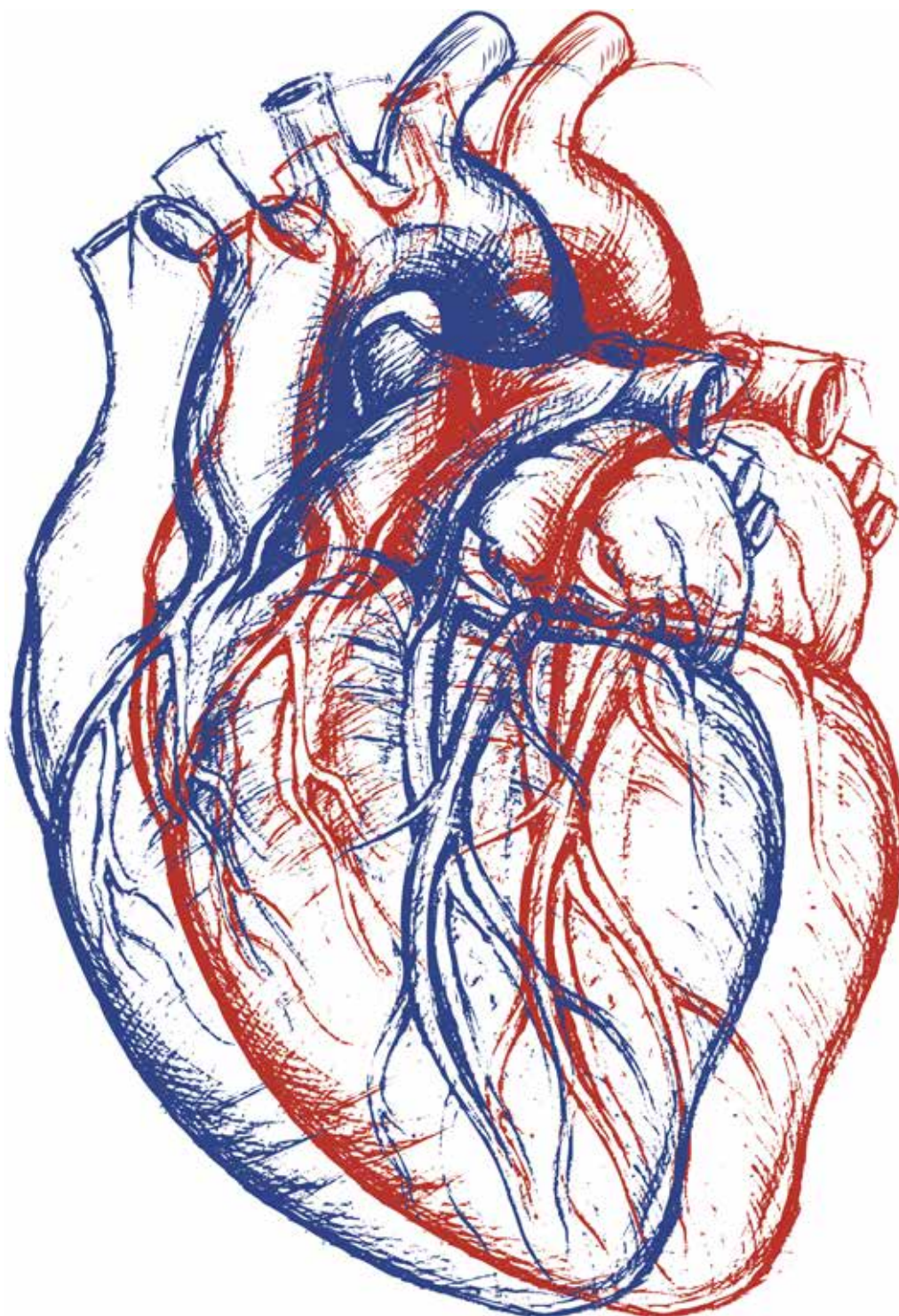
Abschlusscolloquium			
Wissenschaftlicher Leiter	Ort	Termin	Kurs-Nr.
Prof. Dr. Axel Kramer	Berlin	23. - 24.03.18	24706
Prof. Dr. Axel Kramer	Berlin	04. - 05.05.18	24707
Prof. Dr. Axel Kramer	Berlin	19. - 20.10.18	24708
Abschlusscolloquium speziell für Gastroenterologen			
Prof. Dr. Axel Kramer	Dortmund	23. - 24.02.18	24711



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



Herzensangelegenheit Herzchirurgie



© iStock/j3UG3th



PD Dr. Wolfgang Harringer

Chefarzt, Klinik für Herz-, Thorax- und Gefäßchirurgie
Präsident der Deutschen Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie
Klinikum Braunschweig
Salzdahlumer Straße 90
38126 Braunschweig
praesident@dgthg.de

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

in diesem Themenheft wollen wir Ihnen einen Einblick in die Historie und die aktuellen Entwicklungen in der Herzchirurgie geben. Die zunehmende Technisierung in der Chirurgie der 50iger Jahre, die in der Verwendung der Herz-Lungenmaschine für operative Eingriffe am Herzen gipfelte, führte zu einer Übernahme der technischen Neuerungen durch „junge Wilde“ in Deutschland mit zunehmender Separierung der Disziplin vom Mutterschiff Chirurgie. 1971 erfolgte die Gründung des ersten Lehrstuhls für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie an der Universität Göttingen, sowie die Gründung einer eigenen wissenschaftlichen Fachgesellschaft. Die folgenden Jahre waren durch eine kontinuierliche Zunahme von herzchirurgischen Eingriffen gekennzeichnet, um den Bedarf der operativen Therapie von Herz-/Kreislauferkrankungen abzudecken.

Aktuell sieht sich die Herzchirurgie einer Fülle neuer Herausforderungen gegenübergestellt:

- Der Wandel der Therapie von offener Chirurgie zu katheterbasierten, endovaskulären Eingriffen, vor allem im Bereich der Herzklappeninterventionen, zwingt zu intensiver interdisziplinärer Kommunikation, neuen Weiterbildungserfordernissen und neuen Organisationsformen innerhalb der Kliniken mit Integration der neuen Techniken in das chirurgische Spektrum. Ein Schritt, der in der Gefäßchirurgie längst erfolgreich vollzogen wurde und zu hoher Indikationsqualität und daraus resultierend zu optimierter Patientensicherheit führt.
- Zunehmende weitere Spezialisierungen innerhalb der Herzchirurgie,

Restriktionen durch das Arbeitszeitgesetz, ökonomische Zwänge und die bekannte Nachwuchsproblematik werden notwendigerweise zu einer weiteren Zentralisierung des regionalen Therapieangebotes führen müssen.

- Auch in der Herzmedizin werden Teamstrukturen, analog den Tumorboards in der Onkologie, für Therapieentscheidungen erforderlich. Der Patient erwartet zu Recht eine individualisierte Therapieempfehlung, die eine strukturierte Diskussion aller Therapieoptionen erfordert. Diese Entwicklung hat auch Eingang in die aktuellen Leitlinien, die teambasierte Entscheidungen bei der koronaren Herzerkrankung und bei Herzklappenerkrankungen klar empfehlen.
- Kritische Evaluation neuer Medizinprodukte und Therapiestrategien mit zeitnaher Integration in aktuelle Behandlungskonzepte werden weitere Herausforderungen der kommenden Jahre sein. Hier ist eine sektorenübergreifende Langzeitbetrachtung von Therapieverfahren geboten und stellt eine klare Herausforderung für die Versorgungsforschung dar.

Diese Punkte sind nur beispielhaft für die zukünftigen Entwicklungen in der Herzchirurgie genannt. Zahlreiche weitere Herausforderungen, denen sich die Chirurgie stellen muss, werden zu einer Veränderung der tradierten Therapieformen führen.

Es bleibt spannend!

Ihr

W. Harringer



Harringer W: Editorial: Herzensangelegenheit
Herzchirurgie. Passion Chirurgie. 2017 Dezember;
7(12): Artikel 01.



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

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-Andreas Rüggeberg (dr.rueggeberg@t-
online.de)
Dr. rer. pol. Ronny Dittmar (ronny.dittmar@bdc.de)
Karin Kammerer (Tel.: +49 (0) 30 28004-202 |
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/Lars Neumann, 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 e.V. enthalten und den
Mitgliedern vorbehalten.

EIGENTÜMER UND COPYRIGHT:

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

GERICHTSSTAND UND ERFÜLLUNGORT: BERLIN

BDC IM WEB 2.0:



INHALT

4 EDITORIAL

4 Herzensangelegenheit Herzchirurgie W. Harringer

8 SCHAUFENSTER

9 CHIRURGIE

9 Herzchirurgie – eine Erfolgsgeschichte
W. Harringer, I. Breitenbach

15

im Fokus HERZUNTERSTÜTZUNGSSYSTEME IN DER HERZCHIRURGIE

J.D. Schmitt, A. Haverich

18 Kathetergestützte Klappentherapie
M. Arsalan, T. Walther

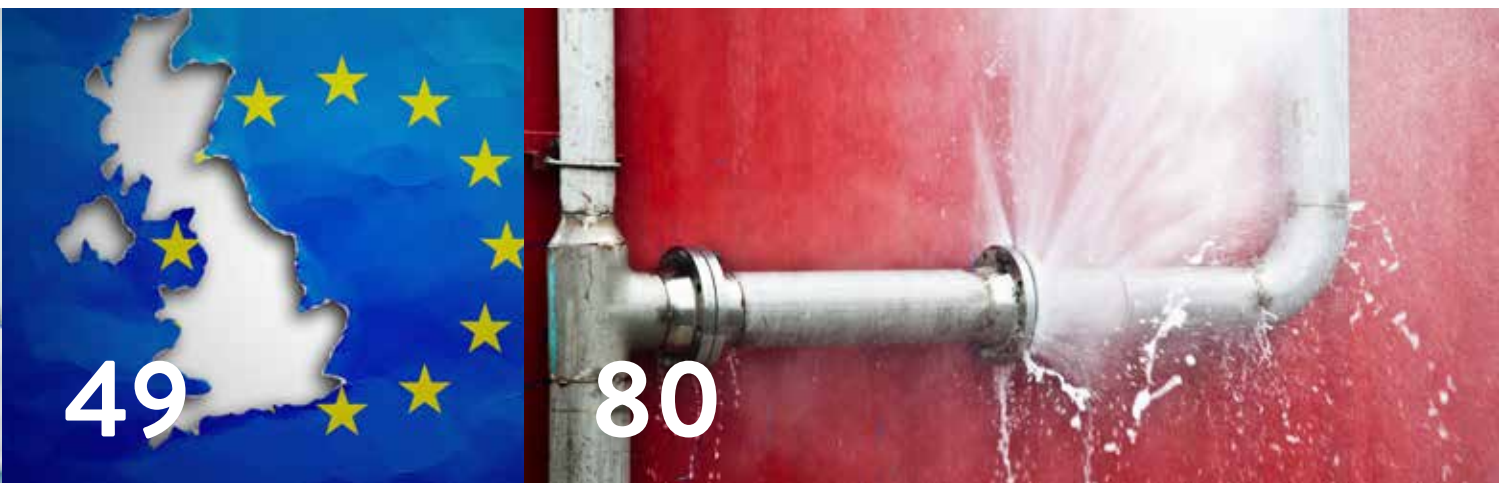
24 CHIRURGIE⁺

24 Das Jahresprogramm 2018 der BDC|Akademie
W. Schröder

27 „Staatsexamen & Karriere“:
Prüfungsvorbereitung in Berlin J. Weibach

30 Safety Clip: Lernen aus Fehlern und
Schadenereignissen S. Kraft

34 Hygiene-Tipp: Hygienepersonal fehlt noch in vielen
Krankenhäusern W. Popp, K.-D. Zastrow



- 37 DRG-Kodierung 2018: Chirurgisch relevante Änderungen bei ICD-10-GM und OPS *R. Bartkowski*
- 45 Personalia
- 47 RECHT**
- 47 F&A: Kontrolle des PC-Browserverlaufs einer angestellten MFA *J. Heberer*

49 GESUNDHEITSPOLITIK

- 49 Mögliche Auswirkungen des Brexit im Berufsumfeld der Freien Berufe
- 52 Aktuelle Meldungen

53 INTERN

- 53 DGCH**
- 53 Einladung zur DGCH-Mitgliederversammlung *H.-J. Meyer*
- 55 Einladung zum 135. Jahreskongress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie *J. Fuchs*
- 58 Report on a Clinical Observership in Frankfurt/Main *L.-J. Chukwuemeka Anyanwu*
- 61 Bestimmung über die Verleihung des „Nachwuchsförderpreises der Sektion Chirurgische Forschung“ *B. Vollmar*
- 62 Rekrutierende multizentrische chirurgische Studien in Deutschland
- 67 Spendenaufruf und Bausteine Langenbeck-Virchow-Haus
- 70 DGCH-Präsidium ab 1. Oktober 2017

- 74 BDC**
- 74 Einladung zum Bundeskongress Chirurgie 2018 „Gemeinsam stark“ *C. Schüürmann, H.-J. Meyer, A. Neumann, M. Bartsch*
- 76 BDC|News
- 78 Update: BDC|Shop und BDC|Mobile-App *R. Dittmar*
- 80 Wegfall von Entschädigungsgrenzen *M. Nunne*
- 82 PASSION CHIRURGIE im Wandel der Zeit *R. Dittmar, J. Weilbach, K. Kammerer*
- 86 BDC|Landesverbände
- 88 BDC-Pressespiegel
- 89 Termine BDC|Akademie
- 93 Veranstaltungshinweise

97 PANORAMA

- 97 Chirurgie zum Mitmachen: Von der Teilnehmerin zur Chirurgen *F. Renger*
- 100 BDC-Kommentar zum Artikel „Generation Y – Nein Danke“ *M. Krüger*

103.128

HERZ- CHIRURGIE *in* ZAHLEN

37,1

930

Die Deutsche Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie (DGTHG), hat die diesjährigen herzchirurgischen Leistungszahlen, kategorisiert nach Eingriffen und Überlebensraten, für das Jahr 2016 veröffentlicht. Danach ist die Gesamtzahl der Operationen in den 78 Fachabteilungen für Herzchirurgie in Deutschland vom Jahr 2015 auf 2016 um 0,8 Prozent gesunken und liegt bei **103.128** (2015:103.967).

Trotz der jährlichen Zunahme älterer Patienten in den herzchirurgischen Fachabteilungen – **37,1 Prozent** waren im vergangenen Jahr 70-79 Jahre alt und 15,7 Prozent 80 Jahre und älter – und dem damit häufigeren Vorhandensein von Begleiterkrankungen, blieben die Krankenhaus-Überlebensraten in den einzelnen Eingriffskategorien durchweg stabil. (Quelle: DGTHG)

Zählt man die Herzschrittmacher- und Defibrillator-Eingriffe sowie die Operationen der herznahen Hauptschlagader ohne Einsatz der Herz-Lungen-Maschine zu herzchirurgischen Eingriffen dazu, summiert sich die Anzahl auf 130.345 (Eingriffe im Jahr 2015: 128.175), die die rund **930 in Deutschland tätigen Herzchirurgen** vorgenommen haben. (Quelle: DGTHG)



© iStock/tclly

Herzchirurgie – eine Erfolgsgeschichte

In gerade einmal 120 Jahren entwickelte sich die Herzchirurgie von ersten Therapieversuchen zu einer weltweiten Spezialdisziplin der Chirurgie. Dieses stellt eine unvergleichliche Erfolgsgeschichte dar. Nichts ist mehr zu spüren von den initialen Startschwierigkeiten, ausgelöst durch Skeptiker wie Billroth und Paget. Durchgesetzt haben sich die Außenseiter ihrer Zeit, wie Rehn und Forßmann, die nachträglich Weltruhm erlangten.

Der Beginn der Herzchirurgie wird auf den 09. September 1896 datiert. An diesem Tag entschied sich Ludwig Rehn, Chirurg am Städtischen Klinikum Frankfurt/Main, eine Stichverletzung am Herzen zu nähen und der

Patient überlebte den Eingriff. Vorangegangen waren die Warnungen der einflussreichen Chirurgen Theodor Billroth 1882: „*Eine Operation, die nach meiner Auffassung erreicht, was einige Chirurgen Prostitution der chirurgischen Kunst, andere eine chirurgische Frivolität nennen [...] Ein Chirurg, der versuchte, eine Wunde des Herzens zu nähen, verlöre die Achtung seiner Kollegen [...]*“ und Sir Stephen Pagets 1894: „Das Herz von allen Eingeweiden stellt die Grenze dar, die die Natur selbst aller Chirurgie gesetzt hat. Keine neue Methode und keine neue Technik wird die technischen Hindernisse überwinden, die sich bei einer Wunde des Herzens stellen.“



PD Dr. Wolfgang Harringer

Chefarzt, Klinik für Herz-, Thorax- und Gefäßchirurgie
Präsident der Deutschen Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie
Klinikum Braunschweig
Salzdahlumer Straße 90
38126 Braunschweig
praesident@dgthg.de



Dr. med. Ingo Breitenbach

Oberarzt
Klinik für Herz-, Thorax- und Gefäßchirurgie
Klinikum Braunschweig

Breitenbach I, Harringer W: Herzchirurgie – eine Erfolgsgeschichte. *Passion Chirurgie*. 2017 Dezember, 7(12): Artikel 03_01.



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

Zu den Bedenken innerhalb der Chirurgie kamen aber auch die religiöse Scheu vor Eingriffen an diesem Organ und die Vorstellung, dass jeder Stich am Herzen zur sofortigen Lähmung desselben führe.

Ausgelöst durch den Pioniergeist Rehns erfolgten weitere kleinere Eingriffe, die in komplexeren Operationen am schlagenden Herzen wie z. B. der Behandlung der Aortenisthmusstenose 1944 durch C. Crafoord gipfelten.

Ein Meilenstein stellt die Entwicklung der Oberflächenhypothermie 1950 durch G. Bigelow und die Entwicklung der extrakorporalen Zirkulation 1953 durch J. H. Gibbon dar. Die Kombination dieser Verfahren machte es möglich am stillstehenden Herzen kontrolliert zu operieren. Unter Verwendung dieser Techniken erfolgten 1960 der erste Aortenklappenersatz durch D. Harken und der erste Mitralklappenersatz durch A. Starr.

Die Koronarchirurgie trat erst 1967 mit der direkten Revaskularisation ihren Siegeszug an. Zugeschrieben wurde diese Entwicklung R. Favaloro. Im Dezember 1967 gelang C. Barnard schließlich die erste Herztransplantation, nach intensiven Vorarbeiten der Arbeitsgruppe um N. Shumway aus Stanford, wobei der Patient aufgrund einer Abstoßungsreaktion nur 18 Tage überlebte.

Diese frühen Jahre der Herzchirurgie waren geprägt durch die Entwicklung von Standardtherapien für unterschiedliche kardiale Erkrankungen. In den folgenden Dekaden wurden diese perfektioniert, sodass diese heute sehr risikoarm und effizient durchgeführt werden können.

Heute müssen die Therapieoptionen noch mehr auf den individuellen Patienten zugeschnitten werden. Notwendig wird dies durch eine Zunahme des Altersdurchschnittes der Patienten sowie dessen Komorbiditäten. Der Planung der Operation kommt hierbei eine herausragende Rolle zu. Hierzu gehört die Erfassung des Einzelrisikos und der Bemessung des individuellen Risikos der verschiedenen Therapieoptionen. Inwieweit eine bestimmte Therapie angewendet werden kann, wird mit modernster Bildgebung, wie hochauflösendem CT und dreidimensionaler Echokardiographie, evaluiert. Die Befunde werden im sogenannten Heart Team diskutiert. Dieses steht im Zentrum

der personellen Anforderungen. Es besteht aus Herzchirurgen, interventionellen Kardiologen, Echokardiographie-Spezialisten und Anästhesisten. Dieses interdisziplinäre Team beurteilt präoperativ den Patienten und die Befunde und legt im Team ein individuelles Behandlungskonzept fest. Diese immer engere Verzahnung der Fachdisziplinen bestimmt maßgeblich die Qualität der Patientenversorgung.

Beschleunigt wurden die interdisziplinäre Kooperation und die Entwicklung des Heart Teams durch die Transkatheter Aortenklappenimplantation (TAVI).

Im Bereich der Aortenklappenchirurgie galt über Jahrzehnte der chirurgische Aortenklappenersatz durch eine biologische oder mechanische Prothese als einzige kausale Therapieoption der hochgradigen Aortenklappenstenose. Initial erfolgte die Operation über eine komplette Sternotomie unter Verwendung der Herz-Lungen-Maschine. Durch Optimierung der chirurgischen Techniken und des Designs der Herzklappenprothesen werden heutzutage die meisten Operationen in minimalinvasiver Technik über eine partielle Sternotomie oder eine Minithorakotomie durchgeführt. Das führt zu einem exzellenten kosmetischen Ergebnis und zu einer schnelleren Rekonvaleszenz. Optimierte wird die minimalinvasive Technik durch die Fortschritte im Bereich des Prothesendesigns und Materials. Die Aortenklappenimplantation erfolgte heute oftmals durch sogenannte „nahtlose“ Herzklappen, die durch einen speziellen Verankerungsmechanismus im Aortenannulus fixiert werden. Somit entfällt ein zeitintensives Einnähen der Herzklappe. Die Verwendung dieser Prothesentypen trägt durch eine Verkürzung der Implantationszeiten ebenfalls zu einer Optimierung des Patientenoutcomes bei, die Langzeiterfahrungen sind aber noch limitiert.

Aufgrund dieser stetigen Weiterentwicklungen gilt der chirurgische Aortenklappenersatz auch heute noch als Goldstandard, der mit exzellenter Qualität und niedriger Mortalität in den herzchirurgischen Zentren durchgeführt wird.

Mit der ersten erfolgreichen Implantation einer Transkatheter Aortenklappe (TAVI) durch Alain Cribier im Jahre 2002 erfolgte eine rasante Weiterentwicklung dieser Technik.

Für Patienten mit einem hohen und einem mittleren chirurgischen Risiko oder fortgeschrittenem Alter hat sie sich heute als Standardtherapie etabliert. Ob sich die Indikation für die TAVI weiter ausweiten lässt, ist heute noch nicht sicher zu beantworten, da die TAVI im Vergleich zum konventionellen Aortenklappenersatz zu einer höheren Rate an Herzschrittmacherimplantationen führt und das Auftreten von paravalvulären Leckagen begünstigt. Da beide Parameter die Langzeitmortalität und die Haltbarkeit der Prothese beeinflussen können, ist eine unkritische Ausweitung der TAVI-Indikationen bedenklich. Hier ist, wie bei allen neuen Technologien und Implantaten, eine sorgfältige Evaluation und Datenakquise unter dem Aspekt der Patientensicherheit unerlässlich (**Abb. 1, Abb. 3**).

Auch die Therapieplanung weiterer valvulärer Herzerkrankungen wie z. B. die der Mitralklappen erfolgt bereits im Heart Team.

Bei Vorliegen einer hochgradigen Mitralklappeninsuffizienz stellt die chirurgische Therapie in minimalinvasiver Technik unter videoskopischer Unterstützung derzeit den Goldstandard dar. Hierbei stehen sämtliche Rekonstruktionstechniken wie z. B. die Annuloplastie oder der Sehnenfadenersatz zur Verfügung. Gerade die Kombination der verschiedenen Rekonstruktionstechniken führt zu einem exzellenten chirurgischen Behandlungsergebnis über einen langen Zeitraum.

Für inoperable oder Hochrisiko-Patienten mit speziellen Mitralklappenpathologien stehen kathetergestützte Therapieoptionen wie z. B. die MitraClip®- oder die Cardioband®-Implantation zur Verfügung. Weiterhin befinden sich aktuell mehrere Transkatheter-Mitralklappenprothesen in der klinischen Erprobung. Der Schlüssel zum Erfolg liegt auch hier im interdisziplinären Heart Team, um dem Patienten aus sämtlichen

Therapieoptionen, die für ihn optimale Versorgung mit exzellenter Qualität anbieten zu können (**Abb. 4**).

Die neuen Transkathetertechniken erfolgen idealerweise in einem Hybrid-OP, in dem Operationssaal und modernste Bildgebung eine Einheit bilden, optimale hygienische Bedingungen vorliegen und der sofortige Wechsel zur offenen chirurgischen Therapie beim Auftreten von Komplikationen möglich ist (**Abb. 2**).

Neben der Behandlung der valvulären Herzerkrankung stellt die Behandlung der komplexen koronaren Mehrgefäßerkrankung mittels koronarer Bypassanlage seit mehr als 50 Jahren eine der Standardtherapie der Herzchirurgie dar. Auch die großen neuen Multicenterstudien belegen eine deutliche Überlegenheit gegenüber den interventionellen Verfahren wie PTCA und Stentimplantationen. Ausgelöst durch die vermehrte Implantation von „Drug eluting“-Stents erfuhr die isolierte Bypasschirurgie bundesweit einen deutlichen Rückgang. Im Zuge dieses Wettbewerbes kam es zu einer enormen Weiterentwicklung der Bypasschirurgie. Wurden initial lediglich Venensegmente aus der V. saphena magna als Bypassmaterial verwendet so sind es heute in der Mehrzahl der Fälle beide Brustwandarterien (Aa. mammae internae) und die A. radialis. Dies führt zu einer optimalen langlebigen Versorgung der betroffenen Koronargefäße, erfordert jedoch eine größere technische Präzision. Weiterentwicklungen der Herz-Lungen-Maschine führten durch eine deutliche Reduktion der Fremdkörperoberfläche zu einem verbesserten Patientenoutcome aufgrund der damit verbundenen Abnahme des

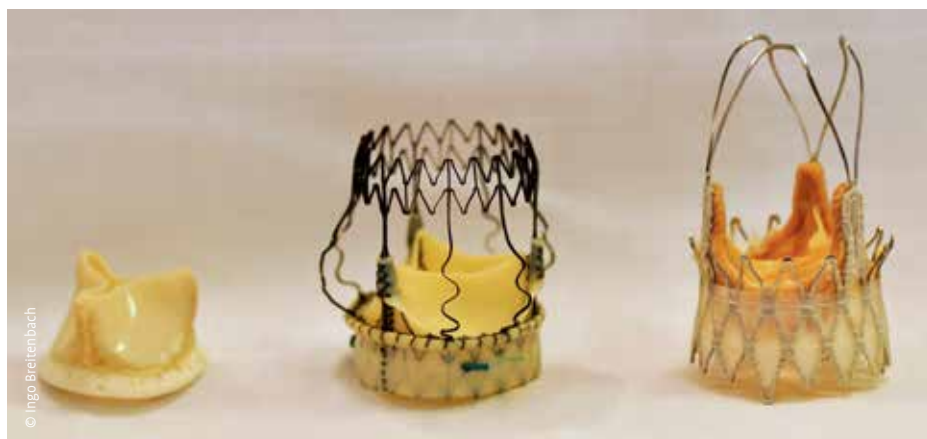


Abb. 1: Verschiedene biologische Aortenklappenprothesen, von links nach rechts: konventionelle biologische Aortenklappen, nahtlose Aortenklappe, Transkatheterklappe



Abb. 2: Operation im Hybrid-OP

zellulären Mikrotraumas und der Reduktion von Bluttransfusionen.

Patienten mit starken Verkalkungen der Aorta (sogenannte Porzellanaorta) sowie mit chronischer Niereninsuffizienz profitieren von der Bypassanlage am schlagenden Herzen ohne Verwendung der Herz-Lungen-Maschine (sogenannte OPCAB = "Off pump coronary artery bypass"-Verfahren). Komplexe Läsionen des RIVA können auch durch die Anlage eines singulären Bypasses aus der linken A. mammaria auf den RIVA über eine linksseitige anteriore Minithorakotomie am schlagenden Herzen erfolgen. Auch hier ist die genaue Evaluation und Indikationsstellung im Heart

Team von entscheidender Bedeutung, wird hier aber noch unzureichend umgesetzt. Somit wird deutlich, dass es für jeden Patienten mit einer koronaren Herzerkrankung ein individuell an seine Bedürfnisse angepasstes Therapiekonzept vorhanden ist (**Abb. 5**).

Besondere Bedeutung erfuhr in der letzten Dekade aufgrund der steigenden Lebenserwartung die herzchirurgische Therapie der terminalen Herzinsuffizienz. Nach Ausschöpfung aller Therapieoptionen stellt die Herztransplantation den Goldstandard dieser Erkrankung dar. Diese kann jedoch nach dem Organspendeskandal, welcher zu einem enormen Rückgang der Spenderorgane führte, lediglich weniger als 300 Patienten im Jahr angeboten werden. Für den überwiegenden

Teil der Patienten stellt die Implantation eines mechanischen Herzunterstützungssystems die einzige Therapieoption dar. Initial verfügbare Systeme waren aufgrund der Größe und des pneumatisch Antriebes nur extrakorporal anwendbar. Die heute verfügbaren Systeme sind technisch so ausgereift, dass sie bis auf die „Driveline“ (Steuerungskabel und Energieübertragung) komplett intrathorakal implantiert werden können. Somit ist eine Fortführung eines Lebens in der häuslichen Umgebung mit leichten Einschränkungen der Lebensqualität in den meisten Fällen gut realisierbar. Komplikationen im weiteren Verlauf wie Infektionen, Embolien und Blutungen aufgrund der aggressiven Blutverdünnung stellen noch Limitationen dar, werden jedoch mit der zunehmenden technischen Perfektion geringer. Jährlich werden 900 bis 1.000 Implantationen dieser Systeme in Deutschland durchgeführt, oft als Dauerlösung bei schwerer Herzinsuffizienz.

Die Qualität wird auch hier nur durch ein hochspezialisiertes Team erreicht. Neue Berufsgruppen wie speziell ausgebildete VAD Koordinatoren bilden hierbei das unabdingbare Bindeglied zwischen Hausärzten, Patienten, und Klinik. Nur durch diese kontinuierliche Spezialisierung, die sich auf alle Bereiche der Herzchirurgie übertragen lässt, ist eine stetige Innovation möglich. Kliniken sehen sich diesem Innovationsdruck täglich ausgesetzt, um die Wettbewerbsfähigkeit zu erhalten, sind aber auf der anderen Seite mit einem DRG System konfrontiert, in dem Innovationen nur unzureichend oder verspätet abgebildet werden. ○

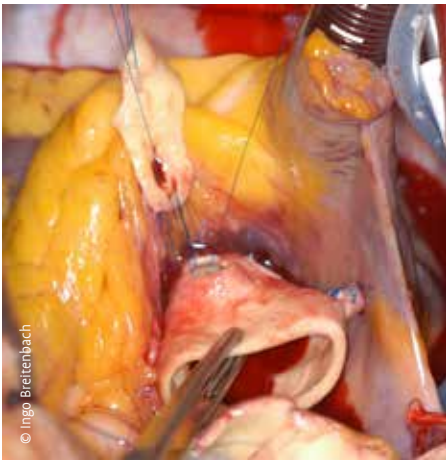


Abb. 3: Aortenwurzelersatz durch ein biologisches Conduit (Schwein) mit Reimplantation der rechten Koronararterie



Abb. 5: Distale Bypassanastomose (A. mammaria)

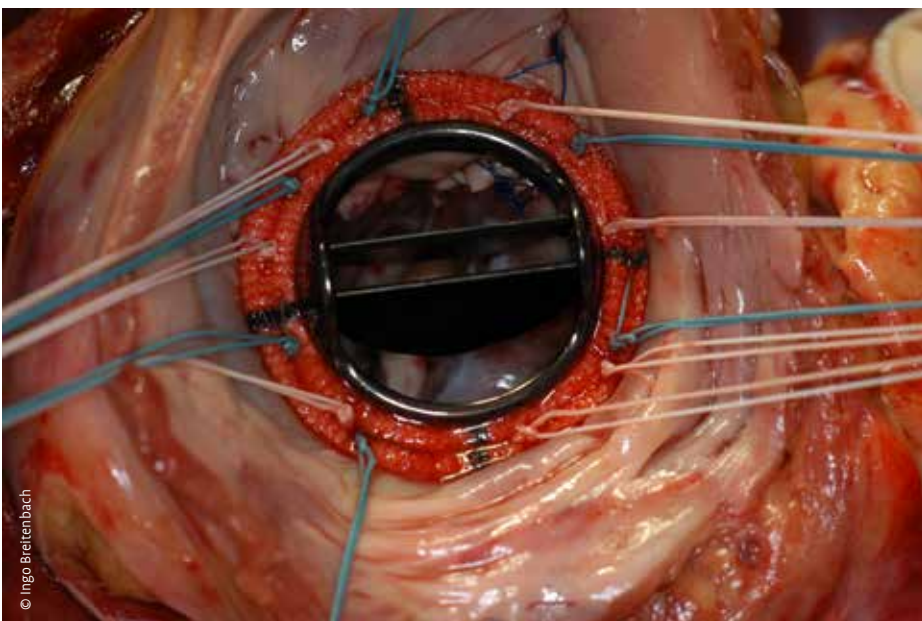


Abb. 4: Implantierte mechanische Herzklappenprothese (Mitralposition) bei Endokarditis

RICHTUNGSWEISEND BEI DER BEHANDLUNG DER STAMMVENEN-INSUFFIZIENZ

medtronicendovenous.com

Kontakt und Informationen unter: endovenous.de@medtronic.com



VenaSeal™
Closure System



Animationsvideo unter:
youtu.be/Q7aTbjwqufQ

ClosureFast™
Endovenöses
Radiofrequenz
Ablations-System



Animationsvideo unter:
youtu.be/2f7T2MDqWB8



Sehen Sie hier
einen unabhängigen
Patientenbericht
vom SWR:
bit.ly/2wlmFXm

Medtronic GmbH
Earl-Bakken-Platz 1
40670 Meerbusch
medtronic.de

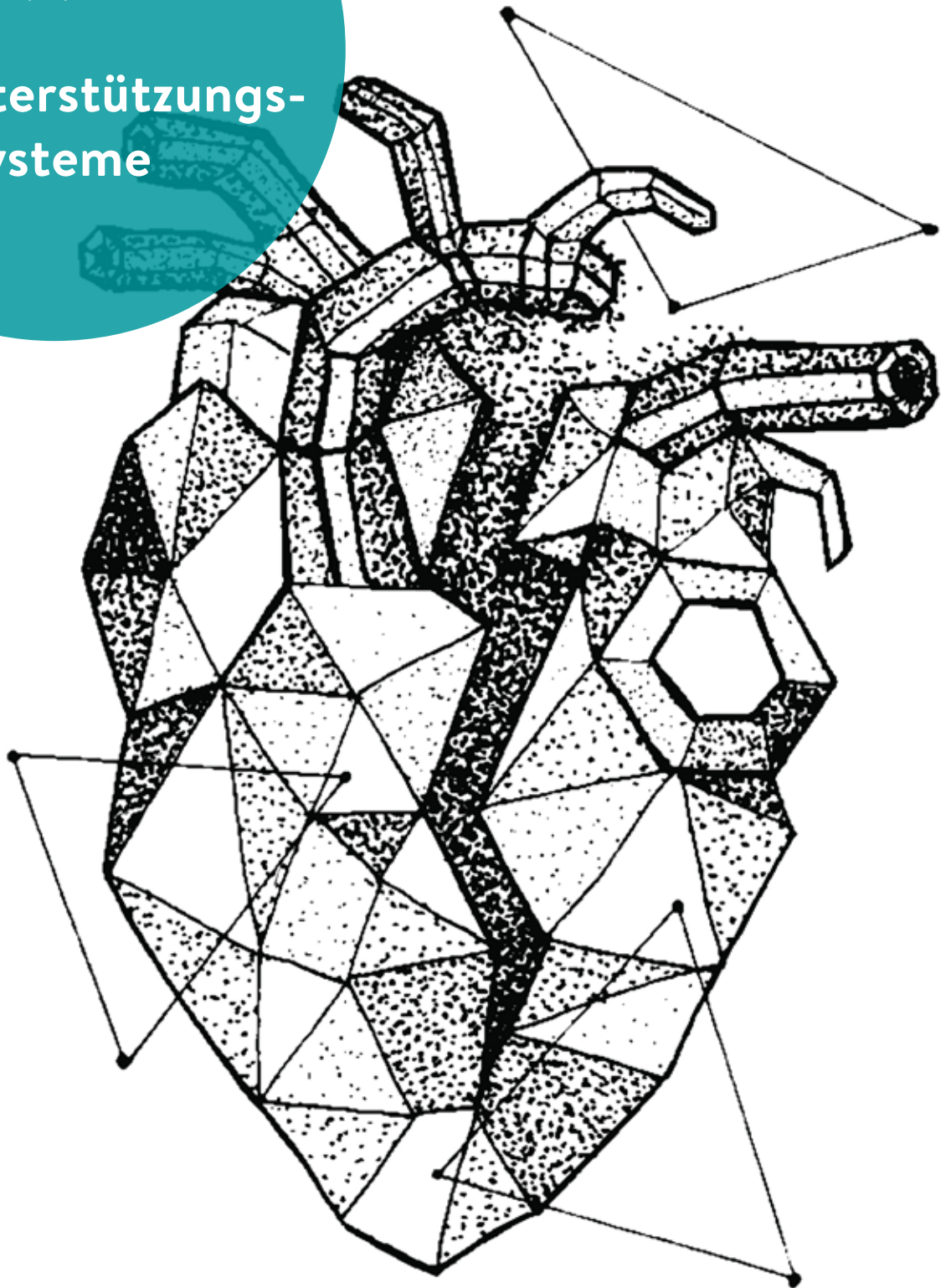
© 2017 Medtronic.
Alle Rechte vorbehalten.

