

PASSION

CHIRURGIE

PANORAMA

HERNIENSCHULE
FÜR AFRIKA

im Fokus

HERNIENCHIRURGIE

04 | 2018

MITGLIEDERZEITSCHRIFT:
DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR CHIRURGIE
BERUFSVERBAND DER DEUTSCHEN CHIRURGEN





Editorial

Hernienchirurgie



Dr. med. Ralph Lorenz

1. Vorsitzender des Landesverbandes
BDC|Berlin

Vorstandsmitglied der Europäischen
Herniengesellschaft (EHS)

2. Vorsitzender der Deutschen
Herniengesellschaft (DHG)

Praxis 3+CHIRURGEN

Klosterstrasse 34/35

13581 Berlin

lorenz@3chirurgen.de

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen,

die Hernienchirurgie hat sich in den letzten Jahrzehnten aufgrund der Vielzahl der Methoden und Materialien sowie durch den Anspruch an ein individualisiertes Vorgehen zu einem eigenständigen Gebiet innerhalb der Allgemein- und Viszeralchirurgie entwickelt. Durch die Häufigkeit wird sie dennoch in vielen Kliniken und zahlreichen Praxen in der täglichen Routine für die Patienten angeboten. Gleichzeitig steigt der Qualitätsanspruch seitens der Patienten fortwährend. Für jeden einzelnen Chirurgen ist es eine große Herausforderung geworden den kontinuierlichen Wissenszuwachs zu verfolgen und das eigene Vorgehen ggf. immer wieder anzupassen.

Vor diesem Hintergrund ist das seit 2009 bestehende Deutsche Hernienregister Hernia-med ein wesentlicher Baustein zur Reflektion des täglichen Handelns geworden. Es hat sich zwischenzeitlich mit mehr als einer halben Million Patientendatensätze zur weltweit größten Datensammlung über Hernienchirurgie entwickelt. Dies belegen auch zahlreiche wissenschaftliche Publikationen der jüngsten Zeit. Durch dieses Register wurde eine hervorragende Möglichkeit geschaffen, wichtige Fragen des Alltags zu beantworten. Darüber hinaus können aber auch neue tiefere Einblicke gewonnen werden, die durch wissenschaftliche Studien bisher nicht abgebildet werden konnten. So verhält es sich auch mit den Kenntnissen über die Notfälle in der Hernienchirurgie: Die Erkenntnisse aus den Daten der Versorgungsrealität ermöglichen es uns als Chirurgen und Chirurgen präzisere Risikoabschätzungen vorzunehmen

und Indikationen zu Operationen kritisch zu hinterfragen.

Die nächste Generation Chirurgen und Chirurgen wird sich künftig auch aufgrund des veränderten Zeitgeistes frühzeitig fachlich spezialisieren. Hier gilt es, neue Angebote für den Nachwuchs zu schaffen. Die Hernienchirurgie wird dabei sicher nur ein Aspekt sein, könnte jedoch exemplarisch wirken. Eine in Zusammenarbeit des Berufsverbandes der Deutschen Chirurgen (BDC) und der Deutschen Herniengesellschaft (DHG) entwickelte modulare HERNIENSCHULE stellt eine vor allem praktisch orientierte Hilfestellung für die Weiterbildung dar. Das Konzept der HERNIENSCHULE konnte in den letzten Jahren erfolgreich weiterentwickelt werden und besitzt schon heute auch internationalen Modellcharakter.

Weiterbildung in der Hernienchirurgie ist jedoch nicht nur ein nationales, sondern auch ein globales Problem. Es gilt auch in Afrika mit standardisierten Ausbildungskonzepten den Nachwuchs für die Chirurgie zu begeistern. Mit einem Artikel über ein nachhaltiges humanitäres Projekt in Ruanda wollen wir den Blick über den Tellerrand wagen.

Die Chirurgie bleibt spannend und ist für viele von uns eine Passion!

Ich wünsche Ihnen viel Spaß an dieser neuen Ausgabe der Passion Chirurgie mit dem Schwerpunkt Hernien.

Ihr
Ralph Lorenz



Lorenz R: Editorial. Hernienchirurgie. Passion Chirurgie. 2018 April; 8(04): Artikel 01.



Weitere Artikel zum Thema finden Sie auf BDC|Online (www.bdc.de, Rubrik BDCAkademie | HERNIENSCHULE).

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 (V.i.S.d.P.)
Dr. med. Jörg-Andreas Rüggeberg (dr.rueggeberg@t-
online.de)
Dr. rer. pol. Ronny Dittmar (ronny.dittmar@bdc.de)
Katrín 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/percds, 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

2 EDITORIAL

2 Editorial Hernienchirurgie R. Lorenz

6 SCHAUFENSTER

8 CHIRURGIE

8

im Fokus

**HERNIENNOTFÄLLE – WER IST
TATSÄCHLICH GEFÄHRDET?**

R. Lorenz, F. Köckerling

15 **DIE HERNIENSCHULE –
HERNIENCHIRURGISCHE
WEITERBILDUNG MIT INTERNATIONALEM
MODELLCHARAKTER**

B. Stechemesser, W. Reinpold, R. Lorenz

19 **BAUCHWANDBRUCH: OP-TECHNIK AUS
HAMBURG ÜBERZEUGT „ANNALS OF
SURGERY“**

21 CHIRURGIE⁺

21 Webinar-Termin im April: Prävention postoperativer
Wundinfektion

23 Mastertrainerprogramm für die strukturierte
Weiterbildung



- 25 Operieren während der Schwangerschaft
F. Fritze-Büttner, R. Dittmar, M. Niethard
- 32 Neue Welle von „Fake President Fraud“-Fällen
Ecclesia
- 35 **Hygiene-Tipp:** Grippeimpfung ja – aber ohne falsche Versprechungen
W. Popp, K.-D. Zastrow
- 37 **Rezension:** Mitarbeiterführung im Ärztlichen Dienst
M. Krüger
- 39 Personalia
- 40 RECHT**
- 40 Das neue Datenschutzrecht
J. Heberer
- 46 Frage & Antwort: Arbeitsmedizinische Untersuchung von Praxispersonal nötig
J. Heberer
- 48 Frage & Antwort: OP-Assistenz durch Medizinische Fachangestellte
J. Heberer

49 GESUNDHEITSPOLITIK

- 49 Aktuelle Meldungen

50 INTERN

- 50 DGCH**
- 50 Einladung zur DGCH-Mitgliederversammlung
H.-J. Meyer
- 53 Einladung zum 135. Jahreskongress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie
J. Fuchs
- 55 Rekrutierende multizentrische chirurgische Studien in Deutschland
- 61 Spendenaufruf und Bausteine Langenbeck-Virchow-Haus
- 64 DGCH-Präsidium ab 1. Januar 2018

68 INTERN

- 68 BDC**
- 68 Einladung zur BDC-Mitgliederversammlung 2018
H.-J. Meyer
- 69 Schlank und professionell: Die neue Satzung des BDC
J. Rüggeberg
- 71 BDC-News
- 72 Fachexkursion nach Moskau und St. Petersburg – Roboterassistierte Chirurgie
- 74 BDC | Landesverbände
- 76 BDC-Pressespiegel
- 77 Termine BDC|Akademie
- 81 Veranstaltungshinweise
- 82 Lifestyle-Angebote im April 2018

84 PANORAMA

- 84 Hernienschule für Afrika
R. Lorenz, M. Lechner, A. Frunder

GESUNDHEITSAUSGABEN



Milliardengrenze pro Tag überschritten

Die Gesundheitsausgaben in Deutschland haben im Jahr 2017 erstmals die Marke von 1 Milliarde Euro pro Tag überschritten. Für 2017 prognostiziert das Statistische Bundesamt (Destatis) einen Anstieg der Gesundheitsausgaben gegenüber 2016 um 4,9 Prozent auf 374,2 Milliarden Euro. Von 2015 zu 2016 hatten sie sich um 3,8 Prozent auf 356,5 Milliarden Euro oder 4.330 Euro je Einwohner erhöht.

[Mehr lesen...](#)

UMFRAGE



Kooperation zwischen Chefarzt und Geschäftsleitung

Die Zusammenarbeit zwischen leitender Ärztin/leitendem Arzt und der Krankenhausgeschäftsführung ist entscheidend für den Erfolg des Unternehmens Krankenhaus. Aus den Berichten vieler Kolleginnen und Kollegen sowie und der im Jahr 2012 durchgeführten BDC-Umfrage zum gleichen Thema wissen wir, dass aber gerade an dieser Schnittstelle erhebliche Reibungsverluste auftreten und Ressourcen vergeudet werden.

[Zur Umfrage...](#)

IDEENWETTBEWERB



KBV sucht digitale Ideen für die Zukunftspraxis

„Es gibt tausende von Apps und digitalen Anwendungen rund um das Thema Gesundheit. Doch der Nutzen für Patient und Arzt ist oft unklar. Daher ist es unser Ziel, diejenigen Anwendungen und digitalen Dienste zu identifizieren und zu fördern, die die Arbeit und Abläufe in den Praxen der niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen verbessern“, sagte der Vorstandsvorsitzende der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), Dr. Andreas Gassen, zum Start der KBV-Zukunftspraxis. In einem Ideenwettbewerb sucht die KBV hierfür zunächst digitale Dienste mit einem Mehrwert für Praxen und Patienten.

[Mehr Infos...](#)

FÜR STUDIERENDE



6. Chirurgische Woche

Zum sechsten Mal findet dieses Jahr im Oktober die Chirurgische Woche des Universitätsklinikum Tübingen statt – initiiert durch die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie und den Berufsverband der Deutschen Chirurgen. Der einzigartige und sehr praktisch orientierte Kurs soll Studenten im klinischen Abschnitt oder im Praktischen Jahr für das Fach Chirurgie begeistern und als die Operateure von Morgen gewinnen. Gleichmaßen werden aber auch die Perspektiven im Fach Chirurgie aufgezeigt und ein Mentoringprogramm für Studierende etabliert.

[Mehr lesen...](#)



Weitere Artikel finden Sie auf BDC|Online
(www.bdc.de, Rubrik BDC|News oder Politik).

IM FOKUS

Hernien- chirurgie



**Dr. med. Ralph Lorenz**

1. Vorsitzender des Landesverbandes
BDC|Berlin
Vorstandsmitglied der Europäischen
Herniengesellschaft (EHS)
2. Vorsitzender der Deutschen
Herniengesellschaft (DHG)
Praxis 3+CHIRURGEN
Klosterstrasse 34/35
13581 Berlin
lorenz@3chirurgen.de

**Prof. Dr. med. Ferdinand Köckerling**

Department für Allgemein-, Viszeral-
und Minimalinvasive Chirurgie
Vivantes Klinikum Spandau
Neue Bergstrasse 6
13585 Berlin

Lorenz R, Köckerling F: Herniennotfälle – wer ist tatsächlich gefährdet? *Passion Chirurgie*. 2018 April, 8(04): Artikel 03_01.



Weitere Artikel zum Thema finden Sie auf
BDC|Online (www.bdc.de, Rubrik Wissen |
Allgemein- und Viszeralchirurgie).

Herniennotfälle – wer ist tatsächlich gefährdet?

Bei jeder Diagnosestellung einer Hernie wird im Rahmen der Operationsaufklärung vom Chirurgen auf die Gefahr einer Einklemmung (Inkarzeration) der Bauchorgane hingewiesen. Typische Komplikationen der Einklemmung stellen Ileus und Darmwandperforationen dar. Vor diesem Hintergrund ist es tägliche Praxis bei der Diagnosestellung einer Hernie sofort zu einer Operation zu raten. Dementgegen warten doch zahlreiche Patienten bisweilen Jahre bis sie sich zu einer Operation entschließen. In den letzten Jahren wurde insbesondere bei jüngeren Patienten mit asymptomatischen Leistenhernien die Option *Watchful Waiting* diskutiert (Fitzgibbons 2006, O'Dwyer 2006). In weiteren Nachuntersuchungen wurde jedoch ebenso festgestellt, dass die Mehrheit der asymptomatischen Patienten in den ersten zwei Jahren nach Diagnosestellung doch Beschwerden entwickelten und daraufhin auch operiert wurden (Fitzgibbons 2013).

Wir haben die Daten des Deutschen Hernienregisters Herniamed im Jahr 2017 analysiert, um zu prüfen wie hoch die Notfallgefahr tatsächlich ist und insbesondere welche Patientengruppen und welche Hernienarten besonders gefährdet sind.

In der wissenschaftlichen Literatur findet man zahlreiche Fallberichte oder Fallserien über Inkarzerationen insbesondere bei seltenen Hernien wie beispielsweise Obturatorhernien, Spiegelh'ernien, Bochdalek'ernien

und Lumbale Hernien. Primäre Ventralhernien scheinen entsprechend einer ersten Analyse der Herniamed-Daten 2014 deutlich häufiger von Notfalleingriffen betroffen zu sein als Leistenhernien. Der Anteil an Notfalleingriffen mit Darmbeteiligung ist jedoch bei allen Hernien äußerst gering (**Tab.1**).

In einer detaillierten Untersuchung haben wir 2017 die Herniamed-Datensätze von 212.591 Leistenhernien-Patienten mit komplettem ein-Jahres Follow-Up statistisch ausgewertet. Dabei haben wir alle Notfalleingriffe mit den Elektiveingriffen sowohl bei Frauen als auch bei Männern miteinander verglichen.

Bei Leistenhernien besteht demnach ein Anteil von ca. 2,5 Prozent Notfalleingriffen. Dies deckt sich mit internationalen Daten. Es bestehen jedoch erhebliche Geschlechtsunterschiede. Das Notfallrisiko scheint bei Frauen erheblich höher zu sein als bei Männern. Der Notfalleingriffsanteil liegt bei Frauen mehr als fünf Mal so hoch wie bei Männern (**Tab.2**).

ABER WELCHE HERNIENPATIENTEN UND HERNIENARTEN SIND BESONDERS BETROFFEN?

Im direkten Vergleich von Elektiv- und Notfalleingriffen fällt auf, dass überwiegend ältere Patienten bei Notfällen betroffen sind (**Abb.1, 2**).

Tab. 1: Notfalleingriffe bei primären Hernien

(Herniamed Daten 2014)

Hernienart	Notfälle	Notfälle mit Darmbeteiligung
Inguinal	3,06 %	0,30 %
Umbilical	7,67 %	0,36 %
Epigastrisch	7,88 %	0,32 %
Alle Hernien	4,06 %	0,38 %

Tab.2: Geschlechtsverteilung der Notfalleingriffe bei Leistenhernien

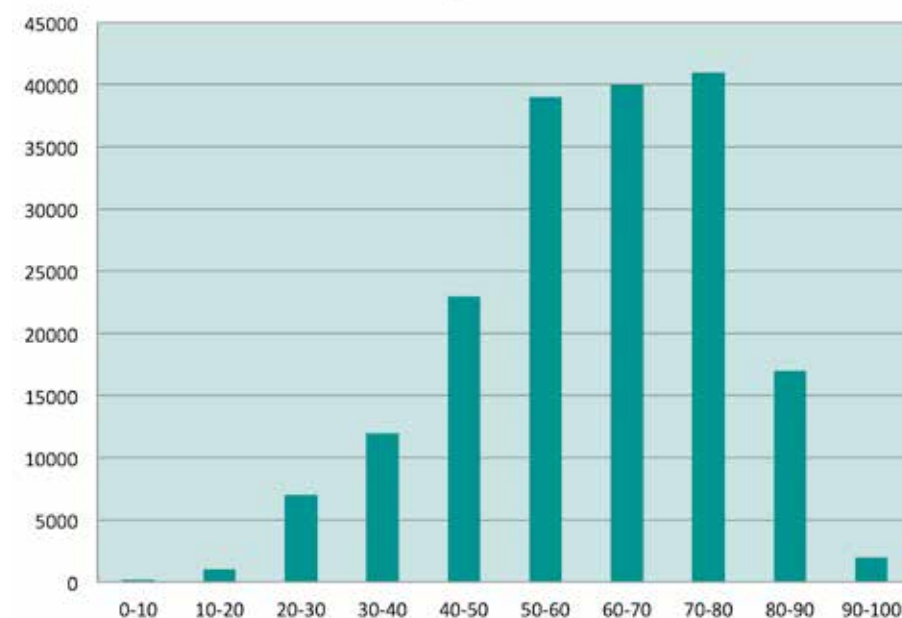
	Männer		Frauen	
	N	%	N	%
Elektiveingriffe	183.901	98,4	23.481	91,9
Notfalleingriffe	3.135	1,6	2.074	8,1

Es zeigt sich bei Frauen, dass fast die Hälfte der Notfälle durch femorale Hernien hervorgerufen wird (**Abb.4**). Bei Männern sind die größten Unterschiede zwischen Elektiv- und Notfalleingriffen bei Skrotal- und Femoralhernien zu verzeichnen (**Abb.3**). Die weiteren Statistiken zeigen auch dass die Herniengrößen bis drei Zentimeter häufiger zu Notfällen führen als größere Bruchlückendurchmesser.

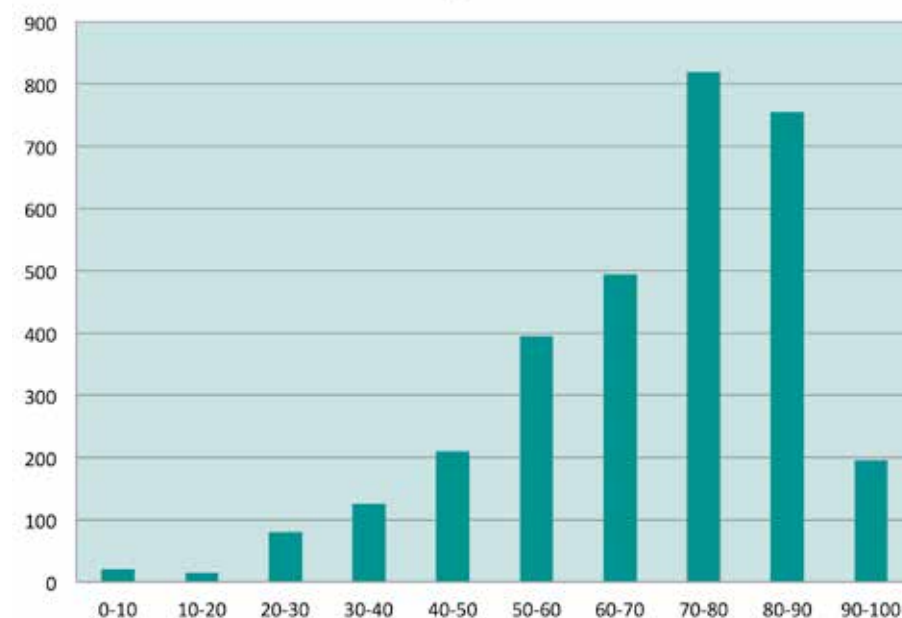
WELCHE VORTEILE BESTEHEN BEI OFFENEM ODER ENDOSKOPISCHEM VORGEHEN?

Grundsätzlich bietet der offene Zugangsweg zwar einen einfachen und sicheren Zugangsweg jedoch ist eine Beurteilung des Darmes bei endoskopischem Vorgehen deutlich besser möglich. Ebenso ist eine Reposition des Darmes aus der Bruchpforte unter visueller Kontrolle ein eindeutiger Vorteil des endoskopischen Zugangsweges.

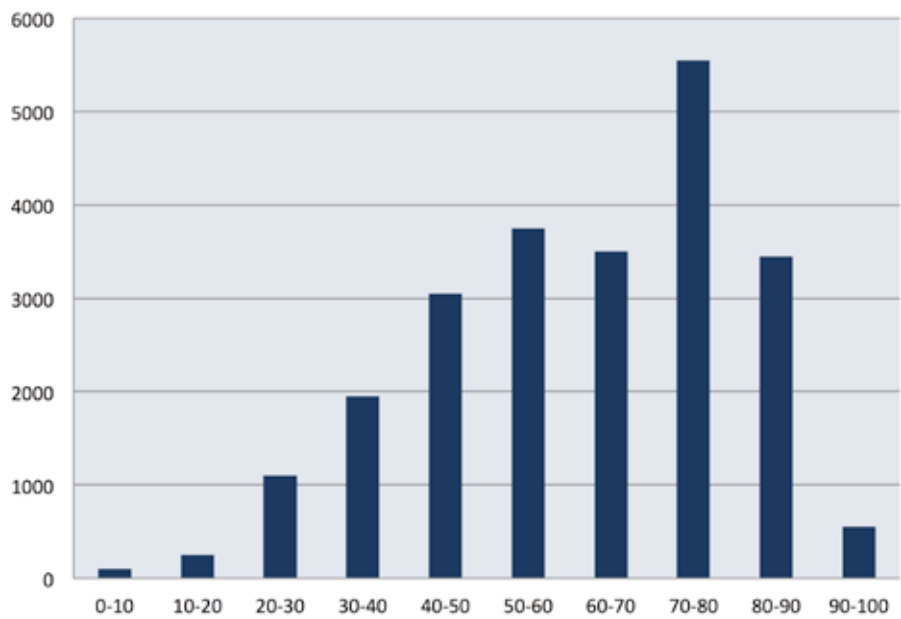
Elektiveingriffe Männer

**a. Elektiveingriffe**

Notfalleingriffe Männer

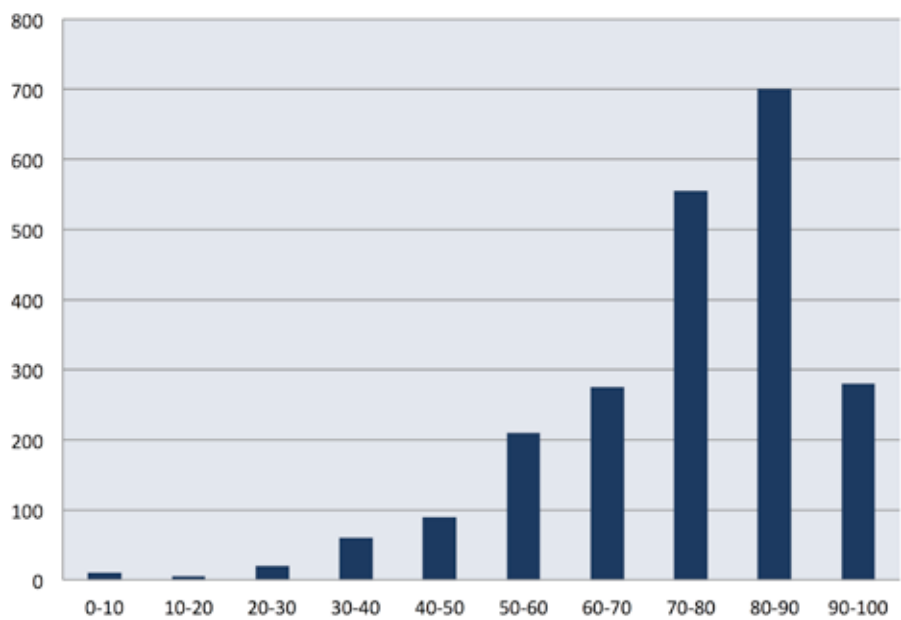
**b. Notfalleingriffe****Abb. 1:** Altersverteilung bei a. Elektiv- und b. Notfalleingriffen bei Männern

Elektiveingriffe Frauen



a. Elektiveingriffe

Notfalleingriffe Frauen



b. Notfalleingriffe

Abb. 2: Altersverteilung bei a. Elektiv- und b. Notfalleingriffen bei Frauen

Wie werden Notfallhernien in Deutschland operativ versorgt?

Werden die Vorteile des endoskopischen Zugangs in der täglichen Routine tatsächlich genutzt? Die Realität scheint hier entgegengesetzt zu sein. In Deutschland werden Notfalleingriffe häufiger offen operiert und auch auffällig häufig ohne Netz operiert (Tab. 3, 4).

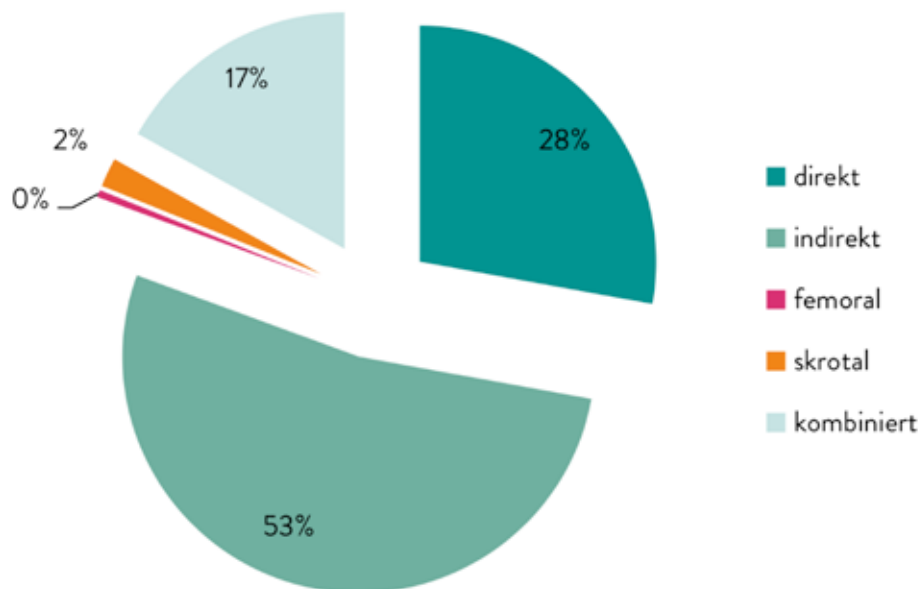
Tab. 3: Verteilung der Operationsmethoden bei Notfall- und Elektiveingriffen bei Männern

	Notfalleingriffe		Elektiveingriffe	
	N	%	N	%
TAPP	770	23,4	105.373	46,4
TEP	294	8,9	67.684	29,8
Lichtenstein	1.732	52,6	44.881	19,8
Shouldice	141	4,3	2.416	1,1
Plug	38	1,2	1.740	0,7
Bassini	73	2,2	132	0,06
GILBERT	6	0,2	2.290	1,0
TIPP	21	0,6	986	0,4
Bruchsackverschluss	78	2,4	0	0
Sonstige	137	4,2	1.701	0,7
	3.290		227.203	

Tab. 4: Verteilung der Operationsmethoden bei Notfall- und Elektiveingriffen bei Frauen

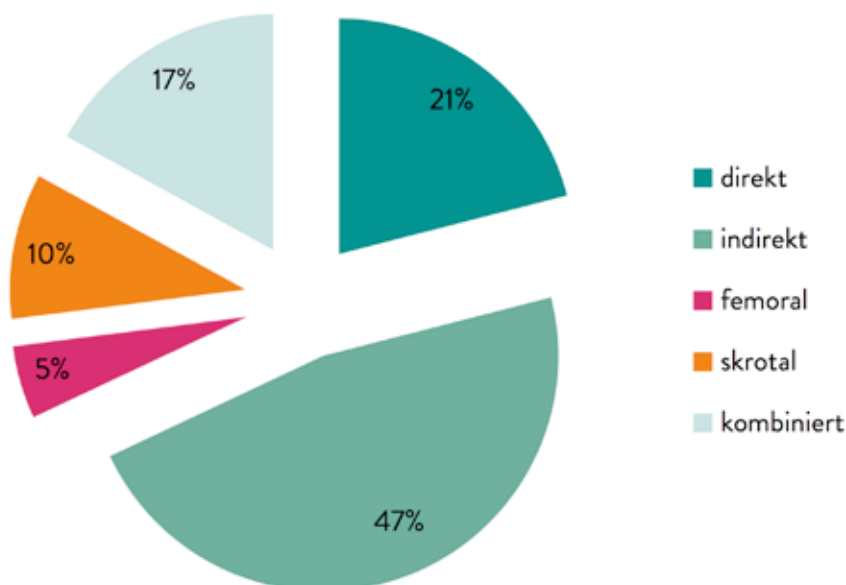
	Notfalleingriffe		Elektiveingriffe	
	N	%	N	%
TAPP	557	25,9	12.651	47,3
TEP	137	6,4	6.578	24,6
Lichtenstein	556	25,9	5.067	18,9
Shouldice	118	5,5	1.049	3,9
Plug	47	2,2	251	0,9
Bassini	65	3,0	113	0,4
GILBERT	4	0,2	275	1,0
TIPP	32	1,5	247	0,9
Bruchsackverschluss	147	6,8	0	0
Sonstige	483	22,5	539	2,0
	2.146		26.770	

Elektiveingriffe Männer



a. Elektiveingriffe

Notfalleingriffe Männer



b. Notfalleingriffe

Abb. 3: Vergleich der Hernienarten bei Elektiv- und Notfalleingriffen bei Männern

In zahlreichen wissenschaftlichen Studien wird der Einsatz von Fremdmaterialien selbst im Falle von Dünndarmresektionen empfohlen (Kamtoh 2014, Wysocki 2014, HerniaSurge 2018). Dennoch verhalten sich die deutschen Chirurgen derzeit bei Notfällen zurückhaltender bezüglich der Verwendung von Fremdmaterialien. Notfalleingriffe sollten entsprechend den aktuellen HerniaSurge Leitlinien stets unter Single-Shot-Antibiose erfolgen (HerniaSurge 2018).