Medtronic
Further. Together

IM FOKUS

”

Herzunterstützungs- systeme





Korrespondierender Autor:
Prof. Dr. med. Jan D. Schmitto,
 MBA, FCCP, FRCS (Glasg.), FACS
 Leiter des Bereiches
 Herzunterstützungssysteme und
 Herztransplantation
 Klinik für Herz-, Thorax-,
 Transplantations- und Gefäßchirurgie
 Medizinische Hochschule Hannover /
 OE 6210
 Carl-Neuberg-Str. 1
 30625 Hannover
 Schmitto.Jan@mh-hannover.de



Prof. Dr. med. Dr. h.c. Axel
Haverich
 Klinik für Herz-, Thorax-,
 Transplantations- und Gefäßchirurgie
 Medizinische Hochschule Hannover

Schmitto JD, Haverich A:
 Herzunterstützungssysteme in der
 Herzchirurgie. *Passion Chirurgie*. 2017
 Dezember, 7(12): Artikel 03_02.



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

Herzunterstützungssysteme in der Herzchirurgie

Sollten zu diesem interessanten Gebiet der Herzunterstützungssysteme Fragen aufgekomen sein, können Sie sich gerne an Herrn **Prof. Dr. med. Jan D. Schmitto**, MHH, Klinik für Herz-Chirurgie, Bereich Herzunterstützungssysteme und Herztransplantation) wenden:

Tel.: 0511/532-3373, Fax: 0511/532-18581, Email: Schmitto.Jan@mh-hannover.de

ÜBERSICHT UND AUSBLICK IN DIE ZUKUNFT INKLUSIVE MINIMALINVASIVER IMPLANTATIONS-TECHNIKEN

Die Anzahl der Patienten mit schwerer Herzmuskelschwäche (chronische Herzinsuffizienz) ist in den vergangenen Jahren weltweit sehr stark angestiegen. Dies liegt zum einen am demographischen Wandel (es gibt immer mehr ältere Menschen) sowie an den verbesserten medizinischen Versorgungsmöglichkeiten. Die **Symptome** der Herzpatienten sind dabei weit gestreut und reichen von der Dyspnoe, über eine allgemeine körperliche Schwäche, einer vermehrten Müdigkeit oder Kurzatmigkeit (speziell unter Belastung), bis hin zum allgemeinen Leistungsabfall, Schwindel, „Sternchen sehen“, „Wasser in den Beinen“ sowie Brustschmerzen (Angina pectoris).

Die Behandlung dieser kranken Herzpatienten mit Medikamenten ist in den vergangenen Jahren deutlich verbessert worden, allerdings reichen Medikamente nicht immer aus, um den Herzpatienten ausreichend zu helfen. Das führt dazu, dass es immer mehr Menschen gibt, denen man mit herzchirurgischen Operationen helfen muss und diese auch mit sehr guten Ergebnissen durchführen kann. Um jedem Patienten die individuell bestmögliche Therapie zukommen zu lassen, ist eine gute Zusammenarbeit zwischen Kardiologen

und Herzchirurgen von größter Wichtigkeit. An der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH) ist eine solche exzellente interdisziplinäre Zusammenarbeit täglich gegeben und erfolgt zwischen den Kardiologen (Direktor: Prof. Dr. med. J. Bauersachs) und den Herzchirurgen (Direktor: Prof. Dr. med. Dr. A. Haverich) u. a. in täglichen gemeinsamen Visiten, konstruktiven Diskussionen in der interdisziplinären Herzinsuffizienzambulanz oder auf der von der DGK/DGTHG zertifizierten und gemeinsam geführten interdisziplinären **Heart Failure Unit** (HFU, Med. Leitung: Prof. Dr. T. Kempf; chirurg. Leitung: Prof. Dr. Jan D. Schmitto).

Sind alle konservativen Maßnahmen bei einer Herzinsuffizienz ausgeschöpft, bleibt letztendlich noch die Möglichkeit einer Herztransplantation. Eine solche Herztransplantation (HTX) gilt nach wie vor als der Goldstandard der Therapie der Herzinsuffizienz im Endstadium. Allerdings sind Herztransplantationen in Deutschland aufgrund des Organ-spendermangels quantitativ limitiert und jährlich nur ca. 300- bis 400mal durchführbar. Etwa doppelt so viele Patienten stehen auf der Warteliste für eine HTX. Die steigende Anzahl wartender Patienten sowie die hohe Sterblichkeitsrate von zur Transplantation gelisteten Patienten sind bei zunehmender Inzidenz der Herzinsuffizienz ungelöste Probleme.

Eine mögliche und in den vergangenen Jahren zunehmend realistisch gewordene

Lösung für dieses Problem stellen Herzunterstützungssysteme (sog. Kunstherzen, LVAD) dar [1-6]. Die künstlichen mechanischen Herz-Pumpen haben in den vergangenen Jahren gravierende Fortschritte erzielt und können mittlerweile mit sehr guten Ergebnissen sehr sicher implantiert werden [1]. Dies führt dazu, dass die Symptome der Patienten sowie deren Langzeit-Überlebenswahrscheinlichkeit deutlich gebessert werden. Studien konnten zudem zeigen, dass sowohl die Lebensqualität als auch die Gesamtprognose von Herz-Patienten im Endstadium mit Hilfe dieser Herzunterstützungssysteme deutlich gebessert werden können; sprich: Patienten mit Kunstherzen leben länger und besser als ohne.

Mit den Herzunterstützungssystemen kann zudem die Wartezeit auf eine Herztransplantation überbrückt werden. Aber auch älteren Herzpatienten, die bisher nicht für eine Transplantation in Frage kamen, kann man mit dieser Therapieform helfen. Außerdem besteht auch die Möglichkeit, dass sich das eigene Herz durch die Entlastung des Kunstherzens so weit erholt, dass das System wieder explantiert werden kann. Für Patienten bei denen eine Herztransplantation nicht möglich ist oder vom Patienten selbst nicht gewünscht wird, ist es eine Möglichkeit um auch längerfristig am Leben teilzunehmen. Außerdem ist nach einer Implantation Alltägliches wie z. B. Einkaufen, Spaziergehen, Fahrrad oder in den Urlaub fahren, bis hin zur

kompletten Berufstätigkeit oder sogar Skilaufen wieder möglich.

In der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH) werden Herzunterstützungssysteme schon seit vielen Jahren implantiert (**Abb. 1**). Die in dieser Zeit gesammelten Erfahrungen mit künstlichen Herzpumpen kommen den Patienten dabei zu Gute und führten in den vergangenen Jahren zu immer besseren Ergebnissen auf diesem Gebiet. Aber auch die Technik ist in den vergangenen Jahren deutlich vorangeschritten (**Abb. 2**). Waren die künstlichen Herzpumpen vor zehn Jahren noch groß und klobig, wurden sie in der vergangenen Dekade technisch verfeinert, kleiner, leiser verschleißfrei und nahezu geräuschlos, was zu stetig besseren Ergebnissen führte. Die kleineren Systeme erforderten auch eine Anpassung des Verhaltens der Herzchirurgen. Eine Anpassung der chirurgischen Zugangswege, die an der MHH entwickelt wurde, war nur eine logische Konsequenz der bereits bestehenden technischen Weiterentwicklungen. Während die Pumpen vor zehn Jahren noch durch ein komplettes Durchtrennen des gesamten Brustkorbes (komplette Sternotomie) implantiert werden mussten, wurde im Jahr 2011 an der MHH ein neues Operationsverfahren entwickelt, mit dem man die neuesten, kleinsten Herzunterstützungssysteme auch über einen schonenderen Eingriff (minimalinvasiv) implantieren kann [1]. Für diese neue Hannoveraner-OP-Technik sind nur zwei kleine Schnitte erforderlich und es muss

nicht mehr - wie sonst üblich - der komplette Brustkorb eröffnet werden (**Abb. 3**). Mehr als 200 Patienten wurden allein in den vergangenen Jahren über das minimalinvasive Verfahren erfolgreich operiert, mit einem weiteren deutlichen Anstieg der Patientenzahlen ist zu rechnen.

Für solche Operationen stehen speziell entwickelte Herzunterstützungssysteme (kleine Rotationspumpen) zur Verfügung, die auf technisch höchstem Niveau verschleißfrei und geräuschlos arbeiten und dabei die Pumpleistung des Herzens übernehmen können (**Abb. 2**). Durch eine kleine Pumpe wird das Blut aus der linken Herzkammer in die Aorta gepumpt. Die Pumpe ist über ein Kabel, das aus der Bauchdecke austritt, mit einem Steuergerät verbunden. Dieses wird durch Batterien mit Strom versorgt. Die externen Komponenten werden in einer kleinen Tasche getragen und wiegen lediglich etwas mehr als ein Kilo, was für die Patienten eine gute Mobilität bedeutet.

Das minimalinvasive Operationsverfahren bietet bedeutende Vorteile [1, 7-15]: Durch das reduzierte chirurgische Trauma entstehen weniger Blutungen, was in einem geringeren Bedarf an Transfusionen und Gaben von Gerinnungsfaktoren resultiert. Das Perikard bleibt größtenteils verschlossen und eine Dilatation des rechten Herzens wird fast unmöglich. Es kommt daher weniger zu einem perioperativen Rechtsherzversagen. Bei ggf. notwendigen Folgeoperationen - z. B. im Falle einer Herztransplantation - besteht dadurch ein geringeres Operationsrisiko, da aufgrund des minimalinvasiven Eingriffes weniger Verwachsungen vorhanden sind.

Nach der minimalinvasiven Herzunterstützungsoperation ist nur noch eine kurze Beatmungszeit notwendig. Demzufolge verkürzt sich auch der Aufenthalt auf der Intensivstation. Durch die kleineren Schnitte sind zudem die Schmerzen nach der Operation geringer. Es erfolgt eine schnellere Erholung und Mobilisation der Patienten, was besonders älteren und schwerstkranken Patienten mit Begleiterkrankungen zu Gute kommt. Jüngere und vor allem weibliche Patienten berichten zudem über ein besseres kosmetisches Ergebnis nach der Operation im Vergleich zu den „großen“ Schnitten, was in Anbetracht der Schwere der Herzerkrankungen zwar als

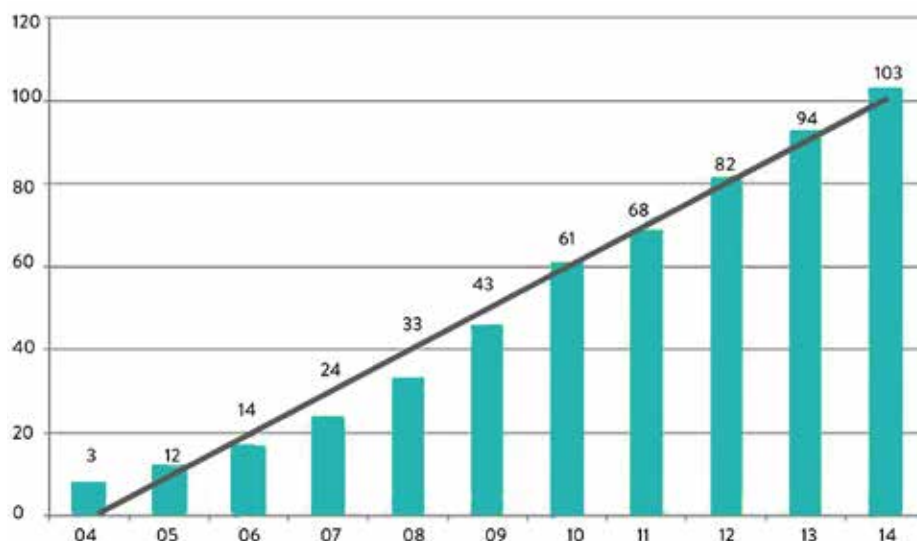


Abb. 1: Entwicklung der Kunstherz-Implantationen 2004–2014 an der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH)



Abb. 2: Übersicht der VAD-Systeme von links nach rechts: Heartmate I, II und 3, Heartware HVAD und MVAD

angenehmer jedoch vernachlässigbarer, positiver Nebeneffekt zu werten gilt.

Insgesamt verkürzt sich der stationäre Aufenthalt durch die von uns beschriebene neue Operationstechnik deutlich. Die Verlegung in eine Rehabilitationseinrichtung kann somit ebenfalls früher erfolgen, was langfristig gesehen für die Patienten zu einer besseren Lebensqualität und höheren Belastbarkeit führt.

Nach der erfolgreichen Implantation erfolgen Schulungen der Patienten und deren Angehörigen im Umgang mit dem Herzunterstützungssystem durch erfahrene Kunstherzkoordinatoren, um eine bestmögliche Vorbereitung auf das Leben Zuhause zu gewähren. Auch nach dem Reha-Aufenthalt erfolgt eine umfassende Betreuung in der

Kunstherz-Ambulanz der MHH. Hier werden das Herzunterstützungssystem sowie die Organfunktionen überprüft, um unerwünschten Veränderungen schnellstmöglich zu begegnen. Zu jeder Tages- und Nachtzeit steht zudem das Team aus Kunstherzkoordinatoren, Pflegepersonal und Ärzten den Patienten für Fragen oder Notfällen zur Verfügung.

Trotz der umfangreichen Fortschritte der Kunstherztherapie, ist zu erwähnen, dass dennoch nicht alles Gold ist was glänzt. Die Patienten müssen weiterhin Medikamente einnehmen (u. a. lebenslang Blutgerinnungshemmer wie z. B. Marcumar), zudem erfolgt die Energieversorgung der Pumpe durch ein Steuerungskabel, das aus der Bauchdecke herausgeleitet werden muss. Sollte es in

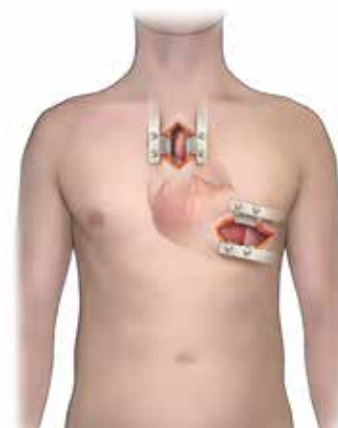


Abb. 3: Schematische Darstellung der in Hannover entwickelten minimalinvasiven VAD-Implantations-Technik (Schmitto et al. JTCVS 2012)

diesem Bereich in Zukunft weitere wegweisende technische Verbesserungen geben, steht der breiten, erfolgreichen Anwendung der Kunstherztherapie nichts mehr im Wege.

Inzwischen leben in und rund um Hannover bereits mehr als 250 Patienten mit einem Herzunterstützungssystem. Die Patienten gehen einem normalen Alltag nach (einige bereits seit mehr als fünf und sogar zehn Jahren). Etwa die Hälfte von Ihnen ist bereits wieder berufstätig, andere sind berentet oder pensioniert. Die Zahl der Patienten, die sich über die „kleinen“ Schnitte und die damit verbundenen Vorteile freut, wächst dabei stetig.

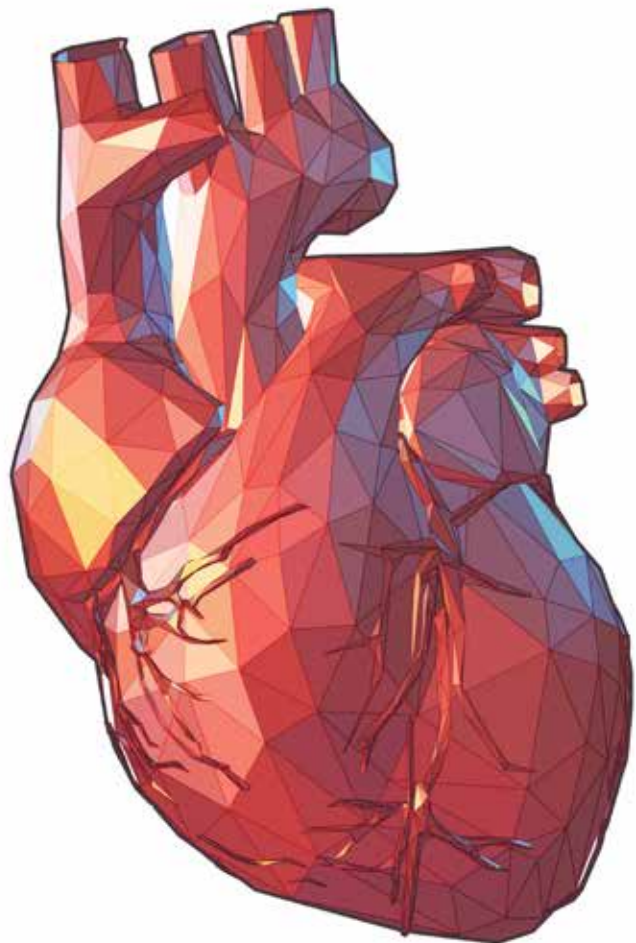
Literatur erhalten Sie auf Anfrage via passion_chirurgie@bdc.de.



Kathetergestützte Klappentherapie

Herzklappenerkrankungen sind häufige Erkrankungen des höheren Lebensalters. Ihre Prävalenz ist in der Gruppe der über 75-jährigen bei mehr als 10 %. Herzklappenerkrankungen gehen mit Beschwerden wie Luftnot, eingeschränkter Belastbarkeit und mit kardialen Dekompensationen einher. Sie sind bei rein konservativer Therapie mit einer

erhöhten Mortalität vergesellschaftet. So beträgt die Mortalität von Patienten mit Aortenklappenstenose (AS) zwei Jahre nach Auftreten von Symptomen bis zu 50 %. Herzklappenerkrankungen werden üblicherweise durch chirurgische Therapie, entweder durch Klappenrekonstruktion oder durch Klappenersatztherapiert. Am häufigsten kommen die AS, die



© iStock/polygon



Dr. med. Mani Arsalan
Abteilung für Thorax- Herz- und
thorakale Gefäßchirurgie
Universitätsklinikum Frankfurt
Theodor Stern Kai 7
60590 Frankfurt
mani.arsalan@gmail.com



Prof. Dr. med. Thomas Walther
Direktor
Abteilung für Thorax- Herz- und
thorakale Gefäßchirurgie
Universitätsklinikum Frankfurt
Thomas.Walther@kgu.de

durch Klappenersatz therapiert wird, und eine Mitralsuffizienz (MI) vor, bei der häufig eine Rekonstruktion durchgeführt werden kann.

Bei fortgeschrittenem Alter der Patienten und im Fall von weiteren Komorbiditäten ist eine chirurgische Klappenoperation mit einem erhöhten operativen Risiko verbunden. Folglich zeigten zwei Studien, dass bei einem Drittel aller Patienten mit symptomatischer AS und der Hälfte aller Patienten mit symptomatischer MI in Europa aufgrund ihres Alters und/oder Komorbiditäten keine Herzklappenoperation durchgeführt wird [1, 2]. Diese Problematik wird zusätzlich durch den demographischen Wandel verstärkt. Aus diesem Grund erfolgte als Alternative zur konventionellen Operation die Entwicklung kathethergestützter Methoden zur Therapie von Herzklappenerkrankungen.

Seit der ersten erfolgreichen transkatheter Aortenklappenimplantation (TAVI) im Jahr 2002 durch Alain Cribier hat sich die TAVI zum Goldstandard (über 300.000 Implantationen weltweit) für inoperable und Hochrisikopatienten mit AS entwickelt und wird zunehmend bei Patienten mit intermediärem Risikoprofil (Risikobewertung nach dem EuroScore II und/oder dem STS Score zwischen 4 und 8 %) eingesetzt. Aufgrund der guten klinischen Ergebnisse und des insgesamt Erfolges der TAVI sind auch weitere kathetergestützte Verfahren zur Klappentherapie, insbesondere zur Therapie von Mitrals- und Trikuspidalklappenerkrankungen, entwickelt worden.

Wir möchten in diesem Artikel einen kurzen Überblick über die Fortschritte im Bereich der transkatheter Aorten- und Mitralklappenimplantation sowie der Mitralklappenrekonstruktion geben.

TRANSKATHETER AORTENKLAPPENIMPLANTATION

Aufgrund des raschen Fortschritts im TAVI Bereich und der konsekutiven Erweiterung der Indikation bei Patienten mit intermediärem Risiko erfolgte kürzlich die Anpassung der gemeinsamen Leitlinie der europäischen Gesellschaften für Kardiologie sowie Herz- und Thoraxchirurgie [3]. Dabei wurde empfohlen, eine TAVI nur in einem Zentrum mit Herz-Team und insbesondere mit aktiver Zusammenarbeit von Kardiologie und

Herzchirurgie durchzuführen und bei jedem Patienten, für den TAVI als Therapieoption in Betracht gezogen wird, die optimale Therapie individuell im Herz-Team zu besprechen. Generell ist eine TAVI nur bei symptomatischen Patienten indiziert. Bei Patienten mit einem niedrigen Operationsrisiko (STS oder Euroscore II <4 % oder logistischer Euroscore <10 %) und ohne weiteren Risikofaktor wie Porzellanaorta ist weiterhin ein konventioneller chirurgischer Aortenklappenersatz indiziert. Mit steigendem Risiko und Alter sowie bei Eignung für einen transfemorale Zugang, ist die TAVI vorzuziehen.

ZUGANGSWEGE

Der am häufigsten verwendete Zugangsweg zur TAVI ist der transfemorale Zugang. Die größten Vorteile sind hierbei eine geringe Invasivität sowie die Durchführbarkeit beim wachen Patienten ohne Intubationsnarkose in Analgosedierung. Durch die Verkleinerung der TAVI-Systeme und die Verwendung von effektiven Verschlussystemen hat die Häufigkeit von Blutungskomplikationen der Leiste deutlich abgenommen und zudem können auch Patienten mit engeren Femoralgefäßen therapiert werden.

Der transapikale Zugang wird in den meisten Kliniken als Alternative durchgeführt, falls ein transfemorale Zugang nicht möglich ist. Während dieser Zugang für die TAVI etwas an Bedeutung verloren hat und bei zirka 20 % der Fälle angewandt wird, ist er für viele Verfahren der transkatheter Mitralklappenrekonstruktionen und -implantationen notwendig. Der Eingriff erfolgt über eine linkslaterale Minithorakotomie von ca. 5 cm Länge im sechsten Interkostalraum in Intubationsnarkose. Mittels Tabaksbeutelnaht wird der Zugang an der Herzspitze gesichert. Vorteil dieses Zuganges ist die kurze Distanz zur Aorten- und Mitralklappe sowie der antegrade, mit dem Blutstrom gerichtete Zugangsweg zur Aortenklappe.

KLAPPENPROTHESEN

Für die kathetertechnischen Verfahren wurden in den letzten Jahren spezielle Prothesen, meist aus einem dünnen flexiblen Stent mit daran fixierten Klappensegeln aus Rinder- oder Schweineperikard bestehend, entwickelt.

Arsalan M, Walther T: Kathetergestützte Klappentherapie. *Passion Chirurgie*. 2017 Dezember, 7(12): Artikel 03_03.



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

Im Gegensatz zu chirurgischen Bioprothesen müssen TAVI Prothesen vor der Implantation „gecrimpt“ (zusammengefaltet) und auf ein Einführsystem geladen werden. TAVI-Klappen können in Ballon-expandierende und selbst-expandierende Klappen eingeteilt werden. Erstere besitzen ein Stahlgerüst und werden nach Positionierung wie Koronarstents mittels eines Ballons expandiert. Selbstexpandierende Klappen besitzen ein Nitinolgerüst mit Formgedächtnis. Daher dehnt sich die Klappe beim Freisetzen aus dem Einführsystem von selbst aus. Die Temperatur im menschlichen Körper, im Herzen und im Blutstrom begünstigt zudem das Streben des Nitinol nach der Wiedererlangung seiner ursprünglichen Form.

Sowohl Ballon- als auch selbst-expandierende Klappen füllen je nach gewählter Größe den Bereich des Aortenannulus aus und dichten seitlich ab. Bei Übergröße oder zu starkem Aufdehnen besteht das Risiko von Annulus-Rupturen. Selbstexpandierbare Klappen können meist partiell repositioniert und teilweise sogar vollständig entfernt werden. Im postoperativen Verlauf können unterschiedliche Raten an AV-Blockierungen mit Notwendigkeit zur postoperativen Schrittmacherimplantation auftreten. Die verschiedenen Klappenprothesen werden intraannulär oder supraannulär implantiert, bei supraannulärer Position resultiert eine etwas günstigere Hämodynamik, allerdings auch ein etwas größeres Risiko an Koronarobstruktionen (das Koronarobstruktionsrisiko ist von verschiedenen Faktoren abhängig und beträgt zirka 1 %). Für den einzelnen Patienten mit spezieller Anatomie und Morphologie der Aortenklappenverkalkung kann durch das Heart-Team eine möglichst optimale und individuelle Prothesenauswahl getroffen werden (**Abbildung 1**).

Die weltweit am häufigsten implantierten Klappen sind die SAPIEN-Prothesen (SAPIEN™; SAPIEN XT™, SAPIEN 3™, Edwards Lifesciences Corporation, Irvine, California, USA) und die COREVALVE-Prothesen (COREVALVE™, COREVALVE Evolut R™ und COREVALVE Evolut pro™, Medtronic, Minneapolis, Minnesota, USA). Die SAPIEN-Prothese und ihre Nachfolger sind die einzigen aktuell in Gebrauch befindlichen Ballon-expandierenden TAVI-Prothesen. Die aktuellste Version dieser Produktlinie, die SAPIEN 3-Prothese, ist seit 2014 in Europa zugelassen.

Sie eignet sich sowohl für den transapikalen als auch transkathetären Zugang. Die CORE-VALVE-Prothesen sind die am häufigsten verwendeten selbstexpandierenden TAVI-Klappen und eignen sich nur für einen transkathetären Zugang. Die neueste Generation dieser Prothese

ist die Evolut R, welche ebenfalls seit 2014 in Europa zugelassen ist. Weitere Prothesen sind ACURATE™ und ACURATE neo™ (früher Symetis Inc., Ecublens, Schweiz und jetzt Boston Scientific, Marlborough, MA, USA), PORTICO™ (entwickelt von St. Jude Medical, jetzt Abbott

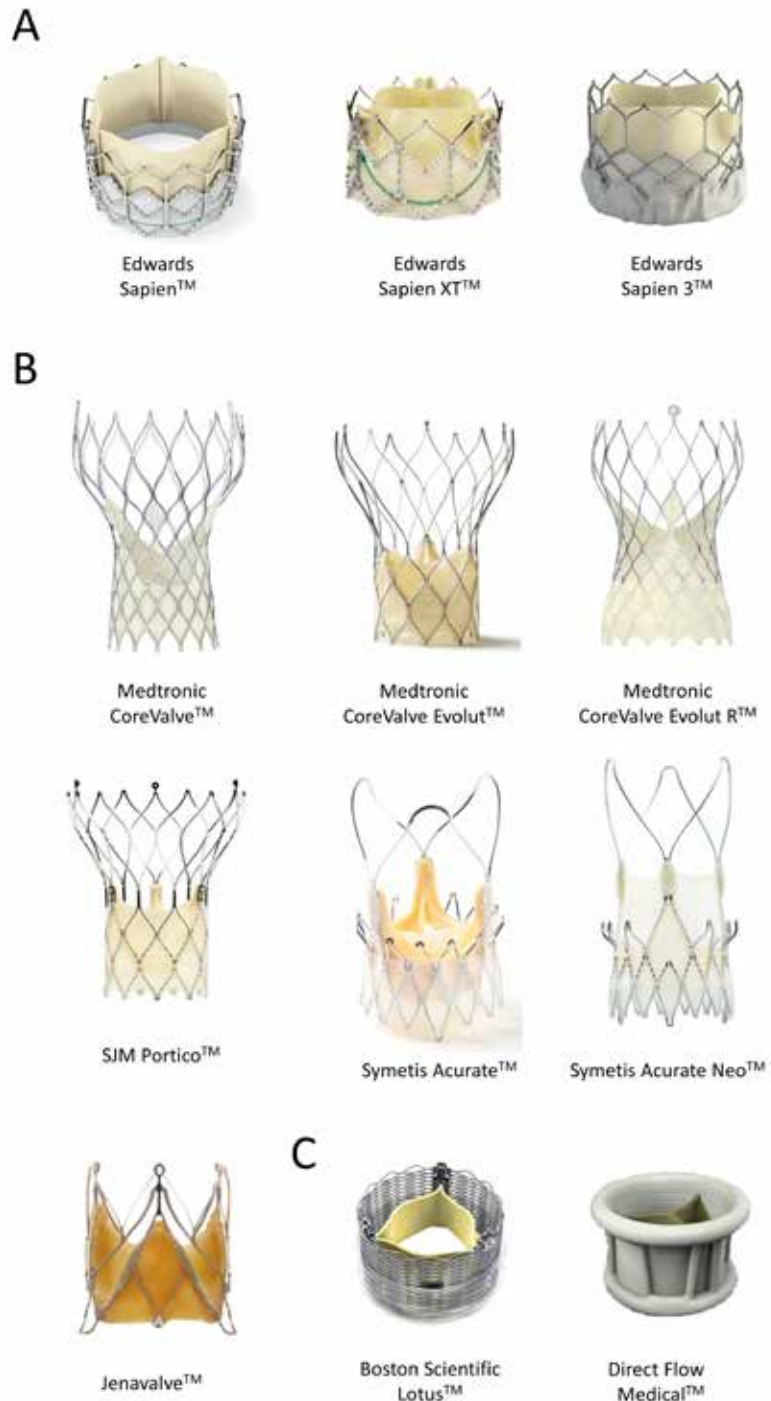


Abb. 1: Auswahl zugelassener transkatheter Aortenklappen; A) Ballon-expandierende TAVI-Prothesen; B) selbstexpandierende Prothesen; C) Klappen mit alternativen Freisetzungsmechanismen

Vascular Abbott Park, IL, USA), LOTUS™ und LOTUS edge™ (Boston Scientific, Marlborough, MA, USA) und JENAVALVE™ (JenaValve Technology Inc., München, Germany).

TRANSKATHETER MITRALKLAPPENREKONSTRUKTION

Trotz des großen und schnellen Erfolges der transkatheter Aortenklappenimplantationen sind die Fortschritte im Bereich der kathetergestützten Therapie der Mitralklappeninsuffizienz (MI) deutlich langsamer. Ursächlich hierfür ist die komplexe Anatomie und Pathophysiologie der MI mit verschiedenen Ätiologien, einer möglichen Interaktion mit umliegenden kardialen Strukturen und einer im Vergleich zur Aortenklappe anspruchsvolleren Bildgebung.

Aufgrund der verschiedenen Pathologien kann nicht ein einziges Verfahren zur Therapie aller Patienten mit MI angewandt werden. Die aktuell verfügbaren beziehungsweise sich in der Entwicklung befindenden transkatheter Mitralklappenrekonstruktionstechniken orientieren sich an Methoden, welche sich bereits in der chirurgischen Therapie bewährt haben. Beispiele

hierfür sind das chirurgische Edge-to-Edge Verfahren („Alfieri-Stich“), die Implantation von Neochordae und die Annuloplastie. Im Gegensatz zur chirurgischen Therapie ist hierbei jedoch üblicherweise keine Kombination verschiedener Techniken zur Wiederherstellung der Klappenkompetenz vorgesehen.

Trotz verschiedener Entwicklungen sind bislang nur wenige Verfahren in Europa zugelassen worden (**Abbildung 2**).

VERFAHREN ZUR MITRALKLAPPENREKONSTRUKTION/ EDGE-TO-EDGE VERFAHREN

Der MitraClip (Abbott Vascular, Irvine, CA) ist das erste und am häufigsten benutzte kathetergestützte Verfahren zur Mitralklappenrekonstruktion (MKR). Es ist seit 2008 CE-Zertifiziert und inzwischen wurden mehr als 50.000 Patienten mit dem Verfahren therapiert. Das System benutzt das aus der Chirurgie bekannte Edge-to-Edge Verfahren. Das bedeutet, es verbindet die freien Ränder des vorderen und des hinteren Mitralklappensegels, verhindert dadurch einen Segelprolaps und stellt die

Koaptation wieder her. Der Zugang erfolgt perkutan über die Femoralvenen im Hybrid-OP oder Katheterlabor und unter echokardiographischer Bildgebung. Die Hauptrisiken entsprechen denen eines Herzkatheters mit transseptaler Punktion. Hauptkritikpunkte sind die eingeschränkte Reduktion der MI im Vergleich zur chirurgischen MKR und das potentielle Verwachsen der Segel, sodass eine chirurgische Rekonstruktion bei fortbestehender oder Rezidiv-MI mit Notwendigkeit zur operativen Therapie meist unmöglich wird.

Zahlreiche Studien haben die Wirksamkeit des Mitraclip-Verfahrens bestätigt. Die aktuellen europäischen Leitlinien empfehlen das Verfahren unter anderem bei symptomatischen inoperablen oder Hochrisikopatienten mit sekundärer (funktioneller) hochgradiger MI und somit bei Patienten mit deutlich erhöhtem Risiko. Die zukünftige Rolle des Mitraclip ist noch unklar. Denn selbst bei Patienten mit primärer MI, ohne Annulusverkalkung und gutem initialem Ergebnis nach Rekonstruktion, ist die Rezidivrate innerhalb von neun Jahren ohne Annuloplastie bei 40 %. Dies mag bei älteren und Hochrisikopatienten akzeptabel sein,

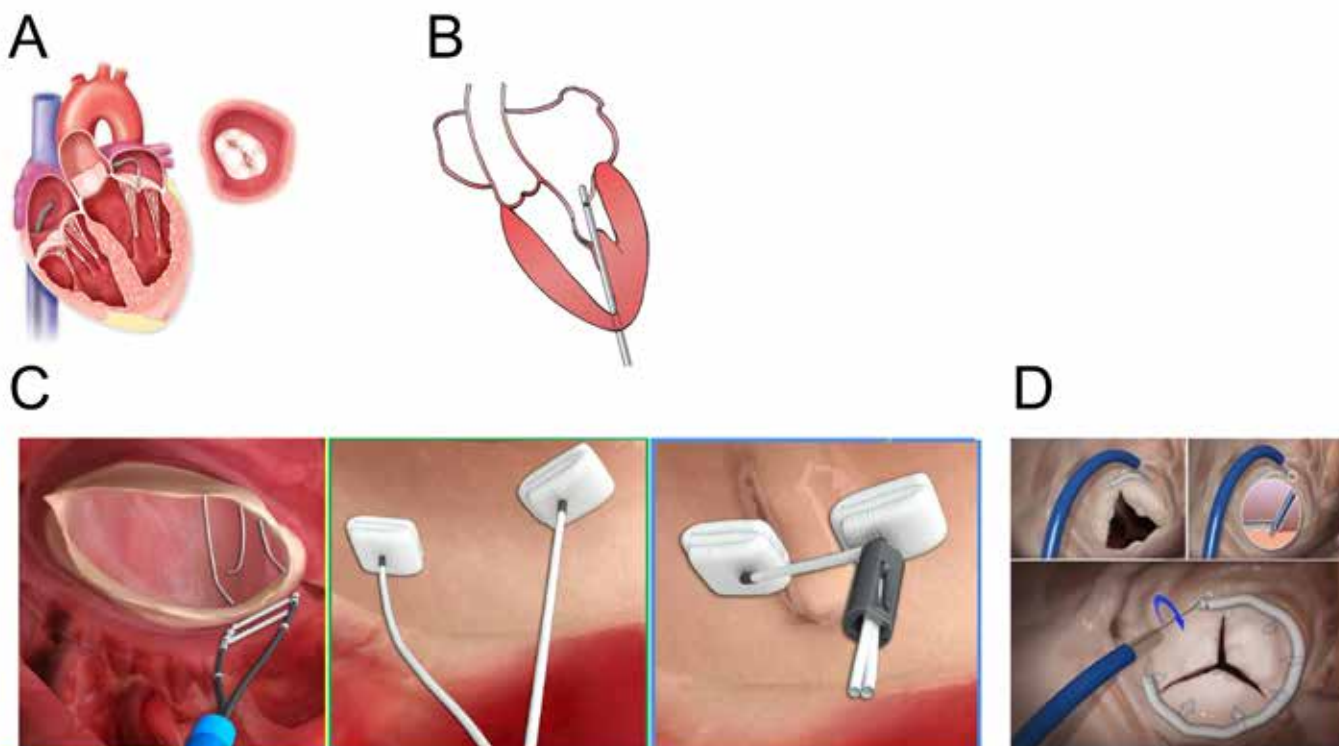


Abb. 2: Auswahl zugelassener kathetergestützter Verfahren zur Mitralklappenrekonstruktion; A) MitraClip; B) NeoChord; C) Mitralign; D) Cardioband

jedoch nicht für Patienten welche auch für eine chirurgische MKR in Frage kommen.

ERSATZ DER SEHNENFÄDEN, CHORDAEERSATZ

Ein weiteres Verfahren, das seit 2012 CE-zugelassen ist, ist das NeoChord DS 1000 (NeoChord, Inc., Louis Park, MN). Es erlaubt über einen transapikalen Zugang am schlagenden Herzen die Implantation von Neochordae zur Reparatur eines Segelprolapses. Hierbei werden die freien Segelränder gefangen. Das Gerät sticht dann einen Faden durch den Segelrand, welcher aus dem Herzen führt und epikardial am Apex befestigt wird. Auch wenn dieses Verfahren seit 2012 in Europa zugelassen ist, konnte es sich bislang nicht umfangreich durchsetzen und so sind die Erfahrungen immer noch begrenzt.

DIREKTES REMODELING DES MITRALANULUS

Verschiedene Geräte stehen zum direkten Remodeling des Mitralanulus zur Verfügung und imitieren hiermit die chirurgische Implantation eines Anuloplastie-Rings. Das Mitralign-System (Mitralign, Inc., Tewksbury, MA) führt über einen perkutanen arteriellen Leistenzugang eine Naht-basierte Plikatur des posterioren Anulus durch. Durch die Plikaturen kommt es zu einer Raffung des Anulus und Wiederherstellung der Klappenkoaptation. Das Verfahren besitzt seit 2015 das CE-Zertifikat, in den bisher durchgeführten Studien zeigte sich jedoch bei einigen Patienten keine oder nur eine geringe Verbesserung der MI. Weiterhin ist die Rezidivrate bei reiner Plikatur des Anulus im Vergleich zur chirurgischen Implantation eines Anuloplastie-Rings erhöht.

Ebenfalls im Jahr 2015 erhielt das Valtech Cardioband (Valtech, Inc., Tel Aviv, Israel) das CE-Zertifikat. Valtech wurde 2016 von der Edwards Lifesciences Corporation (Irvine, California, USA) übernommen. Der Zugang erfolgt ähnlich zum Mitraclip über die Femoralvene und dann transseptal atrial. Mittels eines steuerbaren Katheters wird dann ein Anuloplastie-Band mit Ankerschrauben im Mitralanulus befestigt. Dieses Band kann dann unter echokardiographischer Kontrolle mittels eines Cinching-Mechanismus gerafft werden bis die MI zufriedenstellend

reduziert ist. Erste Studien zeigen bei einigen ausgewählten Patienten eine deutliche und langanhaltende Reduktion der MI.

Eine Kombination des Cardioband mit einer anderen Reparaturtechnik wie z. B. dem Mitraclip bietet neue Therapieoptionen, Langzeitergebnisse stehen hier jedoch noch aus.

TRANSKATHETER MITRALKLAPPENIMPLANTATION

Trotz der wachsenden Zahl zur Verfügung stehender kathetergestützter Mitralklappenrekonstruktionstechniken, sind viele Mitralklappenpathologien entweder nicht rekonstruierbar (z. B. verkalkte Segel) oder nach Rekonstruktion mit einer hohen

Rezidivrate (sekundäre MI) verbunden. Aus diesem Grund erfolgt seit Jahren die Entwicklung der transkatheter Mitralklappenimplantation (TMVI). Die Fortschritte sind jedoch aufgrund des komplexen Aufbaus des Mitralklappen-Apparates deutlich langsamer als bei der Aortenklappe. Als größte Herausforderung stellen sich hierbei die fehlende Verkalkung des Anulus als Verankerungsstruktur und die Gefahr einer Obstruktion des linksventrikulären Ausflusstraktes dar.

Es befinden sich aktuell zahlreiche TMVI-Systeme in klinischen Studien oder werden entwickelt (**Abbildung 3**). Obwohl die erste humane TMVI bereits 2012 durchgeführt wurde, ist bis jetzt kein System zur Verwendung außerhalb von Studien zugelassen worden.

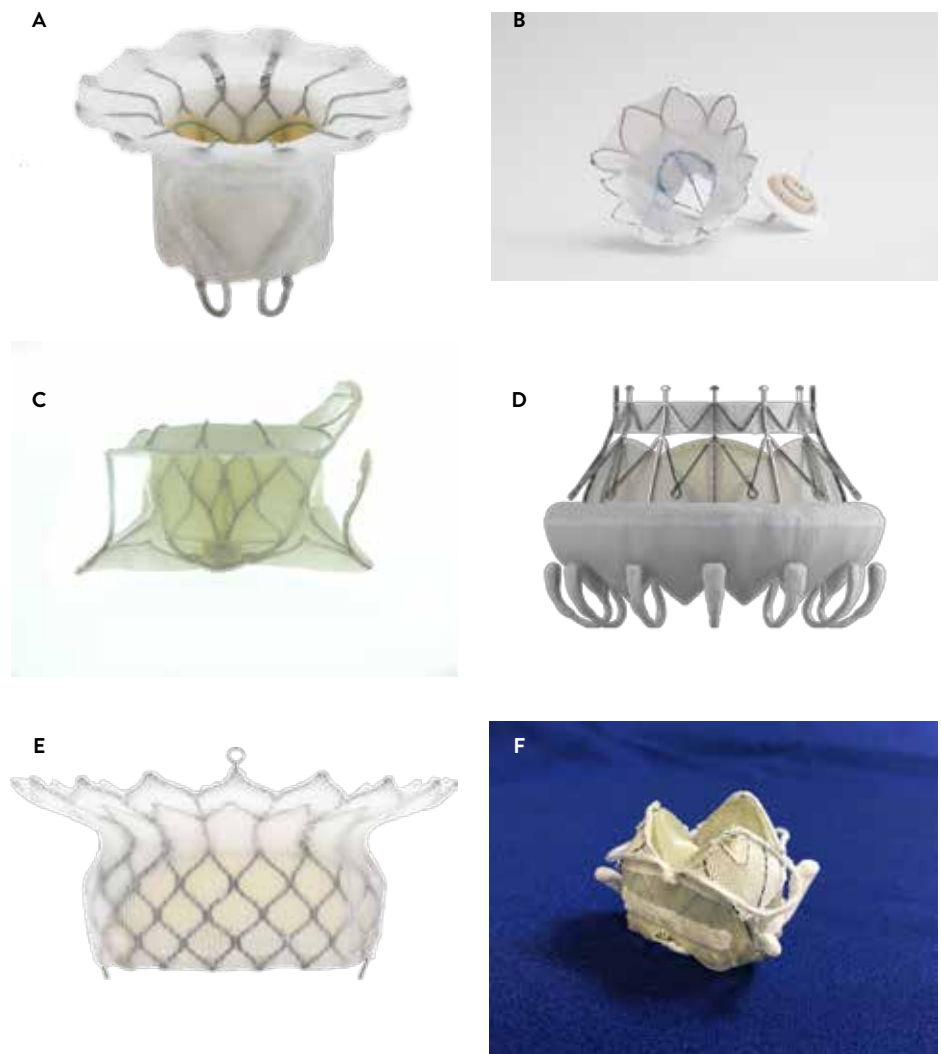


Abb. 3: Übersicht einiger sich aktuell in klinischen Studien befindenden transkatheter Mitralklappenprothesen; A) Fortis B) Tendyne C) Tiara D) CardiAQ E) HighLife F) Caisson

ZUSAMMENFASSUNG

Die kathetergestützte Klappentherapie hat sich in den letzten zehn Jahren zu einem festen Bestandteil der Therapie von Herzklappenerkrankungen, die gemeinsam durch Herz-Teams aus Kardiologen und Herzchirurgen erfolgt, entwickelt. Durch die zunehmende Erfahrung und verbesserte Klappenprothesen ist die TAVI zu einer sicheren und effektiven Therapie für Patienten mit hohem und mittlerem Risiko geworden. Langzeitergebnisse zum Vergleich mit den konventionellen chirurgischen Operationsverfahren stehen jedoch noch aus. Die Mitralklappenrekonstruktion erlaubt mittlerweile die Nachahmung vieler bewährter herzchirurgischer Methoden. Zur besseren Therapie der MI bedarf es jedoch häufig der Kombination mehrerer Techniken. Inwieweit dies möglich ist und zu welchen Ergebnissen dies führt,

ist jedoch bis jetzt nicht ausreichend untersucht. Durch TMVI könnten Hochrisikopatienten mit komplexen Pathologien therapiert werden, denen aktuell nur eine konservative Behandlung zur Verfügung steht. Obwohl die Entwicklung im Bereich der Mitralklappentherapie im Vergleich zur Aortenklappe langsamer voranschreitet, sind vielversprechende Lösungsansätze bereits greifbar und wahrscheinlich in einigen Jahren in unserem klinischen Alltag integriert.

LITERATUR

- [1] Mirabel M, Iung B, Baron G, Messika-Zeitoun D, Deltant D, Vanoverschelde JL, Butchart EG, Ravaud P and Vahanian A. What are the characteristics of patients with severe, symptomatic, mitral regurgitation who are denied surgery? *European heart journal*. 2007;28:1358-65.
- [2] Iung B, Cachier A, Baron G, Messika-Zeitoun D, Delahaye F, Tornos P, Gohlke-Barwolf C, Boersma E, Ravaud P and Vahanian A. Decision-making in elderly patients with severe aortic stenosis: why are so many denied surgery? *European heart journal*. 2005;26:2714-20.
- [3] Baumgartner H, Falk V, Bax JJ, De Bonis M, Hamm C, Holm PJ, Iung B, Lancellotti P, Lansac E, Muñoz DR, Rosenhek R, Sjogren J, Tornos Mas P, Vahanian A, Walther T, Wendler O, Windecker S and Zamorano JL. 2017 ESC/EACTS Guidelines for the management of valvular heart disease: The Task Force for the Management of Valvular Heart Disease of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS). *European heart journal*. 2017. ○

WIR HEILEN HERZEN



Congress Center Leipzig

17. – 20. Februar 2018

HERZMEDIZIN 2018



47. Jahrestagung

Deutsche Gesellschaft für
Thorax-, Herz- und
Gefäßchirurgie

**Early Bird Deadline:
31. Dezember 2017**

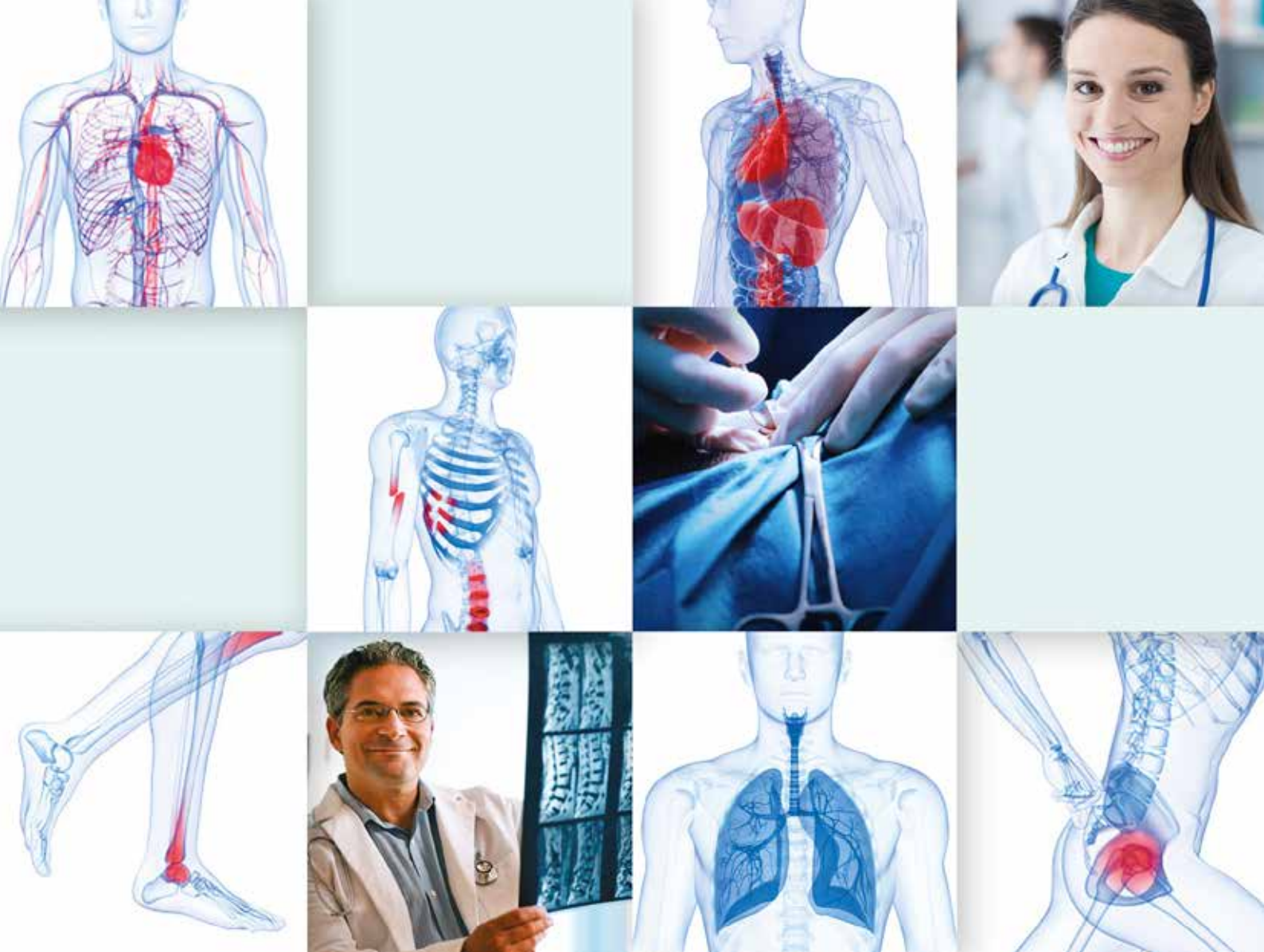


50. Jahrestagung

Deutsche Gesellschaft für
Pädiatrische Kardiologie

www.dgthg-jahrestagung.de

www.dgpk-jahrestagung.de



Das Jahresprogramm 2018 der BDC|Akademie

Die BDC|Akademie heißt alle Chirurginnen und Chirurgen mit ihrem aktuellen Programm für 2018 herzlich willkommen. Unverändert ist es die Kernaufgabe der BDC|Akademie, Chirurginnen und Chirurgen aller Fachdisziplinen ein umfassendes und hochwertiges Angebot chirurgischer Fort- und Weiterbildung zu bieten.

Auch 2018 folgt die Struktur des Jahresprogramms den möglichen Stationen einer chirurgischen Karriere. Für Studierende haben sich der Nachwuchs-Kongress „Staatsexamen

& Karriere“ zur Vorbereitung auf das Staatsexamen und die Workshops „Nur Mut! Chirurgie zum Mitmachen“ der BDC-Nachwuchskampagne fest etabliert und bieten dem Nachwuchs einen ersten Einstieg in die Chirurgie. Die flächendeckend in Deutschland angebotenen Basisseminare „Common Trunk“ sind bei Berufseinsteigern auch weiterhin stark nachgefragt. Begleitet werden die Seminare von verschiedenen Hands-On-Workshops in modernsten Trainingszentren im Bereich der Minimalinvasiven Chirurgie der Intensiv- und



Prof. Dr. med. Wolfgang Schröder, FACS

Leiter der Akademie für chirurgische Weiterbildung und praktische Fortbildung Berufsverband der Deutschen Chirurgen e.V. (BDC)
Leitender Oberarzt
Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Tumorchirurgie
Universitätsklinik Köln
Kerpener Str. 62
50937 Köln
aix50@uni-koeln.de

Notfallmedizin. Durch eine enge Kooperation mit den verschiedenen Fachgesellschaften sind bei den vorbereitenden Seminaren für die Facharztprüfung mittlerweile alle chirurgischen Säulen vertreten. In der Fortbildung für die praktisch tätigen Chirurgeninnen und Chirurgen etablieren sich zu umschriebenen Themen Seminarstrukturen mit begleitenden Hospitationen im OP. Hier gibt es im Programm 2018 ein breites Angebot in der Orthopädie/Unfallchirurgie sowie in der Allgemein- und Viszeralchirurgie. Managementseminare ergänzen das Jahresprogramm als vierte große Säule.

Wegen zunehmender Nachfrage hat die BDC|Akademie im Bereich der Online-Fortbildung

mit den BDC|Webinaren einen neuen Akzent gesetzt. Namhafte Experten stellen dabei aktuelle und chirurgisch relevante Leitlinien der AWMF vor. BDC-Mitglieder können einmal im Monat live an diesen Webinaren teilnehmen und später in einem Archiv auf der BDC|Webinar-Homepage abrufen.

Zu großem Dank ist die BDC|Akademie ihren Seminarleitern, Tutoren und Referenten verpflichtet. Ihr innovatives Denken, ihre Kooperation mit der Akademie und ihr hohes persönliches Engagement sind die eigentliche Grundlage unserer Akademiearbeit und damit der Weiterentwicklung moderner Konzepte in der chirurgischen Fort- und Weiterbildung. ○

Sie finden das neue Programm der BDC|Akademie auf BDC|Online (www.bdc.de), unter BDC|Akademie oder klicken Sie **HIER**.

Schröder W: Das Jahresprogramm 2018 der BDC|Akademie. *Passion Chirurgie*. 2017 Dezember, 7(Q4): Artikel 04_01.



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

BDC|Akademie

Information und Anmeldung:

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

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

BDC|AKADEMIE PROGRAMM 2018

**Jetzt
online
verfügbar!**

AKADEMIE FÜR CHIRURGISCHE WEITERBILDUNG UND PRAKTISCHE FORTBILDUNG

BDC | Berufsverband der
Deutschen Chirurgen e.V.

Mai		Juni	
KW 14	1 Di Maifeiertag Spezielle Unfallchirurgie Teil II, Aachen	1 Fr	Workshop: Chirurgische Anatomie, Norderstedt
2 Mi	3 Do Beckenbodenchirurgie, Berlin	2 Sa	Workshop: Intensivmed. & Reanimation, Potsdam
4 Fr	Medizinische Krisen- kommunikation, Berlin	3 So	Gutachter im Behand- lungsfehler-Prozess, Berlin
5 Sa	Erfolgsstrategien in eigen- er Sache, Berlin	4 Mo	Viszeralchirurgie, Erfurt
6 So	KW 19	5 Di	Visz. Komp.: Kolorektale Chirurgie, Berlin
7 Mo		6 Mi	Visz. Komp.: Adipositas- chirurgie, Berlin
8 Di		7 Do	Workshop: Intensiv- medizin, Tübingen
9 Mi		8 Fr	Visz. Komp.: Proktologie, Mannheim
10 Do	Christi Himmelfahrt	9 Sa	
11 Fr		10 So	KW 24
12 Sa		11 Mo	Seminar: Common Trunk, Tuttlingen
13 So	Muttertag	12 Di	Thoraxchirurgie, Berlin
14 Mo		13 Mi	Visz. Komp.: Oberer Gast- rointestinaltrakt, Köln
15 Di	Viszeralchirurgie, Solingen	14 Do	Visz. Komp.: Endokrine Chirurgie, Berlin
16 Mi	Praktisches Seminar – Orthopädie & Unfallchirurgie, Berlin	15 Fr	Abrechnung EBM, Berlin
17 Do		16 Sa	Abrechn. GOÄ & BG, Berlin
18 Fr		17 So	Brandenburger Viszeralchir. Update, Döllnsee
19 Sa		18 Mo	
20 So		19 Di	
21 Mo	Pfingstsonntag	20 Mi	
22 Di	Pfingstmontag	21 Do	Sommeranfang
23 Mi		22 Fr	
24 Do		23 Sa	
25 Fr		24 So	KW 26
26 Sa		25 Mo	
27 So		26 Di	Visz. Komp.: Hepatobiliäre Chirurgie, Berlin
28 Mo		27 Mi	
29 Di		28 Do	
30 Mi		29 Fr	
		30 Sa	

Fronleichnam

*Feiertag in einzelnen Bundesländern

BDC|AKADEMIE
Programm 2018

Holen Sie sich bereits jetzt das Gesamtprogramm
2018 der BDC|Akademie als PDF-Dokument für Ihre
frühzeitige Planung!



www.bdc.de



„Staatsexamen & Karriere“: Prüfungsvorbereitung in Berlin

Was ist der Unterschied zwischen Chirurgen und Internisten? Eine Frage, die den einen oder anderen Medizinerwitz beim Nachwuchs-Kongress „Staatsexamen & Karriere“ einleitet und für eine lockere Atmosphäre schafft. Die Berufsverbände der Deutschen Chirurgen und Internisten haben im September 2017 nun schon zum elften Mal knapp 200 Medizinstudierende auf die anstehende 3. Ärztliche Prüfung vorbereitet – in den

Hauptfächern Chirurgie und Innere Medizin. Für den nicht ganz ernst gemeinten Schlagabtausch während des Kongresses sorgen nicht zuletzt die wissenschaftlichen Leiter: Prof. Dr. med. Michael Denking (Internist), PD Dr. med. Andreas Kirschniak (Chirurg), PD Dr. med. Carsten J. Krones (Chirurg) und seit Herbst Dr. med. Andreas Jerrentrup (Internist).

Während der beiden Tage im schönen Kaiserin-Augusta-Hospital in Berlin werden



Julia Weilbach

Presse- & Öffentlichkeitsarbeit im
BDC
Berufsverband der Deutschen
Chirurgen e.V. (BDC)
weilbach@bdc.de

Kenntnisse aus dem Studium aufgefrischt und um klinisch-praktische Skills erweitert. Teilnehmer erhalten ein intensives Training für ein erfolgreiches Bestehen des mündlich-praktischen Staatsexamens (M3) – mit Frontalvorträgen, Falldiskussionen und Videositzungen. Studierende erfahren, was in der Prüfung wichtig und was unwichtig ist, und erhalten Tipps und Tricks für den praktischen Prüfungsablauf.

EINDRÜCKE VOM NACHWUCHS-KONGRESS IN BERLIN



Weilbach J: „Staatsexamen & Karriere“:
Prüfungsvorbereitung in Berlin. Passion Chirurgie.
2017 Dezember, 7(12): Artikel 04_01.



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

SAVE THE DATE

Nachwuchs-Kongress „Staatsexamen & Karriere“ 2018

23.-24.02.2018 in Frankfurt/Main
28.-29.09.2018 in Berlin

Information & Anmeldung: www.staatsexamen-und-karriere.de/

Schicken Sie Ihren Nachwuchs zum Kongress ›Staatsexamen & Karriere‹ !

Optimale Vorbereitung auf die 3. Ärztliche Prüfung in Chirurgie und Innerer Medizin mit Vorträgen, Fallbeispielen, Videositzungen und Prüfungstraining ›Clinical Reasoning‹.

Der Nachwuchs-Kongress
›Staatsexamen & Karriere‹
Frankfurt/Main, 23.–24.02.2018
www.staatsexamen-und-karriere.de



Wissenschaftliche Leitung:

Prof. Dr. med. M. Denking, Ulm, BDI e.V.

Dr. med. A. Jerrentrup, Marburg, BDI e.V.

PD Dr. med. A. Kirschniak, Tübingen, BDC e.V.

PD Dr. med. C. Krones, Aachen, BDC e.V.

BDC
Berufsverband der
Deutschen Chirurgen e.V.

BDI
Berufsverband Deutscher Internisten e.V.



© iStock/knape

Safety Clip: Lernen aus Fehlern und Schadenereignissen

SIND VERWECHSLUNGSRISIKEN BEHERRSCHBAR?

Als Eingriffsverwechslung werden operative Eingriffe an der falschen Stelle (Körperteil, Organ, Seite bei paarigen Körperteilen oder Organen) oder am falschen Patienten, aber auch falsche Eingriffsarten definiert. Eingriffsverwechslungen gehören zu den so genannten „Never Events“, also zu den Schäden, die zu 100 % zu vermeiden sind.

Seit 2010 engagieren sich deutsche Krankenhäuser im High-5s-Projekt, um die

100-Prozent-Marke zu erreichen [1]. So wurde in Anlehnung an die High-5s-OP-Checkliste, die mittlerweile in fast alle deutschen OPs Einzug gehalten hat und aus dem OP-Prozess nicht mehr wegzudenken ist, die Standard Operating Procedure (SOP) „Vermeidung von Eingriffsverwechslungen“ entwickelt. Die SOP besteht aus drei sich ergänzenden Prozessschritten:

1. präoperativer Verifikationsprozess
2. Markierung des Eingriffsorts
3. Team-Time-out



Sabine Kraft

Risikoberaterin
GRB Gesellschaft für Risiko-Beratung
mbH
Klingenbergstraße 4
32758 Detmold
sabine.kraft@grb.de; www.grb.de

Allein das Abhaken der OP-Checkliste erhöht jedoch noch nicht die Patientensicherheit, wie folgender Schadenfall zeigt.

FALLBEISPIEL

Im September 2005 erleidet ein Patient infolge eines Unfalls eine beidseitige Unterschenkelfraktur. Diese wird mit Marknägeln in den Unterschenkeln und in den Os naviculare versorgt. Nach einem Jahr ist die Fraktur abgeheilt. Dem Patienten werden zunächst die Nägel am linken Unterschenkel und drei Schrauben am Os naviculare des linken Fußes entfernt. Eine Terminabsprache zur Entfernung der Marknägeln am rechten Unterschenkel wird vertagt, da der Patient mit seinem Arbeitgeber Rücksprache halten muss.

Am 24. Oktober 2013 stellt sich der Patient erneut im Krankenhaus vor und vereinbart einen Operationstermin für den 29. Oktober 2013.

Am Operationstag wird, wie üblich, bei der präoperativen Visite die zu operierende Seite großzügig markiert. In der Patientendokumentation ist darüber hinaus eine Seiten- und Identitätskontrolle beim Einschleusen in den OP festgehalten. Auch befinden sich die Röntgenbilder vom rechten Unterschenkel zum Termin ordnungsgemäß im OP. Trotz der umfassenden Sicherheitsvorkehrungen kommt es zu einer Seitenverwechslung und es erfolgt ein Hautschnitt in der alten Narbe am linken Kniegelenk, wobei die Sehne längs gespalten wird. Ein eingelegter Marknagel wird erwartungsgemäß nicht gefunden. Bei der daraufhin vorgenommenen Kontrolle des radiologischen Befunds wird die Seitenverwechslung festgestellt. Die längs gespaltene Patellasehne und die Haut am linken Unterschenkel werden wieder vernäht und die Operation am rechten Unterschenkel wird erfolgreich durchgeführt.

Am Folgetag findet ein Gespräch mit der Krankenhausleitung (Ärztliche Direktor und Pflegedirektor) statt, bei dem die Seitenverwechslung thematisiert wird. Die zuständigen Ärzte suchen noch am Operationstag das Gespräch mit dem Patienten, um diesem die Seitenverwechslung zu erläutern.

Der Patient klagt nach der OP über Beschwerden sowohl am rechten als auch am linken Kniegelenk; wobei Letztere gegen Ende

des Klinikaufenthaltes sogar noch zunehmen. Die Wundheilung verläuft allerdings vollkommen ungestört und reizlos, sodass der Patient wie geplant am 5. November 2013 aus der stationären Behandlung entlassen wird. Nach seiner Entlassung formuliert der Patient Haftpflichtansprüche.

WIE KAM ES ZU DER VERWECHSLUNG?

Der verantwortliche Oberarzt, ein erfahrener Unfallchirurg, war bei dem Eingriff als erster Assistent im OP zugegen. Präoperative Vorsichtsmaßnahmen (Seitenmarkierung) wurden angewandt und die zu operierende Seite wurde routinemäßig kontrolliert. Die Ursache für die Verwechslung ist vermutlich darin zu suchen, dass die Operateure von der gleichartigen Narbe unterhalb der linken Kniescheibe, also am falschen Bein (beidseitige Unterschenkelfraktur), fehlgeleitet wurden.

VOM UNERWÜNSCHTEN EREIGNIS ZUM BEHANDLUNGSFEHLER

Das Fallbeispiel beschreibt ein so genanntes unerwünschtes Ereignis. Solche Ereignisse werden durch die medizinische Versorgung (und nicht durch die Erkrankung!) verursacht und haben einen vorübergehenden oder dauerhaften Patientenschaden zur Folge.

Man unterscheidet vermeidbare und unvermeidbare unerwünschte Ereignisse. Ein vermeidbares unerwünschtes Ereignis ist auf einen Behandlungsfehler zurückzuführen. Juristisch meint der Begriff Behandlungsfehler „ein schädliches Ereignis, bei dem der medizinische Standard unterschritten wurde bzw. nicht die erforderliche Sorgfalt angewendet wurde.“ Ein Behandlungsfehler ist also dann gegeben, wenn

- eine nicht indizierte Maßnahme durchgeführt wurde,
- eine medizinisch gebotene Maßnahme unterlassen wurde oder
- die erforderliche Sorgfalt bei einer Maßnahme außer Acht gelassen wurde.

Behandlungsfehler können demnach in jedem Abschnitt der medizinischen Versorgung auftreten:

Kraft S. Safety Clip: Lernen aus Fehlern und Schadenereignissen. Passion Chirurgie. 2017 Dezember, 7(12): Artikel 04_02.



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

- bei der Behandlungsübernahme,
- bei der Anamnese,
- bei der Diagnose,
- bei der Therapie,
- bei der Rehabilitation und
- bei der Prävention.

In die Kategorie Behandlungsfehler fallen auch personelle oder apparative Defizite sowie die Übernahme einer Behandlung ohne fachliche Kompetenz.

FEHLERBEGÜNSTIGENDE FAKTOREN

Bei der Patientenversorgung gibt es eine Reihe von Faktoren, die das Auftreten eines Behandlungsfehlers unterstützen. So wurden beispielsweise bei der Analyse des berichteten Fallbeispiels folgende fehlerbegünstigende Faktoren herausgearbeitet:

- Die Personen, die den Patienten untersuchten und die OP-Aufklärung vornahmen, waren nicht dieselben wie die Personen, mit denen er unmittelbar vor der Narkose in Kontakt stand.
- Die Prämedikationsvisite des Patienten in der Anästhesie-Ambulanz und die Anästhesie am Folgetag wurden von unterschiedlichen Personen vorgenommen.
- Um die Abläufe im OP zu beschleunigen, hatte das OP-Team bereits lange vor Eintreffen des Operators mit der Patientenlagerung begonnen, sodass der Patient bereits gelagert und abgedeckt war, als der Operateur den Saal betrat.

WELCHE PRÄVENTIVEN MASSNAHMEN LASSEN SICH IMPLEMENTIEREN?

Risikopräventive Maßnahmen können Mitarbeitenden dabei helfen, Eingriffsverwechslungen zu vermeiden. Je mehr Maßnahmen etabliert sind, umso unwahrscheinlicher ist eine Verwechslung. Möglicherweise hätte der Behandlungsfehler aus dem Fallbeispiel vermieden werden können, hätte die Klinik folgende Maßnahmen implementiert:

1. Zur Vermeidung von Verwechslungen des Operationsgebietes (rechte Seite/ linke Seite) kommt ein einheitliches,

abteilungsübergreifendes Kennzeichnungssystem zum Einsatz. Dieses ist in schriftlicher Form geregelt.

2. Die Markierung des Eingriffsortes erfolgt entweder am Vorabend im Rahmen der Aufklärung durch den aufklärenden Arzt oder am Tag des Eingriffs durch den Operateur oder einen erfahrenen Arzt des Behandlungsteams.
3. Die OP-Feld-Markierung ist eindeutig (z. B. Kreuz oder Pfeil) und erfolgt mit einem nicht abwaschbaren Stift.
4. Der OP-Plan enthält alle OP-relevanten Angaben (Patientendaten mit Geburtsdatum, Diagnose, geplante Therapie inkl. Seitenabgabe, geplante Dauer des Eingriffs, Narkoseform, geplantes Team).

In der Praxis ist dies häufig nicht gegeben!

5. Ein interprofessionelles Team überprüft am Vortag der OP die Durchführbarkeit des OP-Programms (OP-Planungsgespräch).

In der Praxis findet dies häufig nicht statt!