ZUSAMMENFASSUNG

Der Anteil der Notfalleingriffe bei Leistenhernien liegt bei ca. 2,5 Prozent. Primäre Ventralhernien, wie epigastrische und Nabelhernien haben einen Anteil von über 7 Prozent.

NOTFÄLLE TRETEN BESONDERS HÄUFIG AUF ...

- bei Frauen
- im höheren Lebensalter
- und bei femoralen Hernien

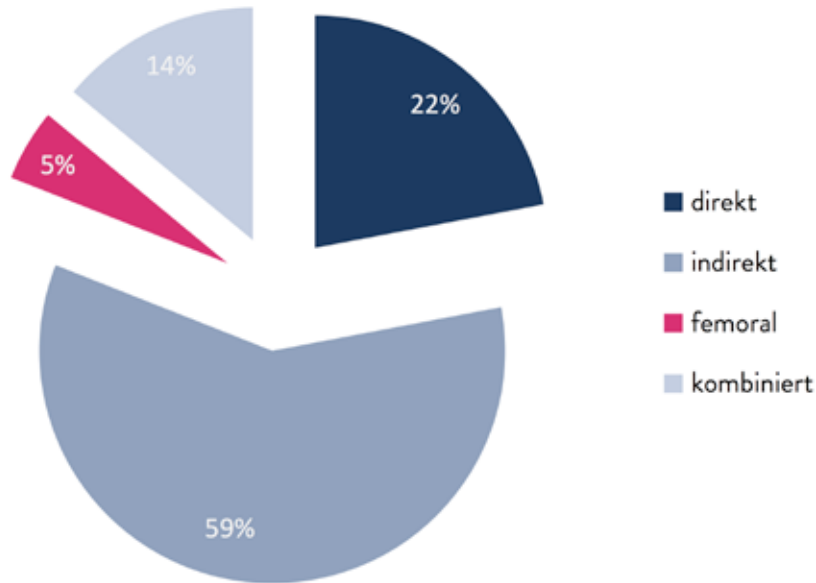
Die Vorteile der Laparoskopie im Rahmen der Notfalleingriffe werden derzeit in Deutschland noch nicht genutzt.

Nach den derzeitigen wissenschaftlichen Daten ist der Einsatz von Netzmaterialien auch bei Notfalleingriffen selbst mit Dünndarmresektion möglich. Notfalleingriffe sollten immer unter Single-Shot-Antibiose erfolgen.

LITERATUR

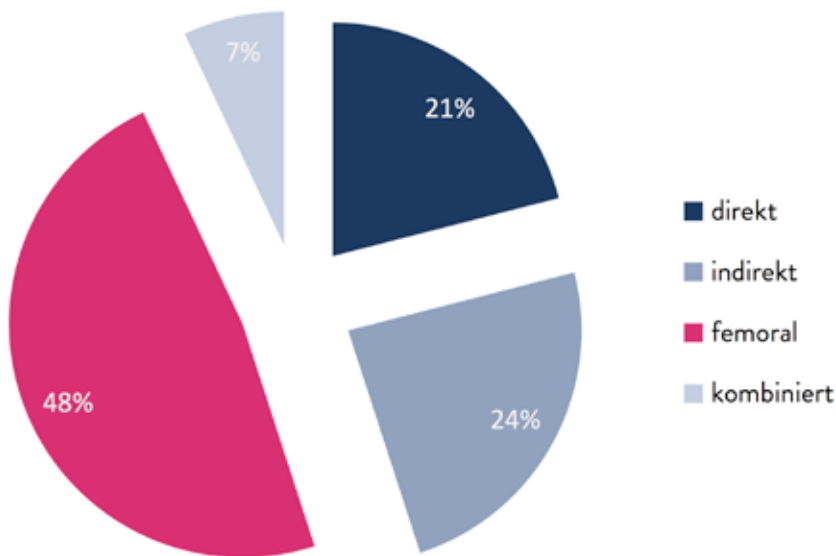
Fitzgibbons RJ, Giobbie-Hurder A, Gibbs JO et al. Watchful waiting vs repair of inguinal hernia in minimally symptomatic men: a randomized clinical trial. JAMA. 2006;295(3):285-292.

Elektiveingriffe Frauen



a. Elektiveingriffe

Notfalleingriffe Frauen



b. Notfalleingriffe

Abb. 4: Vergleich der Hernienarten bei Elektiv- und Notfalleingriffen bei Frauen

Fitzgibbons RJ Jr, Ramanan B, Arya S, Turner SA, Li X, Gibbs JO, Reda DJ. Long-term results of a randomized controlled trial of a nonoperative strategy (watchful waiting) for men with minimally symptomatic inguinal hernias. *Ann Surg*. 2013 Sep;258(3):508-15.

HerniaSurge Group. International guidelines for groin hernia management. *Hernia*. 2018 Jan 12: 1-165. doi: 10.1007/s10029-017-1668-x. [Epub ahead of print] PMID: 29330835

Kamto G Effectiveness of mesh hernioplasty in incarcerated inguinal hernias. *Wideochir Inne Tech Malo Inwazyjne*. 2014 Sep;9(3):415-9.

O'Dwyer PJ, Norrie J, Alani A, Walker A, Duffy F, Horgan P. Observation or operation for patients with an asymptomatic inguinal hernia: a randomized clinical trial. *Ann Surg*. 2006;244(2):167-173.

Wysocki A, Short- and long-term outcomes of incarcerated inguinal hernias repaired by Lichtenstein technique, *Wideochir Inne Tech Malo Inwazyjne*. 2014 Jun;9(2):196-200



© iStock/willowpx

Die Hernienschule – Hernienchirurgische Weiterbildung mit internationalem Modellcharakter

Hernienoperationen zählen weltweit zu den häufigsten Operationen in der Allgemein- und Viszeralchirurgie [1]. Durch die Einführung endoskopischer Operationstechniken und die weltweite Verwendung von Kunststoffimplantaten hat sich die Hernienchirurgie inzwischen zu einem eigenständigen Fachgebiet der Allgemein- und Viszeralchirurgie entwickelt. Trotz kontinuierlicher Weiterentwicklung der Operationstechniken konnten bis heute jedoch die Problemfelder - Rezidive und chronische Schmerzen in Folge von Hernienoperationen - noch nicht beseitigt werden [3-7]. Der Einfluss des Chirurgen auf die Ergeb-

nisqualität scheint heute unbestritten [8-10]. Die Weiterbildung junger Chirurgen stellt vor diesem Hintergrund eine besondere Herausforderung dar.

Die Gründe hierfür liegen vor allem in der:

- Methodenvielfalt [13]
- Forderung nach individualisierten Therapiekonzepten
- fehlenden Standardisierung der neuen Operationstechniken [12]
- rasante Weiterentwicklung der verwendeten Materialien (Kunststoffnetze und Fixationssysteme) [13]

**Korrespondierender Autor:****Dr. med. Ralph Lorenz**

1. Vorsitzender des LV BDC|Berlin
Vorstandsmitglied der Europäischen
Herniengesellschaft (EHS)
2. Vorsitzender der Deutschen
Herniengesellschaft (DHG)
Praxis 3+CHIRURGEN
lorenz@3chirurgen.de

**Dr. med. Bernd Stechemesser**

Hernienzentrum Köln,
PAN Klinik, Neumarkt-Galerie
Zeppelinstr. 1, 50667 Köln

**Dr. med. Wolfgang Reinhold**

Chefarzt Chirurgie
Wilhelmsburger Krankenhaus
Groß-Sand
Groß-Sand 3, 21107 Hamburg

Stechemesser B, Reinhold W, Lorenz R.
Die Hernienschule – Hernienchirurgische
Weiterbildung mit internationalem
Modellcharakter. *Passion Chirurgie*. 2018 April,
8(04): Artikel 03_02.



Weitere Artikel zum Thema finden Sie auf
BDC|Online (www.bdc.de, Rubrik Wissen |
Allgemein- und Viszeralchirurgie).

- häufig komplexen Operationen
- Verschiebung einfacherer Operationen in das ambulante Setting [13] und
- fehlenden Weiterbildungsstandards [11, 12, 14].

Insbesondere bei endoskopischen Eingriffen scheint die Lernkurve besonders lang zu sein [15]. Eine weitere Herausforderung für die künftige Weiterbildung stellt jedoch die Tatsache dar, dass bestimmte Operationstechniken im heutigen Alltag scheinbar nahezu verschwunden sind und somit auch nicht an die nächste Generation vermittelt werden können. Bereits im Rahmen von anonymisierten TED-Umfragen z. B. bei bisherigen Kursen und den Hernientagen scheinen hier besonders die netzfreien Techniken auch bei den Chirurgen selbst mehr nachgefragt zu werden als sie derzeit in der chirurgischen Realität angeboten werden.

Heutzutage bestehen neben der chirurgischen Weiterbildung mittels Demonstrationen und Supervisionen zahlreiche weitere methodische Trainingsmöglichkeiten wie *E-Learning*, Videos, *Simulation-Based*- und *Hands-On*-Kurse, Simulationsmodellen und anderen virtuellen Technologien [15, 19-26].

ANALYSE DES WEITERBILDUNGSBEDARFS

2014 hat die Deutsche Herniengesellschaft in Kooperation mit dem Berufsverband der Deutschen Chirurgen eine breit angelegte Online-Umfrage unter den Chirurgen

zur Zukunft der hernienchirurgischen Weiterbildung durchgeführt. Insgesamt 1.296 Chirurgen in Deutschland haben an dieser Befragung teilgenommen. Die überwiegende Mehrheit (mehr als 80 %) der Befragten hält die Etablierung einer systematischen, stufenweisen und standardisierten Weiterbildung für sinnvoll bzw. sehr sinnvoll.

ENTWICKLUNG DER HERNIENSCHULE

Aufgrund der Analyse des Weiterbildungsbedarfes entwickelte die DHG in Zusammenarbeit mit dem BDC in Deutschland die **Hernienschule**. Diese beinhaltet die drei Module **Hernie Kompakt**, **Hernie konkret** und **Hernie komplex**. Alle Kursmodule sind überwiegend praktisch orientiert.

Der dreitägige Basiskurs **Hernie kompakt** richtet sich vor allem an chirurgische Weiterbildungsassistenten, ist jedoch auch für erfahrene Chirurgen geeignet, die ein grundlegendes Update auf dem Gebiet der Hernienchirurgie erhalten möchten. **Hernie kompakt** beinhaltet die folgenden Bausteine (Tab.1):

Seit 2011 wurden in Deutschland und seit 2014 auch in Österreich die Basiskurse **Hernie kompakt** für jeweils 50 Teilnehmer etabliert. Die deutschsprachigen Basiskurse fanden bisher jährlich wechselnd in Berlin, Hamburg, Köln und München sowie in Salzburg in Österreich statt. Durch Anbindung dieser **HERNIE kompakt** Kurse an große Hernienveranstaltungen ist es gelungen, dass mehr junge Chirurginnen und Chirurgen an großen Hernienkongressen

Tab.1: Hernie kompakt Bausteine

Tag	Inhalte	Ort
1	• Anatomie Grundlagen • Pelvitainer-Übungen • Sonografie der Hernien • Kadaver-Operationen in Kleingruppen	Anatomisches Institut/Universität
2	Hands-On-Kurs im OP in Kleingruppen	ca.10 regionale Hospitationszentren
3	Theorie: State-of-the-Art-Lectures durch international renommierte Hernienexperten	Kongresszentrum

teilnehmen und somit frischen Wind in die Hernienchirurgie bringen.

Hernie kompakt steht unter Schirmherrschaft zahlreicher chirurgischer Verbände wie DHG, BDC, BNC, DGCH und DGAV und wird seitens der regionalen Ärztekammern zertifiziert. Begleitend zum Kurs erhalten alle Kursteilnehmer ein ausführliches Skript und voraussichtlich ab 2019 das begleitende Buch zur Hernienschule. Alle Teilnehmer des **Hernie kompakt**-Kurses erhalten auf Wunsch eine einjährige kostenfreie Mitgliedschaft in der DHG und somit auch einen Online Zugang zur Zeitschrift „Hernia“.

Die weiteren Stufen der Hernienschule konnten mit dem Modul **Hernie konkret** seit 2016 und **Hernie komplex** seit 2018 in Deutschland etabliert werden.

Hernie konkret richtet sich vor allem an Fachärzte für Chirurgie und soll in speziellen Operationstechniken weitergehende vor allem praktische Kenntnisse und Standards vermitteln. Das Modul **Hernie konkret** beinhaltet 1,5-tägige Hospitationen in renommierten Hernienzentren in den drei Themengebieten:

- offene Leistenhernienchirurgie (SHOULDICE, DESARDA, LICHTENSTEIN, TIPP)
- endoskopische Leistenhernienchirurgie (TAPP, TEP)
- offene und endoskopische Ventralhernienchirurgie (Sublay, IPOM, MILOS)

Hernie komplex wird erstmals mit einem theoretischen Teil am 21. Juni 2018 anlässlich der Jahrestagung der Deutschen Herniengesellschaft in Hamburg angeboten. Dieses Modul besteht aus einem theoretischen Teil sowie praktischen Hospitationen und richtet sich vor allem an Fachärzte mit speziellem Interesse an der Hernienchirurgie. Dabei sollen vor allem folgende Themengebiete besonders berücksichtigt werden:

- Rezidivhernien und Mehrfachrezidive,
- Chronische Schmerzen,
- Komplexe und Loss-of-Domain-Hernien inkl. Komponentenseparation,
- Parastomale Hernien und
- Infekt- und Komplikationsmanagement.

EVALUATION DER BISHERIGEN KURSE

Aufgrund der bisher fehlenden Erfahrungswerte nimmt die kontinuierliche Evaluation der Kursmodule einen wesentlichen Anteil für die Weiterentwicklung dieser Kurse ein. Zusätzlich führt eine systematische Befragung der Kursteilnehmer zu einer kontinuierlichen Anpassung der Kursinhalte an die künftigen Bedürfnisse.

Die Evaluation der bisherigen Kurse zeigte, dass sowohl theoretische Kenntnisse als

auch praktische Fähigkeiten der Kursteilnehmer durch diese Weiterbildungskurse deutlich verbessert werden können.

INTERNATIONALER MODELLCHARAKTER

International wurde der Basiskurs seit 2014 auch in Salzburg/Österreich in zweijährigem Turnus umgesetzt. 2017 fand der erste englischsprachige **Hernia-Compact-Course** im Rahmen des Europäischen Hernienkongress in Wien statt. Das **Hernie kompakt**-Konzept ist inzwischen ein wichtiger Baustein der



European Hernia School der Europäischen Herniengesellschaft (EHS). Mehrere Europäische Länder haben großes Interesse einen gleichartigen Hernien-Basiskurs in ihren Ländern zu entwickeln. Somit ist **Hernie kompakt** inzwischen ein hernienchirurgischer

Weiterbildungskurs mit internationalem Modellcharakter.

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



SAVE THE DATE

Nächste Kurse

Die nächsten **Hernie kompakt**-Kurse finden vom 22. bis 24. Oktober 2018 in Salzburg/Österreich und vom 22. bis 24. Januar 2019 in Berlin statt.

Ein englischsprachiger **Hernia-Compact-Course** ist begleitend für den Europäischen Hernienkongress im September 2019 in Hamburg vorgesehen.

Alle Informationen zu den **Hernie konkret**-Kursen finden Sie auf der Homepage der BDC-Akademie.

Hernie komplex wird erstmals am 21. Juni 2018 in Hamburg stattfinden.

Informationen und Anmeldung...



© iStock-JohnFScott

Bauchwandbruch: OP-Technik aus Hamburg überzeugt „Annals of Surgery“

Durchbruch in der Hernienchirurgie: Ein neues OP-Verfahren aus Hamburg hat sich als besonders schonend erwiesen. „MILOS“ wurde im Wilhelmsburger Krankenhaus Groß-Sand entwickelt – und hat nun durch das Chirurgenjournal „Annals of Surgery“ weltweit Bekanntheit erlangt. Das Verfahren überzeugt gegenüber herkömmlichen Techniken durch ein signifikant geringeres Komplikationsrisiko.

Bauchwand- und Narbenbrüche zählen zu den häufigsten operationspflichtigen Diagnosen weltweit. Es handelt sich um krankhafte

Löcher in der Bauchwand, in denen Darmschlingen einklemmen können. Eine dauerhafte Heilung ist nur durch eine Operation mit Kunststoffnetzeinlage möglich. Im Referenzzernienzentrum des Krankenhauses Groß-Sand in Hamburg-Wilhelmsburg haben Chefarzt Dr. Wolfgang Reinpold und sein Team ein neues minimal-invasives Operationsverfahren für solche Bauchwandhernien entwickelt. Eine Studie zur sogenannten „MILOS“-Technik, kurz für Mini- or Less Open Sublay, wurde jetzt im renommierten internationalen Chirurgenjournal „Annals of Surgery“ vorgestellt. Fazit: Das endoskopisch

**Wilhelmsburger Krankenhaus
Groß-Sand**

Ansprechpartnerin: Sarah Sieweke
Abteilungsleitung Kommunikation
Akademisches Lehrkrankenhaus der
Universität Hamburg
Groß-Sand 3
21107 Hamburg
s.sieweke@gross-sand.de

Wilhelmsburger Krankenhaus Groß-Sand.
Bauchwandbruch: OP-Technik aus Hamburg
überzeugt „Annals of Surgery“. Passion Chirurgie.
2018 April, 8(04): Artikel 03_03.



Weitere Artikel zum Thema finden Sie auf
BDC|Online (www.bdc.de, Rubrik Wissen |
Allgemein- und Viszeralchirurgie).

assistierte „mini offene Sublay“-Netz Verfahren birgt ein deutlich geringeres Komplikationsrisiko als bislang etablierte Methoden.

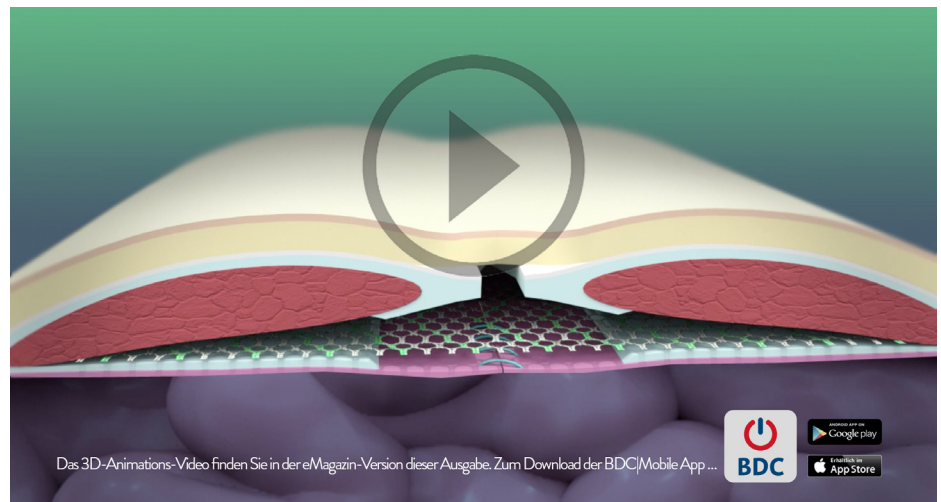
**WELTWEITES NOVUM:
KUNSTSTOFFNETZEINLAGE MINIMAL-
INVASIV AUSSERHALB DER BAUCHHÖHLE**

Dr. Wolfgang Reinpold erklärt die Besonderheit des Hamburger Verfahrens: „MILOS ermöglicht als erste Technik bei nahezu allen Bauchwand-, Nabel- und Narbenbrüchen, das Kunststoffnetz minimal-invasiv außerhalb der Bauchhöhle einzusetzen, also in der günstigsten Schicht zwischen Bauchfell und tragender Bauchwand.“

Im Vergleich: Bislang wurde das unverzichtbare Kunststoffnetz entweder über einen großen Schnitt außerhalb der Bauchwand (offene Sublay-Operation) oder in der Schlüssellochtechnik in die Bauchhöhle (laparoskopische intraperitoneale Onlay-Netztechnik = Lap IPOM-Verfahren) eingebracht. In diesem Fall muss es mit Krampen, Tackern oder Nähten auf dem schmerzempfindlichen Bauchfell

befestigt werden. Das Lap IPOM-Verfahren geht zudem mit einem höheren Risiko für Darmverletzungen, Darmverwachsungen und Nervenschäden einher. Das offene Sublay-Netzverfahren weist hingegen eine höhere Rate von Wundheilungsstörungen und Infektionen auf.

Diesen Herausforderungen und den Nachteilen der etablierten Techniken haben sich die Hamburger Chirurgen gestellt – und mit „MILOS“ einen entscheidenden Durchbruch geschaffen. In der nun international publizierten prospektiven Multicenterstudie des deutschen Hernienregisters „Herniamed“ wurden 600 Narbenbruchoperationen in „MILOS“-Technik mit jeweils der gleichen Anzahl offener Sublay- und Lap IPOM OPs verglichen. Auffällig: Nach MILOS-Operationen fanden sich signifikant weniger Eingeweideverletzungen, Nachblutungen, Nachoperationen, Allgemeinkomplikationen, chronische Schmerzen und Wiederholungsbrüche. Im Vergleich mit der offenen Sublay-Netzoperation wurden zudem hochsignifikant weniger Infektionen nachgewiesen. ○



Dr. Wolfgang Reinpold

Ist Chefarzt der Chirurgie am Wilhelmsburger Krankenhaus Groß-Sand und Leiter des zertifizierten Hernienzentrums, ist Präsident der Deutschen Herniengesellschaft sowie Tagungspräsident des Jahreskongresses der Europäischen Herniengesellschaft, der im September in Hamburg stattfinden wird.

LIVE WEBINAR

Do, 26. April, 18:00 Uhr

KRINKO Empfehlung 2018: Prävention postoperativer Wundinfektion

Prof. Dr. med. Axel Kramer

JETZT REGISTRIEREN



Webinar-Termin im April: Prävention postoperativer Wundinfektion

Webinar-Termin im April: Prävention postoperativer Wundinfektion. *Passion Chirurgie*. 2018 April, 8(04): Artikel 04_01.



Weitere Artikel zum Thema finden Sie auf BDC|Online (www.bdc.de, Rubrik BDC|Akademie | eAkademie).

Seit September 2017 stellen Ihnen monatlich ausgewiesene Experten eine Leitlinie der AWMF live vor (45 Minuten Vortrag, 15 Minuten Diskussion). Der Vortrag wird online übertragen – via Chat-Funktion können Teilnehmer Fragen stellen. Jede Teilnahme wird in der Regel mit zwei CME-Punkten akkreditiert und ist für BDC-Mitglieder kostenfrei.

WEBINARE IM ARCHIV ABRUFEN

Auch wenn einmal ein Termin verpasst wird, ist das kein Problem, denn der aufgezeichnete Vortrag mit Diskussion kann jederzeit aus dem Webinar-Archiv abgerufen werden. Detaillierte Informationen und Termine zu diesem innovativen Lernangebot sind unter www.bdc-webinare.de zu finden. ○

WEITERE THEMEN 2018

Mai: S2e-Leitlinie Rotatorenmanschette
 Juni: S3-Leitlinie Klinische Ernährung in der Chirurgie
 Juli: S3-Leitlinie Magenkarzinom
 August: S3-Leitlinie Periphere arterielle Verschlusskrankheit
 September: S2e-Leitlinie Schenkelhalsfrakturen
 Oktober: S2k-Leitlinie Benigne Schilddrüsenerkrankungen
 November: S2k-Leitlinie Gastrointestinale Blutungen
 Dezember: S2-Leitlinie Außenbandruptur

Registrieren Sie sich jetzt schon auf der Webinar-Webseite: Alle aktuellen Informationen und Termine finden Sie auf der Webseite unter www.bdc-webinare.de. Der BDC hält Sie mit Newslettern auf dem Laufenden.

**60
CME-
Punkte!**

Hygiene- beauftragter Arzt (HBA)

[illegible]

Der Berufsverband der Deutschen Chirurgen e.V. (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	04. - 05.05.18	24707
Prof. Dr. Axel Kramer	Berlin	19. - 20.10.18	24708



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





Mastertrainerprogramm für die strukturierte Weiterbildung

Die Weiterentwicklung der Qualität im Bereich der Facharztweiterbildung in der Medizin ist fachübergreifend ein wichtiges Thema. Deshalb haben der Berufsverband der Deutschen Chirurgen (BDC), der Berufsverband Deutscher Internisten (BDI) und der Berufsverband der Orthopäden und Unfallchirurgen (BVOU) mit dem „Mastertrainer“ eine Initiative zur Weiterentwicklung der Facharztweiterbildung entwickelt. Unterstützt wird das Ausbildungskonzept ab 2018 durch den Berufsverband der Anästhesisten (BDA) und dem Marburger Bund (MB).

DAS MASTERTRAINERPROGRAMM

Das Mastertrainermodell beschreibt ein klassisches Train-the-Trainer-Konzept kombiniert mit einem Schneeballsystem zur dezentralen Verbreitung. Dabei werden erfahrene Weiterbilder in einem ersten Schritt zu Mastertrainern ausgebildet und in der Anwendung einfacher Instrumente zur Strukturierung der Facharztweiterbildung in ihren Einrichtungen geschult.

Hauptanliegen ist es, die in der Praxis tätigen Weiterbilder durch Mastertrainer auf die wichtigsten Instrumente der strukturierten Weiterbildung zu schulen und in Supervisionen kontinuierlich zu begleiten. Das Angebot richtet sich an alle, die in ihrer Klinik oder Praxis weiterbilden:

- Chefärztinnen und Chefärzte
- Oberärztinnen und Oberärzte
- Fachärztinnen und Fachärzte sowie alle Assistenten, die von Ihren Ermächtigten beauftragt sind, die Weiterbildung zu koordinieren.
- Weiterbildungsermächtigte Vertragsärzte

SAVE THE DATE

Termine & Anmeldung

Supervision 20. Juni 2018

Mastertrainertermin 22.-23. Juni 2018

Mastertrainertermin 19.-20. Oktober 2018

Informationen und Anmeldung



Weitere Informationen zum Thema finden Sie auf BDC|Online (www.bdc.de, Rubrik BDC|Akademie | Mastertrainer).

eAKADEMIE

Wissen Bit für Bit

WEBINARE

MEDIATHEK

eCME-CENTER

[eCME-CENTER]



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

www.ecme-center.org



© iStock/fotostorm

Operieren während der Schwangerschaft

Die Thematik „Operieren in der Schwangerschaft“ hat in den letzten Jahren zunehmendes berufspolitisches Interesse gewonnen. Ca. 60 % der Studienanfänger in der Medizin sind Frauen, und Umfragen haben ergeben, dass mehr als die Hälfte der chirurgisch aktiven Weiterbildungsassistenten weiblich sind [1]. Bei einer durch den Berufsverband der Deutschen Chirurgen e. V. (BDC) initiierten Befragung zeigte sich, dass insbesondere die Weiterbildungszeit nicht als idealer Zeitpunkt angesehen wurde, ein Kind zu bekommen [2]. Hintergrund ist die Verlängerung der Weiterbildungszeit und die Verzögerung in der beruflichen Entwicklung bedingt durch eine unzeitgemäße Auslegung des Mutterschutz-

gesetzes von 1952, das in seiner Form mit Ergänzung durch die „Verordnung zum Schutze der Mütter am Arbeitsplatz“ Chirurginnen die Möglichkeiten nahm, auch während einer gesunden, intakten Schwangerschaft, Tätigkeiten im OP fortzuführen. Zumeist wird mit Bekanntgabe der Schwangerschaft den chirurgisch tätigen Frauen der Weg in den Operationssaal versperrt, was insbesondere Assistenzärztinnen hindert, ihre Weiterbildung in gewünschter Kontinuität bzw. Fachärztinnen ihren beruflichen Karriereweg mit entsprechendem Erfolg fortzusetzen.