6. Eine bedarfsgerecht entwickelte OP-Sicherheits-Checkliste kommt zum Einsatz. Diese orientiert sich an den anerkannten wissenschaftlich-medizinischen Empfehlungen.
7. Die Zuständigkeit für die Kontrollschritte während der Einschleusung des Patienten in den OP ist eindeutig geregelt. Das Verfahren ist schriftlich festgelegt.
8. Ein persönliches Übergabegespräch findet statt und mitgelieferte Unterlagen werden auf Vollständigkeit überprüft.
9. Die Identität des Patienten wird durch persönliche aktive Ansprache des Patienten verifiziert.

In der Praxis unterbleibt dies häufig!

10. Bei paarig angelegten Organen und Extremitäten erfolgt eine Kontrolle der richtigen Seitenabgabe.

In der Praxis findet dies häufig nicht statt!

11. Der Operateur kennt den Patienten.

In der Praxis ist dies häufig nicht der Fall!

12. Präoperativ erfolgt eine für das gesamte OP-Team sichtbare Präsentation der für die OP erforderlichen Befunde.

In der Praxis unterbleibt dies häufig!

13. Innerhalb des OP-Teams bestehen klare und sichere Kommunikationsregeln, um Missverständnisse vor, während und nach der OP zu vermeiden.
14. Die anerkannten medizinischen Handlungsempfehlungen zur Vermeidung von Eingriffsverwechslungen in der Chirurgie sind bekannt und werden umgesetzt:
 - I. Aufklärung des Patienten
 - II. Markierung des Eingriffsortes
 - III. Identifikation des Patienten
 - IV. Etablierung eines routinemäßigen „Team-Time-outs“ mit standardmäßigen Abfragepunkten unmittelbar vor Schnitt.
15. Die Vorgaben zur Seitenkennzeichnung werden auch im OP eingehalten. Ohne Begründung wird nicht von ihnen abgewichen. Bei Unklarheiten ist die Eingriffsseite vor Schnitt zu klären. Ist dies nicht möglich, wird die OP nicht gegen die Patienteneinwilligung eingeleitet.

Derartige präventive Maßnahmen lassen sich für alle Bereiche des klinischen Alltags entwickeln. Vorangegangene Behandlungsfehler können dafür als Grundlage genutzt werden. Die Analyse von Behandlungsfehlern hilft, fehlerbegünstigende Faktoren zu erkennen und gezielt risikopräventive Maßnahmen aus ihnen abzuleiten. Das Lernen aus Fehlern und Schadenereignissen muss in den Kliniken zum Selbstverständnis und in den Arbeitsalltag integriert werden.

Lernen aus Fehlern ist kein überflüssiger Luxus, sondern ein Mehrwert für die Patientensicherheit.

LITERATUR

- [1] Fishman L, Hermes R, Renner D, Gunkel C (2012). Aktiv in Patientensicherheit. Erfahrungen zur Implementierung einer international standardisierten Handlungsempfehlung zur Vermeidung von Eingriffsverwechslungen. Orthopädie und Unfallchirurgie Mitteilungen und Nachrichten. 548-552. 

**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:

NEU Versicherungsschutz für Berufseinsteiger

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

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

BDC-VERSICHERUNGSMAKLER ECCLESIA VERSICHERUNGSDIENST GMBH

BDC-Versicherungsservice

Klingenbergstr. 4, 32758 Detmold

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

E-Mail: bdc-versicherungsservice@ecclesia.de



Hygiene-Tipp: Hygienepersonal fehlt noch in vielen Krankenhäusern

Nach einer Antwort der Bundesregierung im Jahr 2017 verfügen immer noch viele Krankenhäuser über keinen Krankenhaushygieniker und sogar keine Hygienefachkraft.

Dabei ermöglicht das Hygieneförderprogramm der Bundesregierung durchaus eine gute finanzielle Abdeckung der Weiter- und Fortbildungen im Bereich der Krankenhaushygiene.

Förderung bis 2019*:

1. bei Neueinstellungen, interner Besetzung neuer Stellen oder Aufstockungen vorhandener Teilzeitstellen von
 - a) Hygienefachkräften: 90 Prozent der zusätzlichen Personalkosten,

- b) KrankenhaushygienikerInnen (fertiger Facharzt): 75 Prozent der zusätzlichen Personalkosten,
- c) KrankenhaushygienikerInnen (curricular) **und** ABS-Fortbildung: 50 Prozent der zusätzlichen Personalkosten,

2. bei Fort- und Weiterbildungen

- a) zur Fachärztin/Facharzt für Hygiene und Umweltmedizin: 30.000 € jährlich für fünf Jahre,
- b) zur Fachärztin/Facharzt für Mikrobiologie, Virologie und Infektions-epidemiologie: 15.000 € jährlich für fünf Jahre,



Prof. Dr. med. Walter Popp
Deutsche Gesellschaft für
Krankenhaushygiene e.V. (DGKH)



Prof. Dr. med. Klaus-Dieter Zastrow
Deutsche Gesellschaft für
Krankenhaushygiene e.V. (DGKH)

Popp W, Zastrow KD. Hygiene-Tipp:
Hygienepersonal fehlt noch in vielen
Krankenhäusern. *Passion Chirurgie*. 2017
Dezember; 7(12): Artikel 04_03.



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

- c) zur KrankenhaushygienikerIn (curricular): 5.000 € jährlich für zwei Jahre,
- d) ABS-Fortbildung: pauschal 5.000 €,
- e) zur Hygienefachkraft: pauschal 10.000 €,

3. vertraglich vereinbarte externe Beratung (Facharzt für Hygiene): 400 € je Beratungstag

*Förderung nach Nummer 2 Buchstabe a bis c über 2019 hinaus, wenn spätestens im Jahr 2019 begonnen, Beratungsleistungen nach Nummer 3 werden bis einschließlich zum Jahr 2023 gefördert.

Der Kurztipp gibt die Meinung der Autoren wieder.

Tab. 1: Anzahl der Fachärzte/-ärztinnen für Hygiene und Umweltmedizin bzw. Hygienefachkräfte in deutschen Krankenhäusern in den Jahren 2007 bis 2015

Anzahl an/im Jahr	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Krankenhäuser insgesamt in Deutschland	2.087	2.083	2.084	2.064	2.045	2.017	1.996	1.980	1.956
Krankenhäuser, die einen Facharzt/-ärztin für Hygiene und Umweltmedizin beschäftigen	40	38	34	36	46	50	70	90	104
Fachärzte/-ärztinnen für Hygiene und Umweltmedizin, die in einem Krankenhaus tätig sind	80	79	75	83	97	89	127	154	156
Krankenhäuser, die eine nichtärztliche Hygienefachkraft beschäftigen	849	833	815	796	798	829	851	920	922
Nichtärztliche Hygienefachkräfte, die in einem Krankenhaus tätig sind	1.116	1.107	1.100	1.123	1.197	1.338	1.489	1.695	1.844

Quelle: Statistisches Bundesamt, Grunddaten der Krankenhäuser; aus Antwort der Bundesregierung auf eine Anfrage der Fraktion Die Linke, Drucksache 18/11955



Kompaktkurs – geeignet für alle Ärzte

Hygienebeauftragter Arzt (HBA)

Mit der Smart-Learning-Methode

Ein modernes Lernkonzept für flexible und individuelle Fortbildung:

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

ecme-center.org®
continuing medical education

meduplus

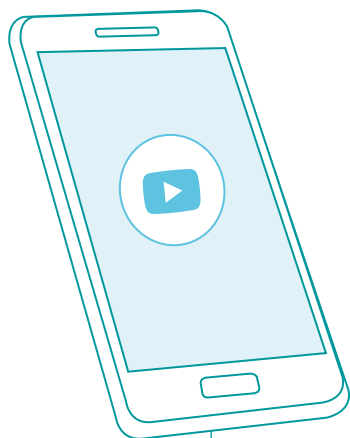
**60
CME-
Punkte!**



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

HYGIENE
CLIPGet Your
Disinfection

Erfolgreiche bundesweite
Kampagne des BDC
in Kooperation
mit DGKH und BDH



Gute Chirurgie kann durch eine Infektion gefährdet werden. Es gibt vermeidbare und unvermeidbare Infektionen. Letztere sind schicksalhaft und kaum zu beeinflussen.

Der Berufsverband der Deutschen Chirurgen und die deutschen Hygieniker betreiben seit 2008 eine bundesweite Informationskampagne, die dazu beitragen soll, vermeidbare Infektionen in Klinik und Praxis zu reduzieren. Wir wissen, dass Sie als Chirurgin/Chirurg alles zur Infektophylaxe 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)





DRG-Kodierung 2018: Chirurgisch relevante Änderungen bei ICD-10-GM und OPS

Mit der Version 2018 der ICD-10-GM werden Änderungen aus dem nationalen Vorschlagsverfahren und einzelne Anpassungen der WHO umgesetzt. Voraussichtlich wird die WHO letztmalig 2019 ein Update der ICD-10 vornehmen, sodass es geboten ist, im Vorschlagsverfahren 2018 noch bestehenden Änderungsbedarf zu melden.

Die Aktualisierungen des OPS 2018 sind im somatischen Bereich überschaubar geblieben. Erheblicher Anpassungsbedarf bestand dagegen weiterhin im Bereich der psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlungsverfahren im Zusammenhang mit der Einführung des pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen (PEPP).

Alle Nutzer der Klassifikationen bleiben aufgerufen, Änderungsvorschläge einzureichen. Der Autor ist gern bereit, die Ausarbeitung von Anträgen zu unterstützen,

insbesondere im Bereich der chirurgischen Disziplinen. Zur effizienten Arbeit mit den Klassifikationen werden auch in diesem Jahr die anwenderfreundlichen Druckausgaben der systematischen und alphabetischen Verzeichnisse der ICD-10-GM und OPS Version 2018 empfohlen, die im Deutschen Ärzteverlag herausgegeben werden [1] bis [4].

Die Deutschen Kodierrichtlinien 2018 [5] enthalten keine nennenswerten Änderungen, abgesehen von einer Klarstellung bei P003q *Mehrfachkodierung*, dass „es oft, aber nicht in jedem Fall einen Hinweis beim Code des leitenden Eingriffs [gibt], der auf die gesonderte Kodierung von durchgeführten Teilmaßnahmen eines komplexen Eingriffes verweist“.

Es muss daher weiterhin in jedem Einzelfall entschieden werden, ob ein Teileingriff integraler Bestandteil des Haupteingriffes gewesen und daher mit dessen OPS-Code bereits abgebildet ist (monokausale Kodierung) oder

**Dr. med. Rolf Bartkowski**

DRG-Beauftragter der DGCH und des BDC

Leiter des Arbeitskreises „Chirurgie“ der GMDS

Mitglied der Arbeitsgruppen ICD-10, ICD-11 und OPS des Kuratoriums für Klassifikationsfragen beim DIMDI (KKG)

Forstweg 74

13465 Berlin

bartkowski-berlin@t-online.de

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

Bartkowski R. DRG-Kodierung 2018: Chirurgisch relevante Änderungen bei ICD-10-GM und OPS. *Passion Chirurgie*. 2017 Dezember; 7(12): Artikel 04_04.



WEITERE HYGIENE-TIPPS FINDEN SIE AUF BDC|ONLINE (WWW.BDC.DE, RUBRIK WISSEN | VERGÜTUNG | DGR).

ob eine Erweiterung vorgenommen wurde, die nicht regelhaft zusammen mit der kodierten Hauptleistung erbracht wird und daher separat zu kodieren ist, um die Leistung sachgerecht abzubilden.

DIAGNOSEN

HERZSTILLSTAND

Bekanntlich wird ein Herzstillstand mit erfolgreicher Wiederbelebung mit dem Diagnosenkode I46.0 abgebildet, während eine nicht erfolgreiche Wiederbelebung mit I46.9 kodiert wird. Wenn ein Patient bereits präklinisch erfolgreich reanimiert wurde, kann I46.0 ebenfalls vom Krankenhaus angegeben werden. Zur näheren Spezifizierung ist dann der Zusatzkode U69.13! „Herz-Kreislauf-Stillstand vor Aufnahme in das Krankenhaus“ zu verwenden, sofern der Herzstillstand in unmittelbarem kausalen Zusammenhang mit der aktuellen stationären Behandlung gestanden hat und innerhalb von 24 Stunden vor stationärer Aufnahme außerhalb eines Krankenhauses aufgetreten ist. Reanimationsprozeduren können dagegen nur kodiert werden, sofern sie im Krankenhaus durchgeführt worden sind (8-771, 8-772 und 8-779).

GEFÄßSERKRANKUNGEN

Das Krankheitsbild „Arterielle Arrosionsblutung“ wird dem Kode I77.2 „Arterienruptur“ zugeordnet. Diese Diagnose beschreibt u. a. Gefäßläsionen durch chronische mechanische Reizungen (z. B. durch Implantate) oder invasiv wachsende Neubildungen, nicht jedoch akute traumatische Schädigungen.

Variköse Veränderungen im Bereich des Gastrointestinaltraktes sind bisher lediglich am Magen spezifisch kodierbar (I86.4.). Wegen der klinischen Bedeutung insbesondere im Zusammenhang mit okkulten Blutungen werden künftig auch die Lokalisationen „Dünndarm“ (I86.80), „Dickdarm“ (I86.81) und „Rektum“ (I86.82) spezifisch kodierbar sein. „Sonstige“ Lokalisationen wie z. B. das Nasenseptum werden mit der neuen Resteklasse I86.88 abgebildet.

INFEKTION VON PERKUTANEN

ERNÄHRUNGSSONDEN

Entzündliche Reaktionen und Infektionen von PEG- und PEJ-Sonden werden künftig mit dem spezifischen Kode T85.74 abgebildet. Wie

bei anderen vergleichbaren Komplikationskodes werden hier alle Infektionen klassifiziert, die **im Zusammenhang** mit einer liegenden perkutanen Ernährungssonde aufgetreten sind. Es ist nicht erforderlich, dass die Infektion **durch** die Sonde verursacht worden ist (Englisch: due to).

LEBERERKRANKUNGEN

Ein „erworbener intrahepatischer vaskulärer Shunt“ wird dem Kode K76.8 „Sonstige näher bezeichnete Krankheiten der Leber“ zugeordnet. Davon abzugrenzen ist das Vorhandensein eines therapeutisch angelegten transjugulären intrahepatischen portosystemischen Shunts (TIPS), der mit Z95.88 „Vorhandensein von sonstigen kardialen oder vaskulären Implantaten oder Transplantaten“ zu kodieren ist.

FISTELN DES WEIBLICHEN GENITALTRAKTES

Während Fisteln zwischen weiblichem Genitaltrakt und Intestinaltrakt bzw. Harnwegen in der ICD-10 bereits differenziert abgebildet sind, waren vaginale Fisteln nach Rektumexstirpation mit Pouchanlage bzw. nach Zystektomie mit Ersatzharnblase nur mit einem unspezifischen Kode darstellbar und daher nicht befriedigend im DRG-System zuordnenbar. Künftig werden Fisteln zwischen Vagina und jeglichem Pouch als Rektumersatz mit N82.80 kodiert, während Fisteln zwischen Vagina und einer Ersatzharnblase mit N82.81 abgebildet werden. Die Art des Rektum- bzw. Harnblasenersatzes wird dabei nicht weiter unterschieden. Sonstige Fisteln des weiblichen Genitaltraktes werden der neuen Resteklasse N82.88 zugeordnet.

ARTHROPATHIEN ALS MANIFESTATION ANDERER

GRUNDKRANKHEITEN

Gelenkerkrankungen als Manifestation einer anderenorts zu kodierenden Grundkrankheit wie Gicht (E79.-), Hyperparathyreoidismus (E21.-), Diabetes mellitus (E10.- bis E14.-), multizentrische Retikulohistiozytose (E78.8), Amyloidose (E85.-), Neuropathien sowie sonstigen Grundkrankheiten werden mit einem Sekundärkode (Stern-Kode) aus dem Bereich M14.- verschlüsselt. Bisher war es allerdings nicht möglich, die betroffenen Lokalisationen zu spezifizieren. Ab 2018 ist auch für diesen Codebereich die Angabe der Lokalisation

auf der fünften Stelle möglich, wie bereits in anderen Kategorien des Kapitels XIII der ICD-10.

BEWEGUNGSEINSCHRÄNKUNG VON GELENKEN

Eine partielle oder vollständige Bewegungseinschränkung von Gelenken wird mit M25.6- „Gelenksteife, anderenorts nicht klassifiziert“ verschlüsselt. Für eine ankylotische Einsteifung ist dagegen M24.6- „Ankylose eines Gelenkes“ anzugeben. Mit dem neuen Hinweistext „Gelenksteife mit partieller oder vollständiger Bewegungseinschränkung“ wird klargestellt, dass unter „Gelenksteife“ auch eine nicht vollständige Einsteifung zu verstehen ist.

MECHANISCHE KOMPLIKATIONEN DURCH

EINE GELENKENDOPROTHESE ODER OSTEOSYNTHESEVORRICHTUNG AN EXTREMITÄTENKNOCHEN

Lockerungen, Fehllagen, Protrusionen, Perforationen und sonstige mechanische Komplikationen und Funktionsstörungen, die im Zusammenhang mit einer Gelenkendo- prothese oder Osteosynthesematerial an Extremitätenknochen auftreten, werden mit der Kategorie T84.0- bzw. T84.1- abgebildet. Dabei ist es unerheblich, ob die Komplikation **durch** die Prothese oder das Osteosynthesematerial entstanden ist oder andere äußere Einflüsse zu einer mechanischen Störung der Implantatfunktion geführt haben. Um eine nachvollziehbare Zuordnung der betroffenen Knochen oder Gelenke zu ermöglichen, werden die Codes künftig auf der fünften Stelle topographisch differenziert (**Tab. 1**). Aus pragmatischen Gründen werden Bandscheibenprothesen in der Kategorie T84.0- geführt, obwohl es sich dabei nicht um **Gelenkendo- prothesen** im eigentlichen Sinne handelt.

Für mechanische Komplikationen durch interne Osteosynthesevorrichtungen „an sonstigen Knochen“ ist die Kategorie T84.2- vorgesehen. Um hier die Lokalisation „Wirbelsäule“ abgrenzbar zu machen, wurde auch bei dieser Kategorie eine fünfstellige Differenzierung eingeführt und Komplikationen durch Osteosynthesematerial der Wirbelsäule dem Fünfsteller T84.20 zugeordnet. Mit der neuen Resteklasse T84.28 werden Komplikationen an allen sonstigen Lokalisationen (d. h. Rippen, Sternum, Schädelknochen)

abgebildet, die Extremitätenknochen sind T84.1- zugeordnet.

NEKROSE UND GANGRÄN

Während für Nekrosen bei einer pAVK oder im Zusammenhang mit einem Dekubitus lokalisationsbezogene Codes verfügbar sind (I70.25 „pAVK vom Becken-Bein-Typ Stadium IV“ bzw. L89.2-/L89.3- „Dekubitus 2. bzw. 3. Grades“) war die Kodierung posttraumatischer Nekrosen bisher nur mit dem sehr unspezifischen Dreisteller R02 „Gangrän, anderenorts nicht klassifiziert“ möglich. Um posttraumatische Haut- und Unterhautnekrosen, z. B. nach

Weichteilquetschungen, subkutanem Décollement etc. künftig topographisch abbilden zu können, wird R02 fünfstellig differenziert, wobei R02.0- für Nekrosen der Haut und Unterhaut vorgesehen sind, die nicht im Rahmen einer pAVK, eines Dekubitus oder im Rahmen eines diabetischen Fußsyndroms entstanden sind. Auf der fünften Kodeposition ist eine topographische Differenzierung vorgesehen (**Tab. 2**). Mit R02.8 können schichtenübergreifende Nekrosen und Gangräne an Kopf, Rumpf und Extremitäten kodiert werden, für die keine spezifischere Klassifizierung verfügbar ist.

Tab. 1: Neue Gliederung von T84.0- bis T84.2-

T84.- Komplikationen durch orthopädische Endoprothesen, Implantate oder Transplantate	
T84.0- Mechanische Komplikation durch eine Gelenkendo- prothese	
T84.00	Schultergelenk
T84.01	Ellenbogengelenk
T84.02	Radiuskopfgelenk
T84.03	Handgelenk
T84.04	Hüftgelenk
T84.05	Kniegelenk
T84.06	Sprunggelenk
T84.07	Bandscheibe
T84.08	Sonstige näher bezeichnete Gelenke (inkl. Fingergelenk, Großzehengrundgelenk, Kiefergelenk)
T84.1- Mechanische Komplikation durch eine interne Osteosynthesevorrichtung an Extremitätenknochen	
T84.10	Schulterregion (inkl. Schultergelenk, Akromioklavikulargelenk, Klavikula, Schultergelenk, Skapula, Sternoklavikulargelenk)
T84.11	Hand
T84.12	Unterarm (inkl. Handgelenk)
T84.13	Hand
T84.14	Beckenregion/Oberschenkel (inkl. Hüftgelenk, Ileosakralgelenk)
T84.15	Unterschenkel (inkl. Kniegelenk)
T84.16	Knöchel und Fuß (inkl. Sprunggelenk)
T84.18	Sonstige näher bezeichnete Extremitätenknochen
T84.2- Mechanische Komplikation durch eine interne Osteosynthesevorrichtung an Extremitätenknochen	
T84.20	Wirbelsäule
T84.28	Sonstige näher bezeichnete Knochen (inkl. Rippen, Schädelknochen, Sternum)

Tab. 2: Neue Gliederung von R02

R02.- Gangrän, anderenorts nicht klassifiziert	
R02.0- Nekrose der Haut und Unterhaut, anderenorts nicht klassifiziert	
R02.00	Kopf und Hals
R02.01	Schulterregion, Oberarm und Ellenbogen
R02.02	Unterarm und Handgelenk
R02.03	Hand und Finger
R02.04	Rumpf (inkl. Bauchdecke, Brustwand, Rücken [jeder Teil, außer Gesäß])
R02.05	Beckenregion und Oberschenkel (inkl. Gesäß, Hüfte)
R02.06	Unterschenkel und Knie
R02.07	Knöchelregion, Fuß und Zehen
R02.09	Lokalisation nicht näher bezeichnet
R02.8 Sonstige und nicht näher bezeichnete Gangrän, ankl.	

PROZEDUREN

VISZERALCHIRURGIE

Die diagnostischen und therapeutischen **Endoskopien der Gallen- und Pankreaswege** wurden klassifikatorisch überarbeitet. Die Differenzierungen für „modular“ aufgebaute Cholangioskope entfallen künftig. Dafür wird differenziert, ob bis proximal oder distal der Hepatikusgabel vorgegangen wird (diagnostisch: 1-643.2 bzw. 1-643.3). Die Verwendung entsprechender Endoskope wird dabei vorausgesetzt. Für therapeutische duktale Endoskopien der Gallenwege werden die neuen Zusatzcodes 5-513.q0 und 5-513.q1 eingeführt (distal bzw. proximal der Hepatikusgabel), für die duktale Endoskopie des Pankreasganges 5-526.j. Bei perkutan-transhepatischem Vorgehen wird dagegen zwischen normalkalibrigen und kleinkalibrigen Geräten unterschieden (Zusatzcodes diagnostisch: 1-695.43 bzw. 1-695.44, therapeutisch: 5-514.u0 bzw. 5-514.u1). Mit den neuen Zusatzcodes soll die angewendete Technik bei endoskopischen Eingriffen an den Gallen- und Pankreaswegen aufwandsgerecht abgebildet werden.

Bei den Codes für zahlreiche **endoskopische Eingriffe am oberen und unteren GI-Trakt** (5-422, 5-433, 5-451, 5-452, 5-482) findet sich der Hinweis „Inkl.: Blutstillung“. Gemeint ist hiermit die konventionelle Blutstillung durch Destruktionsverfahren mit Energiequellen. Für die neuen, kostenintensiven Verfahren „Over-The-Scope-Clip“ (OTSC®) sowie absorbierende Polymere (z. B. EndoClot®) soll dieser Hinweis nicht gelten, die endoskopische Blutstillung mit diesen Methoden ist je nach Lokalisation gesondert zu kodieren (**Tab. 3**).

Tab. 3: Zusatzcodes für endoskopische Blutstillungen

Lokalisation	OTSC®	EndoClot®
Ösophagus	5-429.u	5-429.v
Magen	5-449.s3	5-449.t3
Dünn-/Dickdarm	5-469.s3	5-469.t3
Rektum	5-489.j	5-489.k

Für die **Entfernung einer PEG-Sonde** ist der Code 8-123.1 vorgesehen. Im Falle einer eingewachsenen Gegendruckplatte („Burried

Bumper“) ist eine einfache Entfernung jedoch nicht immer möglich, sodass Inzisionen der Mukosa erforderlich werden können, um die Halteplatte zu entfernen. Hierfür ist die neue Kategorie „Freilegen und Entfernen einer eingewachsenen PEG-Halteplatte“ vorgesehen, wobei zwischen offen chirurgischem (5-431.30) und endoskopischem (5-431.31) Vorgehen unterschieden wird. Auch die Freilegung unter endoskopischer Sicht über ein transluminal durch die PEG-Sonde eingebrachtes Inzisionssystem ist mit 5-431.31 zu kodieren.

Zur **Behandlung der Adipositas** wird seit einiger Zeit auch die „Magenpliktur“ angewendet, für die bisher nur die Resteklasse 5-449.x- „Sonstige Operationen am Magen“ verwendet werden konnte. Mit der neuen Kategorie 5-448.f- „Magenpliktur“ können diese Verfahren künftig spezifisch abgebildet werden, wobei zwischen offen chirurgischen, laparoskopischen und endoskopischen Verfahren unterschieden wird. Speziell beim endoskopischen Verfahren können auch endoskopische Nahtsysteme eingesetzt werden. Für diese ist künftig der Zusatzcode 5-98c.5 verwendbar.

Für **endoskopische Exzisionen an den Gallenwegen** wird künftig folgende Differenzierung vorgenommen: 5-513.30 „Endoskopische Exzision an der Papille“, 5-513.13 „Endoskopische Papillektomie“ sowie 5-513.32 „Endoskopische Exzision am Gallengang“. Eine Exzision der Papille mit Replantation des Ductus choledochus ist dagegen wie bisher mit 5-518.4- zu kodieren.

Bei **endoskopischen Eingriffen an den Gallenwegen und Pankreasgang** kann als neues Device ein Kauterisierungssystem mit vorgeladenem selbstexpandierenden Stent eingesetzt werden. Für dieses System ist künftig der Zusatzcode 5-549.a anwendbar. Wie bisher sind auch die Stents bzw. selbstexpandierenden Prothesen separat zu kodieren und lösen das Zusatzentgelt ZE2018-54 aus.

Bei der in den vergangenen Jahren bereits mehrfach aktualisierten OPS-Systematik der **Hernienchirurgie** wird ab 2018 noch eine für die Kinderchirurgie wichtige Ergänzung vorgenommen. Die laparoskopische Versorgung einer Leistenhernie **ohne** plastischen Bruchpfortenverschluss wird mit 5-530.91 kodiert, wenn keine weiteren Maßnahmen

am Bruchsack erforderlich waren. Bei hoher Bruchsackunterbindung und Teilresektion ist 5-530.90 zu kodieren. Diese Codes gelten sowohl für die primäre Versorgung als auch im seltenen Falle eines Rezidivs. Für Schenkelhernien sind keine entsprechenden speziellen Codes vorgesehen.

Mit speziellen Zusatzcodes für den **Einsatz von Fremdmaterial zur Gewebeverstärkung bzw. Gewebeersatz** kann der Mehraufwand z. B. in der Hernienchirurgie, Gynäkologie oder Traumatologie markiert werden. Zu einem Kostentrenner konnten sich diese Codes allerdings bisher noch nicht entwickeln, da die Materialkosten mit der Größe der Netze korrelieren, die jedoch nicht abbildbar war. Um den Größenbezug in die Klassifikation einzubauen, werden alle bereits vorgesehenen Materialien in einer fünfstelligen Systematik abgebildet und die Fläche auf der sechsten Stelle differenziert (**Tab. 4**).

Der Zusatzcode 5-933 „**Verwendung einer Kunststoff- oder biologischen Membran zur Prophylaxe von Adhäsionen**“ wird weiter differenziert. Grundsätzlich sollen mit OPS-Kodes des Kapitels 5 „Operationen“ nur operative Maßnahmen abgebildet werden, sodass auch weiterhin die intraoperative Spülung der Bauchhöhle mit Flüssigkeiten nicht kodierbar ist. Bestimmte neu entwickelte Gele bilden jedoch einen intraperitonealen Film, der erst im weiteren Verlauf allmählich resorbiert wird und damit mit den bereits im OPS abgebildeten Membranen zur Adhäsionsprophylaxe vergleichbar ist. Daher wird künftig der Klassentitel folgendermaßen geändert: „**Verwendung von Membranen oder sonstigen Materialien zur Prophylaxe von Adhäsionen**“. Solide Membranen, die nicht resorbierbar sind, werden mit 5-933.0 abgebildet, während (teil-)resorbierbare Materialien, zu denen auch das Medizinprodukt 4DryField® PH zählt, mit 5-933.1 abgebildet werden.

UNFALLCHIRURGIE, ORTHOPÄDISCHE CHIRURGIE

Für die Behandlung von **Verbrennungen mit einem Okklusivverband zum enzymatischen Wunddebridement** (z. B. NexoBrid®) wird der Code 8-191.7- neu eingeführt. Auf der sechsten Stelle erfolgt eine Differenzierung gemäß der behandelten Fläche in Stufen von 500 cm².

Da die **Transplantation von Spongiosa** auch endoskopisch (arthroskopisch) vorgenommen werden kann, werden die entsprechenden Verfahren künftig gemäß Zugang differenziert (**Tab. 5**). Der bisherige Kodebereich 5-812.4- *Subchondrale Spongiosaplastik* wird dadurch redundant und deshalb gestrichen, der Inhalt wird künftig mit 5-784.c- bzw. 5-874.e- abgebildet. Die Lokalisation ist nach der üblichen Differenzierung der sechsten Stelle anzugeben.

In den vergangenen Jahren ist die Systematik der **Eingriffe am Fuß** erheblich ausdifferenziert worden. Es blieb aber noch eine Abbildungslücke für den besonderen Aufwand von Rezidiveingriffen, die jetzt geschlossen werden konnte (Tab. 6). Eine Besonderheit besteht für den ambulanten Bereich, um

monokausal die entsprechenden EBM-Ziffern ableiten zu können. Für Arthrodesen mittels kortikospongiösem Span als Reoperation an Fußwurzel und/oder Mittelfuß wurden die Codes 5-808.ae (ein Gelenkfach) und 5-808.af (zwei und mehr Gelenkfächer) exklusiv definiert, die jedoch nicht im Geltungsbereich des DRG-Systems, also bei vollstationärer Behandlung verwendet werden dürfen. Hier ist, wie bei allen Codes dieser Kategorie, die Art der Knochentransplantation grundsätzlich separat zu kodieren (5-784.-).

Bei **Kapselplastiken am Schultergelenk** wird bisher lediglich zwischen vorderer und hinterer Kapselplastik unterschieden. Künftig kann auch eine „Obere Kapselplastik“ differenziert abgebildet werden (5-805.b offen chirurgisch, 5-814.e arthroskopisch). Eine

Fixation mittels Knochenanker ist dabei im Kode enthalten und nicht separat anzugeben (5-869.2).

Unklar war es bisher dagegen, wie ein **Knochenanker**, der zum Fixieren von Sehnen, Bändern oder anderen Gewebestrukturen verwendet wird, kodiert werden kann, wenn kein Hinweis auf monokausale Kodierung vorhanden ist. Eine Kodierung als „Osteosyntheseverfahren“ mit 5-786.0 oder gar als Osteosynthese (5-790 – 5-799) ist nicht möglich gewesen, da es sich beim Einsatz von Knochenankern nicht um eine Osteosynthese handelt und die Implantate dafür auch gar nicht geeignet wären. Auch 5-869.2 „Einbringen von Osteosynthesematerial bei Operationen am Weichteilgewebe“ war aus diesem Grunde kritisch zu sehen. Diese Kategorie wird daher künftig umbenannt, so dass unter dem neuen Titel „Einbringen von Fixationsmaterial am Knochen bei Operationen am Weichteilgewebe“ jetzt nicht nur Stellschrauben sondern auch Knochen- bzw. Fadenanker abgebildet werden können. Die Inklusiva-Hinweise bei bestimmten Gelenkeingriffen (s. o.) sind dennoch weiterhin gültig und schließen in diesen Fällen die Zusatzkodierung aus.

Für die **Augmentation der Kreuzbänder** sind keine spezifischen Codes verfügbar, so dass in der Regel bisher eine Kreuzbandnaht kodiert wurde. Die Augmentation, inklusive Naht und dynamische intraligamentärer Stabilisation ist künftig mit 5-813.j (Vorderes Kreuzband) bzw. 5-813.k (Hinteres Kreuzband) zu verschlüsseln.

Tab. 4: Neue Systematik für Gewebeverstärkung und Gewebeersatz

Fläche [cm ²]	(Teil-) resorbierbar synthetisch	Composite	Biologisch	Nicht resorbierbar ohne Beschichtung	mit antimikrobieller Beschichtung	mit Titan-Beschichtung	mit sonstiger Beschichtung
< 10	5-932.10	5-932.20	5-932.30	5-932.40	5-932.50	5-932.60	5-932.70
10 - <50	5-932.11	5-932.21	5-932.31	5-932.41	5-932.51	5-932.61	5-932.71
50 - <100	5-932.12	5-932.22	5-932.32	5-932.42	5-932.52	5-932.62	5-932.72
100 - <200	5-932.13	5-932.23	5-932.33	5-932.43	5-932.53	5-932.63	5-932.73
200 - <300	5-932.14	5-932.24	5-932.34	5-932.44	5-932.54	5-932.64	5-932.74
300 - <400	5-932.15	5-932.25	5-932.35	5-932.45	5-932.55	5-932.65	5-932.75
400 - <500	5-932.16	5-932.26	5-932.36	5-932.46	5-932.56	5-932.66	5-932.76
500 - <750	5-932.17	5-932.27	5-932.37	5-932.47	5-932.57	5-932.67	5-932.77
750 - <1000	5-932.18	5-932.28	5-932.38	5-932.48	5-932.58	5-932.68	5-932.78
≥ 1000	5-932.19	5-932.29	5-932.39	5-932.49	5-932.59	5-932.69	5-932.79

Tab. 5: Nach Zugang differenzierte Systematik der Spongiosaplastik

Knochentransplantation	Offen chirurgisch	Endoskopisch
Spongiosa, autogen	5-784.0-	5-784.c-
Spongiosa, allogenen	5-784.7-	5-784.e-
Kortikospongiöser Span, autogen	5-784.1-	5-784.d-
Kortikospongiöser Span, allogenen	5-784.8-	5-784.f-
Ausgedehnter kortikospongiöser Span, autogen (≥ 4 cm)		5-784.2-

Ein überraschendes Problem ist bei der Kategorie 5-809.2- **„Temporäre Fixation eines Gelenkes“** entstanden. Bei streng wörtlicher Auslegung des Klassentitels **„Andere offen chirurgische Gelenkoperationen“** war es nämlich nach mehr als 20 Jahren OPS-Anwendung plötzlich strittig geworden, ob mit diesem Code auch perkutane temporäre Arthrodesen kodiert werden dürfen. Obwohl es im OPS neben **„offen chirurgisch“** und **„arthroskopisch“** gar keine weiteren Kategorien für Gelenkoperationen gibt und von den ursprünglichen OPS-Autoren die perkutane temporäre Arthrodesen den offen chirurgischen Eingriffen zugeordnet wurde, sehen DIMDI und InEK dieses Verfahren als bisher überhaupt nicht mit dem OPS abbildbar an, noch nicht einmal mit der Resteklasse 5-869.x **„Sonstige Operationen an den Bewegungsorganen“**. Um dieses Dilemma zu lösen wird der Abschnitt 5-80 **„Offen chirurgische Gelenkoperationen“** umbenannt in **„Offen chirurgische und andere Gelenkoperationen“**. Damit wurde es möglich die Kategorie 5-809.4- **„Temporäre Fixation eines Gelenkes, perkutan“** in diesen

Abschnitt aufzunehmen. Die genaue Lokalisation ist nach dem üblichen Schlüssel auf der sechsten Kodeposition anzugeben. Leider konnten jedoch weder InEK noch DIMDI davon überzeugt werden, dass dieses Verfahren aus 5-809.2- zumindest jedoch aus 5-869.x überzuleiten ist. Daher werden die mit der neuen Kategorie 5-809.4- abgebildeten Prozeduren zunächst als **„nicht signifikante OR-Prozeduren“** bewertet, bis aktuelle Kalkulationen eine Kostenrelevanz nachweisen, was leider nicht vor dem DRG-System 2020 der Fall sein dürfte. Es sei daher darauf hingewiesen, dass neben dem Code für die temporäre Arthrodesen auch die Art des Osteosynthesematerials anzugeben ist, z. B. 5-786.1 für einen Kirschner-Draht oder 5-786.8 für einen gelenkübergreifenden Fixateur externe. Diese Codes stellen signifikante OR-Prozeduren dar und können somit den DRG-Erlös steigern. Nur der Vollständigkeit halber sei darauf verwiesen, dass sich bei temporären Arthrodesen an den Gelenken der Hand (ausgenommen Handgelenk) nichts ändert, denn dort wird nach wie vor nicht zwischen offen chirurgischer und perkutaner temporärer Arthrodesen unterschieden.

Mit weiteren Hinweistexten wird bei **Hüft- und Kniegelenkendoprothesen** noch deutlicher klargestellt, dass ein zweizeitiger Wechsel von Endoprothesen nicht mit einem Code für Prothesenwechsel (z. B. aus dem Bereich 5-821.- oder 5-823.-) verschlüsselt werden darf, sondern mit separaten Codes für die Explantation und Implantation an einem anderen OP-Tag. Um den Verlauf von

einer Erstimplantation zu unterscheiden, ist als Zusatzkode 5-829.n **„Implantation einer Endoprothese nach vorheriger Explantation“** anzugeben, was in den meisten Situationen zu einer angemessenen Erlössteigerung führt.

Für die **knöchernen Rekonstruktion eines Glenoiddefektes** wird, analog zur Pfannenbodenplastik beim Hüftgelenk, der neue Code 5-829.r eingeführt. Als Zusatzkodierung wird eine Spongiosaplastik bzw. alloplastischer Knochenersatz ausdrücklich zugelassen. Es gilt aber auch der Hinweis, dass der Code nur angegeben werden kann, wenn ein glenoidaler Defekt ausgeglichen wird, um das Drehzentrum zu rekonstruieren bzw. das ursprüngliche Gelenkniveau wieder herzustellen. Dieser Code darf dagegen nicht bei Verschluss oder Verfüllung von iatrogen geschaffenen Knochendefekten mit ortsständigem Gewebe, ausschließlicher Verfüllung von Geröllzysten, Verwendung von zementierten Pfannenprothesen oder ausschließlicher Vertiefungsfräsung zur Schaffung eines Prothesenbettes angegeben werden.

Der für Zusatzentgelte (ZE2018-25) wichtige Code 5-829.k **„Implantation einer modularen Endoprothese oder (Teil-)Wechsel in eine modulare Endoprothese bei knöcherner Defektsituation und ggf. Knochen(teil)ersatz“** wird künftig, bei unveränderten Kriterien (mindestens drei metallische Einzelbauteile einer gelenkbildenden Komponente), weiter differenziert, damit es möglich wird, auch entsprechend differenzierte Zusatzentgelte

Tab. 6: Systematik der Rezidiveingriffe am Fuß

Osteotomie	Primär	Reoperation bei Rezidiv
Os metatarsale I, proximal	5-788.5d	5-788.5g
Os metatarsale I, distal	5-788.5c	5-788.5f
Os metatarsale I, mehrdimensional	5-788.5e	5-788.5j
Doppelosteotomie Os metatarsale I	5-788.5i	5-788.5h

Arthrodesen	Primär	Reoperation bei Rezidiv
Großzehengrundgelenk	5-808.b0	5-808.b7
Fußwurzel/Mittelfuß, 1 Gelenkfächer	5-808.a4	5-808.a9
Fußwurzel/Mittelfuß, 2 Gelenkfächer	5-808.a5	5-808.aa
Fußwurzel/Mittelfuß, 3 Gelenkfächer	5-808.a6	5-808.ab
Fußwurzel/Mittelfuß, 4 Gelenkfächer	5-808.a7	5-808.ac
Fußwurzel/Mittelfuß, ≥ 5 Gelenkfächer	5-808.a8	5-808.ad

Tab. 7: Differenzierung der modularen Endoprothesen

5-829.k-Implantation einer modularen Endoprothese oder (Teil-)Wechsel in eine modulare Endoprothese bei knöcherner Defektsituation und ggf. Knochen(teil)ersatz	
5-829.k0	Pfannenkomponente
5-829.k1	Schaftkomponente ohne eine dem Knochendefekt entsprechende Länge und Dicke Hinweis: Bei zweiseitiger Schaftverankerung ist der Code nur einmal anzugeben
5-829.k2	Schaftkomponente mit einer dem Knochendefekt entsprechenden Länge und Dicke inkl.: Mega-Endoprothese Hinweis: Bei zweiseitiger Schaftverankerung ist der Code nur einmal anzugeben
5-829.k3	Pfannen- und Schaftkomponente, Schaft ohne eine dem Knochendefekt entsprechende Länge und Dicke Hinweis: Dieser Code ist nur zu verwenden, wenn beide gelenkbildende Implantatkomponenten der Endoprothese modular sind
5-829.k4	Pfannen- und Schaftkomponente, Schaft mit einer dem Knochendefekt entsprechenden Länge und Dicke inkl.: Mega-Endoprothese Hinweis: Dieser Code ist nur zu verwenden, wenn beide gelenkbildende Implantatkomponenten der Endoprothese modular sind

zu vereinbaren. Damit wird es möglich, insbesondere auch Megaendoprothesen sachgerecht abzubilden (**Tab. 7**). Hinzuweisen ist allerdings auf die bereits bestehenden Codes für einen Knochentotalersatz (5-828.-), die ggf. ebenso wie die Codes für Gelenkendoprothesen mit den Zusatzcodes 5-829.k- kombiniert werden können.

Für die **Verwendung von OP-Robotern** existieren bereits Zusatzcodes (5-987.0 „Komplexer OP-Roboter“, 5-987.x „Sonstiger OP-Roboter“). Neu eingeführt wird jetzt der Zusatzcode 5-987.1 für einen „Roboterarm“. Darunter wird ein chirurgisches Assistenzsystem mit mindestens sechs Freiheitsgraden verstanden, welches bei Überschreitung der geplanten Interventionsgrenzen unter Navigation diese aktiv limitiert.

Auch der Zusatzcode für die **Anwendung eines Navigationssystems** wird künftig weiter differenziert, wobei zwischen radiologischer Technik (5-988.0), elektromagnetischen (5-988.1), sonographischen (5-988.2), optischen (5-988.3) und sonstigen Systemen (5-988.x) unterschieden wird.

GEFÄSSCHIRURGIE

Endosonographische Untersuchungen von Blutgefäßen (3-05e.-) werden künftig nach Lokalisation weiter differenziert.

Während (**gecoverte**) **Stents mit „bio-aktiver“ Oberfläche** bereits mit dem Zusatzcode 8-83b.e1 abgebildet werden können, wird für Gefäßprothesen der entsprechende Zusatzcode 5-938.0 neu eingeführt. Dieser Code dürfte im Zusammenhang mit einem entsprechenden NUB-Zusatzentgelt relevant werden.

Bei der **endovaskulären Implantation von Stent-Prothesen** werden für iliakale Stent-Prothesen ohne Seitenarm separate Codes für die Verwendung einer Stent-Prothese (5-38a.43), zwei Stent-Prothesen (5-38a.44) oder von drei und mehr Stent-Prothesen (5-38a.45) eingeführt. Alle sonstigen Stent-Prothesen an der Aorta sind separat zu verschlüsseln, ggf. auch mehrfach. Ebenso ist die Verwendung zusätzlicher, nicht großlumiger Stent-Prothesen zur Versorgung thorakaler und abdominaler Gefäßabgänge gesondert zu kodieren. Hierfür stehen Codes im Bereich 8-842 zur Verfügung. Es ist damit ausdrücklich klargestellt, dass Codes aus

dem Kapitel 5 und dem Kapitel 8 in diesen Fällen kombiniert werden dürfen.

Für die **Shunt-Chirurgie** wurden zwei Neuerungen aus dem NUB-Verfahren in den OPS aufgenommen. Die Verwendung eines extraluminalen adaptierbaren Anastomosens stabilisators ist mit dem Zusatzcode 5-392.8 abbildbar. Die endovaskuläre Anlage einer AV-Fistel durch Gleichstrom kann mit 8-83c.d2 (Oberarm), 8-83c.d3 (Unterarm), 8-83c.db (Oberschenkel), 8-83c.dc (Unterschenkel) und 8-83c.dx bei sonstigen Lokalisationen abgebildet werden. Die endovaskuläre Anlage einer AV-Fistel mit nahtlosem Nitinolkoppler am Oberschenkel ist mit 8-83c.eb kodierbar, alle anderen Lokalisationen werden 8-83c.ex zugeordnet.

Zur **Prophylaxe einer Lungenembolie** ist die perkutane Einbringung eines Vena-cava-Schirmes etabliert. Um dieses Verfahren von der Behandlung mit einem in einen zentralen Venenkatheter integrierten Antiembolieschirm abzugrenzen, wird der bisherige fünfstellige Code weiter differenziert und für das neue Verfahren der Code 8-839.11 geschaffen, mit dem auch andere „rückholbare“ Vena-cava-inferior-Filter abgebildet werden können. Der „klassische“ permanente Cava-Filter wird künftig mit 8-839.10 kodiert.

HERZCHIRURGIE

Für die chirurgische **Behandlung von Erkrankungen der Aortenklappe** wurden zwei neue Codes geschaffen: 5-353.6 „Anuloplastik der Aortenklappe mit Implantat“ sowie 5-353.7 „Taschenrekonstruktion der Aortenklappe“. Unverändert bleibt 5-353.0 „Raffung der Aortenklappe“.

Bei der **endovaskulären Implantation eines Aortenklappenersatzes** (bisher 5-35a.00) wird künftig zwischen „primär ballonexpandierbarem Implantat“ (5-35a.03) und „primär selbstexpandierendem Implantat“ (5-35a.04) unterschieden.

Bei der **minimalinvasiven Mitralklappenrekonstruktion** wird künftig zwischen Mitralklappensegelplastiken und Mitralklappenanuloplastiken unterschieden. Die bisherigen Codes für transarterielle (5-35a.40), transvenöse (5-35a.41) und transapikale (5-35a.42) Mitralklappenrekonstruktionen bleiben künftig ausschließlich den

Mitralsegelplastiken vorbehalten. Mitralklappenanuloplastiken werden mit neuen Codes bei transarterieller (5-35a.43, inkl. Mitralklappenanulorrhaphie mit Naht), transvenöser (5-35a.44, inkl. Mitralklappenanulorrhaphie mit Band) und transapikaler (5-35a.45, inkl. Mitralklappenanulorrhaphie mit Spange) Anlage verschlüsselt. Für die letztgenannten Verfahren sind NUB-Zusatzentgelte abrechenbar.

Für die **plastische Rekonstruktion des Myokards** mit einem myokardialen Verankerungssystem als Hybrideingriff ist der neue Code 5-37a.1 vorgesehen. Unter „Hybrideingriff“ wird die Kombination aus endovaskulärem und minimal-invasivem Eingriff verstanden, wobei die Mini-Thorakotomie im Code enthalten ist.

Bei der **Implantation bzw. Revision eines myokardmodulierenden Systems** (CCM) wird künftig zwischen Systemen mit oder ohne Vorhofelektrode unterschieden. Die bisherigen Codes für *Implantation oder Wechsel* (5-379.80) und *Revision* (5-379.81) gelten künftig nur noch für Systeme mit Vorhofelektrode, während für Systeme ohne Vorhofelektroden die neuen Codes 5-379.82 (*Implantation oder Wechsel*) bzw. 5-379.83 (*Revision*) zu verwenden sind.

Bei dem **Einsatz von univentrikulären extrakorporalen Pumpen** wird künftig die Art des Zugangs differenziert. Die bisherigen Codes 5-376.20 (*Implantation*) und 5-376.21 (*Entfernung*) gelten künftig nur noch im Falle einer Sternotomie, während bei transapikalem Zugang die neuen Codes 5-376.23 (*Implantation*) und 5-376.24 (*Entfernung*) zu benutzen sind.

THORAXCHIRURGIE

Bei **Resektionen an der Trachea** wurde bei der Kategorie 5-314.1- bisher die Höhenlokalisierung nicht berücksichtigt. Künftig können *krikotracheale Resektionen* separat erfasst werden, wobei zwischen Anlage einer End-zu-End-Anastomose (5-314.30), Anlage eines Tracheostomas (5-314.31), Resektion mit Plastik/Stent (5-314.32) und sonstigen Rekonstruktionsverfahren (5-314.3x) unterschieden wird. Abzugrenzen sind diese neuen Codes gegenüber der Kategorie 5-316.6- „Beseitigung einer Trachealstenose“.

Ebenfalls nicht spezifisch abbildbar war bisher die „**Plastische laryngotracheale**

Rekonstruktion mit Rippenknorpel“, die künftig mit dem neuen Code 5-319.c verschlüsselt werden kann. Die Transplantatentnahme ist separat mit 5-349.4 kodierbar.

Bei der **bronchoskopischen Dilatation einer Bronchusstenose mit Stenteinlage** waren bisher Bifurkationsstents nicht gesondert abbildbar. Für diese Implantate ist künftig der neue Code 5-339.06 verfügbar, der eine eventuell durchgeführte Dilatation der Trachea mit einschließt.

TRANSPLANTATIONSCHIRURGIE

Für die Art der **Konservierung von Organtransplantaten** wird künftig eine Zusatzkodierung eingeführt (**Tab. 8**). Die entsprechende Differenzierung der bisherigen Transplantationskodes (Herz: 5-375.0, 5-375.1, 5-375.3; Lunge: 5-335.22 ff., 5-335.32 ff.; Niere: 5-555.1, 5-555.7) entfällt daher ab 2018.

Hinzuweisen ist noch darauf, dass bei allen Prozeduren im Zusammenhang mit der postmortalen Organspende (1-202, 3-708, 8-978)

Tab. 8: Zusatzkodes für die Organkonservierung

5-939 Art der Konservierung von Organtransplantaten	
<i>Hinweis: Die jeweilige Organtransplantation ist gesondert zu kodieren. Eine Organkonservierung kann normotherm oder hypotherm erfolgen. Eine Ex-vivo-Perfusion kann pulsatil oder nicht pulsatil angewendet werden.</i>	
5-939.0	Organkonservierung, ohne Anwendung einer Ex-vivo-Perfusion
5-939.1	Organkonservierung, mit Anwendung einer kontinuierlichen Ex-vivo-Perfusion und ohne Organfunktionsüberwachung
5-939.2	Organkonservierung, mit Anwendung einer kontinuierlichen Ex-vivo-Perfusion und mit Organfunktionsüberwachung
5-939.x	Sonstige

der Begriff „Hirntod“ durch „irreversibler Hirnfunktionsausfall“ ersetzt wird.

LITERATUR

- [1] ICD-10-GM 2018 - Systematisches Verzeichnis, Deutscher Ärzteverlag, ISBN 978-3-7691-3662-3
- [2] ICD-10-GM 2018 - Alphabetisches Verzeichnis, Deutscher Ärzteverlag, ISBN 978-3-7691-3663-0

- [3] OPS 2018 - Systematisches Verzeichnis, Deutscher Ärzteverlag, ISBN 978-3-7691-3664-7
- [4] OPS 2018 - Alphabetisches Verzeichnis, Deutscher Ärzteverlag, ISBN 978-3-7691-3665-4
- [5] Deutsche Kodierrichtlinien 2018, http://www.g-drg.de/cms/G-DRG-System_2018/Kodierrichtlinien/Deutsche_Kodierrichtlinien_2018 ○

SAVE THE DATE

Managementseminar: G-DRG UPDATE 2019

Wann: 26. November 2018
 Wo: Berlin
 Seminarleiter: Dr. Rolf Bartkowski
 Kosten BDC-MG: € 200,00
 Kosten Nicht-MG: € 400,00

Information & Anmeldung:

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

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. Bitte schreiben Sie an passion_chirurgie@bdc.de.



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

Dezember 2017

Dr. med. Micha Bahr ist neuer Chefarzt der Klinik für Kinder- und Jugendchirurgie am Klinikum Ingolstadt. Der Kinderchirurg war zuvor als Oberarzt im Marien Hospital Herne – Universitätsklinikum der Ruhr-Universität Bochum tätig.

Prof. Dr. med. Riccardo Giunta wurde auf der Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft der Plastischen, Rekonstruktiven und Ästhetischen Chirurgie im September 2017 zum neuen DGPRÄC-Präsidenten gewählt. Des Weiteren wurde **Prof. Dr. med. Lukas Prantl** als Vizepräsident und **Prof. Dr. med. Michael Saueberbier** als Sekretär in den Geschäftsführenden Vorstand gewählt. **Dr. med. Eva-Maria Baur** bleibt als Schatzmeisterin im Amt.

Prof. Dr. med. Katharina Holzer wechselte von der Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie des Universitätsklinikums Frankfurt an das Universitätsklinikum Gießen und Marburg, Standort Marburg. Dort leitet sie seit dem 01.10.2017 die Sektion Endokrine Chirurgie der Klinik für Viszeral-, Thorax- und Gefäßchirurgie.

Prof. Dr. med. Antonio Krüger ist seit 01. November 2017 neuer Chefarzt der Unfall- und Wiederherstellungschirurgie am Jun-Stilling-Krankenhaus in Siegen. Krüger ist Facharzt für Chirurgie, Orthopädie, Unfallchirurgie und Handchirurgie und war zuvor Leitender Oberarzt an der Uni-Klinik Marburg.

Thomas Lamm, Facharzt für Chirurgie und Unfallchirurgie, hat sich Ende 2017 in Berlin niedergelassen: Praxis „Die Chirurgie am Tierpark“.

Dr. med. Uwe Lorenz ist neuer Chefarzt der Gefäßchirurgie der Oberhavel Kliniken GmbH in Hennigsdorf. Er leitet die Abteilung seit dem 01. Oktober 2017.

Oliver Bernd Mayr, zuvor Oberarzt in der Unfall- und Wiederherstellungschirurgie der Kreiskliniken Günzburg-Krumbach, hat sich zum 01.04.2017 in der Gemeinschaftspraxis Orthopädie Günzburg niedergelassen.

Dr. med. Michael Metzner ist seit Mitte Oktober 2017 neuer Chefarzt der Unfallchirurgie der Klinik für Unfallchirurgie der KMG Kliniken AG, Klinikum Pritzwalk. Metzner war zuvor als Chefarzt im HELIOS Vogtland-Klinikum.

Dr. med. Ralf Anton Nettersheim leitet seit Juli 2017 die Chirurgische Klinik und Poliklinik des Berufsgenossenschaftlichen Universitätsklinikum „Bergmannsheil“ in Bochum, wo er bereits als Oberarzt tätig war.

PD Dr. med. Robert Pfitzmann ist seit Juli 2017 Chefarzt im Jüdischen Krankenhaus Berlin. Pfitzmann leitet dort die Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Minimal-invasive Chirurgie.

Dr. med. Sabine Jeanette Presser wechselte zum November 2017 als Chefarztin von der Klinik Neustadt an der Aisch an das SRH Zentralklinikum Suhl. Dort leitet sie wie zuvor in Neustadt die Abteilung der Allgemein- und Viszeralchirurgie.

Dipl.-Med. Torsten Riemann, leitet seit November 2017 die Klinik für Thoraxchirurgie der Lungenklinik Lostau.

Joachim Rupp hat zum 01.11.2017 die Position des Chefarztes der Orthopädie der HELIOS OrthoClinic Hammelburg übernommen. Der Facharzt für Chirurgie und Orthopädie und Unfallchirurgie war zuvor als Oberarzt in der HELIOS Klinik Attendorn tätig.

Dr. med. Armin Olaf Scholz leitet seit Oktober 2017 das Zentrum für Unfallchirurgie und Orthopädie des HELIOS Klinikum Wuppertal.

PD Dr. med. Daniel Schubert, Facharzt für Allgemeine- und Viszeralchirurgie, wechselte als Chefarzt vom Klinikum Saarbrücken nach Halle (Saale) in die Allgemein- und Viszeralchirurgie des Krankenhauses St. Elisabeth und St. Barbara, wo er die Nachfolge von **Dr. med. Walter Asperger** antrat, der in den Ruhestand ging.

Prof. Dr. med. Andreas Sendler wechselte zum 01.10.2017 von München an das Hufeland-Klinikum Bad Langensalza, wo er die Position des Chefarztes der Allgemein- und Viszeralchirurgie übernimmt.

PD Dr. med. Emmanouil Skouras ist seit dem 01.10.2017 neuer Chefarzt der Klinik für Unfall- und Wiederherstellungschirurgie im St. Franziskus-Hospital in Köln. Der Unfallchirurg war zuvor lange Jahre an der Uniklinik Köln beschäftigt, wo er seit 2007 Oberarzt war.

Dr. med. Dr. habil. Gregor A. Stavrou ist neuer Chefarzt der Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie und Chirurgische Onkologie am Klinikum Saarbrücken. Sein Schwerpunkt liegt in der Krebschirurgie, vor allem der Leber-, Gallenwegs- und Bauchspeicheldrüsenchirurgie.

Dr. med. Patrick von Parpart hat zum 01.11.2017 in die Position des Chefarztes der Allgemein- und Viszeralchirurgie am Krankenhaus Friedberg, Kliniken an der Paar gewechselt.

Dr. med. Holger Welsch ist der neue Chefarzt der Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie am Gesundheitszentrum Bitterfeld/Wolfen. Der ehemalige Oberarzt folgt auf diesem Posten **Dr. med. Hans-Joachim Kluger**, der nun hauptamtlicher Ärztlicher Direktor des Hauses ist.

PD Dr. med. Guido Woeste leitet seit dem 01.11.2017 als Chefarzt die Allgemein- und Viszeralchirurgie des Agaplesion Elisabethenstift Ev. Krankenhaus in Darmstadt. Er wechselte vom Universitätsklinikum Frankfurt, wo er seit 2008 Oberarzt der Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie war.



Frage & Antwort



Kontrolle des PC-Browserverlaufs einer angestellten MFA



Antwort von Dr. jur. Jörg Heberer

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

Heberer J. F+A: Kontrolle des PC-Browserverlaufs einer angestellten MFA. Passion Chirurgie. 2017 Dezember; 7(12): Artikel 04_06.



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

FRAGE:

Ein niedergelassener Arzt fragt an, ob er den Browserverlauf des PCs seiner angestellten MFA ohne Weiteres einsehen darf, um zu überprüfen, ob die Mitarbeiterin während der Arbeitszeit im Internet surft.

ANTWORT:

Vorab ist zu sagen, dass die Ausgestaltung der Internetnutzung, sprich was während der Arbeitszeit erlaubt bzw. nicht erlaubt ist, aus Sicht des Verfassers allein dem Arbeitgeber obliegt. Wenn dieser die Internetnutzung während der Arbeitszeit explizit verboten hat, dann ist die entsprechende Nutzung unzulässig. Sollte jedoch die private Nutzung gestattet bzw. zumindest geduldet sein, dann ist die private Nutzung nach Ansicht des Verfassers im angemessenen zeitlichen Umfang zulässig. Allerdings ist die Frage der Angemessenheit und der durch eine etwaig übermäßige Nutzung verursachten erheblichen Beeinträchtigung der Arbeitspflicht jeweils anhand der konkreten Umstände im Einzelfall zu beurteilen. Aus diesem Grund empfiehlt sich die Festlegung eindeutiger Regelungen über die Unzulässigkeit bzw. Zulässigkeit der

privaten Internetnutzung, damit auch für die Arbeitnehmer eine Transparenz des rechtlich zulässigen Rahmens geschaffen wird, sodass für diese ersichtlich wird, wann arbeitsrechtliche Konsequenzen drohen können.

Die Anfrage wird dahingehend verstanden und zur Grundlage der Beantwortung gemacht, dass eine Überprüfung des Browserverlaufs ohne einen konkreten Anfangsverdacht bezüglich eines Verstoßes stattfinden soll. Nicht ersichtlich wird aus der Anfrage, inwieweit die Nutzung des Internets zu privaten Zwecken in der Praxis erlaubt ist.

Durch eine Kontrolle des Browserverlaufs, die aus Sicht des Verfassers eine Datenerhebung darstellt, wird grundsätzlich in das Grundrecht des allgemeinen Persönlichkeitsrechts des Arbeitnehmers, konkret das Recht auf informationelle Selbstbestimmung eingegriffen. Es spielt dabei im Hinblick auf einen Eingriff in den Schutzbereich des Rechts auf informationelle Selbstbestimmung keine Rolle, ob diese Daten in verdeckter Form erhoben werden oder ob dies ganz offen und erkennbar für den Arbeitnehmer geschieht. Das Bundesarbeitsgericht hat hierzu mit aktuellem Urteil jedoch entschieden, dass wenn die Datenverarbeitung gegenüber dem betroffenen Arbeitnehmer

nach den Vorschriften des BDSG zulässig ist, insoweit keine Verletzung seines Rechts auf informationelle Selbstbestimmung vorliegt (vgl. BAG, Urteil vom 27.07.2017 – 2 AZR 681/16). Hierzu bedarf es aber entweder einer Einwilligung des betroffenen Arbeitnehmers oder eben einer gesetzlichen Grundlage nach dem BDSG.

Sofern keine Einwilligung der Mitarbeiter für die Überprüfung vorliegt, käme § 32 Abs. 1 S. 1 BDSG nach der BAG-Rechtsprechung als Rechtsgrundlage in Betracht. Hiernach dürfen personenbezogene Daten eines Beschäftigten für Zwecke des Beschäftigungsverhältnisses u. a. dann erhoben, verarbeitet oder genutzt werden, wenn dies für dessen Durchführung oder Beendigung erforderlich ist. Zur Durchführung gehört nach Auffassung des BAG die Kontrolle, ob der Arbeitnehmer seinen Pflichten nachkommt. Sofern nach § 32 Abs. 1 S. 1 BDSG zulässig erhobene Daten den Verdacht einer solchen Pflichtverletzung begründen, dürfen sie für die Zwecke und unter den Voraussetzungen des § 32 Abs. 1 S. 1 BDSG auch verarbeitet und genutzt werden (vgl. BAG, a. a. O.).

Allerdings muss nach der obigen BAG-Rechtsprechung stets eine Abwägung der beiderseitigen Interessen nach dem Grundsatz der Verhältnismäßigkeit stattfinden. Dies bedeutet, dass der Eingriff geeignet, erforderlich und angemessen ist zur Erreichung des angestrebten Zwecks. Es dürfen keine anderen, zur Zielerreichung gleich wirksamen und das Persönlichkeitsrecht der Mitarbeiter weniger einschränkenden Mittel zur Verfügung stehen. Die Verhältnismäßigkeit

im engeren Sinne (Angemessenheit) ist gewahrt, wenn die Schwere des Eingriffs bei einer Gesamtabwägung nicht außer Verhältnis zu dem Gewicht der ihn rechtfertigenden Gründe steht. Die Datenerhebung, -verarbeitung oder -nutzung darf keine übermäßige Belastung für die Mitarbeiter darstellen und muss der Bedeutung des Informationsinteresses des Arbeitgebers entsprechen (vgl. BAG, a. a. O.).

Hieraus folgt aus Sicht des BAG, dass weniger intensiv in das allgemeine Persönlichkeitsrecht der Mitarbeiter eingreifende Datenerhebungen nach § 32 Abs. 1 BDSG auch ohne Vorliegen eines durch Tatsachen begründeten Anfangsverdachts zulässig sein können. Das gelte vor allem für nach abstrakten Kriterien durchgeführte, keinen Mitarbeiter besonders unter Verdacht stellende offene Überwachungsmaßnahmen, die der Verhinderung von Pflichtverletzungen dienen sollen. Solche präventiven Maßnahmen können sich schon aufgrund des Vorliegens einer abstrakten Gefahr als verhältnismäßig erweisen, wenn sie keinen solchen psychischen Anpassungsdruck erzeugen, dass die Betroffenen bei objektiver Betrachtung in ihrer Freiheit, ihr Handeln aus eigener Selbstbestimmung zu planen und zu gestalten, wesentlich gehemmt sind (vgl. BAG, a. a. O.). Die vorübergehende Speicherung und stichprobenartige Browserverlaufskontrolle stellt nach Ansicht des Verfassers einen solch weniger intensiven Eingriff dar.

Demnach könne nach Auffassung des BAG die vorübergehende Speicherung und stichprobenartige Kontrolle der Verlaufsdaten

eines Internetbrowsers zulässig sein, um die Einhaltung eines vom Arbeitgeber aufgestellten kompletten Verbots oder doch einer Beschränkung der Privatnutzung von IT-Einrichtungen zu kontrollieren. Dabei dürfen aus Sicht des BAG jedoch lediglich die Adressen und Titel der aufgerufenen Seiten und der Zeitpunkt des Aufrufs protokolliert und damit nicht mehr Daten gespeichert als benötigt werden, um einen möglichen inhaltlichen oder zeitlichen Missbrauch der Nutzungsrechte festzustellen. Denn würden die gespeicherten Verlaufsdaten nicht zumindest stichprobenartig überprüft, könnten Zuwiderhandlungen gegen das Verbot oder die Beschränkung der Privatnutzung von IT-Einrichtungen des Arbeitgebers nicht geahndet werden und könnte die Datenerhebung ihre verhaltenslenkende Wirkung nicht entfalten, so das BAG (vgl. BAG, a. a. O.).

Zusammenfassend ist deshalb aus Sicht des Verfassers eine lediglich stichprobenartige Kontrolle des Browserverlaufs und eine vorübergehende Speicherung der Verlaufsdaten auch ohne konkreten Verdacht auf einen Verstoß zulässig, wenn der Zweck dieser Kontrolle in der Überprüfung der Einhaltung eines vom Arbeitgeber aufgestellten umfänglichen Nutzungsverbotes oder eines beschränkten Nutzungsrechts der privaten Internetnutzung besteht. Hierbei dürfen dann nach der BAG-Rechtsprechung aber nur die Adressen und Titel der aufgerufenen Seiten und der Zeitpunkt des Aufrufs notiert werden. ○

Mögliche Auswirkungen des Brexit im Berufsumfeld der Freien Berufe

Der Bundesverband der Freien Berufe e.V. (BFB) dankt für das Angebot, zu möglichen Auswirkungen des Brexits auf die Freien Berufe Stellung nehmen zu können. Als Spitzenverband der Kammern und Verbände der Freien Berufe vertritt der BFB satzungsgemäß die berufsübergreifenden Interessen der Freien Berufe. Die beigefügten Anregungen sind insofern auf diese Anliegen fokussiert.

Von Empfehlungen mit allgemeinpolemischen Charakter - etwa zur künftigen „Gestalt“ Europas etc. - wird an dieser Stelle zwar bewusst abgesehen. Unbeschadet dessen bedauern die Freien Berufe den bevorstehenden Austritt Großbritanniens. Sie sehen

im Brexit aber auch die Chance, dass die Leistungsfähigkeit nationaler Strukturen für den Binnenmarkt künftig wieder mehr Beachtung findet. Das System der Selbstverwaltung der Freien Berufe aus Kammern und Verbänden stellt eine solche funktionierende Struktur dar, welche effizient und effektiv den Wirtschaftsstandort Deutschland als Teil des europäischen Binnenmarktes befördert und damit nicht nur dem deutschen, sondern auch dem europäischen Verbraucherschutz dient. Insofern wäre es aus der Sicht der Freien Berufe wünschenswert, wenn die Brexit-Verhandlungen - bei all den Nachteilen, die der Brexit mit sich bringt - auch dazu führen, die nationale

Bundesverband der Freien Berufe e. V. (BFB)
 Reinhardtstraße 34
 10117 Berlin
 info-bfb@freie-berufe.de
 www.freie-berufe.de

Vielfalt und mithin den Subsidiaritätsgedanken als Stärke des Europäischen Binnenmarktes mit neuem Leben zu füllen.

Der BFB bittet die Bundesregierung, möglichst frühzeitig in den anstehenden Verhandlungen zum Brexit auf Berücksichtigung der folgenden Aspekte hinzuwirken:

- Erhalt der gegenseitigen Anerkennung europäischer Abschlüsse auf Grundlage der Berufsanerkennungsrichtlinie
- Erhalt der vier Grundfreiheiten des Binnenmarktes unter Beachtung des Prinzips der Gegenseitigkeit
- Erhalt des Datenschutzes im Informationsaustausch und Erhalt bestehender Vorwarnsysteme bei Verstößen gegen Berufspflichten
- Umsetzung der EU-Gesetzgebung und Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofes

I. BERUFSANERKENNUNG IM BISHERIGEN STIL GEWÄHRLEISTEN

Der BFB fordert, dass die Anerkennung von Berufsabschlüssen, wie sie derzeit durch die Europäische Berufsanerkennungsrichtlinie gewährleistet wird, auch künftig sichergestellt bleibt.

In Schlüsselsektoren wie beispielsweise dem britischen Gesundheitswesen arbeiten derzeit rund 130.000 europäische Arbeitskräfte, davon nahezu 2.200 deutsche Ärztinnen. Der BFB geht zwar davon aus, dass eine adäquate Gesundheitsversorgung der eigenen Bevölkerung ohnehin im Interesse der britischen Regierung liegt. Der BFB fordert jedoch im Interesse derjenigen Fachkräfte der Freien Berufe (auch außerhalb der Heilberufe!), die nach dem Brexit in Großbritannien verbleiben wollen, unbürokratische und effiziente Lösungen für die (dauerhafte) Anerkennung von EU-Abschlüssen zu finden.

Der BFB weist daraufhin, dass den Berufsträgern keine oder zumindest keine erheblichen Kosten entstehen dürfen, wie derzeit bei der Einzelfallprüfung außerhalb der automatischen Anerkennung teilweise der Fall. So fordert beispielsweise das Architects' Registration Board (ARB) in UK, London, bei Einzelfallprüfungen von Abschlüssen sehr hohe Gebühren (im vierstelligen Bereich), welche

eine erhebliche Mehrbelastung der Berufsträger darstellen würde, die derzeit dem System der automatischen Anerkennung unterliegen.