Dank der Initiative des Jungen Forums der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und



Korrespondierende Autorin:
Dr. med. Frauke Fritze-Büttner
 Leitende Oberärztin
 Klinik für Allgemein- und
 Viszeralchirurgie
 Sana Klinikum Lichtenberg
 Fanningerstr. 32, 10365 Berlin
frauke.fritze@sana-kl.de

Dr. rer. pol. Ronny Dittmar
 Geschäftsführer
 Berufsverband der Deutschen
 Chirurgen e.V. (BDC)



Dr. med. Maya Niethard
 Leiterin Sektion Familie&Beruf
 Junges Forum Orthopädie und
 Unfallchirurgie
 Oberärztin
 Zentrum für Orthopädie und
 Unfallchirurgie,
 Helios Klinikum Berlin-Buch

Dieser Artikel ist bereits erschienen im
 Zentralblatt Chirurgie (DOI 10.1055/s-0043-
 121344 Zentralbl Chir 2017;142: 575-580).

Fritze-Büttner F, Dittmar R, Niethard M:
 Operieren während der Schwangerschaft. Passion
 Chirurgie. 2018 April, 8(04): Artikel 04_02.



Weitere Informationen zum Thema finden Sie
 auf BDC|Online (www.bdc.de, Rubrik Wissen
 | Karriere | Chirurgen).

Unfallchirurgie e.V. (DGOU) in Zusammen-
 arbeit mit dem Perspektivforum Junge Chi-
 rurgie wurde das Projekt „Operieren in der
 Schwangerschaft“ (www.OPiD.de) unter Lei-
 tung von Dr. Maya Niethard und Dr. Stefanie
 Donner gestartet. Ihr Engagement, die Initia-
 tive des Deutschen Ärztinnenbundes e.V. und
 die zunehmende berufspolitische Diskussion
 dieses Themas haben mit dazu beigetragen,
 dass der Gesetzentwurf der Bundesregierung
 zur Neuregelung des Mutterschutzgesetzes
 am 30. März 2017 Zustimmung im Bundestag
 erhalten hat [3], am 29. Mai 2017 im Bundes-
 gesetzblatt Jahrgang 2017 Teil 1 Nr. 30 veröf-
 fentlicht worden ist [4] und zum 01.01.2018 in
 Kraft treten soll. Zur verbesserten Transpa-
 renz wurden die Vorschriften der „Verordnung
 zum Schutze der Mütter am Arbeitsplatz“
 (MuSchArbV) vom 15. April 1997, die in der Pra-
 xis bislang unzureichend und meist föderal
 uneinheitlich umgesetzt worden sind, in das
 Mutterschutzgesetz integriert.

GESETZ ZUR NEUREGELUNG DES MUTTERSCHUTZRECHTS

Das Gesetz zur Neuregelung des Mutterschut-
 zes umfasst Regelungen sowohl für schwan-
 gere Frauen als auch für stillende Mütter. Im
 Weiteren wird vornehmlich auf das Procedere
 während einer Schwangerschaft eingegan-
 gen. Um zu erreichen, dass eine werdende
 Mutter und ihr ungeborenes Kind den Schutz
 erhalten, den sie auch benötigen, ist es erfor-
 derlich, dass die Schwangerschaft so früh wie
 möglich dem Arbeitgeber gemeldet wird. Bis-
 lang haben viele Ärztinnen die Bekanntgabe
 einer Schwangerschaft so lange wie möglich
 hinausgezögert oder offiziell gar nicht ange-
 meldet, um keine Einschränkungen in der
 Ausübung ihrer beruflichen Tätigkeit erfah-
 ren zu müssen. Unverändert bleibt daher,
 dass eine schwangere Frau ihrem Arbeitgeber
 die Schwangerschaft anzeigen und den vor-
 aussichtlichen Geburtstermin angeben soll,
 sobald ihr die Schwangerschaft bekannt ist
 (§ 15 Abs. 1 BGBL. I S. 1234). Nur dann ist es
 dem Arbeitgeber möglich, **unter Mitsprache**
 der betroffenen Frau entsprechende Maßnah-
 men zur Gestaltung ihres Arbeitsplatzes und
 der Arbeitszeit einzuleiten und zu gewähr-
 leisten [3]. Die wesentlichen Neuerungen sind
 nachfolgend erwähnt:

ERWEITERTER PERSONENKREIS

Das Mutterschutzgesetz ist zukünftig nicht
 nur für „Frauen, die in einem Arbeitsverhält-
 nis stehen“, und für „weibliche in Heimarbeit
 Beschäftigte und ihnen Gleichgestellte“ [5]
 anzuwenden, sondern auch nach § 1 Abs. 2
 BGBL. I S. 1228 u. a. für

- Frauen in betrieblicher Berufsausbil-
 dung und Praktikantinnen,
- Schülerinnen und Studentinnen [4].

Nicht einbezogen sind Beamtinnen, Rich-
 terinnen und Soldatinnen, für die andere
 Rechtsverordnungen in Anlehnung an die
 gesetzlichen Rechtsgrundlagen gelten. Eben-
 falls nicht einbezogen, und das muss an der
 Gesetzesnovellierung kritisch angemerkt
 werden, sind niedergelassene Ärztinnen.

SCHUTZFRISTEN VOR UND NACH ENTBINDUNG

Neben der verlängerten Schutzfrist für Frauen
 mit Früh- oder Mehrlingsgeburten verlängert
 sich die gesetzliche Schutzfrist nach Entbin-
 dung von acht auf zwölf Wochen, sollte eine
 Schwangere ein Kind mit Behinderung zur
 Welt bringen.

MEHR- UND NACHTARBEIT, SONN- UND

FEIERTAGSARBEIT

Unverändert bleibt der Umfang der täglichen
 und wöchentlichen Arbeitsbelastung. So darf
 eine schwangere Ärztin nicht mehr als 8 ½
 Stunden täglich oder 90 Stunden in der Dop-
 pelwoche arbeiten, wobei die Sonntage ein-
 gerechnet werden (§ 4 Absatz 1 BGBL. I S. 1230).
 Zusätzlich muss ihr der Arbeitgeber aber
 nach Beendigung ihrer täglichen Arbeitszeit
 eine ununterbrochene Ruhezeit von mindes-
 tens 11 Stunden gewähren (§ 4 Absatz 2 BGBL.
 I S. 1230). Generell besteht auch weiterhin ein
 Beschäftigungsverbot zwischen 20 Uhr und 6
 Uhr. Sollte jedoch

- die Frau sich ausdrücklich bereit erklären,
- nach ärztlichem Zeugnis nichts gegen
 eine Beschäftigung der Schwangeren bis
 22 Uhr sprechen
- und eine unverantwortbare Gefährdung
 für die schwangere Frau oder ihr unge-
 borenes Kind durch Alleinarbeit ausge-
 schlossen sein,

so kann auf Antrag des Arbeitgebers eine
 Beschäftigung zwischen 20 und 22 Uhr durch

die Aufsichtsbehörde genehmigt werden (§ 28 BGBL. I S. 1237). Dies ist weniger relevant für ein „Operieren in der Schwangerschaft“, es würde aber insbesondere Ärztinnen im Schichtdienst auf der Intensivstation erlauben, ihre Tätigkeit im Früh- und Spätdienst und damit z. B. ihre Weiterbildung fortzusetzen, so lange gewährleistet wird, dass sie nicht auf sich allein gestellt ist. Die schwangere Ärztin kann ihre Bereitwilligkeit jederzeit widerrufen. Ähnliches gilt für eine Beschäftigung an Sonn- und Feiertagen (§ 5 BGBL. I S. 1230). Auch hier sind bei Einhaltung des Arbeitszeitgesetzes und der erforderlichen Ruhezeiten der ausdrückliche Wunsch der Schwangeren und der Ausschluss einer Alleinarbeit Grundvoraussetzungen [4].

FREISTELLUNG UND KÜNDIGUNGSSCHUTZ

Weiterhin festgelegt sind Freistellungen der Frau durch den Arbeitgeber zur Durchführung von Untersuchungen während der Schwanger- und Mutterschaft. Das Kündigungsverbot ist erweitert, so dass Frauen, die eine Fehlgeburt nach Beendigung der zwölften Schwangerschaftswoche erleiden mussten, bis vier Monate nach Geburt Kündigungsschutz gewährt wird. Eine entsprechende frühzeitige Meldung der Schwangerschaft an den Arbeitgeber ist hierfür unabdingbar.

ARBEITSPLATZGESTALTUNG UND GEFÄHRDUNGSBEURTEILUNG

Wesentliches Ziel der Neuregelung des Mutterschutzes ist eine Verringerung der Beschäftigungsverbote unter bundeseinheitlicher Regelung. Hierzu wird der Arbeitgeber verpflichtet, die Arbeitsbedingungen werdender oder stillender Mütter derart nach individuellen Gefährdungsbeurteilungen zu gestalten, dass alle erforderliche Maßnahmen für den Schutz der **physischen und psychischen Gesundheit** der werdenden oder stillenden Mutter sowie der ihres Kindes getroffen sind. Der Frau ist während ihrer Schwangerschaft als auch nach der Entbindung und in der Stillzeit unter Einhaltung der gesetzlichen Vorschriften eine **Fortführung ihrer Tätigkeit ohne Benachteiligung** zu ermöglichen (§ 9 Abs. 1 BGBL. I S. 1231). Arbeitsverbote können nur noch nach individueller Prüfung des

Arbeitsplatzes und begründeten medizinischen Gefährdungen ausgesprochen werden. Schwangere erhalten damit mehr Mitsprache bei der Gestaltung ihres Arbeitsplatzes und der Arbeitszeit, um „eine verantwortungsvolle Interessenabwägung zwischen der Gesundheit der schwangeren Frau... und ihres Kindes einerseits und ihrer selbstbestimmten Teilhabe an der Erwerbstätigkeit andererseits“ zu gewährleisten [3].

Bei der Erstellung der individuellen Gefährdungsbeurteilungen in einem chirurgischen Fachgebiet stehen der Umgang mit Narkosegasen, Tätigkeiten bei Einsatz von Röntgenstrahlen und die Reduktion des Infektionsrisikos auf ein medizinisch vertretbares Maß sowie eine Anpassung des Arbeitsplatzes „Operationsaal“ zur Minimierung eines Verletzungsrisikos der Schwangeren im Vordergrund.

GEFÄHRDUNGSBEURTEILUNG „NARKOSEGASE“

Narkosegase oder Inhalationsnarkotika sind Gefahrenstoffe. Ihr unkritischer Einsatz birgt ein Gefährdungspotential für die werdende Mutter und das ungeborene Kind. In einer Empfehlung der BDA Kommission „Gesundheitsschutz am anästhesiologischen Arbeitsplatz“ wurde eine Positivliste erstellt, die die „Durchführung, Überwachung und Dokumentation aller Formen von intravenösen Anästhesien“ sowie die „Durchführung, Überwachung und Dokumentation von Inhalationsanästhesien unter kontinuierlicher Leckage-Kontrolle und Beachtung der BG/BIA-Empfehlung 1017“ beinhaltet. Durch den Einsatz einer intravenösen Narkoseinduktion und den generellen Verzicht auf Maskennarkosen kann eine Minimierung des Risikos der Arbeitsplatzkontamination für die Schwangere erreicht und somit eine Tätigkeit im OP ermöglicht werden. Generell sind **Total IntraVenöse Anästhesien** nicht kostenintensiver als Kombinationsanästhesien mit Inhalationsnarkotika, da die verwendeten intravenösen Präparate den Kliniken jetzt zunehmend als Generika kostengünstiger zur Verfügung stehen. Schwangere Chirurgen können aber ebenso Eingriffe bei Patienten vornehmen, bei denen regionalanästhesiologische Maßnahmen Anwendung finden [6].

GEFÄHRDUNGSBEURTEILUNG „RÖNTGENSTRAHLEN“

Tätigkeiten von werdenden Müttern sind in der Strahlenschutz (StrlSchV) - und Röntgenverordnung (RöV) festgelegt und sind als Konkretisierung der Regelungen des Mutter-schutzgesetzes anzusehen. Entsprechend der RöV und StrlSchV ist Schwangeren die Tätigkeit in Kontrollbereichen unter Auflagen erlaubt. Dies beinhaltet die Einhaltung der Grenzwerte nach § 31a RöV und § 55 StrlSchV: Der Grenzwert am Uterus gebärfähiger Frauen beträgt 2 mSv/ Monat und „für ein ungeborenes Kind, das auf Grund der Beschäftigung der Mutter einer Strahlenexposition ausgesetzt ist, darf die Äquivalentdosis vom Zeitpunkt der Mitteilung der Schwangerschaft bis zu deren Ende den Grenzwert von 1 mSv nicht überschreiten.“[7,8]

Generell ist ein Verlassen des Kontrollbereiches bei Einsatz von Röntgenstrahlen anzuraten. Sollte dies nicht vermeidbar sein, ist ein Betreten des Kontrollbereiches (Operationssaal) unter Anwendung entsprechender Schutzmaßnahmen (z. B. Tragen einer Bleischürze) nach Rücksprache mit dem Strahlenschutzbeauftragten, der gegebenenfalls sich bei der entsprechenden Behörde rückversichert, möglich. Angeraten ist dann ein Tragen eines Dosimeters im Thoraxbereich, das vier-wöchentlich ausgelesen wird, und eines zweiten, wöchentlich auszulesenden Dosimeters in Uterushöhe, zur sicheren Abschätzung der Gebärmutterdosis und damit der Dosis des ungeborenen Kindes. Generell sollte der intraoperative Einsatz ionisierender Strahlen möglichst vermieden werden.

GEFÄHRDUNGSBEURTEILUNG „INFEKTIONEN“

Bereits Wicker et al. [9] publizierten ein durchschnittliches Infektionsrisiko für HCV- Infektionen nach entsprechend kontaminierter Nadelstichverletzung von 0,42% sowie eine Serokonversionsrate bei HIV von <0,3%. Um für Schwangere den Risikofaktor „Infektion“ maximal zu reduzieren, sollte bereits vor Eintritt der Schwangerschaft bei Frauen im gebärfähigen Alter der Immunstatus

orientierend an den Empfehlungen der STIKO überprüft und aktualisiert werden [10]. Zusätzlich ist mit Eintritt der Schwangerschaft entsprechend durch den behandelnden Gynäkologen die Immunitätslage hinsichtlich weiterer Krankheitserreger entsprechend der „S2k-Leitlinie 093-001 Labordiagnostik schwangerschaftsrelevanter Virusinfektionen“ zu testen. Generell sollten von schwangeren Chirurgen nur elektive Eingriffe bei Patienten vorgenommen werden, bei denen präoperativ das Screening keine Nachweise einer HCV- oder HIV-Infektion erbracht hat. Der Preis für ein HCV- oder HIV-Screening (Laborleistung) wird im Einzelfall über die Einkaufskonditionen des Krankenhauses determiniert. Hält das die Laborleistung veranlassende Krankenhaus das durchführende Labor noch als Eigenbetrieb oder Kostenstelle in der Organisation vor (Typ a), sind die Einkaufskonditionen bei der Industrie maßgeblich. Kauft das die Laborleistung veranlassende Krankenhaus den Befund aus dem HCV- oder HIV-Screening von einem Labordienstleister ein (Typ b), orientiert sich der Bezugspreis für diese Laborleistungen in der Regel an der Gebührenordnung der Ärzte (GOÄ). Nach der GOÄ belaufen sich die abrechenbaren Gebühren für ein HIV-Screening (GOÄ-Ziffer: 4395) zwischen 17,49 € (einfacher Gebührensatz) und 20,11 € (zulässiger Gebührensatz, 1,15 fache des einfachen Gebührensatzes). Für Hepatitis C (GOÄ-Ziffer: 4406) sind abrechenbar 23,31 € (einfacher Gebührensatz) bis 26,81 € (zulässiger Gebührensatz, 1,15 fache des einfachen Gebührensatzes) [11]. Zunehmend wird allerdings auch der Trend beobachtet, dass Kliniken bei größeren elektiven Eingriffen routinemäßig auf ein HIV- und HCV-Screening der Patienten bestehen, da prinzipiell jeder Operateur, egal ob Chirurg oder Chirurkin, schwanger oder nicht schwanger, bei diesen Eingriffen gefährdet ist.

GEFÄHRDUNGSBEURTEILUNG „ARBEITSPLATZ OP“

Eine weitere wesentliche Grundvoraussetzung zur Vermeidung von Infektionen ist eine Anpassung des OP-Umfeldes an schwangere Operateure. Unabhängig davon, dass ab dem fünften Schwangerschaftsmonat keine stehenden Tätigkeiten von mehr als vier Stunden

vorgenommen werden sollen, eine Sitzmöglichkeit bereitgestellt und eine mögliche Liegelegenheit zur Verfügung stehen muss, ist zu prüfen, ob Eingriffe auch sitzend durchgeführt werden können. Weiterhin sind elektive, nicht kontaminierte Eingriffe nur unter Tragen von Indikatorhandschuhen und unter Schutz der Augen (z. B. Schutzvisier, Brille, Mikroskop) durchzuführen. Zusätzlich sind, soweit operationstechnisch möglich, stichsichere Instrumente zum Einsatz zu bringen. Für die schwangere Chirurkin ist es wichtig, kein beengtes Operationsfeld zu haben und ihre Tätigkeit immer unter ununterbrochener Sichtkontrolle durchzuführen.

DERZEITIGE SITUATION IN DEUTSCHLAND (UMFRAGEERGEBNISSE)

Zum Thema „Schwanger und Operieren“ ist bislang eine deutschlandweite Erhebung publiziert. Allerdings hatten an der Befragung nur 164 Gynäkologinnen (n=128) und Chirurgeninnen (n=36) teilgenommen [12]. Dies war Anlass, unter Schirmherrschaft der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH), des Berufsverbandes der Deutschen Chirurgen e.V. (BDC) und der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie e.V. (DGOU) eine neuerliche Umfrage zu starten, die im Dezember 2016 beendet wurde. Insgesamt haben sich 2294 chirurgisch tätige Kolleginnen aus den unterschiedlichsten Fachbereichen (**Abb. 1**) an der Umfrage beteiligt. Die Zwischenanalyse spiegelt die Ergebnisse der Umfrage von Knieper et al. wider. Knapp 57 % der Befragten waren während ihrer beruflichen Tätigkeit schwanger und fast 67 % auch während ihrer Schwangerschaft operativ tätig. Vornehmliche Gründe für die Entscheidung zur operativen Tätigkeit in der Schwangerschaft waren die Freude am Operieren, der Teamgeist und die Kollegialität, gefolgt von Karriereinteresse und angestrebtem Facharztabschluss (**Abb. 2**). Analog zur Befragung von Knieper et al. würden fast 80 % der Befragten sich (wieder) für eine operative Tätigkeit in der Schwangerschaft entscheiden. Fast genauso viele wünschten sich ebenfalls eine Anpassung des Mutterschutzgesetzes. Eine detaillierte Auswertung der Befragung wird nach Abschluss der Gesamtanalyse publiziert.

AUSWIRKUNGEN DER NEUREGELUNG DES MUTTERSCHUTZRECHTS

Die Chirurgie wird weiblich. Und das betrifft jedes chirurgische Fachgebiet. Frauen werden zukünftig im chirurgischen Alltag als Assistenten-, Fach-, Ober- und Chefärztin zunehmend bestimmender sein. Frauen werden aber auch schwanger. Sie übernehmen damit eine weitere Verantwortung als Mutter. Insofern wird sich jede Chefärztin, jeder Chefarzt zukünftig auch mehr mit der Situation auseinandersetzen müssen, wie der Klinikalltag strukturiert werden kann und muss, sobald eine Mitarbeiterin die Schwangerschaft mitteilt. Aufgrund der Integration der „Verordnung zum Schutze der Mütter am Arbeitsplatz“ in das Mutterschutzgesetz sind die z. T. schon seit Jahren bestehenden gesetzlichen Vorgaben und Richtlinien wesentlich transparenter dargestellt, was die Umsetzung im Alltag erleichtern soll. „Soweit es nach den Vorschriften dieses Gesetzes verantwortbar ist, ist der Frau auch während der Schwangerschaft... die Fortführung ihrer Tätigkeiten zu ermöglichen“ (§ 9 Abs. 1 BGG. I S. 1231). Das Gesetz zur Neuregelung des Mutterschutzes bietet damit den ärztlichen Kolleginnen, die während einer gesunden und intakten Schwangerschaft ihre operative Tätigkeit auf eigenen Wunsch fortführen wollen, die rechtliche Basis, dies auch umsetzen zu können. Kritisch angemerkt wird allerdings auch, dass mit der Auslegung des Mutterschutzrechts von Seiten der Chefärztin/ des Chefarztes bzw. der Geschäftsführung mehr Druck auf die Kolleginnen ausgeübt werden könne, die sich während ihrer Schwangerschaft nicht in der Lage fühlen, weiter im Operationssaal zu arbeiten. Für sie würde der eigentliche Mutterschutz verloren gehen. Zu respektieren bleibt auch, dass Frauen die Sorge haben, sie selbst oder ihr Kind könnten trotz Schutzmaßnahmen durch das Fortführen der operativen Tätigkeit geschädigt werden. Entscheidend ist, dass jede Frau ihre Entscheidung zum Operieren in der Schwangerschaft freiwillig trifft und diese jederzeit von ihr widerrufen werden kann. „Nachteile aufgrund der Schwangerschaft... sollen vermieden oder ausgeglichen werden“ (§ 9 Abs. 1 BGG. I S. 1231). Sollten ärztlich attestierte, gesundheitliche Umstände in der Schwangerschaft einer beruflichen

Tätigkeit entgegenstehen, bleibt ein individuelles Beschäftigungsverbot unumgänglich. Der physische und psychische Schutz der Gesundheit der Frau und ihres Kind stehen an oberster Stelle (§ 9 Abs. 1 BGBL. I S. 1231).

Auch von Seiten der Arbeitgeberverbände gibt es kritische Anmerkungen, da mit Inkrafttreten des Gesetzes der Arbeitgeber verpflichtet ist, für jeden Arbeitsplatz eine Gefährdungsbeurteilung vorzunehmen, auch wenn der Arbeitsplatz durch einen männlichen Kollegen besetzt ist.

Rechtlich schwierig ist sicher auch die Haftungsfrage. Mit der Verpflichtung der Durchführung von individuellen Gefährdungsbeurteilungen und der Sicherstellung des Arbeitsplatzes ist der Arbeitgeber ebenso aufgefordert, deren Einhaltung zu überwachen und zu kontrollieren. Nur dann kann er sich im Falle der Inanspruchnahme durch Dritte (z. B. durch Patienten) exkulpieren. Auch die Schwangere ist ihrerseits persönlich für die Einhaltung der vorgegebenen Schutzmaßnahmen verantwortlich. Sie haftet bei eigenmächtiger Nichteinhaltung derselben gegenüber dem Arbeitgeber, im Falle der Inanspruchnahme von Dritten gegenüber dem Arbeitgeber ggf. über den Innenregress [13, 14].

Damit das Gesetz ab 01.01.2018 mit dem Erfolg für die schwangere Ärztinnen umgesetzt werden kann, die ihre Tätigkeit bei intakter und gesunder Schwangerschaft fortsetzen will, bedarf es einer Zusammenarbeit nicht nur zwischen den Chefärztinnen und -ärzten der chirurgischen und anästhesiologischen Abteilung mit der Schwangeren, sondern auch mit der Geschäftsführung, Betriebsarzt, Personalabteilung, Sicherheits- und Strahlenschutzbeauftragten der Einrichtung sowie mit allen Kolleginnen und Kollegen einer Abteilung/Klinik. Mit Inkrafttreten des Gesetzes ist der Arbeitgeber aufgefordert, für jede Tätigkeit eine entsprechende Gefährdungsbeurteilung vorzunehmen, die dann im Falle einer Schwangerschaft zeitnah für die schwangere Frau konkretisiert wird.

Auf der Internetseite www.opids.de stehen neben dem Positionspapier „Operieren in

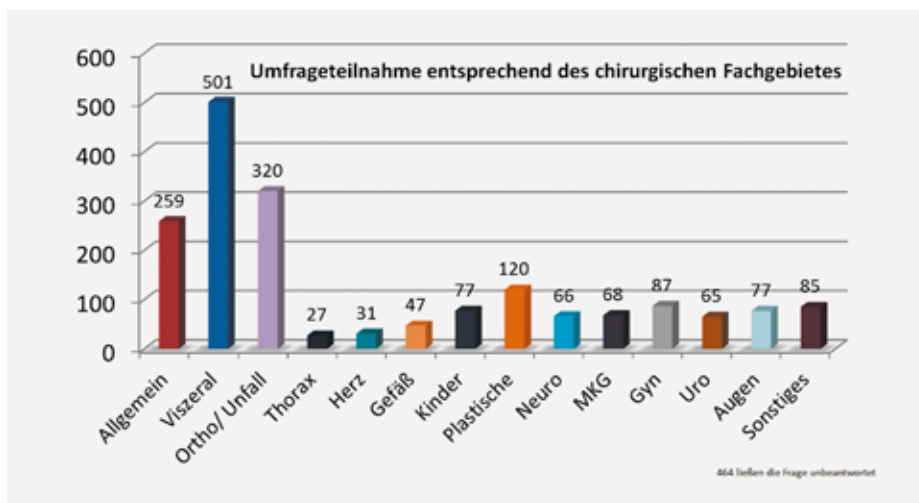


Abb. 1: Umfrageteilnahme entsprechend der Fachgebiete



Abb. 2: Gründe für die Entscheidung zur operativen Tätigkeit während der Schwangerschaft

der Schwangerschaft“ Checklisten sowie Vorlagen zur Verfügung, die zur Erstellung der Gefährdungsbeurteilung als Grundlage herangezogen werden können. Weiterhin empfehlenswert ist ebenso z. B. die Erstellung von Positivlisten für operative Eingriffe in der eigenen Klinik/Abteilungen unter Berücksichtigung der Vorgaben durch das Mutterschutzgesetz. Beispielgebend ist das FamSurg - Projekt zur Förderung von Frauen und familienfreundlichen Strukturen in der Chirurgie am Universitätsklinikum Schleswig-Holstein Campus Lübeck. Im verfassten Leitfaden (einzusehen über www.famsurg.de) sind z. B. mögliche weiterbildungsrelevante Prozeduren in der Viszeralchirurgie entsprechend des Ausbildungsstandes aufgeführt.

Befürchtungen bestehen allerdings hinsichtlich der in § 9 Abs. 2 BGBL. I S. 1231 beschriebenen „unverantwortbaren Gefährdung“. Frau Professor Dr. Dr. med. Sabine Wicker, Leiterin des Betriebsärztlichen Dienstes am Universitätsklinikum Frankfurt, befürchtet, dass viele betriebsärztliche Kollegen sagen: „ich weiß nicht was das ist, da sage ich mal lieber, die Beschäftigte soll da nicht arbeiten“[15]. Große Hoffnung wird daher in den **Ausschuss für Mutterschutz** gesetzt, der mit Erlass des Gesetzes etabliert wird (§ 30 BGBL. I S. 1238). Er arbeitet ehrenamtlich und beratend und ermittelt Art, Ausmaß und Dauer einer möglichen verantwortbaren Gefährdung einer Schwangeren. Gleichzeitig erarbeitet er sicherheitstechnische, arbeitsmedizinische und arbeitshygienische Regeln, die bei der

Umgestaltung des Arbeitsplatzes hilfreich sind.