II. GRUNDFREIHEITEN GEBÜNDELT ERHALTEN, KEIN RÜCKSCHRITT GEGENÜBER DEM STATUS QUO

Der BFB begrüßt, dass die Bundesregierung an der Einheit der vier Grundfreiheiten in den Verhandlungen unmissverständlich festhält, um Anreize für weitere Austritte zu vermeiden (keine Grundfreiheiten „à la carte“).

Der BFB spricht sich dafür aus, dass die Arbeitnehmerfreizügigkeit auch künftig erhalten bleibt. Deutsche Freiberufler sollen in Großbritannien keine speziellen Genehmigungen beantragen müssen. Neben der langfristigen Beschäftigung sollen auch kurzfristige, spontan terminierte Beschäftigungen möglich bleiben, wie dies beispielsweise bei Wochenenddiensten von deutschen Ärztinnen in britischen Krankenhäusern der Fall ist. Hier liegen häufig keine festen Anstellungsverhältnisse zugrunde, sondern es erfolgt eine bedarfsgerechte Einzelfallabrechnung.

Der freie Warenverkehr beispielsweise von Medizinprodukten und Baustoffen wird durch die CE Kennzeichnung befördert; dies erschwert die Tätigkeit derjenigen Freien Berufe (insbesondere Heilberufe und technische Freie Berufe), die diese Produkte für ihre Dienstleistungserbringung benötigen. Der BFB fordert, dass auch künftig die CE Kennzeichnung zu einer unbürokratischen Zulassung auf dem britischen Markt führt. Im Bereich der Zulassung neuer Medikamente, welche durch die Europäische Arzneimittel Agentur (EMA) erfolgt, empfiehlt der BFB, dafür Sorge zu tragen, dass die regulatorischen Kapazitäten, Prozesse und Zeitrahmen nicht negativ beeinflusst werden. Ergänzend weist der BFB darauf hin, dass durch den Austritt aus der Europäischen Atomgemeinschaft (Euratom) der Import notwendiger Isotope für Bestrahlungstherapien nach Großbritannien möglicherweise erschwert wäre. Der BFB geht ferner davon aus, dass die britische Regierung in den Verhandlungen im Interesse britischer Patienten nachhaltige Lösungen vereinbart.

Die Niederlassungsfreiheit als Bestandteil der Freiheit des Personenverkehrs ermöglicht es, den Verwaltungssitz einer britischen

BFB: Mögliche Auswirkungen des Brexit im Berufsumfeld der Freien Berufe. Passion Chirurgie. 2017 Dezember, 7(12): Artikel 05_01.



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

Limited nach Deutschland zu verlegen. Wenn Großbritannien zum Drittstaat wird, verliert eine Limited mit Verwaltungssitz in Deutschland ihren Status als Kapitalgesellschaft – mit weitreichenden Haftungsfolgen für die Gesellschafter. Umgekehrt wird die Europäische Aktiengesellschaft (SE) mit Sitz in Großbritannien, welche auf einer EU-Verordnung beruht, mangels Rechtsgrundlage in eine britische Rechtsform umgewandelt werden. Auch die Möglichkeit grenzüberschreitender Fusionen oder Rechtsformwechsel unter Einbeziehung britischer Gesellschaften würden wegfallen. Der BFB fordert, Zwangsumwandlungen bestehender Rechtsformen zu vermeiden und das bestehende System der Rechtsformen zu erhalten.

Die Niederlassungsfreiheit, aber auch die Arbeitnehmerfreizügigkeit, befördert die EU-weite freiberufliche Dienstleistungserbringung. Der BFB betont, dass europäische freiberufliche Dienstleistungen als wirtschaftsnahe Dienstleistungen auch künftig auf dem britischen Markt erbracht werden. Hierbei ist es wichtig, dass die europäische Dienstleistungserbringung nicht durch neue Hemmnisse erschwert wird.

Nach dem Prinzip der Gegenseitigkeit sollte dies sowohl für britische Freiberufler, die in der EU tätig sind, als auch für deutsche Freiberufler in Großbritannien gelten. Grundsätzlich sollten sich die Tätigkeiten der Freiberufler nach dem Austritt Großbritanniens aus der EU nach nationalem Recht des jeweiligen Mitgliedstaats beurteilen. Für den Fall, dass es in den Austrittsverhandlungen zwischen der EU und Großbritannien zur Vereinbarung eines Handelsabkommens kommt, wonach die Regeln über den Binnenmarkt auch weiterhin anwendbar bleiben, sollten britische Freiberufler auch weiterhin die Möglichkeit haben, die Rechte, die ihnen derzeit sowohl die Dienstleistungs- wie auch die Niederlassungsfreiheit gewährt, geltend zu machen.

Der BFB weist ergänzend daraufhin, dass sämtliche Grundfreiheiten durch europäische Regelungen im Bereich des Steuerrechtes begleitet werden, die nach dem Brexit gangbarer Lösungen bedürfen. So würde für

natürliche Personen mit EU-Pass und Wohnsitz in Großbritannien unmittelbar die Wegzugsteuer greifen (solange Großbritannien EU-Mitglied ist, stünden die deutschen Steuerbehörden diese Steuer; nach dem Brexit wäre sie sofort fällig). Auch Vergünstigungen, wie etwa die Möglichkeit des One-Stop-Shop-Umsatzsteuerverfahrens (durch Einrichtung einer zentralen Stelle wird die Durchsetzung des Bestimmungslandprinzips im Umsatzsteuerrecht für die Leistungsanbieter vereinfacht.), wären dann künftig nicht mehr gegeben. Auch im Hinblick auf die von Freiberuflern unterhaltenen Berufshaftpflichtversicherungen ist eine Mehrbelastung durch zusätzliche Versicherungspflichten aufgrund des Brexits zu vermeiden.

III. DATENSCHUTZ IM INFORMATIONSAUSTAUSCH UND BESTEHENDE EUROPaweite VORWARNSYSTEME BEI VERSTÖßEN GEGEN BERUFSPFLICHTEN ERHALTEN

Der Datenaustausch zwischen den EU-Mitgliedstaaten erfolgt heute über das Binnenmarktinformationssystem (IMI) auf der Grundlage europäischer Datenschutzbestimmungen, unter anderem der Datenschutzgrundverordnung. Dabei dürfen personenbezogene Daten aufgrund derselben rechtlichen Bestimmungen in Deutschland wie in Großbritannien verarbeitet werden.

Ebenso muss der erleichterte Datenaustausch für die Überwachung und Frühwarnung übertragbarer Krankheiten sichergestellt werden. Dieser leistet beispielsweise im Bereich der Bekämpfung der antimikrobiellen Resistenzen (AMR) wertvolle Dienste.

Der gesicherte Datenaustausch ist auch für die Umsetzung von Vorwarnsystemen im Bereich der Verstöße gegen Berufspflichten grundlegend. So wird im Gesundheitssektor die Patientensicherheit über die Unterrichtsverpflichtung aller europäischer Behörden und Gerichte über solche Angehörige von Gesundheitsberufen, denen die Ausübung ihrer beruflichen Tätigkeit untersagt wurde, gewährleistet.

Der BFB fordert, im Interesse eines weiterhin hohen Verbraucher- und Patientenschutzes in Deutschland den erleichterten gesicherten Daten- und Informationsaustausch auch künftig zu erhalten und unnötige bürokratische Hürden zu vermeiden.

Schließlich weist der BFB daraufhin, dass Unsicherheiten hinsichtlich der Datenschutzbestimmungen zu einer Erhöhung von Haftungsrisiken führen, welche den Informationsaustausch nachhaltig behindern würden. Insofern wäre ein Angemessenheitsbeschluss der EU-Kommission (Art. 45 DSGVO) oder eine entsprechende zwischenstaatliche Vereinbarung erforderlich.

IV. UMSETZUNG DER EU-GESETZGEBUNG UND DER RECHTSPRECHUNG DES EUROPÄISCHEN GERICHTSHOFES

EU-Normen und Urteile des EuGH werden nach dem Brexit nicht mehr ohne weiteres als Basis der Auslegung von Vertragsklauseln in Großbritannien gelten; dies schafft Rechtsunsicherheit. Rechtsunsicherheit wird auch durch den Wegfall der Bindung der britischen Gerichte an die Rom-Verordnung sowie die EU-Verordnung 1215/2012 zur Zuständigkeit der Gerichte eines Mitgliedsstaates und zur Lösung von Kompetenzkonflikten geschaffen. Die dem britischen Recht eigene „anti-suit injunction“, welche die Parteien vor britische Gerichte zwingen kann, gewinnt dann wieder an Bedeutung.

Der BFB empfiehlt dringend, in den Verhandlungen zeitnah Lösungen für diese Fragen zu erarbeiten, um Rechtsunsicherheit und Verzerrungen in bestehenden Verträgen durch Wegfall der bisherigen Rechtsgrundlage zu vermeiden.

Der BFB unterstreicht die entscheidende Rolle der Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofes. Verhandlungen über die künftige Ausgestaltung der vier Grundfreiheiten dürfen die Rolle des EuGH auch im Interesse der Rechtssicherheit nicht unberücksichtigt lassen. ○

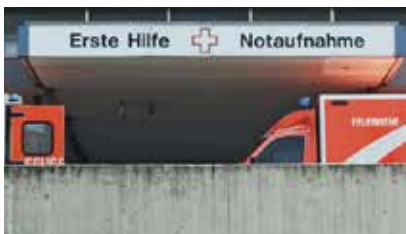
AKTUELLE MELDUNGEN



03.12.2017

50 JAHRE HERZTRANSPLANTATION

Vor 50 Jahren, am 3. Dezember 1967, führte der südafrikanische Herzchirurg Christiaan Barnard die weltweit erste Herztransplantation am Groote-Schuur-Hospital in Kapstadt durch...



29.11.2017

ZI-STUDIE UNTERSTREICHT REFORMBEDARF BEI DER NOTFALLVERSORGUNG

Anlässlich der Veröffentlichung einer Studie des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung (Zi) mit dem Titel „Rolle der Krankenhäuser in der Notfallversorgung in Deutschland: Daten belegen massiven Reformbedarf“...



29.11.2017

BDC ZUM QUALITÄTSMONITOR 2018

Zu dem aktuellen „Qualitätsmonitor 2018“ des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO) erklärt der Präsident des Berufsverbandes der Deutschen Chirurgen e.V. (BDC), Prof. Dr. med. Dr. h.c. Hans-Joachim Meyer...



28.11.2017

VIELE VERMEIDBARE TODESFÄLLE DURCH „GELEGENHEITSCHIRURGIE“ BEI KREBS-OPS

Viele Patienten in Deutschland sterben zu früh, weil sie in Kliniken operiert werden, die zu wenig Erfahrung mit komplizierten Krebs-OPS haben. So könnte allein die Zahl der Todesfälle infolge von Lungenkrebs-Operationen...



24.11.2017

BDC⁺ UPCODING: BETRUGSVERDACHT IN 86 KISTEN

Manipulationen bei Diagnosen zur Erschleichung von Geldmitteln aus dem Gesundheitsfonds sind kriminell. Ein erster Verdächtiger ruft jetzt die Staatsanwaltschaft auf den Plan. Am 27. September wurde eine Razzia bei der AOK an ihren Standorten in Hamburg und Düsseldorf durchgeführt...



21.10.2017

BDC⁺ KOALITIONSVERHANDLUNG: FDP LÄSST JAMAICA PLATZEN

Volkstrauertag 2017 – der Tag, an dem die FDP gegen Mitternacht entschieden hat, die Sondierungsgespräche platzen zu lassen. Oder ist diese Entscheidung schon viel früher gefallen? ...

Einladung zur DGCH-Mitgliederversammlung



**Prof. Dr. med. Dr. h.c.
Hans-Joachim Meyer**
Generalsekretär der
Deutschen Gesellschaft für Chirurgie e.V.
(DGCH)
Luisenstr. 58/59
10117 Berlin
h-jmeyer@dgch.de

Im Auftrag des Präsidenten lade ich hiermit alle Mitglieder der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie zur **Mitgliederversammlung** anlässlich des 135. Kongresses der DGCH 2018 in Berlin sehr herzlich ein.

Die Mitgliederversammlung inkl. Wahlen findet am Donnerstag, 19. April 2018, um 12:30 bis 14.00 Uhr, im Saal A7 statt.

TAGESORDNUNG

1. Eröffnung durch den Präsidenten
2. Wahlen (siehe Bekanntmachung)
3. Bericht des Präsidenten
4. Bericht des Generalsekretärs
5. Bericht des Schatzmeisters
6. Vergabe der Stipendien
7. Verschiedenes

ZU TOP 2: WAHLEN

In Vollzug der gültigen Satzung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie sind folgende Positionen des Präsidiums ab 01. Juli 2018 neu zu besetzen:

1. Dritter Vizepräsident 2018/2019, dann Präsident 2020/2021
2. Schatzmeister
3. Vertreter Allgemeine Chirurgie

Nach § 15.1 der Satzung erhält die Mitgliederversammlung für die von ihr **zu bestätigenden Kandidaten** (hier 1. und 2.) zum Präsidium bzw. Vorstand jeweils einen Namensvorschlag vom Präsidium. (Darüber hinaus unterbreitet das Präsidium Wahlvorschläge für die weiteren Mitglieder des Präsidiums (§13.2)

zu 1.: Als Dritter Vizepräsident 2018/2019 und Präsident 2020/2021 wird der Mitgliederversammlung Herr Prof. Dr. med. Dr. med. dent. Michael Ehrenfeld aus München vorgeschlagen.

zu 2.: Als Schatzmeister 2018/2022 wird der Mitgliederversammlung Herr Prof. Dr. med. Jens Werner aus München vorgeschlagen.

zu 3.: Als Vertreter der Allgemeinen Chirurgie ab 2018 wird der Mitgliederversammlung Herr Prof. Dr. med. Karsten Ridwelski aus Magdeburg vorgeschlagen.

Berlin, im Dezember 2017

Prof. Dr. med. Dr. h.c. Hans-Joachim Meyer



135. Kongress Deutsche Gesellschaft für Chirurgie

Präsident: Prof. Dr. med. Jörg Fuchs

17. bis 20. April 2018
CityCube Berlin

Zusammen mit

20. Jahreskongress der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie

Präsident 2017/2018: Prof. Dr. med. Albrecht Stier, Erfurt

Kongresspräsident 2018: Prof. Dr. med. Christoph-Thomas Germer, Würzburg

56. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Kinderchirurgie

Präsident 2017/2020: Prof. Dr. med. Peter P. Schmittenbecher, Karlsruhe

Tagungspräsident 2018: Prof. Dr. med. Lucas M. Wessel, Mannheim

6. Frühjahrstagung der Deutschen Gesellschaft für Gefäßchirurgie und Gefäßmedizin

Präsident 2017/2018: Prof. Dr. med. Thomas Schmitz-Rixen, Frankfurt

Tagungspräsident 2018: Prof. Dr. med. Dittmar Böckler, Heidelberg

4. Frühjahrstagung der Deutschen Gesellschaft für Thoraxchirurgie

Präsident 2017/2018: Prof. Dr. med. Erich Stoelben, Köln

Kongresssekretariat der DGCH

PD Dr. med. Justus Lieber, E-Mail: justus.lieber@med.uni-tuebingen.de

Veranstalter, Information und Organisation

MCN Medizinische Congressorganisation Nürnberg AG

E-Mail: veith@mcn-nuernberg.de, Internet: www.mcn-nuernberg.de

www.chirurgie2018.de · info@chirurgie2018.de



Einladung zum 135. Jahreskongress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie

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 (BDC), den Berufsverband der niedergelassenen Chirurgen (BNC), 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 und den USA.

In der langen Geschichte unserer Fachgesellschaft wurde Spanien erstmalig als Gastland ausgewählt. Offizieller Repräsentant wird Prof. P. Brechta-Boix, Präsident der „Spanish Society of Oncologic Surgery“ 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).

Die 950 eingereichten Abstracts widerspiegeln das hohe Interesse für diesen Chirurgenkongress.

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, Digitalisierung in der Chirurgie, der Operationssaal der Zukunft und echte „Start Up“-Innovationen näher beleuchtet.





Prof. Dr. med. Jörg Fuchs
Präsident der DGCH
2017/2018
Deutsche Gesellschaft für Chirurgie
(DGCH)
Luisenstr. 58/59
10117 Berlin
info@dgch.de

Besonders erfreulich ist es, neben den interdisziplinären Sitzungen mit der Deutschen Gesellschaft für Anästhesie und Intensivmedizin, ein neues Sitzungskonzept mit der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin 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 Chirurgie in der Zukunft medizinische Spitzenleistungen anbieten können, um im globalen Wettbewerb Bestand zu haben. Demzufolge wird u. a. ein Schwerpunkt des Kongresses die Innovation und Motivation in der Weiterbildung darstellen.

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

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

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

zur Herausforderung der Immigration und Katastrophenmedizin.

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

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

Ein Highlight der Abschlussveranstaltung am 20. April 2018 wird der Gastredner Alexander Huber sein. 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.

Herzlich Willkommen in Berlin!

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

KidsClub Chirurgie



Kinderbetreuung auf dem Chirurgenkongress 2018

Wann: an allen Kongresstagen, Dienstag 17.04. bis Freitag 20.04.2018, von 08:00 Uhr bis 18:00 Uhr.
Wer: Kinder im Alter von 12 Monaten bis 10 Jahre. Die Kinderbetreuung ist auf 20 Kinder täglich begrenzt.
Wo: CityCube Berlin
Wie: Verbindliche Anmeldung* bis zum 30. März 2018 unter service@bdc.de oder Fax BDC 030/28004-159
Vorort-Anmeldungen am Tagungsschalter je nach Kapazität gegebenenfalls noch möglich.
Nähere Informationen über BDC|Online (www.bdc.de) oder über die Kongressseite unter www.chirurgie2018.de.

Eine Initiative von



Verbindliche Anmeldung*

Bitte bis zum 30.03.2018 an den BDC senden (E-Mail service@bdc.de oder Fax 030/28004-159)

Name des Kindes

Geburtsdatum

Ich wünsche eine Betreuung am

- | | |
|--|-----------------------|
| ☐ Dienstag, 17. April | von..... bisUhr |
| ☐ Mittwoch, 18. April | von..... bisUhr |
| ☐ Donnerstag, 19. April | von..... bisUhr |
| ☐ Freitag, 20. April | von..... bisUhr |

Name des

Sorgeberechtigten

Adresse

**Mobiltelefonnummer
des Sorgeberechtigten**

Vorort-Anmeldungen am Tagungsschalter nach Kapazität möglich, jedoch ohne Garantie. Bitte melden Sie sich am Betreuungstag mit Ihrem Kind direkt am Tagungsschalter.

*** Bitte geben Sie uns so früh wie möglich Bescheid, wenn Ihr Kind doch nicht betreut werden soll: 030 / 28004-150.**

Haftungsausschluss durch den Kongressveranstalter: Der Veranstalter übernimmt keine Haftung für Sach- und Personenschäden. Dies gilt auch für Schäden, die durch Dritte verursacht werden. Der Haftungsausschluss erstreckt sich auch vollständig auf fahrlässige und grobfahrlässige Pflichtverletzungen des vom Veranstalter mit der Kinderbetreuung beauftragten Fachpersonals!

Report on a Clinical Observership in Frankfurt/Main

**REPORT ON MY CLINICAL
OBSERVERSHIP PERIOD AT THE
KLINIK FÜR KINDERCHIRURGIE
UND KINDERUROLOGIE
UNIVERSITÄTSKLINIKUM FRANKFURT
FROM 1ST MAY 2017 – 25TH JULY 2017**

My name is Lofty-John Chukwuemeka Anyanwu, I am a Paediatric surgeon from Kano, Nigeria. In March 2017, I was awarded the Wolfgang-Müller-Osten-Stipendium of the German Society of Surgery (DGCH) at the 134th Annual Congress of the Society in Munich.



Dr. med. Loftly-John Chukwuemeka Anyanwu
 Consultant Paediatric Surgeon
 Aminu Kano Teaching Hospital
 Kano, Nigeria

This grant was to help fund my clinical observership period under Prof. Dr. med. Udo Rolle at the Klinik für Kinderchirurgie und Kinderurologie at the Universitätsklinikum Frankfurt am Main.

COMMENCEMENT OF THE PROGRAM

I arrived in Frankfurt on 30th of April, 2017. My host department accommodated me at a comfortable self-catering guest house which was within 15 minutes trekking distance from the hospital. I was also provided with an office with a personal computer and internet access at the hospital. I was shown around the department and the hospital, and introduced to key personnel before the commencement of the program. All staff of the hospital was friendly and accommodating.

ACTIVITIES PARTICIPATED IN

Given the fact that I did not speak the German language, my host department was gracious to change the working language of the department to English at all departmental activities in order to aid my full participation and assimilation. Some of the activities which I participated in are:

1. Clinical Presentation

Work started every morning (Monday - Friday) at 7:20am with the morning clinical review of patients seen during call hours the previous day, and of patients on in patient management. The clinic and Operation theatre list for the day were also reviewed and decisions taken.

2. Ward rounds

This commenced immediately after the early morning clinical presentations. I always followed the team on the rounds.

3. Out-patient Clinic

Consultations at the outpatient clinic (Ambulanz), was done daily. Even though the consultations were held in the German language, I usually had the opportunity to discuss with the consulting doctor on the clinical presentation and line of management.

4. Theatre Sessions

Theatre sessions were held daily. On the days when I was not in the outpatient

clinic, I was in the theatre. I was often allowed to scrub-in and to assist at surgeries. I was opportune to see a wide range of General and Urological Paediatric surgical procedures during my short period of stay in Frankfurt.

5. Inter-Departmental/ Hospital Presentations

I participated at various presentations involving the Department of Paediatrics. At one of these activities in June, I gave a guest lecture titled „**Birth Prevalence of Overt congenital Anomalies in Kano Nigeria**“. I also presented a patient at one of the tumor board meetings. I also attended the joint department of Surgery clinical meetings, although these were usually in the German Language, my colleagues from Paediatric Surgery were always gracious to translate for me and answer my questions.

CONFERENCE/WORKSHOP ATTENDANCE

In May (15th – 20th 2017) I travelled to Limassol Cyprus for the European Paediatric Surgeons Association (EUPSA) and the International Paediatric Colorectal Club Meetings. I presented two papers at the meetings.

- Experience with the management of Bilateral Wilms' tumor in a developing country. A preliminary report. (EUPSA).
- Colorectal carcinoma presenting as an anterior abdominal wall mass in a child: A case report. (Colorectal Club).

In July 2017, I attended the workshop on „Good Scientific Practice“ organized by the Charité University in Berlin. Funding for these activities was provided from the grant.

RESEARCH ACTIVITIES

Currently, I am involved in collaboration with my host department on a retrospective study of the management and outcome of major congenital anterior abdominal wall defects in Kano Nigeria and Frankfurt Germany. The study is ongoing, and on completion, will help improve outcome of the management of these anomalies in sub-Saharan Africa.



CHUKWUEMEKA ANYANWU
 LJ: REPORT OF A CLINICAL
 OBSERVERSHIP IN FRANKFURT/
 MAIN. PASSION CHIRURGIE. 2017
 DEZEMBER, 7(Q4): ARTIKEL 06-07.

RECOMMENDATIONS

An opportunity like the Wolfgang-Müller-Osten-Stipendium is like a dream come true for many Surgeons practicing in resource challenged settings as in low and medium income countries. It is an opportunity to develop surgical capacity in these regions which unfortunately bear a huge surgical disease burden. Having been privileged to receive granted this prestigious opportunity. I humble wish to make the following recommendations:

- There is a need to propagate this opportunity. I believe that adverts could be made in various regional and national surgical society meetings in LMICS in the regional language in order to enable local surgeons know of the existence of the opportunity.
- Possibility to include a German Language Course. From my experience, I believe the foreign doctor will be easily assimilated into his host society if he could easily communicate with other members of his new society outside the hospital environment.

GRATITUDE

I wish to express my heartfelt gratitude to the German Society of Surgeons (DGCH), my host Prof. Dr. med. Udo Rolle and my host institution Universitätsklinikum Frankfurt am Main for the opportunity granted me to improve my knowledge of surgery. This will go a long way in improving my patient management in my home country.

I am also grateful to my wife Mubo and Family for their patience, prayers and understanding during the brief period of separation.

FERDINAND-SAUERBRUCH-FORSCHUNGSPREIS 2018

Ausgeschrieben von der Berliner Chirurgischen Gesellschaft
– Vereinigung der Chirurgen Berlins und Brandenburgs sowie
vom Förderkreis Ferdinand Sauerbruch e. V.
Dotations: 2500 € zur Anerkennung herausragender wissenschaftlicher
Arbeiten und zur Förderung weiterführender Forschungstätigkeit.

Bewerbungen bis zum 31.03.2018 an:

Prof. Dr. Thomas Steinmüller

DRK Kliniken Berlin | Westend

Chirurgische Klinik

Spandauer Damm 130

14050 Berlin

<http://bchirg.de/preise/sauerbruchpreis/>

Berliner Chirurgische Gesellschaft
Vereinigung der Chirurgen Berlins und Brandenburgs



Bestimmung über die Verleihung des „Nachwuchsförderpreises der Sektion Chirurgische Forschung“

Prof. Dr. med. Brigitte Vollmar
 Direktorin
 Institut für Experimentelle Chirurgie
 Universität Rostock
 Universitätsmedizin
 Schillingallee 69a
 18057 Rostock
 Tel. +49 381 494-2500
 Fax +49 381 494-2502
 Brigitte.Vollmar@med.uni-rostock.de

Der Nachwuchsförderpreis der Sektion Chirurgische Forschung soll der Förderung des wissenschaftlichen Nachwuchses in der akademischen Chirurgie dienen. Der Preis wird der besten eingereichten einschlägigen Originalarbeit aus dem Bereich der chirurgischen Forschung zuerkannt. Die Zuerkennung des Preises ist mit Urkunde und einer Prämie in Höhe von 1.000 Euro verbunden. Der Preis wird jährlich ausgeschrieben.

Die Zuerkennung des Preises erfolgt durch einen Preisrichterausschuss, dem folgende Mitglieder angehören:

- a) Vorstand der Sektion Chirurgische Forschung
- b) Leiter/in des Wissenschaftsressort der DGCH

VORAUSSETZUNGEN FÜR DIE BEWERBUNG

Jedes Mitglied der Sektion Chirurgische Forschung unter 35 Jahren kann sich mit einer wissenschaftlichen Arbeit um den Preis bewerben. Der/die Bewerber/in muss Erstautor/in der eingereichten Arbeit sein. Die Arbeit sollte eine peer-review, Pub-Med gelistete englischsprachige Originalarbeit sein und kann in den beiden dem Vergabejahr vorangegangenen Kalenderjahren erschienen sein.

Die Bewerbung ist mit der Preisarbeit und dem Lebenslauf (jeweils in vierfacher Ausfertigung) bis zum **31. Januar des Vergabejahres** als pdf-Datei bitte an die/den Vorsitzende/n der Sektion Chirurgische Forschung zu richten.

Eine bereits ausgezeichnete Arbeit darf nicht eingereicht werden. Der Preisrichterausschuss hat das Recht, Arbeiten, die den wissenschaftlichen Anforderungen nicht genügen oder in einer der Würde und dem Ansehen des Preises abträglichen Form eingereicht werden, von der Beurteilung auszuschließen. Eine Anfechtung der Entscheidung des Preisrichterausschusses ist ausgeschlossen.

Der Preis wird auf der Eröffnungsveranstaltung des DGCH-Kongresses vergeben. An die Preisverleihung ist die Vorstellung der Preisarbeit im Rahmen der Chirurgischen Forschungstage des Vergabejahres gebunden.

Die Bewertung der eingereichten Arbeiten erfolgt nach den Kriterien Originalität, wissenschaftliche Qualität und wissenschaftliche Relevanz mit der möglichen Vergabe von jeweils maximal fünf Punkten. Die Arbeit mit der höchsten Punktschnee wird ausgezeichnet. Bei gleicher Punktschnee entscheidet der/die Vorsitzende der Sektion Chirurgische Forschung unter Zugrundelegung der vorliegenden Beurteilung der Preisrichter.

Die Arbeiten werden den Preisrichtern zugesandt. Jeder Preisrichter muss spätestens sechs Wochen vor dem DGCH-Kongress dem/der Vorsitzenden seine Bewertung bekanntgeben.

Die Entscheidung des Preisrichterausschusses ist in einem Protokoll festzuhalten, das von allen Mitgliedern zu unterzeichnen ist. Ein Exemplar der ausgezeichneten Arbeit bleibt beim Vorstand der Sektion. Der/die Vorsitzende der Sektion benachrichtigt den/die Autor/in der prämierten Arbeit.

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 479 von 636 Patienten	DFG 610 € (zzgl. Um- satzsteuer)/Patient	Dr. J. Lauscher Universitätsmedizin Berlin, Charité Campus Benja- min Franklin Chirurgische Klinik I T: 030/8445-2948 F: 030/450-522 902 E: johannes.lauscher@charite.de



STUDIENZENTRUM DER
DEUTSCHEN GESELLSCHAFT FÜR
CHIRURGIE. REKRUTIERENDE
MULTIZENTRISCHE CHIRURGISCHE
STUDIEN IN DEUTSCHLAND.
PASSION CHIRURGIE. 2017 JULI,
SEPTEMBER 7(09): ARTIKEL 06.01.

MULTIZENTRISCH RANDOMISIERT KONTROLLIERTE STUDIEN

STUDIENLEITER	PATIENTEN/OP.-VERFAHREN	FIRST PATIENT IN/ STATUS DER STUDIE	FINANZIERUNG DER STUDIE/FALLGELD	ANSPRECHPARTNER/ KONTAKT
Studientitel: BariSurg₃ Registriernummer: DRKS00004766				
Prof. Dr. L. Fischer	Patienten mit einem BMI von 35–40 kg/m ² und mit mindestens einer assoziierten Begleiterkrankung sowie Patienten mit einem BMI von 40–60 kg/m ² Experimentelle Gruppe: Magenschlauch-OP Kontrollgruppe: Magenbypass-OP	FPI: 27.11.2013 80 von 248 Patienten	– Kein Fallgeld	Prof. Dr. L. Fischer Universitätsklinikum Heidelberg Chirurgische Klinik T: 06221/56-39493 F: 06221/56-7470 E: Lars.Fischer@med.uni-heidelberg.de
Studientitel: CoCStom₄ Registrierungsnummer: DRKS00005113				
Prof. Dr. P. Kienle	Patienten mit Rektumkarzinom UICC II-III nach neoadjuvanter Radiochemotherapie und TAR mit TME und protektivem Stoma Experimentelle Gruppe: Frühe Stomarückverlagerung 8–10 Tage nach Tumorsektion, anschließend Chemotherapie Kontrollgruppe: Späte Stomarückverlagerung 4 Wochen nach Beendigung der adjuvanten Chemotherapie	FPI: 27.12.2013 217 von 257 Patienten	DFG 1.000 €/Patient	Dr. F. Şandra-Petrescu Dr. F. Herrle Universitätsmedizin Mannheim Chirurgische Klinik T: 0621/383-4453 oder -1501 F: 0621/383-1955 E: flavius.sandra-petrescu@umm.de E: florian.herrle@umm.de
Studientitel: DiaSurg 2-Studie₅ Registrierungsnummer: DRKS 00004550				
Prof. Dr. M.W. Büchler PD Dr. B.P. Müller	Insulinabhängiger Diabetes mellitus Typ 2 und BMI 26–35 kg/m ² Experimentelle Gruppe: Magenbypass Kontrollgruppe: Optimale medikamentöse Therapie	FPI: 25.03.2013 22 von 400 Patienten	Manfred Lautenschläger-Stiftung, Covidien AG, Schweiz 500 €/Patient	Prof. Dr. B.P. Müller Universitätsklinikum Heidelberg Chirurgische Klinik Sektion Minimalinvasive Chirurgie T: 06221/56-8641 F: 06221/56-8645 E: beat.mueller@med.uni-heidelberg.de
Studientitel: FREY-BERNER₆ Registrierungsnummer: ISRCTN 26157183				
Prof. Dr. H. Witzigmann	Chronische Pankreatitis Experimentelle Gruppe: Duodenumhaltende Pankreaskopfresektion nach Frey Kontrollgruppe: Duodenumhaltende Pankreaskopfresektion in der Berner Modifikation	FPI: 16.03.2006 65 von 66 Patienten	– Kein Fallgeld	Dr. U. Ringel und K. Westphal Städtisches Krankenhaus Dresden-Friedrichstadt Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie T: 0351/480-1520 F: 0351/480-1149 E: ringel-ul@khdf.de, Katina-Westphal@web.de
Studientitel: Gastripec I₇ Registrierungsnummer: DRKS 00003078 EudraCT-Number: 2006-006088-22				
Prof. Dr. B. Rau, MBA	Magenkarzinompatienten inkl. AEG mit einer primären Peritonealkarzinose ohne weitere Fernmetastasen außer Krukenbergtumor Experimentelle Gruppe: Neoadjuvante Chemotherapie, zytoreduktive Chirurgie und hypertherme intraperitoneale Chemotherapie (HIPEC), postoperative Chemotherapie Kontrollgruppe: Neoadjuvante Chemotherapie, zytoreduktive Chirurgie, postoperative Chemotherapie	FPI: 05.03.2014 92 von 180 Patienten	DKH 300€/Patient	Prof. Dr. B. Rau, MBA Universitätsmedizin Berlin Charité Campus Mitte Klinik für Allgemein-, Viszeral-, Thorax- und Gefäßchirurgie T: 030/450-622214 F: 030/450-7522214 E: beate.rau@charite.de

MULTIZENTRISCH RANDOMISIERT KONTROLLIERTE STUDIEN				
STUDIENLEITER	PATIENTEN/OP.-VERFAHREN	FIRST PATIENT IN/ STATUS DER STUDIE	FINANZIERUNG DER STUDIE/FALLGELD	ANSPRECHPARTNER/ KONTAKT
Studientitel: Nabelhernie: IPOM vs. Sublay, Registrierungsnummer: NCT01201564				
Prof. Dr. D. Oertli PD Dr. O. Heizmann	Patienten mit nicht inkarzierter Nabelhernie $\geq$ 1cm Durchmesser Experimentelle Gruppe: Laparoskopisch appliziertes intraperitoneales Onlay Mesh (IPOM) Kontrollgruppe: Sublay-Netzplastik	FPI: 15.09.2010 105 von 306 Patienten	Universitätsspital Basel, Schweiz Kein Fallgeld	Dr. D. Matz Agaplesion Diakonieklinikum Rotenburg Wümme T: 04261/77-2757 F: 04261/77-2140 E: d.matz@diako-online.de
Studientitel: PAKMAN₁₀ Registrierungsnummer: DRKS00007784				
Dr. P. Knebel	Patienten mit Indikation zur elektiven Pankreatoduodenektomie Experimentelle Gruppe: Intraoperative Allgemein- und postoperative patientenkontrollierte intravenöse Analgesie (IV-PCA) Kontrollgruppe: Kombinierte Allgemein- und epidurale Anästhesie und postoperative epidurale Analgesie (EDA)	FPI: 30.06.2015 370 von 370 Patienten	Dietmar Hopp Stiftung 700 €/Patient	PD Dr. P. Knebel Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Transplantationschirurgie, Universitätsklinikum Heidelberg T: 06221/56-35154 oder -39652 F: 06221/56-33850 E: phillip.knebel@med.uni-heidelberg.de
Studientitel: RELY₁₁ Registrierungsnummer: NCT01073358				
Prof. Dr. J. Weitz	Patienten zur geplanten R0-Resektion von kolorektalen Lebermetastasen Experimentelle Gruppe: Resektion der kolorektalen Lebermetastasen mit hilärer Lymphadenektomie Kontrollgruppe: Resektion der kolorektalen Lebermetastasen ohne hiläre Lymphadenektomie	FPI: 09.03.2010 232 von 366 Patienten	– Kein Fallgeld	PD Dr. N.N. Rahbari Klinik und Poliklinik für Viszeral-, Thorax- und Gefäßchirurgie Universitätsklinikum Carl Gustav Carus an der TU Dresden T: 0351/458-19260 F: 0351/458-7273 E: nuh.rahbari@uniklinikum-dresden.de
Studientitel: SAWHI-V.A.C.® Study₁₂ Registrierungsnummer: DRKS00000648, NCT01528033				
D. Seidel	Primär verschlossene abdominelle 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 515 von 600 Patienten	KCI- Kinetic Concepts Incorporated 1.000 €/Patient	Dr. D. Seidel Universität Witten/Herdecke Institut für Forschung in der Operativen Medizin Köln T: 0221/98-95731 F: 0221/98-95730 E: doerthe.seidel@uni-wh.de

MULTIZENTRISCH RANDOMISIERT KONTROLLIERTE STUDIEN

STUDIENLEITER	PATIENTEN/OP.-VERFAHREN	FIRST PATIENT IN/ STATUS DER STUDIE	FINANZIERUNG DER STUDIE/FALLGELD	ANSPRECHPARTNER/ KONTAKT
Studientitel: WOPP14* Registrierungsnummer: NCT01855464				
Prof. Dr. T. Walles, FETCS Prof. Dr. J. Neudecker (Stellvertreter Studienleiter)	Patienten (15–40 Jahre) mit Rezidiv eines primären Spontanpneumothorax (PTX) oder therapierefraktärem PTX Erstereignis Experimentelle Gruppe: Lungenkeilektomie mit parietaler Pleurektomie Kontrollgruppe: Alleinige parietale Pleurektomie	FPI: 19.11.2013 239 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

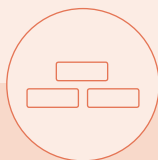
- [1] Influence of two different resection techniques of liver metastasis from colorectal cancer on hematogenous tumor cell dissemination – prospective randomized multicenter trial
- [2] Randomisierte, multizentrische Studie mit der primären Hypothese, dass kontrolliertes Warten (watchful waiting) dem 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: November 2017

SPENDENAUFTRUF

Langenbeck-Virchow-Haus



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

sich mit einem Spendenaufruf an die Mitglieder zu wenden.

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

Überweisungen mit Angabe von Namen und Adresse des Spenders werden erbeten auf das Konto der DGCH bei der Deutschen Apotheker- und Ärztebank Berlin, IBAN DE54 3006 0601 0005 2983 93, BIC 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
Herr Prof. Dr. med. Roderich Schwarz, Bristol
in memoriam Prof. Dr. med. Wilhelm
Müller, Rostock

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. Ruëff, 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
 Dr. Martin Busing, Recklinghausen
 Prof. Dr. Axel Laczkovics, Bochum
 in memoriam Prof. Waldemar Kozuschek,
 Bochum

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 Zwiipp, 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, Erfurt

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

Herr Dr. med. Albert Schreiber, Neumarkt

in memoriam Dr. med. Claus Wiedmann

Frau Dr. med. Waltraud von Kothén

Herr Dr. med. Jürgen Friedrich, Essen

Herr Dr. med. Arnd Siegel, Stade

in memoriam Prof. Dr. med. Rudolf Nissen

Herr Dr. med. Michael-Alexander Reinke,
Plettenberg

in memoriam Prof. Dr. med. E.H.
Farthmann

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
F. Stelzner, Bonn
H.-J. Peiper, Göttingen
K.-H. Schriefers, Koblenz
H. Hamelmann, Kiel
W. Hartel, Ulm
F. P. Gall, Erlangen
M. Trede, Mannheim
G. Hierholzer, Duisburg
H. Bauer, Altötting
D. Rühland, Singen
A. Encke, Frankfurt
K. Schönleben, Ludwigshafen
J. R. Siewert, München
N. P. Haas, Berlin
B. Ulrich, Düsseldorf
M. Rothmund, Marburg
H. D. Saeger, Dresden
H. U. Steinau, Bochum
K. Junghanns, Ludwigsburg
R. Arbogast, Pforzheim
V. Schumpelick, Aachen
R. Gradinger, München
A. Haverich, Hannover
M. Büchler, Heidelberg
K.-W. Jauch, München

KORRESPONDENZADRESSE

Deutsche Gesellschaft für Chirurgie e.V.
Luisenstraße 58/59
10117 Berlin
Tel.: 030/28876290
info@dgch.de
www.dgch.de

REDAKTION**MITTEILUNGEN DER DGCH**

Prof. Dr. med. Dr. h.c. H.-J. Meyer (V.i.S.d.P.),
info@dgch.de
Dipl. Kffr. Canan Kilci, referentin@dgch.de



Deutsche Gesellschaft für Chirurgie e. V.

– Geschäftsstelle –

Luisenstraße 58/59

10117 Berlin

MEINE DATEN HABEN SICH GEÄNDERT

Mitgliedsnummer

Titel

Name und Vorname

Klinik/Krankenhaus/Praxis

Abteilung

Klinik-Anschrift

Telefon dienstlich

Fax dienstlich

Privat-Anschrift

Telefon privat

Fax privat

E-Mail-Adresse

Postsendungen bitte an die

☐ Praxis-/Klinikadresse

☐ Privatadresse

Ich bin tätig als:

☐ Ärztlicher Direktor

☐ Chefarzt

☐ Niedergelassener Chirurg

☐ Oberarzt

☐ Assistenzarzt

☐ Belegarzt

☐ Student

☐ Ich lebe im Ruhestand seit _____

☐ Meine Bankverbindung hat sich geändert. Bitte senden Sie mir ein SEPA-Formular zu.

DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR CHIRURGIE e.V., Luisenstr. 58/59, D - 10117 Berlin

Tel.: 030 28 87 62 90 | Fax: 030 28 87 62 99 | E-Mail: info@dgch.de



Nur Mut!

Kein
Durchschnittsjob:
ChirurgIn
www.chirurg-werden.de

Einladung zum Bundeskongress Chirurgie 2018 „Gemeinsam stark“

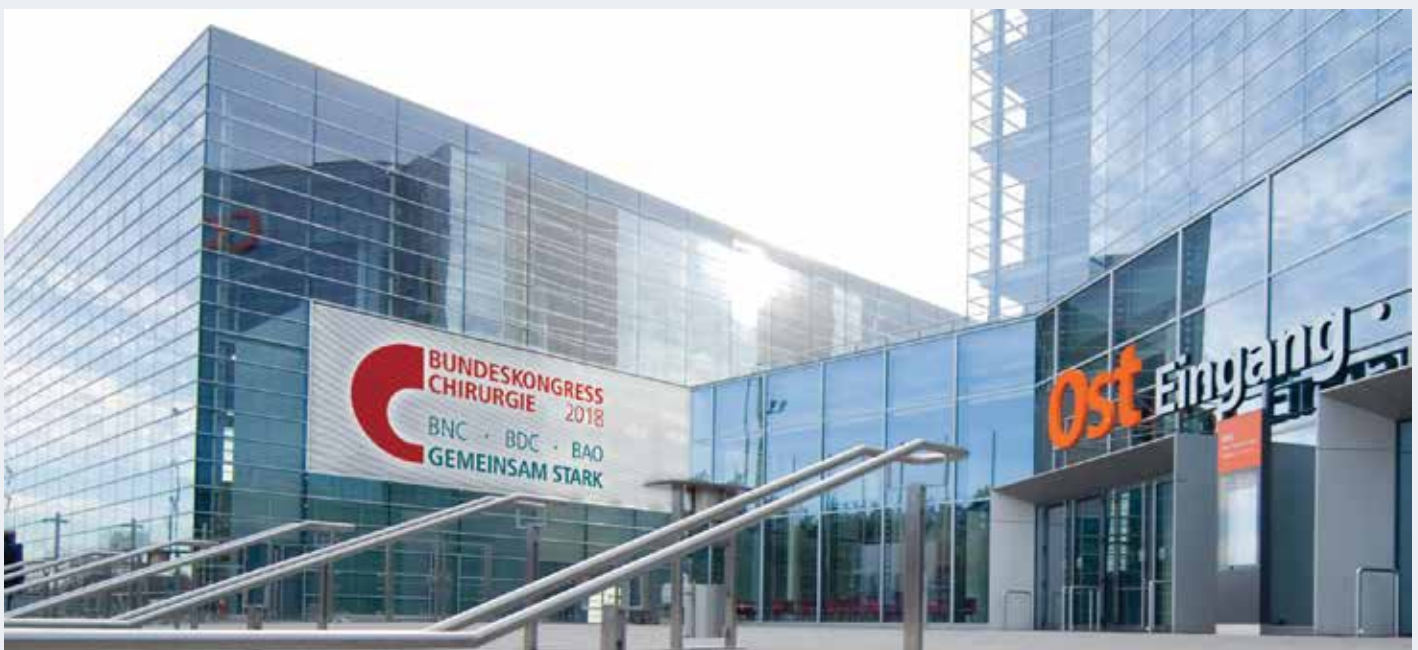
Fortbildung, Innovationsbereitschaft und ökonomisches Handeln sind feste Bestandteile unserer chirurgischen Tätigkeit. Auf diesen Pfeilern manifestiert sich der Bundeskongress Chirurgie 2018 in Nürnberg. Auf Wunsch einer großen Mehrheit unserer Kollegen haben wir uns entschlossen, den Kongress um einen Tag zu verkürzen und Ihnen die Inhalte kompakt an zwei Tagen darzulegen.

Die unfallchirurgisch-orthopädischen Schwerpunkte werden in diesem Jahr auf Verletzungen des Beckens sowie der Wirbelsäule gelegt. Unter dem Motto „Ran an den Rücken“ werden wir auch konventionelle Behandlungsmöglichkeiten des akuten und chronischen Rückenschmerzes diskutieren. Als DGUV zertifizierte Veranstaltungen werden die Kindertraumatologie, die Rehamanagement/Rehamedizin und das

Gutachtenseminar (Kurs 2) thematisiert und angeboten.

In der Eröffnungsveranstaltung werden wir über die Zukunft der sektorenübergreifenden chirurgischen Versorgung diskutieren. Im Anschluss erfolgt die Verleihung des Journalistenpreises des BDC.

Erneut werden wir das Thema Digitalisierung aufgreifen, bei dem sich das deutsche Gesundheitssystem einem enormen Erwartungsdruck ausgesetzt sieht. Dieser kommt aus der Politik, der Industrie und natürlich auch von unseren Patienten. Patienten wollen ihre Daten allen behandelnden Ärzten zukommen lassen, Untersuchungsergebnisse aus allen Versorgungsbereichen sollen mitgenutzt werden. Gleichzeitig erwartet der Patient jedoch, dass diese Daten strikt vertraulich behandelt werden. Die Politik möchte so schnell wie möglich



Dr. med. Christoph Schüürmann
Vorsitzender BNC

Prof. Dr. med. Dr. h.c. Hans-Joachim Meyer
Generalsekretär DGCH
Präsident BDC

Dr. med. Axel Neumann
Präsident BAO

Dr. med. Michael Bartsch
Kongressleiter

Schüürmann C, Meyer HJ, Neumann A, Bartsch M: Einladung zum Bundeskongress Chirurgie 2018 „Gemeinsam stark“. Passion Chirurgie. 2017 November, 7(11): Artikel 04_02.



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

diese neuen Techniken in Umlauf bringen und die Industrie verfolgt ihre eigenen wirtschaftlichen Interessen. Über diese kontroversen Vorstellungen werden wir am Freitagmorgen in der Sitzung Digitalisierung und E-Health berichten. Namhafte Protagonisten sind eingeladen und haben bereits zugesagt.

Die zunehmende Problematik der multiresistenten Keime und der damit für uns verbundenen neuen Hygienevorschriften werden wir in der Hygienesitzung am Samstag ausführlich diskutieren. Die gleiche Thematik verfolgt uns am gesundheitspolitischen Vormittag, dazu werden namhafte Berufspolitiker Konsequenzen der Qualitätsindikatoren in der zukünftigen Medizin diskutieren.

Alle teilnehmenden Berufsverbände werden über aktuelle Entwicklungen aus ihrem Fach berichten. Die Sitzung Arzt und Recht wird über medizinrechtliche Neuerungen

und natürlich über das Antikorruptionsrecht informieren.

Den Abschluss des Bundeskongresses bildet ein Symposium zu Kostenstrukturen von ambulanten Operationszentren und Abrechnungsmöglichkeiten ambulanter Operationen und Anästhesien.

Sehr verehrte Kolleginnen und Kollegen, nach der Wahl ist vor der Wahl. Wir denken, dass die neue Bundesregierung mit neuen Gesetzen, die das Gesundheitssystem betreffen, nicht lange auf sich warten lässt. Dieser Kongress bietet Ihnen die Gelegenheit mit renommierten gesundheitspolitischen Experten in den Dialog zu treten. Danach mögen Sie sich selbst ein Bild machen, wo der Weg der Gesundheitspolitik 2020 hinführen wird.

Kommen Sie bitte zahlreich nach Nürnberg, denn nur gemeinsam sind wir stark! ○

PROGRAMM

- Fachthemen der Allgemein-, Viszeralchirurgie, Unfallchirurgie, Handchirurgie, Fußchirurgie
- Vorträge zur Verletzung der Wirbelsäule und des Beckens sowie zur Behandlung des chronischen Rückenschmerzes
- Zukunft der sektorenübergreifenden Chirurgie
- Digitalisierung und e-health, Qualitäts- und Fehlermanagement, D-Arzt und sein Team, Arzt und Recht
- Neue Hygiene-Richtlinien
- Hernien-Symposium
- Gutachten-Seminar / Rehamanagement / Kindertraumatologie (DGUV zertifiziert)
- Tag der medizinischen Fachberufe
- Workshops

Mit namhaften Referenten aus Politik und Wirtschaft sowie aus dem Praxis-, Ambulanz- und Klinikalltag

Veranstalter/Organisation

MCN Medizinische Congressorganisation Nürnberg AG
Neuwieder Str. 9, 90411 Nürnberg
Tel.: 0911/3931625, Fax: 0911/3931620
E-Mail: bch@mcnag.info
Internet: www.bundeskongress-chirurgie.de

BUNDESKONGRESS CHIRURGIE 2018

BNC · BDC · BAO
GEMEINSAM STARK

23.02. – 24.02.2018, Nürnberg Convention Center



BDC-News

KONGRESS



Der BDC beim DKOU

Der Deutsche Kongress für Orthopädie und Unfallchirurgie 2017 (DKOU) fand im Oktober in Berlin statt – unter dem Motto: Bewegung ist Leben. Der BDC war wie immer an allen vier Kongresstagen vor Ort. Besonders das druckfrische Programm der BDC|Akademie für 2018 kam bei den Besuchern gut an. Denn auch für 2018 hat die BDC|Akademie wieder viele Angebote im Bereich Orthopädie/Unfallchirurgie zusammengestellt

[MEHR INFORMATIONEN...](#)

BDC|RHEINLAND-PFALZ



Neue Landesvertreter

Dr. med. Jörg Fischböck wurde beim gemeinsamen Jahrestreffen der Landesverbände BDC|Baden-Württemberg und Rheinland-Pfalz zum neuen Vorsitzenden des BDC|Rheinland-Pfalz gewählt. Als seinen stellvertretenden Vorsitzenden wählten die Teilnehmer Herrn Dr. med. Stefan Studier-Fischer aus Ludwigshafen.

[ZUM PROTOKOLL DER SITZUNG...](#)

BDC-UMFRAGE



Raumkognition beim laparoskopischen Lernen

An der Universität Bremen wird derzeit eine Online-Umfrage zu „Raumkognition beim laparoskopischen Lernen“ in Zusammenarbeit mit dem BDC durchgeführt. Der Fragebogen ist Teil eines Forschungsprojekts (von Tina Vajsbaier, Universität Bremen), das das Ziel hat, den Zusammenhang zwischen räumlich-kognitiven Faktoren einerseits und der erfolgreichen Durchführung laparoskopischer chirurgischer Eingriffe andererseits genauer zu untersuchen.

[ZUR UMFRAGE...](#)

BDC|WEBINARE



Neues Fortbildungsangebot

Seit September gibt es das neue Fortbildungsangebot des BDC exklusiv und kostenfrei für Mitglieder. Beim nächsten Webinar am 14. Dezember 2017 wird Prof. Dr. med. Christian Waydhas alles rund um die S3-Leitlinie: Analgesie, Sedierung und Delirmanagement in der Intensivmedizin erläutern und steht live für Fragen im Chat zur Verfügung. Registrieren Sie sich jetzt schon auf der BDC-Plattform und verpassen Sie keinen Termin der BDC|WEBINARE.

[ZUR ANMELDUNG...](#)



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

Update: BDC|Shop und BDC|Mobile-App



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

Einige Angebotsseiten und Apps des Berufsverbandes der Deutschen Chirurgen kommen so langsam „in die Jahre“ – die Uhr tickt in der digitalen Welt eben doch etwas schneller. Nach dem erfolgreichen Relaunch der Homepage BDC|Online, sind jetzt die BDC|Mobile-App und der BDC|Shop an der Reihe.

BDC|SHOP IM NEUEN GEWAND

Seit vielen Jahren können nicht nur BDC-Mitglieder in unserem Onlineshop chirurgische Stellenanzeigen aufgeben. Sondern es gibt auch ein breites Angebot von Weiterbildungsbüchern und Jahreslizenzen für die E-Learning-Plattform [eCME-Center] bis hin zu BDC-Krawatten und BDC-Lauftrikots. Neu ist das responsive Design, sodass man die Webseite auch komfortabel auf mobilen Geräten wie Smartphones und Tablets bedienen kann, um bequem im BDC|Shop zu stöbern. Das neue Layout wurde auch an BDC|Online angepasst – hell, übersichtlich und freundlich gestaltet.

MEHR INHALTE IN BDC|MOBILE

Die BDC|Mobile App bietet jetzt auch Zugriff auf die neue Fortbildungsplattform der

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.

Über die App kann man außerdem auf die eMagazine der BDC-Mitgliederzeitschrift PASSION CHIRURGIE, den E-Learning-Bereich im [ecme-center] und den News-Feed mit aktuellen Meldungen aus der Gesundheitspolitik und dem Berufsverband zugreifen.

Die kostenlose App von **BDC|Mobile** kann in den App-Stores für Android- oder Apple-Geräte heruntergeladen werden. 



Dittmar R: Update: BDC|Shop und BDC|Mobile-App. Passion Chirurgie. 2017 Dezember, 7(12): Artikel 07_02.



NEUIGKEITEN AUS DEM BDC FINDEN SIE AUF BDC|ONLINE (WWW.BDC.DE, RUBRIK BDC-NEWS).

Bei Fragen zur **BDC|Mobile-App** oder dem **BDC|Shop** können Sie sich gern an die BDC-Geschäftsstelle wenden:

Telefon 030 / 28004-100

Fax: 030 / 28004-108

eMail: mail@bdc.de



BDC|Mobile

Die schnellsten Infos für
Chirurginnen und Chirurgen

BDC|Mobile ist die Service-App des BDC – kostenlos für alle BDC-Mitglieder. Sie bündelt verschiedene Dienstleistungen für Smartphones und Tablets. BDC|Mobile ist erhältlich für Apple- und Android-Geräte.

**Jetzt noch
umfang-
reicher!**

BDC|Mobile beinhaltet:

- **Passion Chirurgie**
Die Mitgliederzeitschrift von BDC und DGCH
- **E-Learning Kurse**
des eCME-Centers
- **Neu: Webinare**
Zertifizierte Live-Vorträge
- **Neu: BDC|Shop**
mit Logbüchern, Stellenanzeigenbuchung uvm.
- **Aktuelles vom BDC**
News, Veranstaltungen, Termine



Wie bekomme ich BDC|Mobile?

Für Ihr iPhone oder iPad laden Sie BDC|Mobile aus dem Apple AppStore. Als Besitzer eines Android Smartphones oder Tablets laden Sie BDC|Mobile aus Google Play herunter. Die App finden Sie in den Stores unter den Stichwörtern „BDC“ und „Chirurg“. Einfach diese App installieren und starten.



Wegfall von Entschädigungsgrenzen

Mit der Neuordnung des Haftpflicht-Rahmenvertrages für BDC-Mitglieder wurde nicht nur die Versicherungssumme erhöht, sondern auch einige Entschädigungsgrenzen abgeschafft. Zum Beispiel sind Schlüsselverluste, Mietsachschäden an unbeweglichen Objekten und Abwasserschäden nun bis zur Versicherungssumme abgesichert. Doch was verbirgt sich hinter diesen Begriffen und weshalb sind diese Erhöhungen wichtig?

Ist dies auch für Generalschlüssel und elektronische Schließanlagen.

MIETSACHSCHÄDEN AN UNBEWEGLICHEN SACHEN

Als Mieter von Praxisräumen können Sie für Schäden an den angemieteten Räumen verantwortlich gemacht werden. Dabei kann es nicht nur zu Schäden in den Räumen kommen, sondern auch über die gemieteten Räume hinaus. Schäden durch Feuer oder Leitungswasser sind hier besonders schadenträchtig. Dabei kann es zu erheblichen Regress-Forderungen durch den Gebäudeversicherer kommen.

ABWASSERSCHÄDEN

Nicht nur durch Frischwasser können Schäden an fremdem Eigentum entstehen. Beschädigungen können auch durch Abwässer aus den Praxisräumen hervorgerufen werden, die



BDC
Versicherungs-
Service

Gut aufgestellt mit dem
BDC-Rahmenabkommen

SCHLÜSSELVERLUST

Laut Verbraucherzentrale gehen in Deutschland pro Jahr rund 800.000 Schlüssel verloren. Über die Haftpflichtversicherung sind die anfallenden Kosten, für das Abhandeln von fremden Schlüsseln mitversichert. Dazu zählen sowohl die Neubeschaffung von Schlüsseln als auch der Austausch ganzer Schließanlagen. Bei größeren Gebäuden mit zentraler Schließanlage können die Kosten hierfür knapp 100.000 EUR betragen. Relevant



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

Nunne M: Wegfall von Entschädigungsgrenzen.
 Passion Chirurgie. 2017 Dezember, 7(12): Artikel
 07_03.



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

zusätzlich weitere Verunreinigungen verursachen. Gerade wenn in der Folge gesundheitliche Probleme auftreten oder Medizintechnik beschädigt wird, können niedrige Versicherungssummen schnell aufgebraucht werden.

WESHALB SIND DIESE ERHÖHUNGEN WICHTIG?

Arztpraxen befinden sich häufig in großen Gebäudekomplexen wie Ärztehäusern oder Kliniken. Dies bedeutet allerdings auch, dass die möglichen Schäden, sowohl an den gemieteten Räumen als auch am Eigentum der anderen Mieter steigen. Durch die höheren

Versicherungssummen ist der Rahmenvertrag auf zukünftige Kostensteigerungen vorbereitet. Gleichzeitig wurde der Versicherungsschutz für Sie vereinfacht, um Überraschungen im Schadenfall zu vermeiden.

UNSERE MITARBEITENDEN BERATEN SIE GERNE INDIVIDUELL

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 bdc-versicherungsservice@ecclesia.de.

Tab. 1: Versicherte Schäden und ihre Versicherungssummen

Mitversichert	Alte Versicherungssumme	Neue Versicherungssumme
Schlüsselverlust	20.000 EUR	Bis zur Versicherungssumme - Mindestens 7.500.000 EUR
Mietsachschäden an unbeweglichen Sachen	1.000.000 EUR	Bis zur Versicherungssumme - Mindestens 7.500.000 EUR
Abwasserschäden	250.000 EUR	Bis zur Versicherungssumme - Mindestens 7.500.000 EUR



VERSICHERUNGS-NEWS

Damit sich BDC-Mitglieder bestens versichern können, hat der BDC-Versicherungs-Service einige Verbesserungen mit den Versicherern ausgehandelt. **Lesen Sie auf BDC|Online (www.bdc.de, Rubrik Wissen | Recht & Versicherung) mehr zu den genannten Artikeln:**

- **Versicherungs-Update:** Neues zu den BDC-Rahmenverträgen
- **Achtung!** Auslandstätigkeit nicht per se versichert
- **Versicherungssummen in der Heilwesen-Haftpflicht**
- **Berufseinsteiger-Paket**

PASSION CHIRURGIE

im

Wandel der Zeit



**1960**

Erste Aussendung der Rundschreiben vom BDC an alle Mitglieder

1967

Erstes Erscheinungsjahr der Verbandszeitschrift als Nachrichtenblatt Mitteilungen des BDC

1969

Die Informationen des Berufsverbandes der Deutschen Chirurgen e.V. erscheinen als Sonderdruck in Der Chirurg

1991

Ab den 90ern publiziert der BDC seine Verbandszeitschrift erstmals unter dem Namen DER CHIRURG BDC

2011

PASSION CHIRURGIE erscheint als eMagazin, vierteljährlich auch als gedruckte Ausgabe

2016

PASSION CHIRURGIE wird seit Dezember 2016 als gemeinsame Mitgliederzeitschrift des BDC und der DGCH veröffentlicht

In den ersten Jahren wurden Mitglieder per Rundschreiben und ab 1967 mit dem Nachrichtenblatt Mitteilungen des BDC über aktuelle gesundheitspolitische Entwicklungen und Verbandsinterna auf dem Laufenden gehalten.

1969 erschien dann zum ersten Mal eine Ausgabe der Informationen des Berufsverbandes der Deutschen Chirurgen e.V. als Sonderdruck in Der Chirurg.

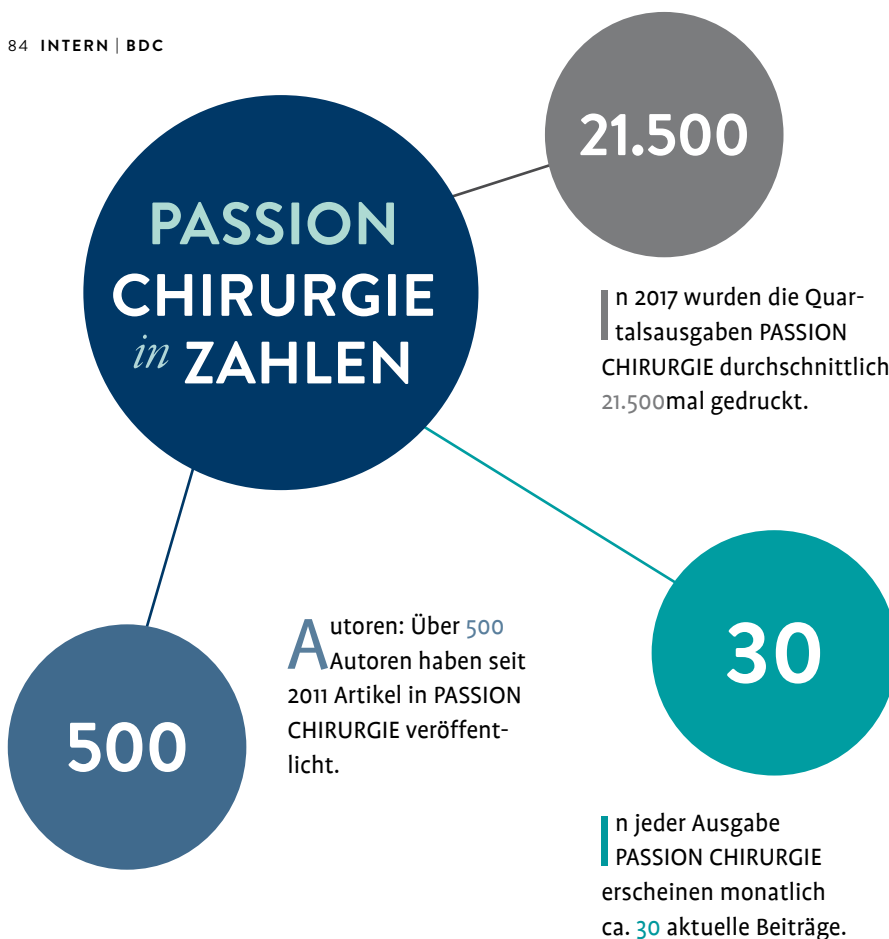
DER CHIRURG BDC

Wolfgang Müller-Osten initiierte die Veröffentlichung der Verbandsmitteilungen als Sonderdruck im Springer Verlag. Ziel der Kooperation mit Der Chirurg als offizielles Organ des BDC war es, alle Chirurgen in Praxis und Klinik – nicht nur die Mitglieder – über berufspolitische Fragen zu informieren und ihnen Hilfen für den chirurgischen Alltag anzubieten. Juristische Beratungen durch die Justitiare Walther Weißauer und Jörg Heberer wurden in dieser Zeit immer öfter nachgefragt und zunehmend in Der Chirurg BDC veröffentlicht.

Ab Januar 1995 übernahm Jürgen Bauch die Herausgeberschaft von Wolfgang Müller-Osten. Bedingt durch die steigenden Mitgliederzahlen stieg auch die Höhe der Auflage – das Abonnement war auch damals schon in der Mitgliedschaft enthalten.

Nach der Wahl von Michael Polonius zum Vizepräsidenten am 01. Juli 2002 ging die Her-

1968**1975****1991**



ausgeberschaft an diesen über, der sie auch bei seiner Wahl zum Präsidenten nach dem Tod von Jens Witte beibehielt. Das Layout, das lange nur in zwei Farben gedruckt wurde, und die inhaltliche Struktur wurden im Zuge dessen auch überarbeitet.

Seit Januar 2009 wurde das Heft farbig gedruckt und umfasste jeden Monat ein Schwerpunktthema mit mehreren Artikeln. Feste Rubriken ergänzen seit dem den jeweiligen Schwerpunkt: Weiterbildung & Fortbildung, Vergütung & Ökonomie, BDC intern und BDC Service sowie eine Rubrik medizin aktuell, die vom Springer Verlag verantwortet wird.

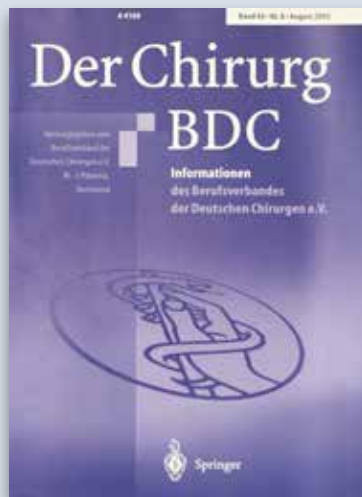
PASSION CHIRURGIE: DIGITAL UND GEDRUCKT

Im Januar 2011 übernahm die BDC Service GmbH die Redaktion, die Produktion und den Vertrieb der Mitgliederzeitschrift. Um dem Zeitalter der Digitalisierung zu entsprechen, wurde die Mitgliederzeitschrift ab diesem Zeitpunkt als digitale und gedruckte Ausgaben aufgelegt. Im Rahmen der Umbenennung der Zeitschrift fand gleichzeitig ein komplettes Neudesign statt. Die Passion Chirurgie wirkt frisch und modern.

2000



2003



2010





Dr. rer. pol. Ronny Dittmar

Geschäftsführer des BDC
Ronny.Dittmar@bdc.de

Julia Weilbach

Presse- & Öffentlichkeitsarbeit im BDC
weilbach@bdc.de

Katrin Kammerer

Redaktion PASSION CHIRURGIE
passion_chirurgie@bdc.de

Dittmar R, Kammerer K, Weilbach J: PASSION CHIRURGIE im Wandel der Zeit. Passion Chirurgie. 2017 Dezember, 7(12): Artikel 07_04.



MEHR ZUR PASSION CHIRURGIE
FINDEN SIE AUF BDC|ONLINE (WWW.
BDC.DE, RUBRIK PASSION CHIRURGIE).

Der monatliche Erscheinungsrhythmus blieb: Zwölf Monatsausgaben werden seit-her jährlich in digitaler Form als eMagazin veröffentlicht. Über die Neuerscheinung aller Exemplare werden Mitglieder per Newsletter und per Nachricht direkt in der BDC|Mobile App informiert. Die Inhalte des monatlichen eMagazins können dann auf BDC|Online (www.bdc.de) oder direkt in der BDC|Mobile App abgerufen werden. Zusätzlich gibt es einmal pro Quartal eine gedruckte Ausgabe, die die wichtigsten Artikel der drei zurückliegenden digitalen Monatsausgaben zusammenfasst.

GEMEINSAME MITGLIEDERZEITSCHRIFT DES BDC UND DER DGCH

Als ein weiteres konkretes Ergebnis der stärkeren Zusammenarbeit der DGCH und des BDC erscheint seit Dezember 2016 die neue gemeinsame PASSION CHIRURGIE – Prof. Dr. med. Dr. h.c. Hans-Joachim Meyer, BDC-Präsident und Generalsekretär der DGCH hat diese Entwicklung maßgeblich vorangetrieben.

In der komplett überarbeiteten und neu gestalteten Zeitschrift sind alle aktuellen Mitteilungen der DGCH und des BDC unter-

gebracht. Die gemeinsame Zeitschrift ist mit einer Druckauflage von über 21.500 die auflagenstärkste chirurgische Fachzeitschrift im deutschsprachigen Raum.

Als Ausdruck zweier kooperierender Partner wurde die neue Mitgliederzeitschrift so konzipiert, dass sich beide Vereinigungen gleichermaßen in den Inhalten und dem Design wiederfinden. Es wurde bewusst auf eine Zusammenführung von Rubriken und spezifischen Kapiteln verzichtet – vielmehr wurde gemeinsam eine rundum neue Zeitschrift gestaltet. PASSION CHIRURGIE erscheint weiterhin quartalsweise als Print- und monatlich als elektronische Ausgabe.



Egal wie sich das Format, die Redakteure und auch der Name der BDC-Mitgliederzeitschrift in den vergangenen Jahrzehnten verändert hat, eines hat sich nicht geändert: Unser Dank gegenüber allen Autoren – oft selber BDC-Mitglieder – die unsere Zeitschrift mit interessanten, lehrreichen und manchmal auch provokanten Beiträgen ermöglichen.

In diesem Sinne freuen wir uns auch in Zukunft über Ihre Ideen, Manuskripte, Leserbriefe und auch Ihre Kritik.

2011



2016



2017



BDC|Landesverbände

AUS DEM
BDC



DER BDC IN DEN BUNDESLÄNDERN

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

www.bdc.de/bdc-landesverbaende



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



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



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



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



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



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



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



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



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



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



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



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



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



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



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



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



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



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



www.bdc.de



BDC-PRESSESPIEGEL

30.11.2017 Ärztezeitung

Mindestmengen sind kein Allheilmittel

Mindestmengen sind kein Allheilmittel für Schwächen des Gesundheitssystems. Diese Auffassung vertritt der Berufsverband der Deutschen Chirurgen (BDC). Zwar spricht sich der BDC für Spezialisierung innerhalb der Chirurgie aus...