FAZIT

Mit der Neuregelung des Mutterschutzrechtes sollen schwangere Chirurgen mehr Flexibilität und größeren Entscheidungsspielraum für die Planung und Realisierung ihrer beruflichen Karriere erhalten. Die arbeitschutzrechtlichen Bestimmungen sind besser an die medizinische Entwicklung angepasst

und ermöglichen die Tätigkeit an einem Arbeitsplatz, der mutterschutzrechtlichen Bestimmungen entspricht. Die schwangere Mitarbeiterin erhält ein Mitspracherecht bei der Arbeitsplatzgestaltung. Sie hat ein Recht auf einen Arbeitsplatz im Operationssaal, der sowohl für sie als auch für ihr Kind Risiken reduziert. Dies sind große Schritte bezüglich Chancengleichheit. Wichtig ist allerdings, dass es eine freie Entscheidung der werdenden Mutter ist und entsprechende Institutionen bestehen, die diese Entscheidungsfreiheit

sicherstellen. Viele Fragen – insbesondere versicherungsrechtlicher Art – bleiben noch offen und müssen in den verbleibenden Monaten geklärt werden. Die erfolgreiche Umsetzung des neuen Mutterschutzgesetzes ist vor allem für die Arbeitgeber eine große Herausforderung und ist stark davon abhängig, wie gut die verschiedenen Abteilungen innerhalb einer Klinik zusammenarbeiten.

Die Literatur erhalten Sie via passion_chirurgie@bdc.de. 



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..... bis Uhr |
| ☐ Mittwoch, 18. April | von..... bis Uhr |
| ☐ Donnerstag, 19. April | von..... bis Uhr |
| ☐ Freitag, 20. April | von..... bis Uhr |

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!



Neue Welle von „Fake President Fraud“-Fällen

HOHE VERMÖGENSSCHÄDEN DROHEN

In den vergangenen drei Monaten ist es bei unseren Kunden zu diversen „Fake-President Frauds“ gekommen. Dabei gaben sich die Täter als Geschäftsführer des Unternehmens aus und veranlassten die Überweisung hoher Geldbeträge. Die eingetretenen Vermögensverluste liegen mindestens im mittleren fünfstelligen Bereich – in einem Fall kam es zu einem hohen sechsstelligen Schaden. Die Täter gehen zum Teil sehr raffiniert und professionell vor. Der Brennpunkt liegt derzeit in NRW.

VORGEHENSWEISE

Der Täter wendet sich per E-Mail an einen Mitarbeitenden und gibt sich dabei als Geschäftsführer oder Vorstandsmitglied des Unternehmens aus. Er informiert den Mitarbeitenden streng vertraulich über eine höchst geheime Angelegenheit (oft einen angeblichen Unternehmenskauf oder eine dringend notwendige Investition), die die Überweisung eines größeren Geldbetrages auf ein Konto im Ausland erfordert.

Der Täter duldet aufgrund vermeintlicher Dringlichkeit keinen Aufschub und besteht

Kontakt für Rückfragen:
BDC-Versicherungsservice
Christina Helms
 Unternehmensbereich Financial Lines
 Ecclesia Versicherungsdienst GmbH
 Telefon: 05231 603-6175
 E-Mail: christina.helms@ecclesia.de

auf der sofortigen Ausführung. Übliche Prozesse und durchzuführende Kontrollen sollen nicht befolgt oder umgangen werden. Da der Mitarbeitende einerseits wegen der vorgegebenen Wichtigkeit unter hohem Druck steht und sich andererseits aufgrund des besonderen Vertrauens durch den Geschäftsführer geschmeichelt fühlt, schöpft er keinen Verdacht und führt die Überweisung aus.

BEGLEITUMSTÄNDE

- Der Mitarbeitende ist für Bankgeschäfte verantwortlich.
- Die E-Mail-Adresse des Täters stimmt mit derjenigen des Geschäftsführers überein oder ist mit dieser zum Verwechseln ähnlich.
- Der vermeintliche Geschäftsführer verbietet ausdrücklich die telefonische Kontaktaufnahme.
- Der überwiesene Betrag wird von dem ausländischen Konto sofort abgebucht und auf ein anderes ausländisches Konto transferiert, was eine Rückholung erheblich erschwert.
- Der vermeintliche Geschäftsführer teilt dem Mitarbeitenden mit, dass er einen Rechtsanwalt mandatiert habe. Eine Anwaltskanzlei mit dem angegebenen Namen existiert tatsächlich. In dieser

Kanzlei ist ein Rechtsanwalt mit dem angegebenen Namen tätig. Der angebliche Geschäftsführer teilt mit, dass sich der vermeintliche Anwalt mit dem Mitarbeitenden in Verbindung setzen wird; der vermeintliche Anwalt ruft tatsächlich an.

- Der vermeintliche Geschäftsführer nutzt die Faksimile-Unterschrift des tatsächlichen Geschäftsführers, derer er zuvor habhaft geworden ist.

PRÄVENTIONSMASSNAHMEN

Alle Mitarbeitenden sollten informiert und angewiesen werden,

- sich nicht an die Aufforderung des vermeintlichen Geschäftsführers, ausschließlich per E-Mail zu kommunizieren, zu halten,
- bei Zahlungen stets die üblichen Prozesse und durchzuführende Kontrollen einzuhalten,
- gegebenenfalls bestehende interne Gepflogenheiten/Verbote nicht einzuhalten und das unmittelbare persönliche Gespräch mit dem (tatsächlichen) Geschäftsführer zu suchen,
- dass ein solches Vorgehen zu keinerlei arbeitsrechtlichen Konsequenzen für den betroffenen Mitarbeitenden führt. ○

WAS IST ZU TUN?

- Umgehende Einschaltung der Kriminalpolizei
- Umgehende Meldung an die eigene Bank (je zeitnäher diese erfolgt, desto größer sind die Chancen, dass der überwiesene Betrag zurückgebucht werden kann)
- Umgehende Meldung an die Ecclesia Gruppe (damit der Versicherungsschutz geprüft werden kann)
- Eine haftungsrechtliche Inanspruchnahme des verantwortlichen Mitarbeitenden sollte gut überlegt sein, da diese nicht gewünschte versicherungsrechtliche Konsequenzen haben kann – ein Mitarbeitender der Ecclesia Gruppe sollte zu Rate gezogen werden.

Ecclesia: Neue Welle von „Fake President Fraud“-Fällen. Passion Chirurgie. 2018 April, 8(04): Artikel 04_04.



Weitere Informationen zum Thema
 finden Sie auf BDC|Online (www.bdc.de),
 Rubrik Wissen | Recht & Versicherung).

**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: Grippeimpfung ja – aber ohne falsche Versprechungen



Prof. Dr. med. Walter Popp
Deutsche Gesellschaft für
Krankenhausthygiene e.V. (DGKH)
Joachimsthaler Str. 10
10719 Berlin



Prof. Dr. med. Klaus-Dieter Zastrow
Deutsche Gesellschaft für
Krankenhausthygiene e.V. (DGKH)
Joachimsthaler Str. 10
10719 Berlin

Popp W, Zastrow KD. Hygiene-Tipp:
Grippeimpfung Ja – aber ohne falsche
Versprechungen. *Passion Chirurgie*. 2018 April;
8(04): Artikel 04_05.



Weitere Hygiene-Tipps finden Sie auf
BDC|Online (www.bdc.de, Rubrik Wissen |
Qualität & Patientensicherheit | Hygiene-
Tipp).

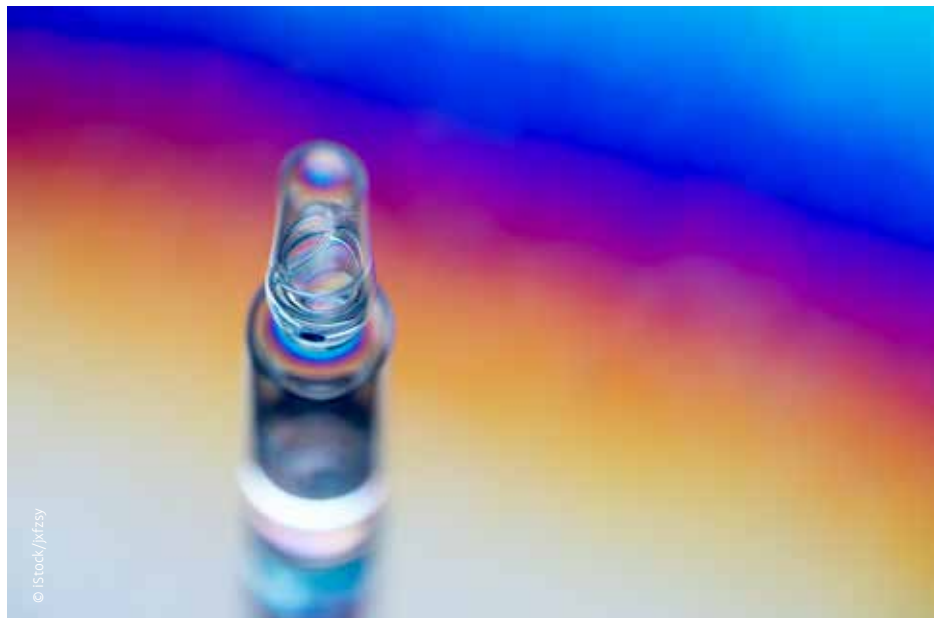
Die Bereitschaft zur Grippeimpfung ist beim Krankenhauspersonal bekanntermaßen gering. Steigerungen können erreicht werden, wenn die Betriebsärzte über die Stationen gehen und die Impfung vor Ort durchführen.

Die häufige Klage, dass man durch die Impfung erst richtig krank geworden sei, ist durch Studien nicht bestätigt. Bekanntermaßen wird der Impfstoff gegen Ende des Sommers - basierend auf einer Prognose der WHO - aus verschiedenen Viren zusammengestellt. Die Prognose kann später mehr oder minder zutreffen – auch einmal weniger, wie sich in diesem Jahr gezeigt hat. Dazu kommt, dass die Immunität unterschiedlich ist, teilweise mit nur ca. 40 bis 50 prozentigem Schutz gegen eine Grippeerkrankung. Trotzdem sind dann immerhin jene geschützt, bei denen sich Immunität ausgebildet hat. Allein dies ist von erheblicher Bedeutung, wie die schweren Verläufe in diesem Jahr zeigen.

Für die Schwere der anstehenden Grippe-saison können gegen Ende des Sommers die Erfahrungen in der Südhalbkugel (Australien) genutzt werden, die vor Europa die Grippe-welle durchmacht.

Auch eine erfolgreiche Grippeimpfung gewährleistet nicht, dass durch die betreffende Person Grippeviren nicht übertragen werden können. Offensichtlich können Grippeviren, die in die tieferen Atemwege gelangt sind, unbeschädigt (z. B. durch Niesen) ausgeschieden werden und in der Luft zirkulieren. Insofern muss enges Kontaktpersonal zu einem gesichert Grippekranken, wenn es während der Kontaktzeit ungeschützt war, trotz erfolgter Grippeimpfung mindestens für zwei Tage (Inkubationszeit) einen Mund-Nasen-Schutz tragen, um eine weitere Übertragung zu verhüten.

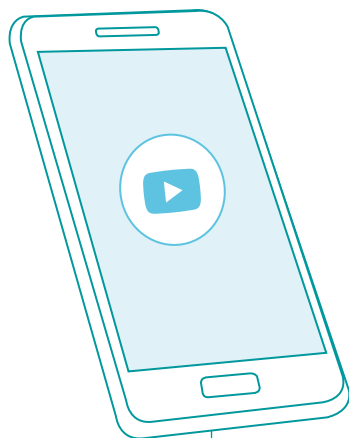
Der Kurztipp gibt die Meinung der Autoren wieder.



© iStock/afasy

HYGIENE
CLIPGet Your
Disinfection

Erfolgreiche bundesweite
Kampagne des BDC
in Kooperation
mit DGKH und BDH



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

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

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

Die Thematik Händedesinfektion wurde von vielen weiteren guten Projekten, wie der „Aktion saubere Hände“ aufgegriffen. Auch wir produzieren ständig neue Video-clips und werden Ihnen diese in den kommenden Ausgaben vorstellen.

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



PATIENTENSCHUTZ DURCH HYGIENE IST EINE
BUNDESWEITE KONZERTIERTE AKTION VON:

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

Rezension:

Mitarbeiterführung im Ärztlichen Dienst



Mitarbeiterführung im Ärztlichen Dienst

Michael Wachholz

Verlag Walter de Gruyter GmbH 2017

133 Seiten, Hartband

ISBN 978-3-11-049546-1

39,95 Euro

Beim Verlag bestellen

Rezensent:

Dr. med. Matthias Krüger

Leiter Nachwuchsförderung im

Berufsverband der Deutschen

Chirurgen e.V.

Chefarzt der Klinik für Chirurgie am

Carl-von-Basedow-Klinikum Saalekreis

gGmbH

Standort Quersfurt

Facharzt für Allgemeine- und

Viszeralchirurgie

ZB spezielle Viszeralchirurgie/

Proktologie/Notfallmedizin

MHBA – Master of Health Business

Administration

Klinischer Riskomanager

Vor dem Nebraer Tor 11

06268 Quersfurt

m.krueger@klinikum-saalekreis.de

Der Verlag De Gruyter bietet die Publikation in einem ansprechenden Hartband an. Das Papier ist von guter Qualität und die Schrift klar und gut lesbar.

Der Autor, Herr Michael Wachholz, ist studierter Kommunikationswissenschaftler und Psychologe und zugleich Inhaber des Trainingsinstitutes Kompetenz im Krankenhaus. Leider zeigen sich doch in einigen Kapiteln stilistische und/oder grammatikalische Fehler im Satzaufbau. Diese sollten in einer gegebenenfalls zweiten Auflage korrigiert werden.

Die Publikation richtet sich an Leitende Ärzte als Führungskräfte. Sie soll Lösungen für die wichtigsten Führungsaufgaben anhand von Beispielen aus dem Krankenhausalltag anbieten. Vorab schon einmal: Diesen Anspruch erfüllt das Buch in vollem Umfang. Die Thematik ist gerade für Mediziner interessant, da sie im Medizinstudium nur selten thematisiert wird und im Klinikalltag eher wenig Zeit für die Vermittlung dieser wichtigen Aufgaben besteht. Kaum ein Mediziner wird darauf richtig vorbereitet.

Der Autor schafft es auf gut 133 Seiten, nebst Anhang, die wichtigsten Führungsaufgaben von Leitenden Krankenhausärzten im Krankenhausalltag anschaulich und klar strukturiert darzustellen. Er behandelt das Thema in acht Kapiteln, wobei die Kapitel 1. Mitarbeiterführung und Kapitel 2. Mitarbeitergespräche 92 Seiten umfassen. Somit liegt der Fokus des Autors klar auf diesen Bereichen der Mitarbeiterführung. Der klinische

Alltag gibt dem Autor Recht. Der Autor verschwendet nicht viele Seiten für ausgiebige theoretische Erörterungen der Problematik. Das Buch besticht daher durch seine hohe Praxistauglichkeit.

Die Art und Weise der Bearbeitung dieser Problematik ist erfreulich, frisch und situationsadäquat. So kommt dieses Buch nicht wie ein typisches Sach- und Lehrbuch daher, sondern ist als eine Art Zwiegespräch zwischen zwei ärztlichen Führungskräften aufgebaut. Die Protagonisten des Buches sind Justus und sein ehemaliger Kommilitone Tom. Justus ist schon ein gestandener Chefarzt und Tom muss in die Stelle erst neu hineinwachsen. Der Autor der Rezension – auch junger Chefarzt – fand sich oft in den geschilderten klinischen Situationen wieder. Beide unterhalten sich in diesem Buch über die verschiedenen Kapitel hinweg, wobei Justus eher der Lehrende ist und Tom eher der Lernende. In dieser Art Zwiegespräch werden die für einen leitenden Arzt wichtigen Führungsaufgaben diskutiert.

Immer wieder gelingt es dem Autor in einer frischen Art und Weise diese Führungsaufgaben anhand von Beispielen aus dem Klinikalltag darzustellen. Diese Beispiele wirken nicht konstruiert, sondern sind sehr praxisnah. Es zeigt deutlich die praxisnahe des Autors auf. Klare und mitunter zweifarbige Abbildungen sowie Checklisten ergänzen situationsadäquat die Thematik anschaulich und vermögen damit die inhaltliche Prägnanz zu verstärken.

Gelegentlich verweist der Autor Michael Wachholz auf die Internetseite des Trainingstinstitutes Kompetenz im Krankenhaus, wo weiteres Material zum Download zur Verfügung steht.

Jedes Kapitel beginnt mit einem Problem oder mit einer klinischen Situation, dazu müssen dann gewisse Führungsaufgaben realisiert werden. Anhand dieser zu realisierenden Führungsaufgaben werden dann die einzelnen Thematiken besprochen und diskutiert. Fragen, die zu dieser Führungsthematik wichtig sind, werden anfangs gestellt und danach erörtert. Diese Art und Weise ist sehr ansprechend, da anhand der Fragen sich der Leser schon vorab eine eigene Meinung und ggf. eigene Lösungsstrategien erarbeiten kann. Diese können dann an Hand der im Buch aufgezeigten Lösungswege reflektiert werden. Am Ende jeden Kapitels erfolgt eine Zusammenfassung, welche kurz und prägnant ist.

Dem Rezensent hat es sehr viel Spaß gemacht, diese Publikation zu lesen, zumal sie sehr realitätsnah und anschaulich geschrieben wurde. Einiges konnte im Praxisalltag schon umgesetzt werden.

ZUSAMMENFASSUNG

Die Publikation Mitarbeiterführung im Ärztlichen Dienst von Michael Wachholz ist eine gelungene Aufarbeitung der Thematik „Leitender Arzt als Führungskraft im Krankenhausalltag“. Es besticht durch seine Praxisnähe sowie der Art und Weise der Darstellung. Besonders zu empfehlen ist es für junge angehende Führungskräfte, aber auch für Stations- und Oberärzte, sowie zur kritischen Reflexion von schon tätigen Führungskräften. Es kann auch als täglicher Begleiter im „Führungskräftealltag“ Verwendung finden. ○

Krüger M. Rezension: Mitarbeiterführung im Ärztlichen Dienst. Passion Chirurgie. 2018 April, 8(04): Artikel 04_06.



Weitere Rezensionen finden Sie auf
BDC|Online (www.bdc.de, Rubrik Wissen |
Aus-, Weiter- & Fortbildung | Rezensionen).

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.

April 2018

Dr. med. Philipp Bula ist seit dem 01. März 2018 der Chefarzt der nun neu strukturierten Klinik für Unfall- und Wiederherstellungschirurgie, Orthopädie, Plastische- und Handchirurgie am Klinikum Gütersloh. **Dr. med. Bernd Ruhnke**, ehemaliger Chefarzt der der Klinik für Plastische-, Ästhetische- und Handchirurgie, verabschiedete sich in den Ruhestand.

Dr. med. Mario Dietzel leitet seit dem 1. März 2018 die Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie des Kreiskrankenhaus Greiz. Er war zuvor Chefarzt und Leiter der Endoprothesenzentren im Klinikverbund Adorf-Schöneck.

Dr. med. Anand Esapathi ist neuer Chefarzt der Gefäßchirurgie des St. Martinus-Hospitals in Olpe. Der ehemalige Oberarzt ist Nachfolger von **Dr. med. Everard Braganza**, der nach langjähriger Tätigkeit als Chefarzt und als stellvertretender Ärztlicher Direktor in den Ruhestand ging.

PD Dr. med. Frank Fischer wechselte als Chefarzt von HELIOS Frankenklinik Kronach

an das Elisabeth Klinikum Schmalkalden. Dort leitet er die Abteilung Allgemein- und Viszeralchirurgie, Gefäßmedizin.

Dr. med. Florian Höhler ist seit Februar 2018 als Chefarzt der Chirurgie der Kliniken Nordoberpfalz AG, Krankenhaus Kemnath.

Dr. med. Heike Kremser ist neue Chefärztin der Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Minimalinvasiver Chirurgie der Asklepios Stadtklinik Bad Tölz. Die Fachärztin für Chirurgie zählt unter anderem die Bauchchirurgie, die Hernienchirurgie und die Koloproktologie zu ihren Schwerpunkten und ist seit 2009 in der Stadtklinik tätig.

Dr. med. Michael Pfeiffer, bisher leitender Oberarzt der Chirurgie, übernahm zum 1. April 2018 die Leitung der Chirurgie - Unfallchirurgie im Krankenhaus Maria Hilf in Daun.

Thomas Wendrich, ehemals Oberarzt der Allgemein- und Viszeralchirurgie der HELIOS Frankenklinik in Kronach, leitet die Abteilung seit Anfang des Jahres als Sektionsleiter. ○



Personalia-Meldungen finden Sie auf BDC|Online (www.bdc.de, Rubrik Wissen | Karriere).



© iStock/SOPHIE-CARON

Das neue Datenschutzrecht

Am 25.05.2018 treten die neue EU-Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) und das hiermit korrespondierende neue Bundesdatenschutzgesetz (BDSGneu) in Kraft. Die darin enthaltenen Regelungen gelten unmittelbar und sind somit ab diesem Zeitpunkt für Ärzte verbindlich, d. h. sowohl die DSGVO als auch das BDSGneu sind zu beachten. Zusätzlich wurden zur DSGVO insgesamt 173 Erwägungsgründe erlassen, die als Interpretationshilfe dienen sollen. Die aus Sicht des Verfassers für Arztpraxen einschlägigsten Neuerungen werden hiermit vorgestellt, wobei hierdurch kein Anspruch auf Vollständigkeit begründet wird.

Nach wie vor muss für die Zulässigkeit der Datenverarbeitung entweder die Einwilligung

des Patienten oder eine Rechtsgrundlage nach der DSGVO oder nach nationalem Recht gegeben sein.

1. EINWILLIGUNG DER PATIENTEN

Liegt eine Einwilligung des Patienten vor, die sich auf einen bestimmten Zweck beziehen muss, so muss das Vorliegen der Einwilligung sowie die Einhaltung der Rechtmäßigkeit der Datenverarbeitung gemäß Art. 7 Abs. 1 i. V. m. Art. 5 Abs. 2 DSGVO durch die Arztpraxis nachgewiesen werden können, sodass dem Arzt hier die Beweislast zukommt. Folglich ist, insbesondere bei lediglich mündlicher Einwilligung, aus juristischer Sicht eine Dokumentation zwingend erforderlich.



Dr. jur. Jörg Heberer
Justitiar des BDC, Berlin
Rechtsanwalt
Fachanwalt für Medizinrecht, München

Entsprechend der Erwägungsgründe 32 und 42 ist die Einwilligung grundsätzlich an keine Form gebunden. Dies bedeutet, sie kann mündlich, schriftlich oder elektronisch erfolgen, muss allerdings eindeutig sein. Grundsätzlich wird jedoch aufgrund der Nachweispflicht empfohlen, datenschutzrechtliche Einwilligungserklärungen in Schriftform einzuholen. Missbräuchliche Klauseln dürfen in einer vorformulierten Erklärung nicht enthalten sein. Benutzt die Arztpraxis solch vorformulierte Erklärungen, so muss darauf geachtet werden, dass diese in klarer und einfacher Sprache verfasst werden.

Ferner ist die Einwilligung zweckgebunden, d. h. sie muss sich auf bestimmte Zwecke beziehen, die vollständig angegeben werden müssen. Um eine entsprechend wirksame Einwilligung geben zu können, sollte nach Erwägungsgrund 42 die betroffene Person mindestens darüber informiert werden, wer der Verantwortliche ist und für welche Zwecke ihre personenbezogenen Daten verarbeitet werden sollen.

Neu ist, dass nunmehr gesetzlich verankert ist, dass sich eine Einwilligung auch auf mehrere bestimmte Zwecke beziehen kann. Jedoch ist auch hier Voraussetzung, dass alle Zwecke – soweit möglich – detailliert benannt werden müssen.

Nach Erwägungsgrund 171 ist für bereits vorliegende Einwilligungen, sog. Alt-Einwilligungen nach Ansicht des Verfassers davon auszugehen, dass diese offensichtlich wirksam bleiben sollen, auch wenn diese nicht die in Art. 13 DSGVO vorgesehenen Informationen enthalten. Wenn in diesen Alt-Einwilligungen zumindest der Mindestgehalt nach Erwägungsgrund 42, also Angabe des Verantwortlichen und des Verarbeitungszwecks, enthalten ist, ist in aller Regel anzunehmen, dass diese grundsätzlich auf unbestimmte Zeit fortgelten, solange keine Unwirksamkeitsgründe ersichtlich werden.

2. RECHTSGRUNDLAGE FÜR DIE VERARBEITUNG VON GESUNDHEITSDATEN

Art. 9 Abs. 1 DSGVO verbietet zunächst die Verarbeitung von Gesundheitsdaten. Dies bedeutet, hier besteht grundsätzlich ein präventives Verarbeitungsverbot.

Der Begriff Verarbeitung umfasst das Erheben, das Erfassen, die Organisation, das Ordnen, die Speicherung, die Anpassung oder Veränderung, das Auslesen, das Abfragen, die Verwendung, die Offenlegung durch Übermittlung, Verbreitung oder eine andere Form der Bereitstellung, den Abgleich oder die Verknüpfung, die Einschränkung, das Löschen oder die Vernichtung von Daten.

Allerdings schafft die DSGVO sodann in Art. 9 Abs. 2 diverse Ausnahmetatbestände von diesem Verbot, wie beispielsweise das Vorliegen einer Einwilligung der betroffenen Person (lit. a) oder die Verarbeitung ist für Zwecke der Gesundheitsvorsorge oder der Arbeitsmedizin, für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit des Beschäftigten, für die medizinische Diagnostik, die Versorgung oder Behandlung im Gesundheits- oder Sozialbereich oder für die Verwaltung von Systemen und Diensten im Gesundheits- oder Sozialbereich (lit. h) erforderlich.

Werden Gesundheitsdaten zu den in Buchstabe h genannten Zwecken verarbeitet, wie in einer Arztpraxis üblich, so müssen diese nach Absatz 3 aber von Fachpersonal oder unter dessen Verantwortung verarbeitet werden und dieses Fachpersonal muss dem Berufsgeheimnis oder einer Geheimhaltungspflicht unterliegen. Dies ist bei Ärzten der Fall.

Der deutsche Gesetzgeber wiederholt sodann in § 22 BDSGneu fast wortgleich zu Art. 9 Abs. 1 DSGVO die Zulässigkeit der Verarbeitung von Gesundheitsdaten durch nicht-öffentliche Stellen, also auch Arztpraxen. Wichtige Gesetzesgrundlage ist hierbei insbesondere § 22 Abs. 1 Nr. 1 b, wenn diese zum Zweck der Gesundheitsvorsorge, für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit des Beschäftigten, für die medizinische Diagnostik, die Versorgung

Heberer J. Das neue Datenschutzrecht. Passion Chirurgie. 2018 April, 8(04): Artikel 04_08.



Weitere Artikel zum Thema finden Sie auf BDC|Online (www.bdc.de, Rubrik Wissen | Recht & Versicherung).

oder Behandlung im Gesundheits- oder Sozialbereich oder für die Verwaltung von Systemen und Diensten im Gesundheits- und Sozialbereich oder aufgrund eines Vertrags der betroffenen Person mit einem Angehörigen eines Gesundheitsberufs – gemeint ist hier der Behandlungsvertrag – erforderlich ist und diese Daten von ärztlichem Personal oder durch sonstige Personen, die einer entsprechenden Geheimhaltungspflicht unterliegen, oder unter deren Verantwortung verarbeitet werden. Hier erfolgt also eine Konkretisierung auf Ärzte und deren Angestellte.

Folglich wird man festhalten können, dass wenn Ärzte oder deren Angestellte zur Erfüllung ihrer Aufgaben Gesundheitsdaten verarbeiten, dies auf Basis der Rechtsgrundlagen des Art. 9 Abs. 2 h i. V. m. Abs. 3 DSGVO i. V. m. § 22 Abs. 1 Nr. 1 b BDSGneu zulässig bleibt.

§ 22 Abs. 2 BDSGneu fordert jedoch dann, dass in den Fällen des Absatzes 1 angemessene und spezifische Maßnahmen zur Wahrung der Interessen der betroffenen Person vorzusehen sind. Dies bedeutet juristisch, hierzu besteht eine Pflicht. In den nachfolgenden Nummern 1 -10 werden sodann beispielhaft derartige Maßnahmen aufgezählt, die unter Berücksichtigung des Stands der Technik, der Implementierungskosten und der Art, des Umfangs, der Umstände und der Zwecke der Verarbeitung sowie der unterschiedlichen Eintrittswahrscheinlichkeit und Schwere der mit der Verarbeitung verbundenen Risiken für die Rechte und Freiheiten natürlicher Personen ergriffen werden können. Hierzu zählen beispielsweise technisch-organisatorische Maßnahmen, Maßnahmen, die gewährleisten, dass nachträglich überprüft und festgestellt werden kann, ob und von wem personenbezogene Daten eingegeben, verändert oder entfernt worden sind –dies ist somit für die Eintragungen in Patientenakten wichtig-, Sensibilisierung der an Verarbeitungsvorgängen Beteiligten oder die Benennung eines Datenschutzbeauftragten. Diese Aufzählung ist zum einen jedoch nicht abschließend, sodass auch andere, hier nicht aufgeführte Maßnahmen getroffen werden können. Zum anderen sind diese Schutzmaßnahmen dynamisch, d. h. sie müssen an die technische Entwicklung angepasst werden.