29.11.2017 Krankenkassen direkt

BDC zum „Qualitätsmonitor 2018“ des WIdO - Mindestmengen als alleinige Qualitätsindikatoren unzureichend

Zu dem aktuellen „Qualitätsmonitor 2018“ des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO) erklärt der Präsident des Berufsverbandes der Deutschen Chirurgen e.V. (BDC), Prof. Dr. med. Dr. h.c. Hans-Joachim Meyer: „Der BDC spricht sich generell für die Spezialisierung innerhalb der Chirurgie aus. Eine Verbesserung der Behandlungsergebnisse bei komplexen Maßnahmen kann am besten über den Weg einer Zentralisierung erreicht werden, wie einige europäische Nachbarländer bereits zeigen. ...“

17.11.2017 Verbände Forum

Aktuelle Ausschreibung: Journalistenpreis der Deutschen Chirurgen

Der Berufsverband der Deutschen Chirurgen e.V. (BDC) vergibt erneut den „Journalistenpreis der Deutschen Chirurgen“. Noch bis zum 15. Dezember 2017 können Beiträge für den mit 1.500 Euro dotierten Preis eingereicht werden...

26.10.2017 Thüringer Allgemeine

Thüringer Pilotprojekt: Gleichbehandelt – ambulant wie stationär

Das Pilotprojekt ist durchaus gewagt. Es ist deutschlandweit das erste nennenswerte, das die medizinischen Sektoren „ambulant“ und „stationär“ tatsächlich verbindet, indem es sie gleichbehandelt. Bei der Bezahlung der Leistung durch die Kassen. Wird es ein Erfolg, dann hat er seine Wurzeln in Thüringen...

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-humervollen 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.

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
02.03.18		Berlin	2018-21525	Workshop: Simulationstraining Notfallmanagement	Dr. med. Jan Baus	450,00	600,00
15.03.18	17.03.18	Bochum	2018-21665	Basischirurgie - Common Trunk	Dr. med. Jörg Sauer	300,00	500,00
27.04.18	28.04.18	Leipzig	2018-21520	Seminar: Notfallmanagement im Bereitschaftsdienst	Dr. med. Ehrhardt Weiß	100,00	200,00
03.05.18	05.05.18	Hamburg	2018-21666	Basischirurgie – Common Trunk	PD Dr. Dr. Uwe Johannes Roblick; Prof. Dr. H. Bernd Reith	400,00	600,00
17.05.18	18.05.18	Berlin	2018-21509	Basischirurgie: Praktisches Seminar - Orthopädie und Unfallchirurgie	Dr. med. Thomas Stoffels	300,00	500,00
01.06.18		Nor- derstedt	2018-21514	Workshop: Chirurgische Anatomie	Prof. Dr. med. Andreas Prescher		
08.06.18	09.06.18	Tübingen	2018-21510	Workshop: Intensivmedizin	Dr. med. Hans Fischer	400,00	600,00
11.06.18	14.06.18	Tuttlingen	2018-21663	Basischirurgie: Common Trunk	Prof. Dr. med. Michael Schäffer	400,00	600,00
06.09.18	08.09.18	Berlin	2018-21503	Praktisches Seminar – Allgemein-, Viszeral- & Gefäßchirurgie	Dr. med. Jörg Sauer	400,00	600,00
28.09.18	29.09.18	Leipzig	2018-21520	Seminar: Notfallmanagement im Bereitschaftsdienst	Dr. med. Ehrhardt Weiß	100,00	200,00

FACHARTZTVORBEREITUNG

DATUM		ORT	KURS-NR.	SEMINARTITEL	WISSENSCHAFTLICHER LEITER	PREIS MITGLIED	PREIS NICHT-MGL
12.02.18	16.02.18	Berlin	2018-23691	Facharztseminar Gefäßchirurgie	Dr. med. Ingo Flessenkämper	300,00	500,00
19.02.18	23.02.18	Augsburg	2018-22580	Facharztseminar Allgemein- und Viszeralchirurgie	Prof. Dr. med. Matthias Anthuber	300,00	500,00
22.03.18	24.03.18	Berlin	2018-23920	Facharztseminar Plastische Chirurgie	Prof. Dr. Heinz-Herbert Homann; Prof. Dr. Ulrich Kneser	300,00	500,00
23.04.18	27.04.18	Berlin	2018-22570	Facharztseminar Allgemein- und Viszeralchirurgie	Prof. Dr. med. Thomas Steinmüller	300,00	500,00
23.04.18	27.04.18	Hamburg	2018-23820	Facharztseminar Orthopädie/Unfall- chirurgie	Prof. Dr. med. Wolfgang Rüther; Prof. Dr. med. Markus Kröber	300,00	500,00
15.05.18	18.05.18	Solingen	2018-23686	Facharztseminar Viszeralchirurgie	Prof. Dr. med. Wolfgang Schwenk	300,00	500,00

FACHBEZOGENE SEMINARE, WORKSHOPS UND HOSPITATIONEN

DATUM		ORT	KURS-NR.	SEMINARTITEL	WISSENSCHAFTLICHER LEITER	PREIS MITGLIED	PREIS NICHT-MGL
04.06.18	08.06.18	Erfurt	2018-23670	Facharztseminar Viszeralchirurgie	Prof Dr. med. Albrecht Stier	300,00	500,00
13.06.18	15.06.18	Berlin	2018-23711	Facharztseminar Thoraxchirurgie	Dr. med. Gunda Leschber	300,00	500,00
10.09.18	14.09.18	Leipzig	2018-22550	Facharztseminar Allgemeinchirurgie	Dr. med. Ehrhardt Weiß	300,00	500,00

FACHÜBERGREIFENDE SEMINARE

DATUM		ORT	KURS-NR.	SEMINARTITEL	WISSENSCHAFTLICHER LEITER	PREIS MITGLIED	PREIS NICHT-MGL
23.02.18	24.02.18	Dortmund	2018-24711	Abschlusscolloquium Fortbildung für hygienebeauftragte Ärzte (HBA) Spezialkurs für Gastroenterologen	Prof. Dr. med. Julia Seifert; Prof. Dr. med. Axel Kramer		
02.03.18	03.03.18	Berlin	2018-24620	Update perioperative Medizin	Dr. med. Magnus Kaffarnik; PD Dr. med. Robert Öllinger	350,00	450,00
23.03.18	24.03.18	Berlin	2018-24707	Abschlusscolloquium Fortbildung für hygienebeauftragte Ärzte (HBA)	Prof. Dr. med. Julia Seifert; Prof. Dr. med. Axel Kramer		
04.05.18	05.05.18	Berlin	2018-24707	Abschlusscolloquium Fortbildung für hygienebeauftragte Ärzte (HBA)	Prof. Dr. med. Julia Seifert; Prof. Dr. med. Axel Kramer		

FACHBEZOGENE SEMINARE, WORKSHOPS UND HOSPITATIONEN

DATUM		ORT	KURS-NR.	SEMINARTITEL	WISSENSCHAFTLICHER LEITER	PREIS MITGLIED	PREIS NICHT-MGL
24.01.18	26.01.18	Augsburg	2018-23610	Spezielle Unfallchirurgie Teil I	Prof. Dr. Dr. h.c. Edgar Mayr	300,00	500,00
25.01.18	26.01.18	Berlin	2018-22400	CAMIC 1: Grundlagen der minimal-invasiven Chirurgie	Prof. Dr. med. Ferdinand Köckerling	400,00	600,00
22.02.18	23.02.18	Berlin	2018-22402	CAMIC 2: Endoskopische Hernienchirurgie	Prof. Dr. med. Ferdinand Köckerling	400,00	600,00
08.03.18	09.03.18	Berlin	2018-22404	CAMIC 3: Laparoskopische Nahttechniken	Prof. Dr. med. Ferdinand Köckerling	400,00	600,00
19.04.18	21.04.18	Hamburg	2018-23612	Osteosyntheseverfahren an der oberen Extremität	Prof. Dr. med. Johannes M. Rueger	400,00	600,00
26.04.18	27.04.18	Berlin	2018-22406	CAMIC 4: Laparoskopische kolorektale Chirurgie	Prof. Dr. med. Ferdinand Köckerling	400,00	600,00
04.05.18	05.05.18	Berlin		Viszeralchirurgie kompakt Beckenbodenchirurgie	PD Dr. med. Annett Gauruder-Burmester	300,00	500,00
04.06.18	06.06.18	Berlin	2018-23678	Viszeralchirurgie Kompakt: Kolorektale Chirurgie	Prof. Dr. med. Martin Kreis; Prof. Dr. med. Johann Pratschke; PD Dr. med. Felix Aigner	250,00	450,00
08.06.18	09.06.18	Mannheim	2018-23675	Viszeralchirurgie Kompakt: Proktologie	Prof. Dr. med. Dieter Bussen; Prof. Dr. Alexander Herold; Dr. Andreas K. Joos	300,00	500,00

FACHBEZOGENE SEMINARE, WORKSHOPS UND HOSPITATIONEN

DATUM		ORT	KURS-NR.	SEMINARTITEL	WISSENSCHAFTLICHER LEITER	PREIS MITGLIED	PREIS NICHT-MGL
13.06.18	15.06.18	Köln	2018-23677	Viszeralchirurgie Kompakt: Oberer Gastrointestinaltrakt	Prof. Dr. med. Christiane Bruns; Prof. Dr. med. Wolfgang Schröder; Prof. Dr. med. Jessica Leers	250,00	450,00
13.06.18	15.06.18	Berlin	2018-23681	Viszeralchirurgie Kompakt: Endokrine Chirurgie	Prof. Dr. med. Thomas Steinmüller; Dr. Mechthild Hermanns	250,00	450,00
15.06.18	16.06.18	Döllnsee	2018-23682	Brandenburger Viszeralchirurgisches Update	Prof. Dr. med. habil. Frank Marusch; Prof. Dr. med. Hubertus J. C. Wenisch	30,00	50,00
27.06.18	29.06.18	Berlin	2018-23671	Viszeralchirurgie Kompakt: Hepatobiliäre Chirurgie	Prof. Dr. med. Johann Pratschke; PD Dr. med. Moritz Schmelzle; PD Dr. med. Robert Öllinger	250,00	450,00

SOFTSKILL- & MANAGEMENTSEMINARE

DATUM		ORT	KURS-NR.	SEMINARTITEL	WISSENSCHAFTLICHER LEITER	PREIS MITGLIED	PREIS NICHT-MGL
19.01.18	20.01.18	Berlin	2018-26531	Führungsseminare: Modul 1 - Führungsstrategien für Ärztinnen	Dr. med. Gunda Leschber; Prof. Dr. med. Katja Schlosser; Sabine Schicke	450,00	650,00
09.03.18	10.03.18	Berlin	2018-26532	Führungsseminare: Modul 2 - Durchsetzungsstrategien im Klinikalltag	Dr. med. Gunda Leschber; Prof. Dr. med. Katja Schlosser; Sabine Schicke	450,00	650,00
04.05.18	05.05.18	Berlin	2018-26533	Führungsseminar: Modul 3 - Erfolgsstrategien in eigener Sache	Dr. med. Gunda Leschber; Prof. Dr. med. Katja Schlosser; Sabine Schicke	450,00	650,00
25.05.18	26.05.18	Berlin	2018-27832	Praxis-Optimierung	Dr. med. Peter Kalbe	350,00	500,00
02.06.18		Berlin	2018-25590	Der Chirurg als Gutachter im Behandlungsfehlerprozess	Prof. Dr. med. Heiner Wenk	250,00	400,00
21.09.18	22.09.18	Köln	2018-25820	Begutachtung von Berufskrankheiten	Dr. med. Ekkehard Hierholzer	300,00	500,00

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

SPONSOREN 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 der medizintechnischen und pharmazeutischen Industrie heutzutage gerade unter den erschwerten Rahmenbedingungen nicht denkbar. Dieses betrifft neben dem Gesamtprogramm der Akademie auch immer wieder die gezielte Förderung ein-

zelner zukunftsorientierter Projekte mit innovativen und modernen Lernkonzepten. Der konstruktive Dialog, der hier zwischen der BDC|Akademie und den einzelnen Industrieunternehmen entstanden ist und intensiv gepflegt wird, ist Ausdruck dieser engen Kooperation. Dabei bleiben die Inhalte der ärztlichen Fortbildung unabhängig von wirtschaftlichen Interessen. Das wissenschaftliche Programm jeder Veranstaltung wird auch weiterhin produkt- und dienstleistungsneutral gestaltet.

Die BDC|Akademie dankt allen Sponsoren 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
8.12.2017	9.12.2017	Frankfurt am Main	Frankfurt MuskuloSkelettal 2017	Intercongress GmbH		
9.12.2017	10.12.2017	Wendisch Rietz	Grundlagen der Beatmung (BEA)	Medizinisches Kompetenzzentrum c/o HCx Consulting GmbH	625,00	625,00
12.1.2018	13.1.2018	Hamburg	23. Tagung des Konvents der Leitenden Krankenhauschirurgen	Konvent der Leitenden Krankenhauschirurgen	100,00	100,00
16.2.2018	17.2.2018	Bonn	24. Fortbildungsseminar Handchirurgie der DGH	Intercongress GmbH		
17.2.2018	20.2.2018	Leipzig	47. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie	Deutsche Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie		
22.2.2018	23.2.2018	Berlin	11. Endoprothetik Kongress Berlin, 22.-24. Februar 2018 in Berlin (DE)	Conventus Congressmanagement & Marketing GmbH		
2.3.2018	3.3.2018	Mannheim	Anorektaler Endosonographiekurs	Akademie für Anorektale Endosonographie	350,00	350,00
8.3.2018	9.3.2018	Stolberg bei Aachen	EuRegio Aachen Wirbelsäulensymposium 2018	Conventus Congressmanagement & Marketing GmbH		
9.3.2018	10.3.2018	Kiel	Kieler Arthroskopiekurs 2018	Conventus Congressmanagement & Marketing GmbH		
22.3.2018	24.3.2018	Hamburg	6th European Pelvic Course 2018	Conventus Congressmanagement & Marketing GmbH		
5.4.2018	7.4.2018	München	9th International Surgical Sleep Society Meeting	Conventus Congressmanagement & Marketing GmbH		
5.5.2018		Berlin	Aktuelle Proktologie	Proktologisches Zentrum Berlin	35,00	35,00
3.6.2018	6.6.2018	Münster	69. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Neurochirurgie - Joint Meeting mit der Mexikanischen und der Kolumbianischen Gesellschaft für Neurochirurgie	Conventus Congressmanagement & Marketing GmbH		
8.6.2018	9.6.2018	München	Munich Shoulder Fracture Course 2018	Intercongress GmbH		
20.9.2018	22.9.2018	Den Haag	13th Congress of the European Hip Society	Intercongress GmbH		

LIFESTYLE- ANGEBOTE

im Dezember 2017

%

7 %



WEG.DE: 7% RABATT FÜR BDC-MITGLIEDER

13 %



ADLER: 13% RABATT FÜR BDC-MITGLIEDER

18 %



FLACONI: 18 % RABATT FÜR BDC-MITGLIEDER

15 %

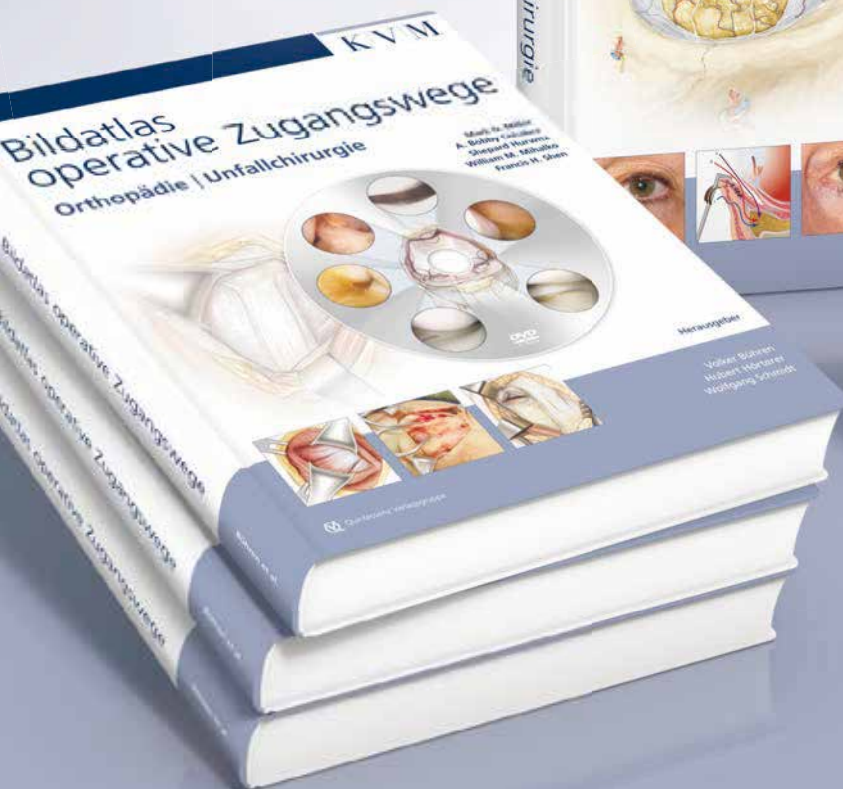


**DESIGN BESTSELLER: 15 % RABATT
FÜR BDC-MITGLIEDER**

WIE KANN ICH DIE ANGEBOTE IN ANSPRUCH NEHMEN?

Alle Service-Angebote für BDC-Mitglieder finden Sie auf BDC|Online unter der Rubrik Leistungen | Lifestyle-Angebote. 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.

LITERATUR
AUS DER
CHIRURGIE



EXPERTENWISSEN
FÜR DIE KLINIK –
UMFASSEND UND
PRAXISNAH

JA, bitte liefern Sie mir folgende(n) Titel:

- ___ Expl. »Bildatlas Lidchirurgie«
408 S., 800 Abb., Best.-Nr.: 30104, 1. Auflage 2013, € 178,-
- ___ Expl. »Bildatlas Meniskus chirurgie«
256 S., 600 Abb., Best.-Nr.: 30100, 1. Auflage 2015, € 149,-
- ___ Expl. »Bildatlas operative Zugangswege«
614 S., 950 Abb., Best.-Nr.: 30090, 1. Auflage 2012, € 149,-

SCHAEFERMUELLER
PUBLISHING BESTELLSERVICE
FAX: +49 30 521 377 24
Mail: info@schaefermueller.de

Lieferung gegen Rechnung (inkl. MwSt., zzgl. Versandkosten)

Titel/Vorname

Name

Straße/Nr.

PLZ/Ort

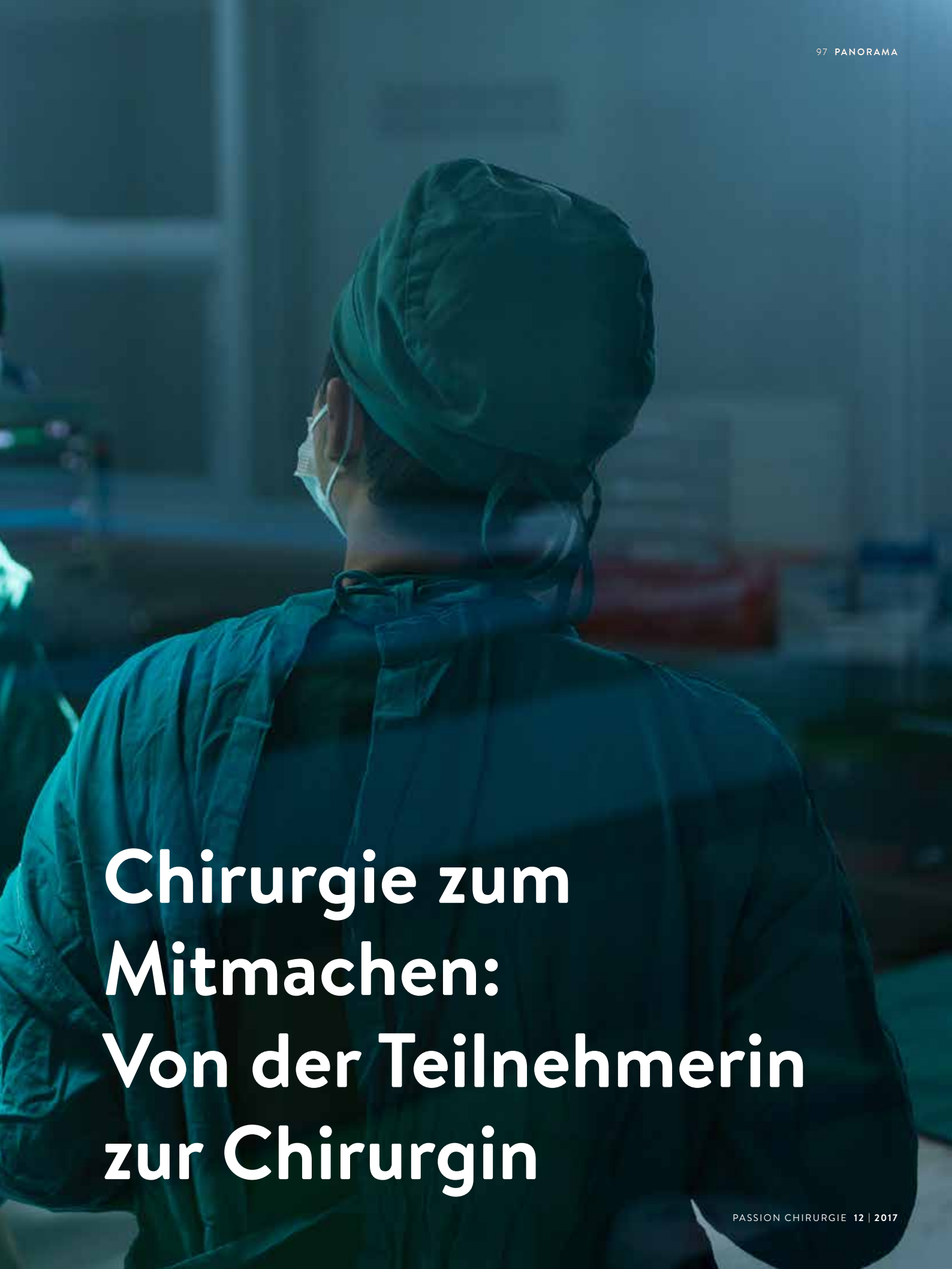
Tel./Fax

E-Mail

Datum/Unterschrift

Nur Mut!

Kein
Durchschnittsjob:
ChirurgIn
www.chirurg-werden.de

A photograph of a surgeon from behind, wearing blue scrubs and a blue surgical cap. The surgeon is in an operating room, with various medical equipment and instruments visible in the background. The lighting is dim, creating a focused and professional atmosphere.

Chirurgie zum Mitmachen: Von der Teilnehmerin zur Chirurgin



Dr. med. Franziska Renger
 Fachärztin für Allgemeinchirurgie
 Allgemein, Viszeral- und Onkologische
 Chirurgie
 Helios Klinikum Berlin Buch
 Schwanebecker Chaussee 50
 13125 Berlin

Renger F.: Chirurgie zum Mitmachen: Von der Teilnehmerin zur Chirurgen. Passion Chirurgie. 2017 Dezember, 7(12): Artikel 08_01.



INFORMATIONEN ZUR
 BDCNACHWUCHSKAMPAGNE



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

„Kein Durchschnittsjob: ChirurgIn“ stand auf dem Plakat auf dem Charité Campus. Das passte zu dem Gefühl, das sich während meines PJ-Aufenthaltes in Peru entwickelt hatte: Ich gebe der Chirurgie eine Chance – ich muss es ausprobieren. Ursprünglich wollte ich in Peru hauptsächlich Spanisch lernen und Berufserfahrung in einem Entwicklungsland sammeln. Dass ich aber auch die Begeisterung für die Chirurgie mit nach Hause bringen würde, hätte ich vorher nicht gedacht.

Ich meldete mich also an – beim Workshop „Chirurgie zum Mitmachen“ in Berlin. Das muss ungefähr 2009 gewesen sein. Es ist somit schon einige Jahre her und an alle Einzelheiten des Workshops kann ich mich nicht mehr erinnern, aber was mir auf jeden Fall im Gedächtnis geblieben ist: Es hat Spaß gemacht – besonders das laparoskopische Training mit Gummibärchen und Streichhölzern! Der Workshop hat mich emotional darin bestärkt, mich im Fachbereich Chirurgie



Lernen Sie täglich neue Menschen kennen.

Von innen.

Kein Durchschnittsjob: ChirurgIn

www.chirurg-werden.de

Eins der ersten Kampagnenmotive

auszuprobieren und an meinem neuen Plan festzuhalten.

Vor dem chirurgischen PJ in Peru hatte ich mich eher in einem immunologischen Fach der Inneren Medizin oder in der Neurologie gesehen. Über Chirurgie hatte ich noch nicht einmal nachgedacht – und so hatte ich mich auch nicht um ein chirurgisches Netzwerk in Deutschland gekümmert. Zurück aus Peru mit der neuen Liebe Chirurgie im Gepäck kam der Workshop genau richtig, um dies zu tun und von Chirurgen und Chirurgen Einblicke zu erhalten, die mich in meinem neuen Ziel bestärken oder auch davon abbringen würden. Im Rahmen des Workshops habe ich einen meiner späteren Oberärzte kennengelernt, was vielleicht ein eleganter Türöffner für meine erste Stelle gewesen ist.

Und heute? Für mich hat sich dieses Jahr ein schöner Kreis geschlossen. Im Frühjahr habe ich meinen Facharzt für Allgemein Chirurgie gemacht und war vor Kurzem wieder bei einem Workshop „Chirurgie zum Mitmachen“ – dieses Mal als Referentin, mit einem Vortrag zur Minimalinvasiven Chirurgie. Nach wie vor halte ich den praktischen Teil des Workshops für „den Star des Tages“. Denn das Handwerk macht die Chirurgie so einmalig. Das ist es auch, was unentschlossene oder auch zögernde interessierte Studierende letztendlich fasziniert, Chirurgen zu werden. Deshalb könnte der praktische Teil bei den Workshops in meinen Augen sogar noch ausgebaut werden.

Ich hoffe, dass der BDC weiterhin diese Workshops veranstalten wird. Das Angebot,

Chirurginnen und Chirurgen und auch unterschiedliche chirurgische Karrierewege in diesem Rahmen kennenzulernen und wirklich mit den eigenen Händen zu arbeiten, kann bei vielen Teilnehmerinnen und Teilnehmern die Hemmschwelle zur Chirurgie verringern.

Wahrscheinlich hätte ich auch ohne den Workshop meinen Weg in die Chirurgie gefunden. 100-prozentig kann ich aber sagen, dass ich genau zum richtigen Zeitpunkt daran teilgenommen habe. Ich würde ihn auch jedem Studierenden empfehlen, der Chirurgie für sich in Betracht zieht. Letztlich glaube ich, dass man es einfach ausprobieren muss – fühlen und erfahren, ob es einem liegt. Dafür kann „Chirurgie zum Mitmachen“ ein erster und sehr wichtiger Schritt sein.

CHIRURGIE ZUM MITMACHEN

Termine der Workshops für Medizinstudierende:

14.04.2018	Langen
28.04.2018	Leipzig
05.05.2018	Aachen
26.05.2018	Erlangen
09.06.2018	Berlin
06.10.2018	Mechernich

Information & Anmeldung: www.chirurgIn-werden.de





BDC-Kommentar zum Artikel „Generation Y – Nein Danke“

Es schildert ein junger angehender Arzt – vielleicht ein Chirurg – seine Sichtweise auf den Arztberuf. Ja, diese Sichtweise ist persönlich und am Anfang einer beruflichen Laufbahn stehend. Sie ist geprägt von Enthusiasmus und Liebe zum angestrebten Beruf. Vielleicht ein wenig verklärend und zu heroistisch. Der berufliche Alltag wird einiges wieder ins rechte Licht rücken. Aber dieser Artikel zeigt mir auch, dass es die jungen Medizinerinnen und Mediziner gibt, die für den Arztberuf brennen und sich mit ganzer Kraft dafür einsetzen ein guter Arzt zu werden und zu sein. Ist es nicht unsere Aufgabe diese jungen zukünftigen Kollegin und Kollegen weiter

zu motivieren und zu unterstützen? Nicht jeder kann und soll Arzt werden. Manchmal sind die Jahrgangsbesten des Abiturs nicht auch die Passenden für den Arztberuf. Natürlich ist der Beruf des Arztes in unserer heutigen Zeit und unter den jetzigen gesundheitspolitischen wie gesundheitsökonomischen Rahmenbedingungen keine Wohlfühlloase. Dies war er aber auch noch nie. Auch Herr Ricardo Patricio Perez Anderson wird dies erleben müssen. Jede Arztgeneration der letzten 100 Jahre musste Entbehrungen auf sich nehmen. Die Ausübung des Berufes war nicht immer leicht und wird es auch in Zukunft nicht sein. Es ist aber der Generation X und

Dr. med. Matthias Krüger MA
 Leiter Ressort Nachwuchsförderung
 Berufsverband der Deutschen
 Chirurgen e.V. (BDC)
 Oberarzt
 Klinikum Magdeburg gGmbH
 Klinik für Allgemein- und
 Viszeralchirurgie
 Birkenallee 34
 39130 Magdeburg
 machirurg@yahoo.de

Y zu verdanken, dass hier ein Umdenken eingesetzt hat. Es muss aber möglich sein, dass der Arzt Beruf-Karriere- Familie-Freizeit in einem vernünftigen Maß vereinbaren kann. Die Qualität eines Arztes rekrutiert sich nicht nur aus seiner Anwesenheit in der Klinik oder Praxis, sondern auch aus einem verantwortungsvollen Maß seiner eigenen Gesundheit gegenüber.

Lassen Sie uns gemeinsam dafür sorgen, dass diese motivierte Generation dem Arztberuf erhalten bleibt. Dies fängt bei der Weiterbildung an, geht über gute Arbeitsbedingungen und attraktive Arbeitgeber bis zum wertschätzenden Umgang.

Aber neben der Nachwuchsförderung müssen wir uns auch um den jetzigen Mittelbau

kümmern. Vielleicht haben wir bei aller Nachwuchsförderung die jetzigen Leistungserbringer im Gesundheitswesen die 35- bis 55-Jährigen ein wenig aus dem Fokus verloren. Sie halten zurzeit den „Laden am Laufen“. Wir sollten uns auch wieder vermehrt um diese bemühen.

An Herrn Anderson die Bitte: Bewahren Sie sich Ihre Einstellung zum Arztberuf und vielleicht können Sie in fünf oder zehn Jahren Ihre jetzige Meinung reflektieren.

Viele Grüße
 Ihr

Dr. med. Matthias Krüger

Artikel „**Generation Y – Nein Danke**“ von Ricardo Patricio Perez Anderson in der Passion Chirurgie Q3 und 07/2017 und Leserbriefe

Artikel und Leserbriefe...



Krüger M: BDC-Kommentar zum Artikel „Generation Y – Nein Danke“. Passion Chirurgie. 2017 Dezember, 7(12): Artikel 08_02.

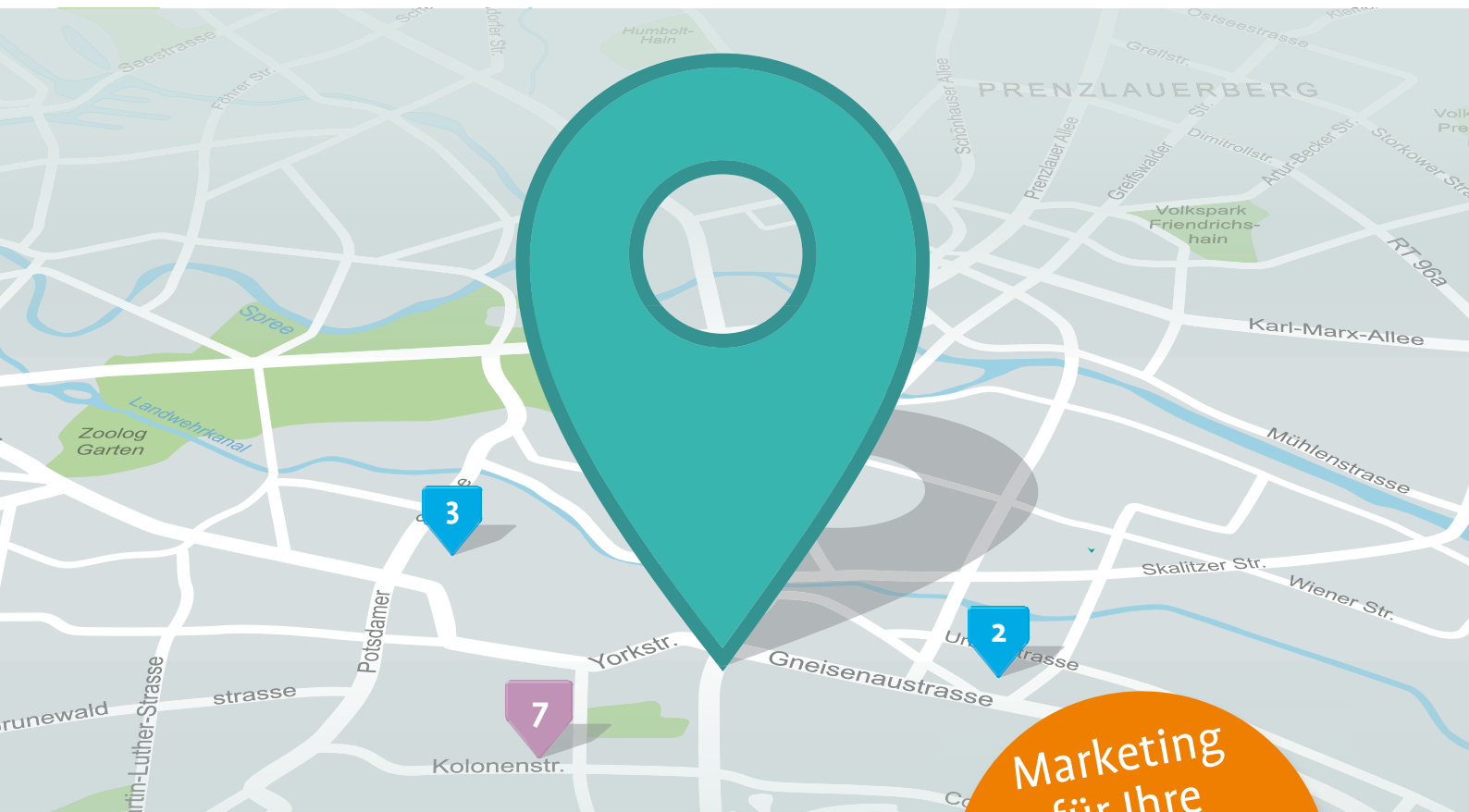


WEITERE ARTIKEL ZUM THEMA
 FINDEN SIE AUF BDC|ONLINE
 (WWW.BDC.DE, RUBRIK WISSEN |
 PANORAMA).



Chirurgie-Suche

Berufsverband der
Deutschen Chirurgen e.V.



Marketing
für Ihre
Einrichtung:
**Überzeugen
sie durch
Fakten!**

Chirurgie-Suche.de

Präsentieren Sie sich als kompetentes Leistungszentrum
und innovative Weiterbildungsstätte

- ✓ Effizientes Praxis- & Klinikmarketing
- ✓ Multimediale Präsentation Ihrer Einrichtung
und Ihres Leistungsspektrums
- ✓ Fakten statt Bewertungen
- ✓ Optimierte Auffindbarkeit im Internet
- ✓ Vergleich von Weiterbildungsstätten nach:
 - Familienfreundlichkeit
 - Weiterbildungsangeboten intern und extern
 - Weiterbildungsermächtigungen
 - Anzahl der Weiterbildungsoperationen

www.chirurgie-suche.de