Wie dies letztendlich in der Praxis aussehen soll und welche spezifischen Maßnahmen angemessen sind, wird man aus Sicht des Verfassers in jedem Einzelfall nach dem Stand der Technik beurteilen müssen, sodass dies letztendlich keine juristische Frage ist. Hierzu wird derzeit deshalb empfohlen, zumindest die von der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung erlassenen Empfehlungen zur ärztlichen Schweigepflicht, Datenschutz und Datenverarbeitung in der Arztpraxis hinsichtlich der darin aufgeführten Anforderungen und Maßnahmen weiterhin einzuhalten, da bis auf Weiteres davon auszugehen sein wird, dass hierdurch die Grundrechte und Interessen der Patienten hinreichend gewahrt werden.

Soll die Datenverarbeitung zu anderen Zwecken erfolgen, als für die die Daten erhoben wurden, so ist dies nur aufgrund der Rechtsgrundlage in § 24 BDSGneu möglich.

3. INFORMATIONEN- UND MELDEPFLICHTEN

Der Verantwortliche ist nach Art. 12 DSGVO zur transparenten Information, Kommunikation und zur Festlegung von Modalitäten zur Erleichterung der Rechtausübung verpflichtet, um den betroffenen Personen alle Informationen gemäß Art. 13, 14 und alle Mitteilungen gemäß Art. 15 – 22, 34 DSGVO in präziser, transparenter, verständlicher und leicht zugänglicher Form in einer klaren und einfachen Sprache zu übermitteln. Artikel 12 DSGVO legt somit die Form der datenschutzrechtlichen Informationspflichten fest. Die Übermittlung kann schriftlich oder in anderer Form, ggf. elektronisch, oder auf Verlangen auch mündlich erfolgen. Die Information muss in der konkreten Situation verfügbar sein, d. h. bei Erhebung von einer anwesenden Person ist ein Verweis auf den Erhalt der Informationen, beispielsweise im Internet, nicht zulässig.

Die Artikel 13 und 14 DSGVO regeln nun inhaltlich weitergehende Informationspflichten gegenüber den Patienten. Artikel 13 betrifft die Fälle, in denen die Daten bei dem Patienten direkt erhoben wurden. Artikel 14 trifft Regelungen für den Fall, dass die Daten nicht

beim Patienten selbst, sondern bei Dritten (z. B. vor- oder mitbehandelnder Arzt) erhoben wurden. Dabei unterscheiden sich in den jeweiligen Artikeln die Informationen in Absatz 1 und 2. Der jeweilige Absatz 1 legt die Informationen fest, die der betroffenen Person mitzuteilen sind. In Absatz 2 werden zusätzlich zur Verfügung zu stellende Informationen aufgeführt, die eine faire und transparente Datenverarbeitung gewährleisten sollen. Es ist deshalb anzuraten, sich über die mitzuteilenden Informationen genau zu informieren.

Der Patient muss im Falle des Art. 13 hierbei bereits im Zeitpunkt der Erhebung, im Falle des Art. 14 innerhalb einer angemessenen Frist (Festlegung nach den konkreten Umständen im Einzelfall, jedoch maximal ein Monat) nachträglich informiert werden. Es ist u. a. zu informieren über Name und Kontaktdaten des Verantwortlichen (= Arzt), Kontaktdaten des Datenschutzbeauftragten, die Verarbeitungszwecke, die Rechtsgrundlage der Verarbeitung, die Dauer der Speicherung oder falls dies nicht möglich ist, die Kriterien für die Festlegung der Dauer, das Bestehen der Rechte auf Auskunft, Berichtigung, Löschung, Einschränkung der Verarbeitung oder eines Widerspruchsrechts gegen die Verarbeitung, des Rechts auf Datenübertragbarkeit sowie des Beschwerderechts bei einer Aufsichtsbehörde.

Ändert sich der Zweck der Datenverarbeitung, so sind in beiden Fällen die Informationspflichten erneut zu erfüllen (Art. 13 Abs. 3, Art. 14 Abs. 3 DSGVO).

Auch hier gilt wiederum Art. 5 Abs. 1 lit. a, Abs. 2 DSGVO, wonach der Arzt den Nachweis der ordnungsgemäßen Erfüllung der Informationspflichten zu erbringen hat.

Ausnahmen von der Informationspflicht bestehen gemäß Art. 13 Abs. 4, Art. 14 Abs. 5 DSGVO und nach §§ 32, 33 BDSGneu, wobei bei letzteren derzeit fraglich ist, inwieweit diese aufgrund des Anwendungsvorrangs der DSGVO anwendbar sein werden.

Ferner hat der Arzt als Verantwortlicher nach Art. 33 DSGVO die Pflicht, im Falle

einer Verletzung des Schutzes personenbezogener Daten diese unverzüglich und möglichst binnen 72 Stunden nach Bekanntwerden der Verletzung der zuständigen Aufsichtsbehörde zu melden, es sei denn, dass die Verletzung voraussichtlich nicht zu einem Risiko für die Rechte und Freiheiten der betroffenen Person führt. Erfolgt die Meldung später als 72 Stunden, so muss die Verzögerung begründet werden. Absatz 3 legt den Mindestinhalt der Meldung fest. Des Weiteren hat der Arzt solche Datenschutzverletzungen einschließlich aller im Zusammenhang mit der Verletzung stehenden Fakten, von deren Auswirkungen und der ergriffenen Abhilfemaßnahmen zu dokumentieren. Dies bedeutet, dass der Arzt die Darlegungspflicht hinsichtlich der Einhaltung aller geeigneten technischen sowie organisatorischen Schutzmaßnahmen trifft.

Ebenso ist die betroffene Person entsprechend Art. 34 DSGVO grundsätzlich unverzüglich über eine Datenschutzverletzung zu informieren.

4. DATENSCHUTZ-FOLGENABSCHÄTZUNG

Artikel 35 Abs. 3 lit. b) DSGVO schreibt eine Datenschutz-Folgenabschätzung zwingend für den Fall vor, dass eine umfangreiche Verarbeitung von Gesundheitsdaten stattfindet.

Eine Datenschutz-Folgenabschätzung meint die Beschreibung, Bewertung und der Eindämmung der spezifischen Eintrittswahrscheinlichkeit und der Risiken für die Rechte und Freiheiten natürlicher Personen unter Berücksichtigung der Art, des Umfangs, der Umstände, der Zwecke der Verarbeitung und der Ursachen des Risikos. Die Folgenabschätzung ist vor der Datenverarbeitung durchzuführen und sollte sich insbesondere mit den Maßnahmen, Garantien und Verfahren befassen, durch die dieses Risiko eingedämmt, der Schutz personenbezogener Daten sichergestellt und die Einhaltung der Bestimmungen der DSGVO nachgewiesen werden soll (vgl. Erwägungsgrund 90). Bezugspunkt der Datenschutz-Folgenabschätzung sind damit stets einzelne, konkrete Verarbeitungsvorgänge. Dabei wird

die Summe von Daten, Systemen (Hard- und Software) und Prozessen als solche Verarbeitungsvorgänge verstanden.

Doch wann liegt eine „umfangreiche“ Verarbeitung vor? Leider ist der Wortlaut der DSGVO nicht eindeutig. Dies muss also zukünftig durch die Rechtsprechung ausgelegt werden. Einen Hinweis bietet zumindest Erwägungsgrund 91, wonach eine umfangreiche Verarbeitung **nicht vorliegen soll**, wenn die Verarbeitung personenbezogener Daten von **Patienten** betrifft und durch einen **einzelnen Arzt** erfolgt.

Wenn also die Arztpraxis aus einem Einzelarzt besteht, dann soll aus Sicht des Verfassers in der Regel keine umfangreiche Verarbeitung von Gesundheitsdaten vorliegen, sodass grundsätzlich keine Datenschutz-Folgenabschätzung durchgeführt werden muss. Dies kann jedoch im Einzelfall anhand der konkreten Umstände und der sonstigen Anforderungen an eine umfangreiche Verarbeitung anders zu beurteilen sein, wenn die Einzelpraxis derart viele Patienten hat, sodass der Betroffenenkreis erheblich über den eines nach dem genannten Erwägungsgrund privilegierten, durchschnittlichen Einzelarztes hinausgeht.

Andererseits ist eine solche Folgenabschätzung ferner notwendig, wenn neue Datenverarbeitungssysteme oder eine neue Datenverarbeitungstechnik eingesetzt werden. Dies gilt dann auch für Einzelpraxen.

Eine nicht abschließende Liste der Verarbeitungsvorgänge, für die eine Datenschutz-Folgenabschätzung durchzuführen ist, wird von der Aufsichtsbehörde erstellt und veröffentlicht, sodass zu empfehlen ist, sich zeitnah hierüber zu informieren.

Welche Mindestinhalte die Datenschutz-Folgenabschätzung aufweisen muss, legt Art. 35 Abs. 7 DSGVO fest. Hiernach wird u. a. eine systematische Beschreibung der geplanten Verarbeitungsvorgänge und der Zwecke der Verarbeitung, eine Bewertung der Notwendigkeit und Verhältnismäßigkeit der Verarbeitungsvorgänge in Bezug auf den Zweck, eine Bewertung der Risiken

für die Rechte und Freiheiten des Betroffenen sowie die zur Bewältigung der Risiken geplanten Abhilfemaßnahmen. Zusätzlich ergeben sich aus den Erwägungsgründen 84, 90, 91 und 92 die formellen Anforderungen an die Durchführung. Das Ergebnis ist zu dokumentieren.

Gegebenenfalls ist vor der Verarbeitung auch die Aufsichtsbehörde zu konsultieren, wenn sich aus der Datenschutz-Folgenabschätzung ergibt, dass ein hohes Risiko bei der Verarbeitung vorliegt, sofern keine Maßnahmen zur Minimierung des Risikos durch den Verantwortlichen getroffen werden.

Hinzuweisen ist darauf, dass eine Datenschutz-Folgenabschätzung sich nicht in einer einmaligen Anwendung erschöpft, sondern grundsätzlich eine stetige Überprüfung und ggf. Anpassung erfordert, insbesondere bei Veränderungen. Eine solche Folgenabschätzung sollte durch Personen erfolgen, die Kompetenzen im Datenschutz, der Risikoermittlung und der Fachprozesse besitzen.

5. DATENSCHUTZBEAUFTRAGTER

Nach § 38 Abs. 1 BDSGneu ist von einer Arztpraxis ein Datenschutzbeauftragter zu benennen, wenn

1. in der Arztpraxis in der Regel mindestens zehn Personen ständig mit der automatisierten Verarbeitung personenbezogener Daten beschäftigt sind oder
2. in der Arztpraxis Datenverarbeitungen vorgenommen werden, die einer Datenschutz-Folgenabschätzung i.S.d. Artikel 35 DSGVO unterliegen.

Das bedeutet, dass **in größeren Arztpraxen**, in denen 10 oder mehr Mitarbeiter beschäftigt sind, **in jedem Fall ein Datenschutzbeauftragter zu benennen ist**. Zu den beschäftigten Personen zählen angestellte und freie Mitarbeiter (also angestellte Ärzte, MFAs), Leiharbeiter, Auszubildende und Praktikanten. Für die Zahl der beschäftigten Personen ist ausschließlich die „Kopfzahl“ maßgeblich, sodass der Umfang der Beschäftigung oder der Beschäftigungsstatus unmaßgeblich sind.

Daneben ist nach § 38 Abs. 1 Nr. 2 BDSGneu i. V. m. Art. 37 Abs. 1 c DSGVO *auf jeden Fall*, also unabhängig von der Beschäftigtenzahl, ein Datenschutzbeauftragter in einer Arztpraxis zu benennen, *wenn die Kerntätigkeit der Praxis in der umfangreichen Verarbeitung von Gesundheitsdaten besteht. Wie bereits unter Ziffer 4 ausgeführt, soll nach* Erwägungsgrund 91 eine umfangreiche Verarbeitung **nicht vorliegen**, wenn die Verarbeitung personenbezogene Daten von **Patienten** betrifft und durch einen **einzelnen Arzt** erfolgt.

Folglich ist bei einer Arztpraxis eines Einzelarztes mit unter 10 Beschäftigten nach Ansicht des Verfassers die Bestellung eines Datenschutzbeauftragten regelmäßig nicht erforderlich, es sei denn, aufgrund der Einzelfallumstände ergibt sich wie unter Ziffer 4 gesagt, etwas anderes.

Daraus kann man aber nach Ansicht des Verfassers auch herleiten, dass bei einer **Arztpraxis** mit mehreren Berufsträgern, also bei Berufsausübungsgemeinschaften, MZV etc. in aller Regel wohl davon ausgegangen werden muss, dass ein **Datenschutzbeauftragter zwingend benannt werden muss**.

Nun stellt sich abermals die Frage, wie dies bei Praxisgemeinschaften zu beurteilen ist, wenn mehrere einzelne Ärzte unter gemeinsamer Nutzung der Infrastruktur aber mit eigentlich getrennten Praxen, d. h. auch getrennten Patientenakten und -abrechnungen, gemeinsam arbeiten und welche Kriterien für diese Beurteilung maßgeblich sein sollen. Hier wird es nach Auffassung des Verfassers zukünftig Aufgabe der Gerichte sein, zu entscheiden, wie man dies bei einer *Praxisgemeinschaft beurteilt. Eine rechtssichere Auskunft kann derzeit mangels vorhandener Rechtsprechung deshalb nicht erteilt werden.*

Nachdem die Rechtslage bezüglich der neuen zukünftigen Datenschutzregelungen noch unklar ist und es hierzu auch noch keine Rechtsprechung gibt, muss nach Meinung des Verfassers Praxisgemeinschaften allerdings aus Gründen der Rechtssicherheit dazu geraten werden, im Zweifel eher einen Datenschutzbeauftragten zu bestellen, vor allem im Hinblick auf die zukünftige Bußgeldregelung.

Denn neu ist, dass die Kontaktdaten des Datenschutzbeauftragten nach Art. 37 Abs. 7 DSGVO veröffentlicht und der Aufsichtsbehörde mitgeteilt werden müssen, sodass eine einfache Überprüfbarkeit hiermit gegeben wird.

6. VERZEICHNIS DER VERARBEITUNGSTÄTIGKEIT

Des Weiteren müssen Arztpraxen gemäß Art. 30 DSGVO ein sog. Verzeichnis von Verarbeitungstätigkeiten führen, da sie Gesundheitsdaten verarbeiten. Damit wird eine weitere umfassende Dokumentationspflicht betreffend die Einhaltung der DSGVO begründet. Welche Angaben das Verzeichnis zwingend enthalten muss, legt Absatz 1 lit. a – g fest.

Ein solches Verzeichnis müssen gemäß Absatz 2 im Übrigen nun auch Auftragsdatenverarbeiter führen.

Das Verzeichnis ist schriftlich zu führen, wobei dies aber auch in einem elektronischen Format zulässig ist. Es ist jederzeit auf Anfrage der Aufsichtsbehörde zur Verfügung zu stellen. Die Aufsichtsbehörden haben angekündigt, hier eine Muster-Vorlage und weitere Hinweise zu erstellen. Bereits bestehende Verzeichnisse nach dem derzeit noch geltenden BDSG sollten an die neuen Anforderungen angepasst werden.

7. AUFTRAGSDATENVERARBEITUNG

Diese heißt jetzt neu Auftragsverarbeitung. Die Artikel 26 – 28 DSGVO bestimmen die Anforderungen an Verträge zwischen dem Verantwortlichen und Auftragsverarbeitern, sodass bestehende und zukünftige Verträge diesbezüglich überprüft und ggf. angepasst werden sollten. Auch hier stellen einige Aufsichtsbehörden Musterverträge auf ihren Homepages zur Verfügung.

8. NEUE RECHTE DER PATIENTEN

Neu ist das Recht auf Vergessenwerden in Art. 17 Abs. 2 DSGVO, das mit dem bisherigen Lösungsanspruch zusammenhängt.

Dies bedeutet letztendlich ein weitgehendes allgemeines Lösungsrecht im Falle der Veröffentlichung von Daten. Hier müssen beispielsweise auch Dritte über den Lösungswunsch informiert werden oder alle Links zu den entsprechenden personenbezogenen Daten oder Kopien gelöscht werden. Allerdings muss dafür einer der in Absatz 1 genannten Lösungsgründe vorliegen. Der Lösungsanspruch nach Absatz 1 und das Recht auf Vergessenwerden nach Absatz 2 sind gemäß Absatz 3 aber in bestimmten Fällen ausgeschlossen, z. B. wenn die Verarbeitung zur Erfüllung einer rechtlichen Verpflichtung oder zur Geltendmachung, Ausübung oder Verteidigung von Rechtsansprüchen erforderlich ist. Sind allerdings die Zwecke des Absatzes 3 erreicht, sind die Daten jedenfalls dann zu löschen.

Ferner besteht unter bestimmten Voraussetzungen ein Recht auf Einschränkung der Verarbeitung nach Art. 18 DSGVO. Eine Beschränkung kann nach dem Erwägungsgrund 67 zum Beispiel dadurch erfolgen, dass ausgewählte personenbezogene Daten vorübergehend auf ein anderes Verarbeitungssystem übertragen werden oder durch eine Sperrung für Nutzer. § 35 BDSGneu sieht Fälle vor, in denen statt des Lösungsanspruchs lediglich ein solcher Anspruch auf Einschränkung besteht. Allerdings muss auch hier wieder aufgrund des Anwendungsvorrangs der DSGVO in jedem Einzelfall entschieden werden, inwieweit das BDSGneu angewandt werden kann.

Zudem haben Betroffene nun das Recht auf Datenübertragbarkeit nach Art. 20 DSGVO. Die betroffene Person hat danach das Recht, von ihr dem Verantwortlichen bereitgestellte Daten, in einem strukturierten, gängigen und maschinenlesbaren Format zu erhalten bzw. auch, dass diese Daten direkt vom Verantwortlichen an einen anderen Verantwortlichen übermittelt werden, sofern dies technisch machbar ist. Dieses Recht besteht immer dann, wenn die Verarbeitung aufgrund einer Einwilligung oder auf einem Vertrag beruht und die Verarbeitung mithilfe automatisierter Verfahren erfolgt. Hierdurch könnte sich somit der Aufwand für Arztpraxen erhöhen, wenn mehrere Patienten dieses

Recht wahrnehmen. Dies gilt aber, wie gesagt, nur für Daten, die der Patient selbst zur Verfügung gestellt hat.

9. BUSSGELDER

Bei Verstößen gegen die neuen Datenschutzvorschriften können erhebliche Geldbußen drohen, sodass hier eine einschneidende Verschärfung der Sanktionen normiert wurde. Die Aufsichtsbehörden können diese zusätzlich oder anstelle der ihr gegebenen Befugnisse nach Art. 58 Abs. 2 DSGVO (z. B. Verwarnung, Erteilung von Anweisungen) verhängen.

Bei Verstößen gegen Organisationsregeln ist beispielsweise eine Geldbuße von bis zu zwei Prozent des gesamten, weltweiten Jahresumsatzes oder bis zu 10 Mio. Euro vorgesehen, je nachdem, welche Summe höher ist. Dies droht beispielsweise bei einem Verstoß gegen die Vorschriften zur Auftragsverarbeitung.

Wird gegen Vorschriften zur Zulässigkeit der Datenverarbeitung oder zu den Rechten Betroffener verstoßen, so ist ein Bußgeld von vier Prozent des Jahresumsatzes oder eine Geldbuße bis 20 Mio. Euro möglich. Betroffen

hiervon sind also Verstöße gegen die Art. 5 – 7, 9 und 12 – 22 DSGVO.

STELLUNGNAHME

Zusammenfassend ist damit festzustellen, dass die neuen Datenschutzregelungen nach Meinung des Verfassers zu einer unübersichtlichen Rechtslage führen, da sich die Rechtsvorschriften für den Gesundheitsdatenschutz aus der DSGVO, aus bereichsspezifischen Rechtsgrundlagen (z. B. SGB V, IfSG) sowie aus dem BDSGneu ergeben. Folge ist eine erhebliche Rechtsunsicherheit, da stets mehrere Gesetze zur Beurteilung der Rechtslage verglichen werden müssen. Klar ersichtlich wird jedoch, dass die neuen Bestimmungen zu erhöhten Pflichten und einem damit verbundenen gesteigerten Aufwand für Praxisbetreiber, insbesondere im Hinblick auf umfassende Dokumentations- bzw. Nachweispflichten zur Einhaltung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen, führen dürften. Grundsätzlich verantwortlich für die Einhaltung des Patientendatenschutzes ist die natürliche oder juristische Person, Einrichtung oder andere Stelle, die allein oder gemeinsam mit anderen über die Zwecke und Mittel der Verarbeitung von personenbezogenen Daten entscheidet. Dies sind somit jedenfalls der oder die

Praxisinhaber, der Ärztliche Leiter eines MVZ oder der Krankenhausträger.

Jedenfalls sollte eine Überprüfung auf Datenschutzkonformität bereits jetzt stattfinden, nachdem bis Mai 2018 nicht mehr viel Zeit bleibt und in Anbetracht der möglichen hohen Bußgelder ein Verstoß vermieden werden sollte.

Für jedes Bundesland bestehen eigene Datenschutzaufsichtsbehörden. Dies sind für nicht-öffentliche Stellen, wie Arztpraxen, stets die jeweiligen Landesbeauftragten für den Datenschutz. Lediglich in Bayern ist dies das Bayerische Landesamt für Datenschutz. Nachdem die Aufsichtsbehörden auf ihren Homepages in der Regel einiges an Informationen, praxisrelevante Muster und Hilfestellungen zum Thema Datenschutz vorhalten, sollte sich jeder Arzt zusätzlich bei der für ihn zuständigen Behörde hierüber informieren und ggf. auch ein etwaiges Beratungsangebot in Anspruch nehmen.

Zudem stellen gegebenenfalls auch die jeweiligen Ärztekammern zukünftig Informationen hinsichtlich der praktischen Umsetzung etc. bereit, sodass sich auch dort eine Nachfrage lohnt. ○

Frage & Antwort



Arbeitsmedizinische Untersuchung von Praxispersonal nötig



Antwort von Dr. jur. Jörg Heberer:

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

Heberer J. F+A: Arbeitsmedizinische Untersuchung von Praxispersonal nötig. *Passion Chirurgie*. 2018 April; 8(04): Artikel 04_09.



Weitere Fragen & Antworten finden Sie auf
BDC|Online (www.bdc.de, Rubrik Wissen |
Recht & Versicherung).

FRAGE:

Ein niedergelassener Chirurg fragt an, inwieweit arbeitsmedizinische Untersuchungen des Praxispersonals veranlasst werden müssen.

ANTWORT:

Maßgeblich ist zum einen die Verordnung zur arbeitsmedizinischen Vorsorge (ArbMedVV). Gemäß § 4 Abs. 1 ArbMedVV hat der Arbeitgeber nach Maßgabe des Anhangs zur ArbMedVV Pflichtvorsorge für die Beschäftigten zu veranlassen, die vor Aufnahme der Tätigkeit und anschließend in regelmäßigen Abständen veranlasst werden muss. Pflichtvorsorge ist arbeitsmedizinische Vorsorge, die der Arbeitgeber bei bestimmten besonders gefährdenden Tätigkeiten zu veranlassen hat. Hier besteht, wie das Wort schon sagt, also eine Pflicht. Die Tätigkeiten, die als besonders gefährdend angesehen werden, sind abschließend im Anhang der ArbMedVV aufgeführt. Der Praxisinhaber ist folglich verpflichtet, im Rahmen der Gefährdungsbeurteilung zu prüfen, ob die von ihm zu bewertenden Tätigkeiten die in der ArbMedVV genannten Voraussetzungen erfüllen oder nicht. Treffen die dort festgelegten

Tatbestandsvoraussetzungen zu, muss die entsprechende arbeitsmedizinische Vorsorge veranlasst werden. Die Pflichtvorsorge ist sog. Tätigkeitsvoraussetzung, d. h. eine Ausübung der jeweiligen Tätigkeit ist nur zulässig, wenn die Vorsorge vorab durchgeführt wurde. Daraus resultiert somit ein Zwang zur Teilnahme der Beschäftigten an der Pflichtvorsorge, wenn sie die jeweilige Tätigkeit neu oder weiter ausüben möchten.

Zum anderen gibt es nach § 5 ArbMedVV eine sog. Angebotsvorsorge, die der Arbeitgeber den Beschäftigten ebenfalls nach Maßgabe des Anhangs zur ArbMedVV anzubieten hat. Auch die Angebotsvorsorge muss vor Aufnahme der Tätigkeit und anschließend in regelmäßigen Abständen angeboten werden. Die Durchführung der Angebotsvorsorge durch den Beschäftigten ist jedoch keine Tätigkeitsvoraussetzung im Gegensatz zur Pflichtvorsorge. Die Teilnahme an der Angebotsvorsorge steht den Beschäftigten somit frei.

Nach § 11 des Arbeitsschutzgesetzes hat der Arbeitgeber zudem den Beschäftigten auf ihren Wunsch hin je nach den Gefahren für ihre Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit regelmäßige arbeitsmedizinische Vorsorge

zu ermöglichen, es sei denn, aufgrund der Gefährdungsbeurteilung und der getroffenen Schutzmaßnahmen ist nicht mit einem Gesundheitsschaden zu rechnen.

Diese Vorgaben der ArbMedVV werden durch die arbeitsmedizinischen Regeln (AMR) und arbeitsmedizinischen Empfehlungen (AME) des Ausschusses für Arbeitsmedizin konkretisiert. Für die Einhaltung der ArbMedVV kommt diesen eine sog. Vermutungswirkung zu. Dies bedeutet, bei Erfüllung der AMR durch den Praxisbetreiber wird vermutet, dass die gesetzlichen Anforderungen der ArbMedVV erfüllt sind. Dennoch ist es dem Praxisbetreiber möglich, von den AMR abzuweichen, wobei eine solche Abweichung begründet und sichergestellt werden muss, dass durch die Abweichung mindestens die gleiche Sicherheit

und der gleiche Schutz für die Gesundheit der Beschäftigten erreicht werden.

Die Fristen, innerhalb derer arbeitsmedizinische Vorsorge durchzuführen ist, sind unterschiedlich und richten sich nach der Art der Tätigkeit. In der AMR Nr. 2.1 hat der Ausschuss für Arbeitsmedizin Fristbestimmungen erarbeitet. Die Fristenregelungen werden hier in Ziffer 3 festgelegt. Nach Ziffer 3 Abs. 1 muss beispielsweise die erste arbeitsmedizinische Pflicht- oder Angebotsvorsorge drei Monate vor der Aufnahme einer gefährdenden Tätigkeit stattfinden. In der Regel muss die zweite Vorsorge dann nach Absatz 2c) vor Ablauf von zwölf Monaten nach Tätigkeitsaufnahme und jede weitere Vorsorge (einschließlich nachgehender Vorsorge) grundsätzlich spätestens 36 Monate nach der vorangegangenen Vorsorge

veranlasst bzw. angeboten werden. Diese Fristen dürfen nicht überschritten werden. Es ist lediglich zulässig, diese zu verkürzen. Nach Absatz 6 ist die Wiedereinbestellungsfrist vom Betriebsarzt zudem individuell festzusetzen. Dies erfolgt anhand verschiedener Kriterien, wie insbesondere der Kenntnis der Arbeitsplatzbedingungen und der gesundheitlichen Voraussetzungen der beschäftigten Person.

Kosten für Maßnahmen des Arbeitsschutzes nach dem Arbeitsschutzgesetz und den hierzu erlassenen Rechtsverordnungen, wie die ArbMedVV, sind vom Arbeitgeber zu tragen und dürfen keinesfalls den Beschäftigten auferlegt werden. Lediglich wenn ein anderweitiger Kostenträger existiert, ist eine Ausnahme von der Kostenübernahmepflicht des Arbeitgebers gegeben. ○

Frage & Antwort



OP-Assistenz durch Medizinische Fachangestellte



Antwort von Dr. jur. Jörg Heberer:

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

Heberer J. F+A: OP-Assistenz durch Medizinische Fachangestellte. *Passion Chirurgie*. 2018 April; 8(04): Artikel 04_10.

FRAGE:

Ein niedergelassener Chirurg fragt an, ob die von ihm angestellte Medizinische Fachangestellte bei ambulanten Operationen assistieren dürfe, indem sie den Wundhaken hält.

ANTWORT:

Ganz unbedenklich erscheint dieses Vorgehen aus Sicht des Verfassers nicht, sodass eine gewisse Gefahrgeneignetheit im Hinblick auf haftungs- oder strafrechtliche Risiken im Falle eines Patientenschadens nicht gänzlich ausgeschlossen werden kann.

Denn zum einen sind MFA aufgrund der laut Ausbildungsverordnung vorgeschriebenen Ausbildungsinhalte nicht von vornherein für die Assistenz beim Operieren ausreichend qualifiziert. Zum anderen erfordert diese Tätigkeit nach Kenntnis des Verfassers u. a. aufgrund der Verletzungsmöglichkeiten durch falsch angesetzte Wundhaken in der Regel über die MFA-Ausbildung hinausgehende

medizinische Kenntnisse. Inwieweit diese Tätigkeit jedoch ärztliche Kenntnisse und Fertigkeiten voraussetzt und damit schon nicht an nicht-ärztliche Mitarbeiter delegiert werden kann, kann der Verfasser abschließend nicht beurteilen, da dies eine medizinische Betrachtung im Einzelfall erfordert.

Der Verfasser würde aber eher dazu tendieren, dass das Halten eines Wundhakens an eine speziell ausgebildete MFA delegiert werden kann, wobei diese jedenfalls die erforderlichen Kenntnisse und Fähigkeiten zur Durchführung der Leistung besitzen muss. Somit muss der Arzt zu einer Haftungsvermeidung jedenfalls sowohl seiner Auswahlpflicht als auch seiner Instruktions-, Überwachungs- und Kontrollpflicht nachkommen. Keinesfalls darf die MFA aber Aufgaben einer ersten OP-Assistenz übernehmen. Denn diese ist stets ärztlichen Mitarbeitern vorbehalten. Nachdem der Verfasser allerdings keine Rechtsprechung zu konkret dieser Fallgestaltung finden konnte, kann diese Rechtsauskunft als nicht abschließend gesichert betrachtet werden. ○



Weitere Fragen & Antworten finden Sie auf
BDC|Online (www.bdc.de, Rubrik Wissen |
Recht & Versicherung).

AKTUELLE MELDUNGEN



20.03.2018

KRANKENHAUS-REPORT 2018

Bei der Krankenhausplanung in Deutschland ist es schon heute möglich, die Klinikstrukturen qualitätsorientiert zu zentralisieren und zu spezialisieren. ...



19.03.2018

SO DENKEN ÄRZTE ÜBER GESUNDHEITSMINISTER SPAHN

Im Gesundheitsministerium steht nun also Jens Spahn am Ruder. Ist der CDU-Politiker der richtige Mann für den Job? Hat er das Fachwissen und die richtigen Pläne? ...



16.03.2018

ONLINE-FERNBEHANDLUNG: CHANCEN DER DIGITALISIERUNG

Der Bundesverband Medizintechnologie, BVMed, fordert die intelligente Nutzung neuer Technologien in der medizinischen Versorgung. Beispielsweise könnten durch die Lockerung des Fernbehandlungsverbotes, das in der Ärzteschaft aktuell diskutiert wird, die Chancen der Digitalisierung besser genutzt werden. ...



13.03.2018

BDC+ KABINETT MERKEL IV GEHT AN DEN START

Wenn am Mittwoch Angela Merkel zum vierten Mal zur deutschen Kanzlerin gewählt und ihr Kabinett im Anschluss vereidigt wird, beginnt die kürzeste Regierungszeit. ...



12.03.2018

AWMF FORDERT GESUNDHEITSPOLITIK AUF BASIS EVIDENZBASIERTER MEDIZIN

Das Patientenwohl soll für die künftige Bundesregierung der entscheidende Maßstab aller gesundheitspolitischen Entscheidungen werden. Die AWMF (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften) e. V. begrüßt diese Aussage im neuen Koalitionsvertrag ...



08.03.2018

RESOLUTION: ZUKUNFTSSICHERE VERSORGUNG NUR MIT DER SELBSTVERWALTUNG

Mit Befremden haben die Delegierten der Vertreterversammlung der KBV auf aktuelle Bestrebungen der Gesundheitspolitik, in die Selbstverwaltung einzugreifen, reagiert. ...

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, von 12.30 bis 14.00 Uhr, im Saal A7 statt.

TAGESORDNUNG

1. Eröffnung durch den Präsidenten
2. Wahlen (siehe Bekanntmachung)
3. Satzungsänderung (siehe Bekanntmachung)
4. Bericht des Präsidenten
5. Bericht des Generalsekretärs
6. Bericht des Schatzmeisters
7. Vergabe der Stipendien
8. 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.

ZU TOP 3: SATZUNGSÄNDERUNG

Folgende Satzungsänderungen sind vorgesehen:

BITTE AN ALLE CHEF- UND OBERÄRZTE

Bitte statten Sie Ihre Assistenzärzte, die nicht Mitglied unserer Gesellschaft sind, aber am Kongress teilnehmen, zur kostengünstigen Teilnahme mit einer Arbeitsbescheinigung aus.

1. „temporäre Vollmitgliedschaft“ § 5 Ziffer 8 (Neu)
2. Studenten § 5 Ziffer 9 (Neu)
3. Zweck der Gesellschaft § 2 Ziffer f (Neu)
4. Zweck der Gesellschaft § 2 Ziffer g (Neu)
5. Gemeinnützigkeit § 3 Ziffer 4 (Umbenennung des Begünstigten)
6. Stimmrechte § 9

zu 1.: Zur Ermöglichung der angestrebten temporären Vollmitgliedschaft von Mitgliedern der angeschlossenen chirurgischen Fachgesellschaften innerhalb der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie schlägt der Vorstand der DGCH auf Basis des Beschlusses vom 07.02.2018 der Mitgliederversammlung der Gesellschaft die Annahme folgender Ergänzung der Satzung in Fassung vom 23.03.2017 vor:

In § 5 der Satzung der DGCH in Fassung vom 23.03.2017 wird die folgende neue Ziffer 8 aufgeführt: „Alle assoziierten Mitglieder der angeschlossenen Fachgesellschaften („assozierte Mitgliedschaft in der DGCH“) können nur zur Erstaufnahme eine „temporäre Vollmitgliedschaft“ beantragen. Die Option der „temporären Vollmitgliedschaft“ können assoziierte Mitglieder einmal in Anspruch nehmen. Die „temporäre Vollmitgliedschaft“ ist auf die Dauer von drei Jahren ab dem Zeitpunkt der Aufnahme des Mitglieds begrenzt. „Temporäre Vollmitglieder“ bezahlen während dieser Zeit einen reduzierten Mitgliedsbeitrag von 25,- Euro pro Jahr. Sie sind als

ordentliche Mitglieder in allen Angelegenheiten der Gesellschaft stimmberechtigt, haben aber kein passives Wahlrecht.“

zu 2.: In § 5 der Satzung der DGCH in Fassung vom 23.03.2017 wird die folgende neue Ziffer 9 aufgeführt:

„Studentische Mitglieder zahlen keinen Jahresbeitrag. Sie sind als ordentliche Mitglieder in allen Angelegenheiten der Gesellschaft stimmberechtigt, haben aber kein passives Wahlrecht.“

zu 3.: In § 2 der Satzung der DGCH in Fassung vom 23.03.2017 wird die folgende neue Ziffer f) aufgeführt:

„Unterstützung des wissenschaftlichen Nachwuchses, z. B. durch die Vergabe von Stipendien o.ä.“

zu 4.: In § 2 der Satzung der DGCH in Fassung vom 23.03.2017 wird die folgende neue Ziffer g) aufgeführt:

„Die Förderung der Wissenschaft auf dem chirurgischen Gebiet, z. B. durch die Unterstützung von Nachwuchswissenschaftlern für klinische Studien o.ä.“

zu 5.: In § 3 Ziffer 4 wird die Begünstigte (Deutsche Forschungsgemeinschaft) ersetzt durch:

„die Stiftung Deutsche Krebshilfe“

zu 6.: In § 9 der Satzung der DGCH in Fassung vom 27.3.2017 wird die Ziffer 2 durch folgenden Absatz ersetzt:

„Natürliche Personen haben als ordentliches Mitglied eine Stimme. Das Stimmrecht darf auf ordentliche Mitglieder im Sinne des § 5 der Satzung (natürliche Personen) übertragen werden, jedoch auf ein Mitglied nicht mehr als fünf Stimmen. Das Stimmrecht der Fachgesellschaften bemisst sich nach der Anzahl ihrer assoziierten Mitglieder im Sinne des § 7 der Satzung. Je volle 11 assoziierte Mitglieder geben eine Stimme. Auf ein assoziiertes Mitglied mit 1/11-Stimmrecht können die Stimmen von maximal 10 weiteren assoziierten Mitgliedern übertragen werden, sodass in der Mitgliederversammlung eine Vollstimme für insgesamt 11 assoziierte Mitglieder abgegeben werden kann. Maßgebend für die Stimmenzahl ist immer die zum letzten 31.01. mitgeteilte Anzahl (§ 10 Nr. 2). Im Übrigen haben juristische Personen als ordentliche Mitglieder ebenfalls eine Stimme.“

Berlin, im Februar 2018

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



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

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.

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

Rekrutierende multizentrische chirurgische Studien in Deutschland

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.

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: 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 500 von 636 Patienten	DFG 610 € (zzgl. Umsatzsteuer)/Patient	Dr. J. Lauscher Universitätsmedizin Berlin, Charité Campus Benjamin Franklin Chirurgische Klinik I T: 030/8445-2948 F: 030/450-522 902 E: johannes.lauscher@charite.de
Studientitel: BariSurg₊ Registriernummer: DRKS00004766				
Prof. Dr. B.P. Müller	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 89 von 248 Patienten	– Kein Fallgeld	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



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
BIOLAP				
Registrierungsnummer: DRKS00010178				
Prof. Dr. med. M. Heiss	Primäre bilaterale Leistenhernien Laparoskopische Operation bilateraler Leistenhernien unter Verwendung von synthetischen und biologischen Netzen. Die Studienteilnehmer werden keiner Gruppe zugeordnet; jeder Patient erhält auf einer Seite das biologische und auf der anderen Seite das synthetische Netz. Jeder Patient stellt somit seine eigene Kontrolle dar.	17.08.2017 14 von 496 Patienten	DFG 750 € / Patient	Dr. Judith Knievel IFOM - Institut für Forschung in der Operativen Medizin Fakultät für Gesundheit, Department für Humanmedizin Universität Witten/Herdecke Ostmerheimer Str. 200, Haus 38 51109 Köln 0221 98957-24 0221 98957-30 Judith.Knievel@uni-wh.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 Tumorresektion, anschließend Chemotherapie Kontrollgruppe: Späte Stomarückverlagerung 4 Wochen nach Beendigung der adjuvanten Chemotherapie	FPI: 27.12.2013 232 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-Studie₂				
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
ESOPEC				
Registrierungsnummer: NCT02509286, DRKS00008008				
Prof. Dr. Jens Höppner	Adenokarzinom des Ösophagus und des gastroösophagealen Übergangs (AEG) Experimentelle Gruppe: Perioperative Chemotherapie (FLOT) und Tumorresektion Kontrollgruppe: Neoadjuvante Radiochemotherapie (CROSS) und Tumorresektion	09.02.2016 155 von 438 Patienten	DFG 1.500 € / Patient	Prof. Dr. med. Jens Höppner Universitätsklinikum Freiburg Department Chirurgie Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie T: 0761/270-26970 F: 0761/270-90711 E: jens.hoepfner@uniklinik-freiburg.de
Studientitel: FREY-BERNER₂				
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

MULTIZENTRISCH RANDOMISIERT KONTROLLIERTE STUDIEN

STUDIENLEITER	PATIENTEN/OP.-VERFAHREN	FIRST PATIENT IN/ STATUS DER STUDIE	FINANZIERUNG DER STUDIE/FALLGELD	ANSPRECHPARTNER/ KONTAKT
---------------	-------------------------	--	-------------------------------------	-----------------------------

Studientitel: Gastripec I,**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 96 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
-----------------------	---	---	-------------------------	---

IOWISI**Registrierungsnummer: DRKS00012251, EudraCT 2017-000152-26**

PD Dr. med Daniel Reim	offene abdominalchirurgische Eingriffe Experimentelle Gruppe: Spülung des subkutanen Gewebes nach Faszienverschluss mit Intervention 1: 0,04%iger Polyhexanidlösung Intervention 2: 0,9%iger NaCl-Lösung Kontrollgruppe keine Wundspülung	20.09.2017 22 von 540 Patienten	DFG 400 € / Patient	PD Dr. med Daniel Reim Klinik und Poliklinik für Chirurgie Klinikum rechts der Isar der Technischen Universität München (TUM) Ismaninger Str. 22 81675 München T: 089/4140-5019 E: daniel.reim@tum.de
------------------------	---	--	----------------------------	--

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 Diakoniekrankenhaus Rotenburg Wümme T: 04261/77-2757 F: 04261/77-2140 E: d.matz@diako-online.de
---	---	--	--	--

Studientitel: PAKMAN_{10a}**Registrierungsnummer: DRKS00007784**

Dr. P. Knebel	Patienten mit Indikation zur elektiven Pankreatoduodenektomie Experimentelle Gruppe: Intraoperative Allgemeinanästhesie 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
---------------	---	--	--	--

MULTIZENTRISCH RANDOMISIERT KONTROLLIERTE STUDIEN				
STUDIENLEITER	PATIENTEN/OP.-VERFAHREN	FIRST PATIENT IN/ STATUS DER STUDIE	FINANZIERUNG DER STUDIE/FALLGELD	ANSPRECHPARTNER/ KONTAKT
PONIV				
Registrierungsnummer: DRKS00006199				
Dr. med. Rebekka Schirren	Elektiver offener kolorektaler Eingriff Experimentelle Gruppe: Abdeckung der Operationswunde mittels postoperativem Wundinzisions-Unterdrucktherapie System (PIUT) für 5-7 Tage postoperativ. Kontrollgruppe: Abdeckung der Operationswunde mittels sterilem Verbandsmaterial für 5-7 Tage postoperativ.	23.10.2017 5 von 340 Patienten	KCI USA, Inc. 150 € / Patient	Dr. med. Rebekka Schirren Chirurgische Klinik und Poliklinik Klinikum rechts der Isar der Technischen Universität München T: 089/4140-5138 E: rebekka.schirren@tum.de
Studientitel: RELY_™				
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 242 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.® Study_™				
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 535 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 246 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

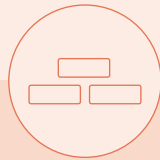
- [1] Influence of two different resection techniques of liver metastasis from colorectal cancer on hematogenous tumor cell dissemination – prospective randomized multicenter trial
- [2] Randomisierte, multizentrische Studie mit der primären Hypothese, dass kontrolliertes Warten (watchful waiting) dem 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 therapy
- [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: Februar 2018

SPENDENAUFTRUF

Langenbeck-Virchow-Haus



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

sich mit einem Spendenaufruf an die Mitglieder zu wenden.

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

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

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



Prof. Dr. med. J. Fuchs

Präsident

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

Generalsekretär

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

Schatzmeister

Bausteine Langenbeck-Virchow-Haus

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

BAUSTEIN IN GOLD

Vereinigung Mittelrheinischer Chirurgen
Herr Prof. Dr. med. Hans-Jürgen Peiper,
Göttingen
in memoriam Prof. Dr. med. Herbert
Peiper, Berlin und Mainz
Herr Prof. Dr. med. Dr. h.c. Karl-Walter Jauch,
München
in memoriam Prof. Dr. med. Georg
Heberer, München
Herr Prof. Dr. med. Reiner Gradinger,
München
Berufsverband der Deutschen Chirurgen e.V.
in memoriam Prof. Dr. med. Jens Witte
AO Deutschland, Arbeitsgemeinschaft für
Osteosynthesefragen, Berlin
Herr Prof. Dr. med. Dr. h.c. Axel Haverich,
Hannover
Herr Prof. Dr. med. Dr. h.c. Markus Büchler,
Heidelberg
DGTHG – 1971 mit Dank an die
Gründungsmitglieder
Herr Prof. Dr. med. Joachim Jähne, Hannover
in memoriam Manfred und Helmi Jähne,
Essen
Herr Prof. Dr. med. Uwe Klinge, Aachen
Herr Prof. Dr. med. Erhard Kiffner, Karlsruhe
in memoriam Prof. Dr. med. W. Brendel,
Prof. Dr. med. R. Zenker, Dr. med.
R. Kiffner
AIOD Deutschland e. V., Düsseldorf

Familie und Freunde Dr. Schreiter,
Hamburg
in memoriam Dr. med. Friedemann
Schreiter
Herr Prof. Dr. med. Hans Ulrich Steinau,
Bochum
Deutsche Gesellschaft der Plastischen,
Rekonstruktiven und Ästhetischen
Chirurgen e.V.
Herr Dr. med. Ernst Derra und Frau Dr. med.
Hildegard Derra-Henneke, Düsseldorf und
München
in memoriam Prof. Dr. med. Dr. h.c. mult.
Ernst Derra, Düsseldorf
Herr Prof. Dr. med. Dr. h.c. mult. Roland
Hetzer, Berlin
Herr Prof. Dr. med. Roderich Schwarz, Bristol
in memoriam Prof. Dr. med. Wilhelm
Müller, Rostock
Herr Prof. Dr. med. Roderich Schwarz, Bristol,
Indiana, USA
in memoriam Prof. Dr. med. Wilhelm
Müller, Rostock und Prof. Dr. med. Egbert
Schwarz, Erfurt

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 Kümmeler, 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 Bunte,
 Münster
 Frau Dr. Eva Appel, Frankfurt/Main
 in memoriam Prof. Dr. med. Alexander
 Appel
 Herr Prof. Dr. med. Gerhard Schönbach,
 Freiburg
 Frau Prof. Dr. med. Dorothea
 Liebermann-Meffert, Freiburg
 in memoriam Prof. Dr. med. Martin
 Allgöwer, Basel
 Herr Dr. med. Andreas Dörmer, Frankfurt/
 Main
 Herr PD Dr. med. habil. Klaus H. Fey, Berlin
 in memoriam Prof. Dr. med. Fritz Linder,
 Heidelberg, Prof. William P. Longmire Jr.,
 Los Angeles
 Herr Prof. Dr. med. Dr. h.c. Wolfgang Köle, Graz
 in memoriam Prof. Dr. med. Adolf
 Winkelbauer und Prof. Dr. med. Franz
 Spath

Herr Prof. Dr. med. Dr. h.c. Helmut Wolff,
 Berlin
 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
 Herr Dr. med. Bernhard Arlt, Herne
 Herr Prof. Dr. Axel Laczkovics, Bochum
 in memoriam Prof. Waldemar Kozuszek,
 Bochum
 Herr Prof. Dr. med. Hans Ulrich Steinau,
 Bochum
 in memoriam Prof. Dr. med. Hans
 Hellmuth Hirsch
 Herr Prof. Dr. med. Otto-Andreas Festge,
 Greifswald, Herr Dr. med. Reinhold
 Festge, Oelde, Frau Dr. med. Brigitte
 Festge, Greifswald
 in memoriam Dr. med. Otto Festge
 Herr Prof. Dr. med. Martin Büsing,
 Recklinghausen
 Herr Prof. Dr. med. Axel Laczkovics, Bochum
 in memoriam Prof. Dr. med. Waldemar
 Kozuszek, 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 Zwipp, Dresden
 Herr Dr. med. Dusan Dragojevic, Isernhagen
 Herr Prof. Dr. med. G. Heinz Engelhardt,
 Wuppertal
 Proktologische Praxis Kiel,
 Herr Dr. med. Johannes Jongen,
 Herr Dr. med. Hans-Günter Peleikis,
 Herr Dr. med. Volker Kahlke
 Herr Dr. med. Wolfgang Hermes, Bremen
 Herr Dr. med. Wolf-Dieter Hirsch, Grimma
 Herr Dr. med. Holger Herzing, Höchstadt/
 Aisch
 Herr Dr. med. Michael-Alexander Reinke,
 Plettenberg

Herr Dr. med. Winfried Hölter, Monheim
 Herr Dr. med. Matthias Becker, Possendorf
 Frau Dr. med. Martina Mittag-Bonsch,
 Crailsheim
 Zur Erinnerung an den Virchow-Schüler Paul
 Langerhans, Berlin und Madeira. Seine
 Familie
 Herr Prof. Dr. med. Stefan Riedl, Göppingen
 Herr Dr. med. Gerwin Alexander Bernhardt,
 Voitsberg/Österreich
 Herr Dr. med. Georgios Adamidis, Pirmasens
 Herr Dr. med. Orhan Özdemir, Herborn
 Herr Dr. med. Marcus Giebelhausen,
 Paderborn
 Herr Prof. Dr. med. Matthias Richter-Turtur,
 Münsing

Herr Dr. med. Michael Eckert, Speyer
 in memoriam
 Prof. Dr. med. Kurt Spohn
 Herr Prof. Dr. med. Rudolf Bedacht,
 München
 Herr Dr. med. Hans-Joachim Wigro,
 Bielefeld
 Herr Dr. med. Ingolf Hoellen, Backnang
 Herr Dr. med. Konrad Prenner, Salzburg
 Herr Dr. med. Radovan Stojanovic, Kassel
 Herr Dr. med. Jörg Kluge, 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 Kothlen,
 Tegernsee
 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. Januar 2018



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

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	D. Pennig, Köln
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
C. Herfarth, Heidelberg
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



Deutsche Gesellschaft für Chirurgie e. V.
 – Geschäftsstelle –
 Luisenstraße 58/59
 10117 Berlin

MEINE DATEN HABEN SICH GEÄNDERT

Mitgliedsnummer

Titel

Name und Vorname

Klinik/Krankenhaus/Praxis

Abteilung

Klinik-Anschrift

Telefon dienstlich

Fax dienstlich

Privat-Anschrift

Telefon privat

Fax privat

E-Mail-Adresse

Postsendungen bitte an die

☐ Praxis-/Klinikadresse

☐ Privatadresse

Ich bin tätig als:

☐ Ärztlicher Direktor

☐ Chefarzt

☐ Niedergelassener Chirurg

☐ Oberarzt

☐ Assistenzarzt

☐ Belegarzt

☐ Student

☐ Ich lebe im Ruhestand seit _____

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

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

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



BDC|Mobile

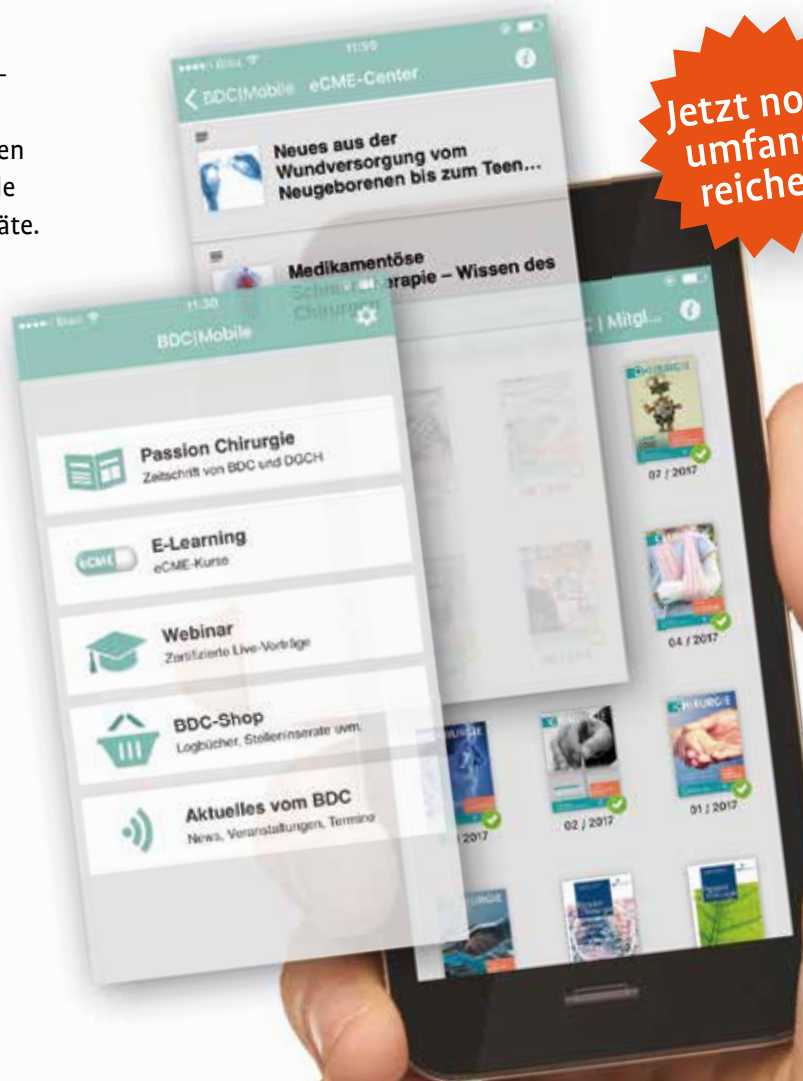
Die schnellsten Infos für
Chirurginnen und Chirurgen

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, Stellen-
anzeigenbuchung 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.



Einladung zur BDC-Mitgliederversammlung 2018



Prof. Dr. med. Dr. h.c. Hans-Joachim Meyer
Präsident des Berufsverbandes der Deutschen Chirurgen e.V. (BDC)
Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie e.V. (DGCH)
praesident@bdc.de, h-jmeyer@dgch.de

Sehr geehrte Frau Kollegin,
sehr geehrter Herr Kollege,

hiermit lade ich Sie satzungsgemäß zur Mitgliederversammlung (Zutritt nur mit gültiger Mitgliedskarte) des BDC ein.

Termin: Freitag, 20. April 2018, 13:00 – 14:00 Uhr

Ort: CityCube Berlin, M1, Messe Berlin, im Rahmen des 135. Chirurgenkongresses

TAGESORDNUNG

TOP 1	Bericht des Präsidenten (Meyer)
TOP 2	Bericht des Schatzmeisters (Mayer)
TOP 3	Antrag auf Entlastung des Vorstandes
TOP 4	Wahl eines Wahlleiters (Ridwelski)
TOP 5	Wahlen des Präsidiums
TOP 6	Bericht des Justitiars (Heberer)
TOP 7	Aktuelle Probleme in der Berufspolitik Sie fragen, wir antworten (Mitglieder des Präsidiums)
TOP 8	Verschiedenes

Am Freitag, den 20. April 2018, 09:30 Uhr bis 12:30 Uhr, findet eine Rechtsberatung für BDC-Mitglieder mit dem BDC-Justitiar Dr. Jörg Heberer im CityCube Berlin, Raum O12, Messegelände 26, 14055 Berlin statt. Eine Anmeldung via justitiar@bdc.de ist erforderlich.

Ich wünsche Ihnen eine angenehme Anreise.
Ihr

Prof. Dr. med. Dr. h.c. Hans-Joachim Meyer
Präsident des Berufsverbandes der Deutschen Chirurgen e.V. (BDC)

BDC-SITZUNGEN AUF DEM CHIRURGENKONGRESS

Datum	Uhrzeit	Ort	Sitzungsname
18.04.2018	15:30	Level 3 - Saal M1	Digitalisierung im Gesundheitswesen
18.04.2018	17:30	Level 3 - Saal M1	Zentrales WB-Register - Wie viel Nachwuchs brauchen wir?
19.04.2018	16:00	Level 3 - Saal M1	Trauma Surgeon - Was heißt das?
20.04.2018	08:30	Level 3 - Saal M1	Antikorruptionsgesetz
20.04.2018	10:00	Level 3 - Saal M1	Was können wir von der Gesundheitspolitik erwarten?
20.04.2018	11:45	Level 3 - Saal M1	Hygiene update
20.04.2018	13:00	Level 3 - Saal M1	Mitgliederversammlung BDC
20.04.2018	14:00	Level 3 - Saal M1	Sektorübergreifende Versorgung

Datum	Uhrzeit	Ort	Workshop
19.04.2018	8:30	Raum R3	Antikorruptionsgesetz
19.04.2018	10:30	Raum R3	Vorbereitung auf die Niederlassung

Schlank und professionell: Die neue Satzung des BDC



Dr. med. Jörg-A. Rüggeberg
Vizepräsident
Berufsverband der Deutschen
Chirurgen (BDC) e.V.

Am 22. März 2017 hat die Mitgliederversammlung des BDC eine neue Satzung verabschiedet, die nach den erforderlichen Überprüfungen durch das Amtsgericht Charlottenburg beginnend mit der diesjährigen Wahlperiode unsere Arbeiten bestimmen wird. Grundlage der neuen Struktur ist der Wunsch nach mehr Effektivität und Professionalität.

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

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

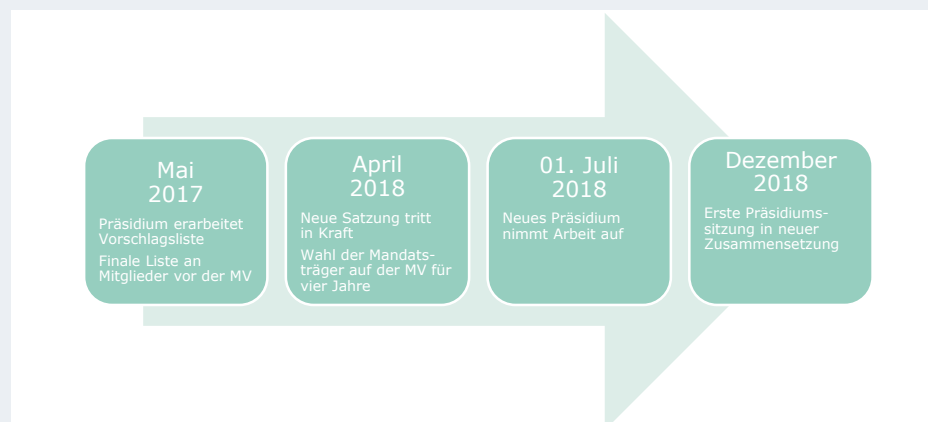
betreuen und damit die vielfältige Sacharbeit in der täglichen Arbeit bündeln. Der Vorstand tagt in kurzen Abständen und kann durch die neue Struktur schneller und effektiver aktuelle Entscheidungen des Tagesgeschehens treffen. Auch wenn es formal beim so genannten Ehrenamt bleibt, so bietet diese neue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

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

Die Mitgliederversammlung 2018 wird erstmalig nach dieser neuen Satzung die Repräsentanten des Verbands für die neue Amtsperiode von vier Jahren wählen.

Wir werden Sie unmittelbar nach der Wahl über deren Ergebnis in Kenntnis setzen.

Abb. 1: BDC|Mandatswahl – Zeitlicher Ablauf



Rüggeberg JA: Schlank und professionell: Die neue Satzung des BDC. *Passion Chirurgie*. 2018 April; 8(04): Artikel 07_01.

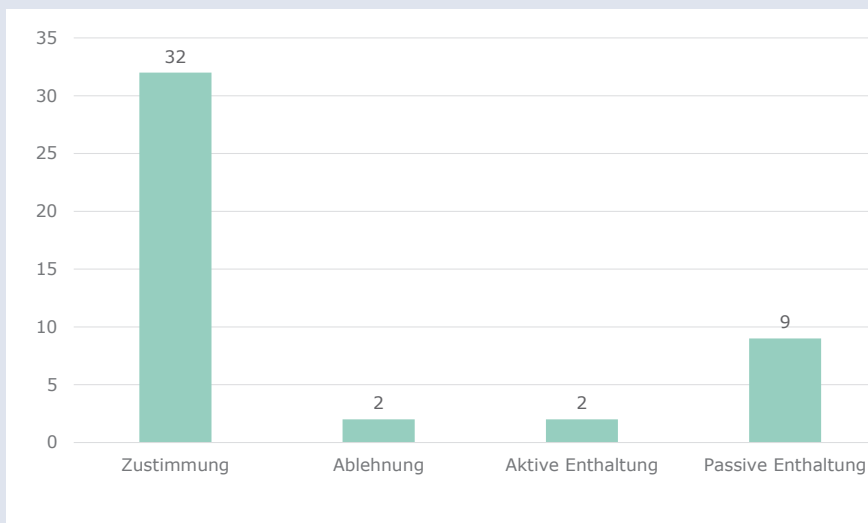


Alles zum BDC finden Sie auf BDC|Online
(www.bdc.de, Rubrik DER BDC).

Abb. 2: BDC|Mandatswahl – Finale Wahlliste

	Funktion	Person I	Person II	Zuständigkeit
Vorstand	Präsident	Meyer, H.-J., Berlin	-	Weiterbildungskommission
	Vizepräsidentin	Seifert, J., Berlin	-	Hygiene
	Vizepräsident	Rüggeberg, J.-A., Berlin	-	Passion Chirurgie, Presse
Erw. Vorstand	Schatzmeister	Mayer, H., Augsburg	-	Finanzen
	Akademieleiter/Stellv. Akademieleiter	Schröder, W., Köln	-	Akademie
	Referat NL	Kalbe, P., Rinteln	-	Niedergelassene Chirurgen
Fach-Referate	Beisitzer	Betzler, M., Essen	-	Koordination der Referate
	Beisitzer	Krones, C., Aachen	-	Referat Leitende Chirurgen
	Allgemein- und Viszeralchirurgie	Lorenz, D., Mannheim	-	
Themen-Referate	Unfallchirurgie	Schäfer, W., Gummersbach	-	
	Orthopädie/Unfallchirurgie	Leunert, H., Teltow	-	
	Herzchirurgie	Harringer, W., Braunschweig	-	
	Gefäßchirurgie	Steinbauer, M., Regensburg	-	
	Kinderchirurgie	Fitze, G., Dresden	-	
	Thoraxchirurgie	Leschber, G., Berlin/Kugler, C., Großhansdorf	-	
	Plast. Chirurgie	Lehnhardt, M., Bochum	-	
	MKG-Chirurgie	Gehrke, G., Hannover	-	
	Neurochirurgie	Baum, H., Neumünster	-	
	Chirurgie, Ökonomie u. Zukunftsfragen	Krüger, M., Querfurt	Tonus, C., Hamburg	
Themen-Referate	Familie und Beruf	Schlösser, K., Gießen	Fritze-Büttner, F., Berlin	
	Presse und Öffentlichkeitsarbeit	Rüggeberg, J.-A., Berlin	Meyer, H.-J., Berlin	
	Akademie	Schröder, W., Köln	Rueger, J. M., Hamburg	
	Leitende Krankenhauschirurgen	Krones, C., Aachen	Hennes, N., Duisburg	
	Niedergelassene	Kalbe, P. Rinteln	Schmitz, R.W., Kiel/Farghal, D., Schweinfurt	
	Oberärzte	Vallböhmer, D., Duisburg	Fuchs, H., Köln	
	Nachwuchsförderung	Kirschniak, A., Tübingen	Braun, B., Homburg	
	Med. Dokumentat. Klinik- u. Leistungsmanag.	Auhuber, T., Berlin	-	
	Vertreter DGCH	Fuchs, J., Tübingen	-	
	Landesvertreter	NN	NN	

Abb. 3: BDC|Mandatswahl – Ergebnisse aus der Präsidiumssitzung vom 16.02.2018



BDC-News

BDC|BERLIN & BDC|BRANDENBURG



Bayerischer Rundfunk berichtet

Der Bayerische Rundfunk hat dem Bundeskongress Chirurgie in Nürnberg einen Besuch abgestattet. Dr. med. Peter Kalbe, Referatsleiter der niedergelassenen Chirurgen im BDC, stand Rede und Antwort zum Kongress und zum Thema Hygiene in chirurgischen Praxen. Den kompletten Beitrag finden Sie in der Mediathek.

[Zum Beitrag...](#)

RUNNING SURGEONS



Mitläufer gesucht

In diesem Jahr wollen wir als BDC wieder an der **5 x 5 km TEAM-Staffel** der Berliner Wasserbetriebe teilnehmen und suchen Mitläufer! Der Staffellauf findet vom 06. bis 08. Juni 2018 im Berliner Tiergarten statt. Wir planen den Lauf aller BDC-Laufteams für Freitag, den 08. Juni 2018. Ein Team besteht aus fünf Teilnehmern, die jeweils eine 5-km-Runde durch den nördlichen Bereich des Tiergartens zurücklegen.

Wir laden Sie herzlich ein, aktiv dabei zu sein! Bitte melden Sie sich bei Interesse mit einer E-Mail (an.sport@bdc.de) bis zum 15. Mai 2018 an.

[Mehr Infos zum Staffellauf...](#)



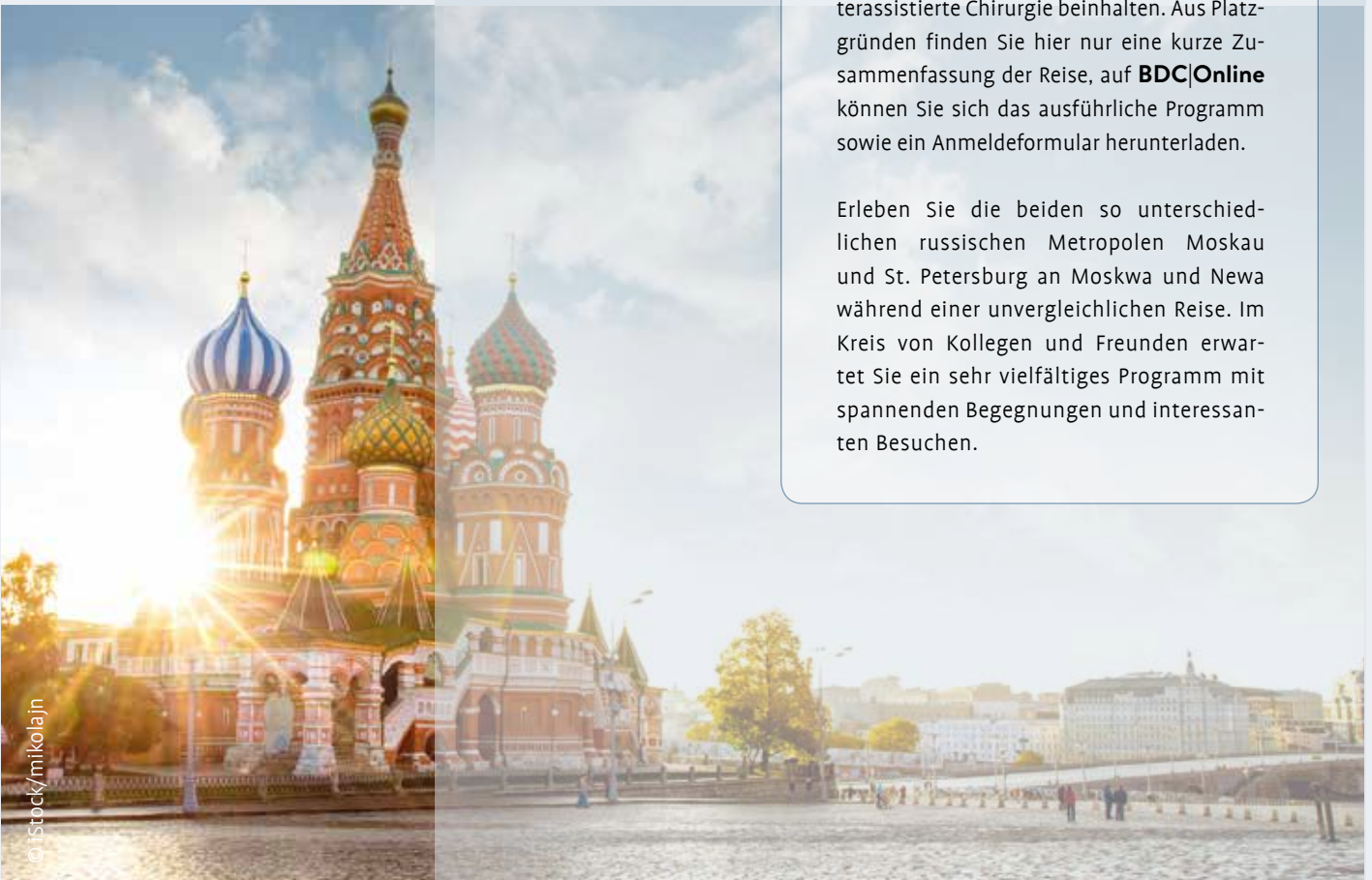
Weitere Artikel finden Sie auf BDC|Online
(www.bdc.de, Rubrik BDC-News).

Fachexkursion nach Moskau und St. Petersburg – Roboterassistierte Chirurgie



Dank kompetenter Partner kann der BDC seinen Mitgliedern 2018 wieder eine Fachexkursion anbieten. In diesem Jahr geht die Reise nach Moskau und St. Petersburg und das Fachprogramm wird u. a. die Roboterassistierte Chirurgie beinhalten. Aus Platzgründen finden Sie hier nur eine kurze Zusammenfassung der Reise, auf **BDC|Online** können Sie sich das ausführliche Programm sowie ein Anmeldeformular herunterladen.

Erleben Sie die beiden so unterschiedlichen russischen Metropolen Moskau und St. Petersburg an Moskwa und Newa während einer unvergleichlichen Reise. Im Kreis von Kollegen und Freunden erwartet Sie ein sehr vielfältiges Programm mit spannenden Begegnungen und interessanten Besuchen.



© istock/mikolaj

Reisedatum: 8.9.–15.9. 2018

Ihr Reisepreis ab € 1675,-

PROGRAMM*

- **Tag 1** - Anreise Moskau
- **Tag 2** - Moskau – Stadtrundfahrt - Roter Platz & Tretjakow-Galerie
- **Tag 3** - Moskau - Ausflug nach Sergiew Possad
- **Tag 4** - Moskau - Kreml und Fachprogramm
- **Tag 5** - St. Petersburg - Stadtrundfahrt
- **Tag 6** - St. Petersburg
- **Tag 7** - St. Petersburg – Eremitage
- **Tag 8** - St. Petersburg – Rückflug

*Änderungen vorbehalten

- Bahnfahrt von Moskau nach St. Petersburg mit dem Schnellzug Sapsan (Wanderfalke)
- Übernachtungen in 4-Sterne-Hotels
- Unterbringung in Zimmern mit Bad oder Dusche/ WC
- Frühstück im Hotel
- Ausflugsprogramm gemäß Ausschreibung inkl. 5 Mittag- und 1 Abschiedessen
- Fachprogramm gemäß Anschreiben
- Reiserücktrittskostenversicherung
- Reisepreissicherungsschein
- Reiseführer zur Reisevorbereitung

EINGESCHLOSSENE LEISTUNGEN

- Linienflüge nach Moskau und zurück von St. Petersburg
- Alle Flughafen- und Flugsicherheitsgebühren sowie aktuelle Kerosinzuschläge
- Flughafentransfer mit Gepäckbeförderung bei Ankunft und Abreise
- Deutsch sprechende Reiseleitung

NICHT EINGESCHLOSSENE LEISTUNGEN*

- RDB Reiseversicherungspaket (inkl. Reisegepäck-, Reiseunfall-, Notfall- und Auslandsreise-Krankenversicherung)
- Nicht erwähnte Mahlzeiten
- Trinkgelder und Ausgaben persönlicher Art
- Visumgebühren (siehe Anmeldeformular)

*Zusatzkosten siehe Reiseanmeldung

Reiseveranstalter

Reisedienst Bartsch GmbH

Neichener Heide 18
 • 53604 Bad Honnef
 Telefon: (02224) 98 98 98
 • Fax: (02224) 98 98 94
 info@rdb-reisen.de
 • www.rdb-reisen.de

Ansprechpartner im BDC:

Maren Löprick
 Sekretariat
 Tel.: 030 / 28004 - 150
 loeprick@bdc.de



Für diese Reise ist bei Reisebeginn ein Reisepass mit gültigem Visum erforderlich. Es gelten die Allgemeinen Reisebedingungen des Reiseveranstalters.

Ausführliche Informationen zur Reise und ein Anmeldeformular finden Sie auf BDC|Online (www.bdc.de, Rubrik Leistungen | Fachexkursionen).



BDC | Landesverbände

BDC | Westfalen-Lippe

Vorsitzender
Prof. Dr. med. Waldemar Uhl, MHSA

Stellv. Vorsitzender und Regionalvertreter NL
Jerzy Wielowiejski

BDC | Bremen

Vorsitzender
Prof. Dr. med. Michael Paul Hahn

Stellv. Vorsitzender
Prof. Dr. med. Heiner Wenk

Regionalvertreter NL
Dr. med. Björn Ackermann

BDC | Hamburg

Vorsitzender
Dr. med. Christopher Wenck

2. Vorsitzender
Dr. med. Thomas Mansfeld

Regionalvertreter NL
Dr. med. Matthias Kemnitz

Stellv. Regionalvertreter NL
Dr. med. Gerd Fass

BDC | Schleswig-Holstein

Vorsitzender
Dr. med. Ralf Wilhelm Schmitz

Stellv. Vorsitzender
Dr. med. Michael Müller

Regionalvertreter NL
Dr. med. Ralf Wilhelm Schmitz

Stellv. Regionalvertreter NL
Dr. med. Bertram Wittrin

BDC | Nordrhein

Vorsitzender
Dr. med. Jügen Klein

1. Stellv. Vorsitzender
Prof. Dr. med. Bertil Bouillon

2. stellv. Vorsitzender
PD Dr. med. habil. Peter Fellmer

Regionalvertreter NL
Dr. med. Werner Boxberg

stellv. Regionalvertreter NL
Dr. med. Sven Gregor

Stellv. Regionalvertreter NL
Dr. med. Jürgen Klein

BDC | Hessen

Vorsitzender
Prof. Dr. med. Dr. Ernst Hanisch

1. Stellvtr. Vorsitzender
Dr. med. Christoph Schüürmann

2. Stellv. Vorsitzender
Dr. med. Detlev Grapentin

3. Stellvtr. Vorsitzender
Frank Forst

Regionalvertreter NL
Winfried Sailer

BDC | Rheinland Pfalz

Vorsitzender
Dr. med. Jörg Fischböck

Stellv. Vorsitzender
Dr. med. Stefan Studier-Fischer

Regionalvertreter Rheinland
Dr. med. Andreas Herzog

Regionalvertreter Rheinland
Dr. med. Lutz Riedel

Regionalvertreter Pfalz
Dr. med. Michael Wagner

BDC | Saarland

Vorsitzender
Dr. med. Peter Bongers

Stellv. Vorsitzender
Prof. Dr. med. Tim Pohlemann

Regionalvertreter NL
Dr. med. Georgios Tosounidis

BDC | Baden-Württemberg

Vorsitzender
Prof. Dr. med. Michael Schäffer

Stellv. Vorsitzender
Dr. med. Jörg Richter

Regionalvertreter NL
Dr. med. Christoph W. Jaschke



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. Auf der nebenstehenden Abbildung finden Sie die Namen der Mandatsträger aus Ihrem BDC|Landesverband. Die Kontaktdaten der Mandatsträger finden Sie auf BDC|Online (s. u.).

www.bdc.de/bdc-landesverbände



Weitere Informationen finden Sie auf BDC|Online im Bereich DER BDC

BDC | Mecklenburg

Vorsitzender
PD Dr. med. Lutz Wilhelm

Regionalvertreter NL
Dr. med. Andreas Oling

Regionalvertreter NL
Dr. med. Thomas Nowotny

BDC | Berlin

1. Vorsitzender
Dr. med. Ralph Lorenz

2. Vorsitzende
Ira Klink

3. Vorsitzender
Dr. med. Thomas Stoffels

Regionalvertreter NL
Dr. med. Frank-Joachim Peter

Stellv. Regionalvertreter NL
Rainer Kübke

BDC | Brandenburg

Vorsitzender
Prof. Dr. med. habil. F. Marusch

Stellv. Vorsitzender
PD Dr. med. Roland H. Wagner

Regionalvertreter NL
Dr. med. Christian Federlein

BDC | Sachsen-Anhalt

Vorsitzender
Prof. Dr. med. Karsten Ridwelski

1. Vorsitzender
Prof. Dr. med. habil. Jörg Fahlke

2. Vorsitzender
Dr. med. Matthias Krüger

Regionalvertreter NL
Dr. med. Dirk Arbter

BDC | Sachsen

Vorsitzender
Dr. med. Ehrhardt Weiß

Stellv. Vorsitzender
Dr. med. Jörg Hammer

Regionalvertreter NL
Dr. med. Jörg Hammer

BDC | Thüringen

Vorsitzender
Dr. med. Uwe Bust

Stellv. Vorsitzender
Dr. med. Lutz Künanz

Regionalvertreter NL
Dr. med. Stephan Dittrich

BDC | Niedersachsen

Vorsitzender
Prof. Dr. med. Guido Schumacher

Stellv. Vorsitzender
Dr. med. Frank Siebert

Stellv. Vorsitzender
Prof. Dr. med. Ulf Culemann

Regionalvertreter NL
Dr. med. Frank Siebert

Stellv. Regionalvertreter NL
Dr. med. Ramin Barmaki Pour

Stellv. Regionalvertreter NL
Dr. med. Raymond Young

BDC | Bayern

Vorsitzender
Prof. Dr. med. Matthias Anthuber

Stellv. Vorsitzender
Dr. med. Hubert Mayer

Regionalvertreter NL
Dr. med. Axel Neumann

Stellv. Regionalvertreter NL
Dirk Farghal

Stellv. Regionalvertreter NL
Dr. med. Rainer Woischke

BDC-PRESSESPIEGEL

27.02.2018 aerzteblatt.de

Chirurgen drängen auf bessere Zusammenarbeit zwischen Klinik und Praxis

Konkrete Verbesserungen bei der Zusammenarbeit von Ärzten im Akutkrankenhaus, der Praxis und der Rehabilitation fordert der Berufsverband der Deutschen Chirurgen (BDC). „Es muss endlich allen Beteiligten klar werden, dass wir Chirurgie auf hohem Niveau nur durch starke intersektorale Zusammenarbeit gewährleisten können“, erklärte Peter Kalbe ...

27.02.2018 Thieme

Patientensicherheit verbessern durch Zusammenarbeit in der Chirurgie

Patientensicherheit, Hygiene, Qualitätsindikatoren und Fehlermanagement standen beim 20. Bundeskongress Chirurgie in Nürnberg im Vordergrund der Diskussionen und Fortbildungen. ...

27.02.2018 Rhein Main Zeitung

Lernen von den Diagnose-Detektiven

Als die Arterie durchtrennt wird, fließt kein Blut. Denn die Hände des Chirurgen setzen gekonnt zwei Klemmen an die Enden des Gefäßes. Gebannt beobachten die Zuschauer den Eingriff. ...

26.02.2018

Patientensicherheit durch bessere intersektorale Zusammenarbeit in der Chirurgie

Patientensicherheit, Hygiene, Qualitätsindikatoren und Fehlermanagement standen beim 20. Bundeskongress Chirurgie in Nürnberg im Vordergrund der Diskussionen und Fortbildungen. „Die Ansätze aus dem Koalitionsvertrag zur sektorenübergreifenden Versorgung müssen jetzt im Sinne der Patientensicherheit in die Tat umgesetzt werden“, fordert Prof. Dr. med. Dr. h.c. Hans-Joachim Meyer ...

23.02.2018 Verbaende.com

Journalistenpreis der Deutschen Chirurgen für ein besonderes Portrait

Der Berufsverband der Deutschen Chirurgen e.V. (BDC) würdigt einen eindrucksvollen Beitrag aus dem ZEITmagazin MANN mit

dem Journalistenpreis der Deutschen Chirurgen. „Ein Glück“ heißt der Artikel von Nataly Bleuel, der einen der bekanntesten Herzchirurgen Deutschlands portraitiert. Im Rahmen des Bundeskongress Chirurgie verlieh der Präsident des BDC, Prof. Dr. med. Dr. h.c. Hans-Joachim Meyer, den mit 1.500 Euro dotierten Preis.

23.02.2018 BR Mediathek

Chirurgie: Hygiene im OP

Das Gelingen einer OP ist von vielen Faktoren abhängig. Eine große Rolle spielt auch die Hygiene. Neuerungen bei den Hygiene-Vorschriften in Kliniken und Praxen stehen im Fokus auf dem 20. Bundes-Kongress Chirurgie in Nürnberg ...

15.02.2018 Hannoversche Ärzte-Verlags-Union

Die Welt geht nicht unter

Dem Anschluss der Praxen an die Telematik-Infrastruktur steht technisch nichts mehr im Wege. Seit die Gematik noch im Dezember die ersten technischen Komponenten zugelassen hat, nimmt der TI-Rollout unwiderruflich Fahrt auf.

12.02.2018 Cityvisits

Patientensicherheit: Fehler im OP erkennen und vermeiden / Fehlerkultur - Ein zentrales Thema auf dem Bundeskongress Chirurgie in Nürnberg

Aus Sicht von Patienten steht die Ergebnisqualität bei chirurgischen Eingriffen immer im Vordergrund. Mindestmengen und die Spezialisierung innerhalb der Chirurgie sind ein wichtiger Bestandteil, um die bereits hohe Qualität in deutschen ...

19.12.2017 Ärztezeitung

Hybrid-DRG – das Beste aus zwei Welten?

Ob ein Patient stationär oder ambulant operiert wird, entscheidet sich nicht immer nach der Indikation und den individuellen Bedürfnissen. Auch die unterschiedlichen Abrechnungssysteme spielen in dieser Frage eine Rolle. EBM oder DRG – das ist dann die Frage. Ob es auch anders geht, wird derzeit in Thüringen getestet...

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
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- 21521	Seminar: Notfallmanagement im Bereitschaftsdienst	Dr. med. Ehrhardt Weiß	100,00	200,00
28.09.18		Berlin	2018-21525	Workshop: Simulationstraining Notfallmanagement	Dr. med. Jan Baus	450,00	600,00
12.10.18	13.10.18	Tübingen	2018-21511	Workshop: Intensivmedizin	Dr. med. Hans Fischer	400,00	600,00

FACHARZTVORBEREITUNG

DATUM		ORT	KURS-NR.	SEMINARTITEL	WISSENSCHAFTLICHER LEITER	PREIS MITGLIED	PREIS NICHT-MGL
23.04.18	27.04.18	Berlin	2018-22570	Facharztseminar Allgemein- und Viszeralchirurgie	Prof. Dr. med. Thomas Steinmüller	300,00	500,00
15.05.18	18.05.18	Solingen	2018-23686	Facharztseminar Viszeralchirurgie	Prof. Dr. med. Wolfgang Schwenk	300,00	500,00
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
18.09.18	21.09.18	Berlin	2018-23823	Facharztseminar Orthopädie/ Unfallchirurgie	Prof. Dr. med. Julia Seifert	300,00	500,00
22.10.18	25.10.18	Hamburg	2018-23672	Facharztseminar Viszeralchirurgie	Prof. Dr. med. Prof. h.c. Dr. h.c. Jakob R. Izbicki	300,00	500,00
05.11.18	09.11.18	Dortmund	2018-22530	Facharztseminar Allgemeinchirurgie	Prof. Dr. med. Maximilian Schmeding, Dr. med. J. P. Stahl	300,00	500,00

FACHÜBERGREIFENDE SEMINARE

DATUM		ORT	KURS-NR.	SEMINARTITEL	WISSENSCHAFTLICHER LEITER	PREIS MITGLIED	PREIS NICHT-MGL
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		
20.06.2018		Frankfurt/Main		Supervision Mastertrainer	Prof. Dr. med. Marcus Siebolds		
22.06.2018	23.06.2018	Berlin		Mastertrainer für die strukturierte Facharztweiterbildung	Prof. Dr. med. Marcus Siebolds		
19.10.18	20.10.18	Berlin	2018-24708	2018-24708 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
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	2018-23685	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
06.06.18	08.06.18	Berlin	2018-23681	Viszeralchirurgie Kompakt: Endokrine Chirurgie	Prof. Dr. med. Thomas Steinmüller; Dr. Mechthild Hermanns	250,00	450,00
07.06.18	08.06.18	Berlin	2018-22410	Viszeralchirurgie kompakt: Adipositaschirurgie	Prof. Dr. med. Volker Lange	400,00	600,00
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
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
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
17.09.18	18.09.18	Norderstedt	2018-23618	Orthotrauma: Versorgungskonzepte und Zugangswege obere Extremität	Prof. Dr. med. Burkhard Wippermann	800,00	1.000,00
20.09.18	21.09.18	Berlin	2018-22401	CAMIC I: Grundlagen der minimalinvasiven Chirurgie	Prof. Dr. med. Ferdinand Köckerling	400,00	600,00
21.09.18	22.09.18	Aachen	2018-23860	Fußchirurgie I	Dr. med. Thorsten Randt	500,00	650,00
18.10.18	19.10.18	Berlin	2018-22403	CAMIC 2: Endoskopische Hernienchirurgie	Prof. Dr. med. Ferdinand Köckerling	400,00	600,00

FACHBEZOGENE SEMINARE, WORKSHOPS UND HOSPITATIONEN

DATUM		ORT	KURS-NR.	SEMINARTITEL	WISSENSCHAFTLICHER LEITER	PREIS MITGLIED	PREIS NICHT-MGL
18.10.18	19.10.18	Tuttlingen	2018-23683	Spezielle Viszeralchirurgie	Prof. Dr. med. Michael Schäffer	300,00	500,00
09.11.18	10.11.18	Rostock	2018-23864	Fußchirurgie IV	Prof. Dr. med. Thomas Mittlmeier	500,00	650,00
15.11.18	16.11.18	Berlin	2018-22405	CAMIC 3: Laparoskopische Naht- techniken	Prof. Dr. med. Ferdinand Köckerling	400,00	600,00
16.11.18	17.11.18	Berlin	2018-23616	Deformitätenkorrektur mittels Ringfixateur	Prof. Dr. med. Robert Rödl	400,00	600,00
14.11.18	16.11.18	Köln	2018-23684	Viszeralchirurgie Kompakt: Pankrea- schirurgie	Prof. Dr. med. Christine Bruns, Prof. Dr. med. Dirk Stippel, PD Dr. med. Felix Popp	250,00	450,00
22.11.18	23.11.18	Berlin	2018-22409	Hernienchirurgie Masterclass	Prof. Dr. med. Ferdinand Köc- kerling	400,00	600,00
22.11.18	24.11.18	Hamburg	2018-23613	Osteosyntheseverfahren an der unteren Extremität	Prof. Dr. med. Johannes M. Rueger	400,00	600,00
23.11.18		Frankfurt/ Main	2018-23674	Viszeralchirurgie Kompakt: Adipo- sitaschirurgie	Dr. med. Sylvia Weiner	250,00	450,00

SOFTSKILL- & MANAGEMENTSEMINARE

DATUM		ORT	KURS-NR.	SEMINARTITEL	WISSENSCHAFTLICHER LEITER	PREIS MITGLIED	PREIS NICHT-MGL
04.05.18	05.05.18	Berlin	2018-26533	Führungsseminar: Modul 3 - Er- folgsstrategien 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 Be- handlungsfehlerprozess	Prof. Dr. med. Heiner Wenk	250,00	400,00
16.06.18		Berlin	2018-27706	Abrechnungsseminar EBM	Dr. med. Jörg-Andreas Rüggeberg	140,00	240,00
16.06.18		Berlin	2018-27701	Abrechnungsseminar GOÄ und BG	Dr. med. Peter Kalbe	140,00	240,00
21.09.18	22.09.18	Köln	2018-25820	Begutachtung von Berufskrank- heiten	Dr. med. Ekkehard Hierholzer	300,00	500,00
12.10.18		Berlin	2018-24761	Medizinische Krisenkommunikation	Dr. jur. Jörg Heberer; Holger Münsinger	200,00	450,00

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

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
13.04.2018	14.04.2018	Tuttlingen	Think Pink - Ästhetik in der Front	AESULAP AKADEMIE GMBH	595.00	595.00
23.04.2018	26.04.2018	Tuttlingen	Basiskurs Laparoskopische Chirurgie	AESULAP AKADEMIE GMBH	585.00	650.00
14.05.2018	17.05.2018	Bochum	Basiskurs Laparoskopische Chirurgie	AESULAP AKADEMIE GMBH	585.00	650.00
03.06.2018	06.06.2018	Münster	69. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Neurochirurgie - Joint Meeting mit der Mexikanischen und der Kolumbianischen Gesellschaft für Neurochirurgie	Conventus Congressmanagement & Marketing GmbH		
07.06.2018	09.06.2018	Tuttlingen	Trainingskurs Mikrogefäßchirurgie	AESULAP AKADEMIE GMBH	790.00	790.00
08.06.2018	09.06.2018	München	Munich Shoulder Fracture Course 2018	Klinikum rechts der Isar der Technischen Universität München		
12.06.2018	13.06.2018	CH-9007 St.Gallen	Euregio Bodensee Kongress	KSSG		
18.06.2018	20.06.2018	Berlin	Kommunikation und Konfliktmanagement	AESULAP AKADEMIE GMBH	745.00	795.00
18.06.2018	20.06.2018	Berlin	Aufbaukurs Laparoskopische Hernienchirurgie	AESULAP AKADEMIE GMBH	690.00	740.00
18.06.2018	21.06.2018	Tuttlingen	Basiskurs Laparoskopische Chirurgie	AESULAP AKADEMIE GMBH	585.00	650.00
25.06.2018	27.06.2018	Bochum	Aufbaukurs Laparoskopische Hernienchirurgie	AESULAP AKADEMIE GMBH	690.00	740.00
28.06.2018	30.06.2018	Tuttlingen	Basiskurs Minimal Invasive Kinderchirurgie	AESULAP AKADEMIE GMBH	550.00	590.00
27.08.2018	31.08.2018	Leipzig	Digital Operating Room Summer School (DORS) 2018	Innovation Center Computer Assisted Surgery ICCAS - Universität Leipzig		
20.09.2018	22.09.2018	Den Haag	13th Congress of the European Hip Society	European Hip Society		
21.09.2018	22.09.2018	Köln	Medical-English Kurs II für Medizinische Fachangestellte	Frielingsdorf Consult GmbH	390.00	490.00
15.11.2018	15.11.2018	Köln	Hygiene und Arbeitsschutz	Frielingsdorf Consult GmbH	390.00	490.00
03.12.2018	06.12.2018	CH-9007 St.Gallen	European Colorectal Congress 2018	Medkongress AG		

LIFESTYLE- ANGEBOTE

im April 2018

%

10 %



EXPEDIA: 10 % RABATT FÜR BDC-MITGLIEDER

20 %



BLUME2000: 20 % RABATT FÜR BDC-MITGLIEDER

20 %



ETERNA: 20 % RABATT FÜR BDC-MITGLIEDER

35 %



GARMIN: BIS ZU 35 % RABATT FÜR BDC-MITGLIEDER

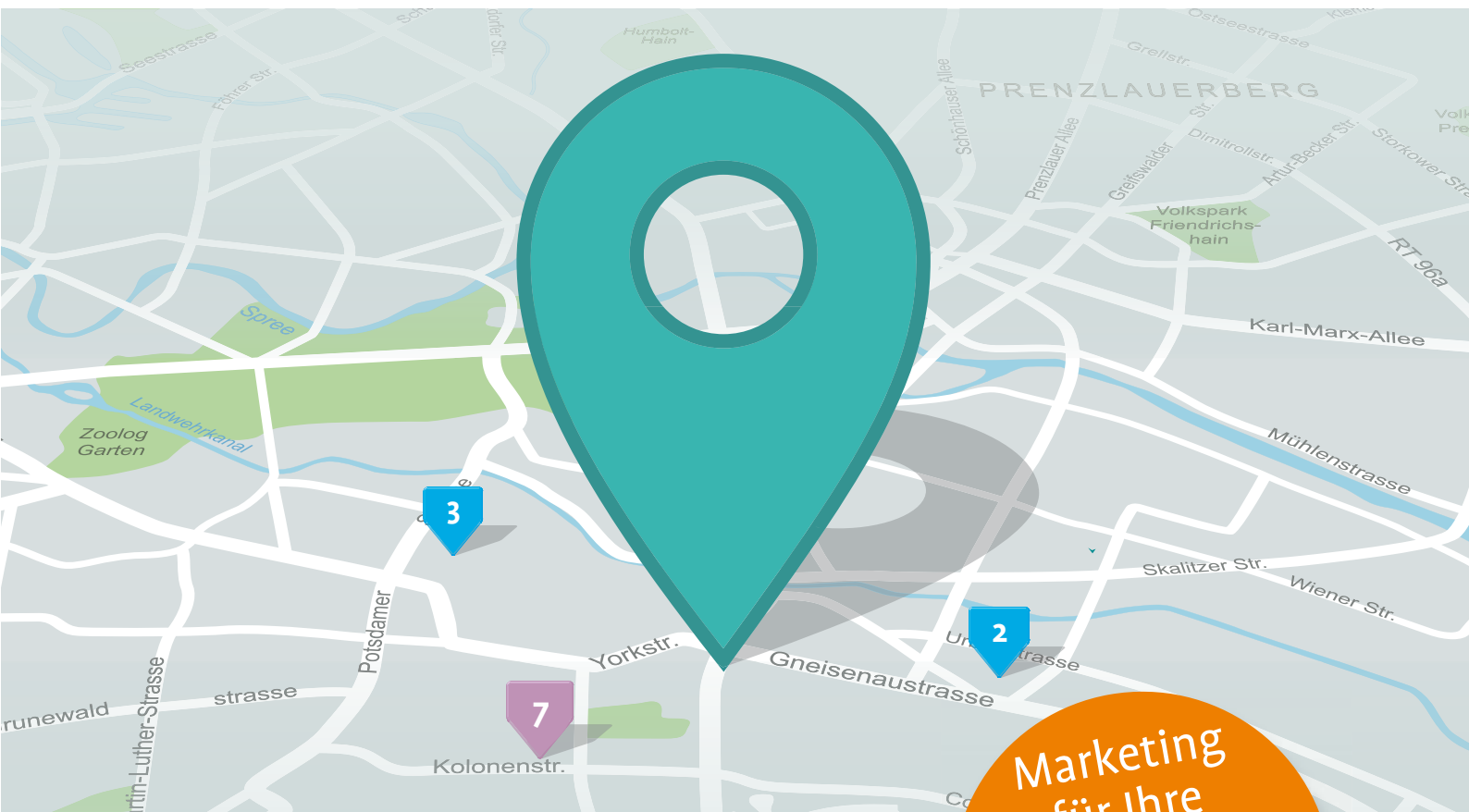
WIE KANN ICH DIE ANGEBOTE IN ANSPRUCH NEHMEN?

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.



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

PANORAMA

Mitglieder *im* Einsatz

Hernienschule für Afrika

**Korrespondierender Autor:****Dr. med. Ralph Lorenz**1. Vorsitzender des Landesverbandes
BDC|BerlinVorstandsmitglied der Europäischen
Herniengesellschaft (EHS)2. Vorsitzender der Deutschen
Herniengesellschaft (DHG)

Praxis 3+CHIRURGEN

Klosterstrasse 34/35

13581 Berlin

lorenz@3chirurgen.de

www.chirurgen-afrika.de

Dr. med. Michael Lechner

Universität Salzburg

Müllner Hauptstraße 48

5020 Salzburg, Österreich

Dr. med. Albrecht Frunder

Lorettoklinik Tübingen

Katharinenstraße 10

72072 Tübingen.

Lorenz R, Lechner M, Frunder A: Hernienschule für Afrika. *Passion Chirurgie*. 2018 April, 8(04): Artikel 09.



Weitere Artikel zum Thema finden Sie auf
BDC|Online (www.bdc.de, Rubrik Wissen |
Panorama).

BERICHT VOM 2. HERNIA BASIC KURS IN KIGALI UND RWAMAGANA IN RUANDA

Hernien gehören zwar weltweit zu den häufigsten chirurgischen Erkrankungen, dennoch bestehen erhebliche nationale Unterschiede in der operativen Versorgung von Hernien. Während in Europa und Nordamerika nahezu alle Patienten mit Hernien operativ versorgt werden, so können in vielen - vor allem auch afrikanischen Ländern - aufgrund der fehlenden Kapazitäten nur ein Bruchteil (vermutlich weniger als 10 Prozent) operativ versorgt werden. Zudem werden Leistenhernien-Patienten in Afrika noch heute in den meisten Fällen operativ in der Technik nach Bassini versorgt.

Die operative Versorgung mit Kunststoffnetzen ist seit mehr als 20 Jahren zunehmend weltweit etabliert und wird in den evidenzbasierten Leitlinien empfohlen. Für bestimmte Situationen sind durchaus auch heute noch kunststoffnetz-freie Operationsverfahren sinnvoll. Unabhängig von der medizinischen Indikation für oder gegen ein Netzverfahren sind in vielen afrikanischen Krankenhäusern Kunststoffnetze aufgrund vergleichsweise hoher Kosten jedoch häufig nicht verfügbar.

Vergleicht man allein die Anzahl der chirurgischen Fachärzte in Afrika mit denen in Europa und Nordamerika muss man die Situation in vielen Ländern Afrikas als geradezu dramatisch einschätzen. Ein Hundertstel an Chirurgen (gemessen an der Anzahl in Europa) muss sich in den meisten Ländern Afrikas in der Regel nicht nur mit chirurgischen Problemen befassen, sondern häufig auch benachbarte Fachdisziplinen wie Gynäkologie, Urologie, Unfallchirurgie und Orthopädie übernehmen.

Aufgrund der fehlenden Ressourcen in vielen afrikanischen Staaten kommt einer standardisierten fachspezialiserten Weiterbildung der regionalen Chirurgen eine ganz besondere Bedeutung zu.

ENTWICKLUNG DES STANDARDISIERTEN HERNIA-BASIC-KURSES

Die Hilfsorganisationen *OperationHernia* und *Chirurgen für Afrika* entwickelten 2016 gemeinsam einen standardisierten Weiterbildungskurs für junge Chirurgen in Afrika.



Dieser spezifisch auf die Bedürfnisse in afrikanischen Ländern entwickelte *Hernia-Basic-Kurs* besteht aus einem zweitägigen theoretischen Teil und einem 5-tägigen praktischen Teil.

Die Teilnehmerzahl ist auf 20 Chirurgen je Kurs begrenzt, um ein möglichst intensives Training zu ermöglichen. Der theoretische Teil wird in der Regel in einem zentral gelegenen überregionalen Krankenhaus oder einer der Universitäten des Landes veranstaltet. Dabei werden folgende Themen abgehandelt:

- Nationale Epidemiologie
- Anatomie der Leistenregion und der Bauchwand

- Evidenz Pure-Tissue-Repair
- Evidenz Mesh-Repair
- Lokalanästhesie
- Videodemonstration Shouldice Repair
- Videodemonstration Lichtenstein Repair
- Kindliche Hernien
- Ventralhernien
- Komplikationsmanagement

Im 5-tägigen praktischen Teil werden standardisierte Hernien-Opera-

Afrikanische Hernien sind in der Regel mit europäischen nicht zu vergleichen. Es besteht in Afrika ein deutlich höherer Anteil an Notfalleingriffen mit Einklemmungen und Inkarzerationen. Viele, vor allem junge Patienten haben überwiegend indirekte bis skrotale, bisher nicht operierte kindliche Hernien. Häufig sind diese auch mit einer Hydrozele assoziiert. In vielen Fällen ist bei diesen Konstellationen ein netzfreies Operationsverfahren eine sinnvolle Alternative.



Inhaltlich liegt der Fokus des praktischen Kursteils auf folgenden Operationstechniken:

- Versorgung von kindlichen Hernien mit Bruchsackresektion
- Durchführung der Lokalanästhesie
- Standardisiertes Shouldice Repair
- Standardisiertes Lichtenstein Repair

Wesentlicher Bestandteil des Kurses ist eine kontinuierliche Evaluation aller Inhalte. Dabei werden sowohl Trainees als auch Trainer gegenseitig bewertet. Nach Abschluss des Kurses werden alle Teilnehmer durch die Trainer beurteilt, welche Kompetenz sie im Rahmen des Kurses erreicht haben (Abb. 2).

UMSETZUNG

Die Chirurgen für Afrika führen gemeinsam mit der britischen Organisation *OperationHernia* seit 2014 jährlich humanitäre Einsätze in verschiedenen Krankenhäusern Ruandas durch. Im Jahr 2016 und 2017 wurden oben beschriebene **Hernia-Basic-Kurse** in Ruanda veranstaltet.

Ruanda, das *Land der Tausend Hügel*, ist eines der bevölkerungsdichtesten Staaten Afrikas mit knapp 12 Millionen Einwohnern auf einer Fläche die den deutschen Bundesländern Hessen oder Rheinland-Pfalz und Saarland zusammen entspricht. Das

Gesundheitssystem in Ruanda wurde in den letzten Jahren in mancherlei Hinsicht muntergültig entwickelt. Nahezu jeder Einwohner Ruandas ist mit einem minimalen Geldbetrag krankenversichert und hat somit Zugang zu einer medizinischen Versorgung. **Für diese 12 Millionen Einwohner in Ruanda gibt es allerdings lediglich ca. 60 Chirurgen!**

Die Koordination der humanitären Einsätze der *Chirurgen für Afrika* in Ruanda übernahm Pastor Osee Ntavuka von der Hilfsorganisation *Rwanda Legacy of Hope*, der auch den Kontakt zum Gesundheitsministerium in Ruanda herstellte. Der **Hernia-Basic-Kurs** wurde seit 2016 als nationaler Weiterbildungskurs anerkannt und mit insgesamt 35 CPD Credits = Weiterbildungspunkten zertifiziert.

AUF 12 MILLIONEN MENSCHEN KOMMEN CA. 60 CHIRURGEN!

Dank der großzügigen finanziellen Unterstützung durch die Rotariervereinigung „Zitadelle Spandau“ in Berlin konnte am Provincial Krankenhaus in Rwamagana bereits im Jahre 2016 ein **Weiterbildungszentrum für Hernienchirurgie** ausgestattet werden.

2017 fand der theoretische Teil des **Hernia-Basic-Kurses** erstmals an der Universität CHUK in Kigali statt. Daran anschließend wurden je sieben Trainees am CHUK in Kigali und im Provincial Hospital in Rwamagana

tionen in Kleingruppen (3 bis 4 Weiterbildungsassistenten je Tutor) in verschiedenen Referenzkrankenhäusern des Landes durchgeführt. Dabei sind verschiedene Stufen der Lehrassistentenz klar definiert (Abb.1).

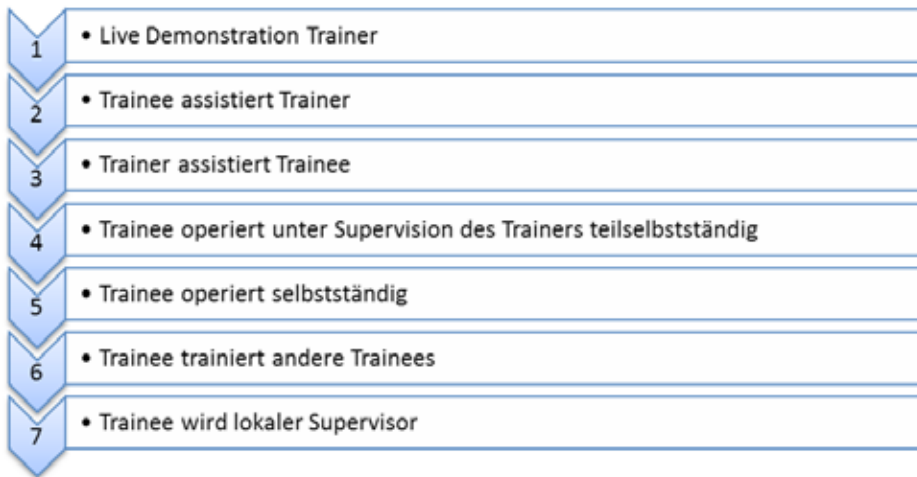


Abb. 1: Trainingsstufen der Lehrassistenten

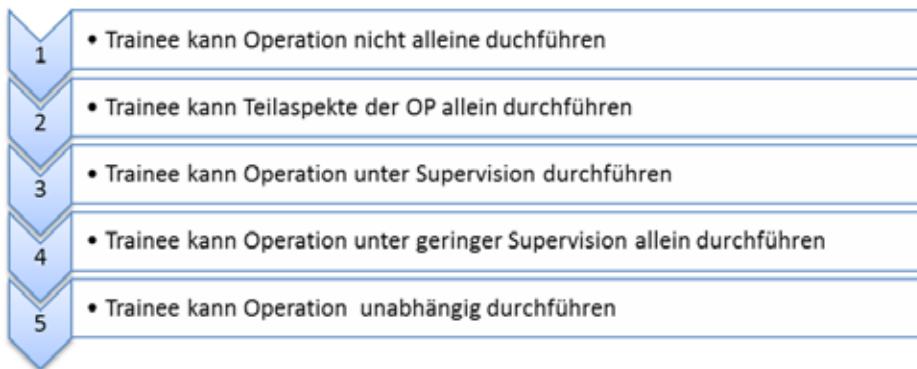


Abb. 2: Kompetenzstufen zur Durchführung von Operationen

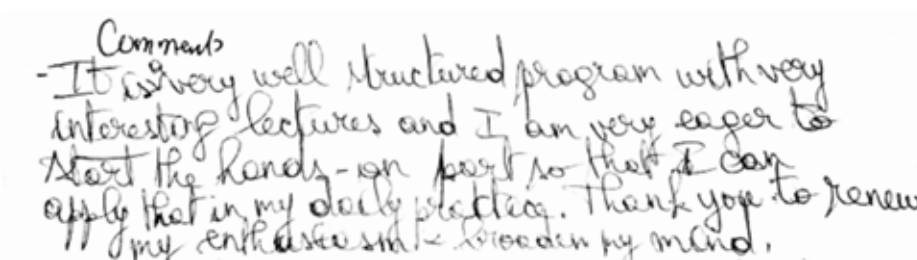


Abb. 3: Feedback Kommentar eines Kursteilnehmers: „...thank you to renew my enthusiasm and broaden my mind...“

eine Woche lang praktisch unterrichtet. In drei weiteren Distrikt-Krankenhäusern (Gahini, Kigeme und Kilinda) wurden weitere lokale Ärzte gezielt hernienchirurgisch weitergebildet. Das 32-köpfige Deutsch-Britische Team bestand aus Chirurgen, Anästhesisten, Anaesthesie-Schwestern und OP-Schwestern und hat in den beteiligten Krankenhäusern die regionalen OP-Teams nicht nur chirurgisch aus- und weitergebildet. Alle Trainees

haben innerhalb dieser Weiterbildungswoche zahlreiche Hernieneingriffe selbstständig und unter unserer Supervision durchgeführt. Alle Operationen verliefen komplikationslos und jeder operierte Patient konnten noch während unseres Aufenthaltes nach Hause entlassen werden. Am Ende des **Hernia-Basic-Kurses** konnten nahezu alle Trainees Leistenhernien-Operationen selbstständig oder unter geringer Supervision durchführen. Alle

Kursteilnehmer erhielten über einen externen Datenzugang Videos, alle Präsentationen des Kurses, wissenschaftliche Literatur und zusätzliches Informationsmaterial. Zusätzlich wurde erneut zahlreiches medizinisches Equipment zum Verbleib nach Ruanda transportiert.

Das mediale Interesse an dem diesjährigen Einsatz war erneut beeindruckend. Sowohl das Fernsehen sowie einige Zeitungen berichteten im Verlauf der Woche über diesen Workshop. Während des Einsatzes ist ein kurzer **Dokumentarfilm mit dem Titel „Participience“** des Filmemachers Felix Vollmann entstanden.

Kurz vor der Abreise erhielt ich als Leiter des Deutschen Teams noch die Möglichkeit mit der **amtierenden Gesundheitsministerin Ruandas, Fr. Dr. Diane Gashumba** zusammenzukommen und ihr persönlich unser Projekt vorzustellen.



DANK

Den ungeheuerlichen Enthusiasmus und Wissensdurst der jungen Chirurgen erleben zu dürfen war sicher eine der eindrucksvollsten Erfahrungen (**Abb.3**). Innerhalb der kurzen gemeinsamen Zeit ist eine sehr persönliche und kollegiale Partnerschaft entstanden.

Ohne das selbstlose Engagement aller Freiwilligen wäre solch ein nachhaltiger Einsatz undenkbar. Der Fluggesellschaft *Brussels Airlines*, die uns bei Buchung/Umbuchung und Durchführung des Transportes unkompliziert und großzügig unterstützte, sei besonders gedankt. Wir danken dem Botschafter Ruandas in Deutschland, seiner Exzellenz

Herrn Igor Cesar sowie seinen Mitarbeitern für die konstruktive und unkomplizierte Unterstützung. Last but not least gilt ein besonderer Dank allen privaten und kommerziellen Spendern, ohne deren finanzielle Unterstützung das ganze Projekt undenkbar wäre.

AUSBLICK

Für 2019 ist ein erneuter Einsatz in Ruanda geplant. Dann soll neben einem erneuten Hernien-Basiskurs zusätzlich ein Aufbaukurs für alle bisherigen Teilnehmer und alle fortgeschrittenen Chirurgen stattfinden.

Darüber hinaus bestehen derzeit Verhandlungen mit weiteren afrikanischen Ländern, um dieses nachhaltige hernienchirurgische Kurskonzept in weiteren Ländern zu etablieren.

Literatur erhalten Sie via lorenz@3chirurgen.de **beim Verfasser.**



EIN KLEINER GRIFF FÜR DEN CHIRURGEN,
EIN GROSSER FÜR DIE MENSCHHEIT.

25
YEARS
TACHO
FAMILIE



TachoSil® Versiegelungsmatrix

Zusammensetzung: 1 cm² enthält: Fibrinogen vom Menschen 5,5 mg, Thrombin vom Menschen 2,0 I.E. Sonstige Bestandteile: Kollagen vom Pferd, Albumin vom Menschen, Riboflavin (E101), Natriumchlorid, Natriumcitrat, L-Argininhydrochlorid. **Anwendungsgebiete:** TachoSil® wird bei Erwachsenen zur unterstützenden Behandlung in der Chirurgie zur Verbesserung der Hämostase, zur Unterstützung der Gewebeerseugung und zur Nahtsicherung in der Gefäßchirurgie angewendet, wenn Standardtechniken insuffizient sind, sowie zur unterstützenden Versiegelung der Dura Mater, um postoperative Liquorleackagen nach neurochirurgischen Eingriffen zu vermeiden. **Gegenanzeigen:** Intravaskuläre Anwendung, Überempfindlichkeit gegen die Wirkstoffe oder einen der sonstigen Bestandteile. **Nebenwirkungen:** In seltenen Fällen kann es zu Hypersensitivität oder allergischen Reaktionen kommen (inklusive Angioödem, Brennen und Stechen an der Applikationsstelle, Bronchospasmus, Schüttelfrost, Flush, generalisierte Urtikaria, Kopfschmerz, Nesselausschlag, Hypotonie, Lethargie, Übelkeit, Ruhelosigkeit, Tachykardie, Engegefühl in der Brust, Kribbeln, Erbrechen, keuchende Atmung), die in Einzelfällen bis zur schweren Anaphylaxie führen. Derartige Reaktionen können insbesondere bei wiederholter Anwendung oder bei Patienten mit bekannter Überempfindlichkeit gegenüber einem der Bestandteile des Präparates auftreten. Antikörper gegen Komponenten von Fibrinkleberprodukten können in seltenen Fällen auftreten. Häufigkeit nicht bekannt: Anaphylaktischer Schock, Überempfindlichkeit, Thrombose, Darmverschluss (in der Bauchchirurgie), Adhäsionen. **Wechselwirkungen sowie weitere Hinweise:** siehe Fachinformation **Verschreibungspflichtig. Chargendokumentationspflichtig. EU-Zulassungsinhaber:** Takeda Austria GmbH, A-4020 Linz, Österreich **Kontaktadresse d. pharm. Unternehmens in Deutschland:** Takeda GmbH, Byk-Gulden-Str. 2, 78467 Konstanz, Tel.: 0800 8253325, medinfo@takeda.de, Stand: 03/2016