

PASSION

CHIRURGIE



PANORAMA

JOURNALISTENPREIS –
DIE GESCHICHTE HINTER
DER GESCHICHTE

im Fokus

NIEDERLASSUNG

05 | 2018

MITGLIEDERZEITSCHRIFT:
DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR CHIRURGIE
BERUFSVERBAND DER DEUTSCHEN CHIRURGEN



BDC | Berufsverband der
Deutschen Chirurgen e.V.

Gemeinsam stark – für Freiberuflichkeit und gegen staatliche Überregulierung



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



Kalbe P: Editorial Gemeinsam stark. Passion
Chirurgie. 2018 Mai; 8(05): Artikel 01.



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

Der gemeinsame Bundeskongress Chirurgie in Nürnberg fand Ende Februar 2018 zum zwanzigsten Mal statt. Aus dem ursprünglichen BNC-Kongress der niedergelassenen Chirurgen hat sich inzwischen eine Veranstaltung für alle Chirurgen aus Praxen und Krankenhäusern sowie ihr Fachpersonal entwickelt. Der BDC beteiligt sich seit 2011 und hat seinen ehemaligen Chirurgentag in dieses Format eingebracht. In dieser Tradition steht vor allem die praktische Fortbildung unter dem Motto „How I do it“ im Vordergrund des Angebots an Fachvorträgen und Workshops. Schon von Anfang an bot der Nürnberger Kongress auch vielfältige Möglichkeiten, Pflichtfortbildungen zu absolvieren und Lizenzen aufzufrischen, z. B. für die D-Arzt-Zulassung und für den Strahlenschutz. Der BAO nutzt als weiterer Partner den Kongress für sein berufspolitisches Forum und auch bei den Industrie-Ausstellern steht das Ambulante Operieren im Vordergrund.

Am politischen Vormittag haben wir über die letzten 20 Jahre viele „Sonntagsreden“ von etablierten Gesundheitspolitikern gehört mit Versprechungen, die nie umgesetzt wurden. Es gab aber auch teilweise heftige Wortgefechte, vor allem zwischen Politikern und Kongressteilnehmern. Das war dieses Jahr anders: Auf den Auftritt von Parteipolitikern wurde verzichtet. Dafür kam die geballte Kompetenz aus den eigenen Reihen zum Zuge. Besondere Aufmerksamkeit erfuhr dabei der Vortrag des zuletzt stark kritisierten ehemaligen KBV-Vorstandsvorsitzenden Andreas Köhler, der als Ehrenvorsitzender des SpiFa referierte. Köhler zeigte klar auf, unter welchem politischen Druck die freien Berufe

stehen. Speziell für den Arztberuf führen die zunehmenden gesetzlichen Eingriffe die Illusion einer ärztlichen Selbstverwaltung nach und nach ad absurdum. Köhler warnte vor allem vor dem zunehmenden Einfluss von Europa, wo die Freiberuflichkeit nicht verankert sei. In der gleichen Stoßrichtung kritisierte Fred Weiser vom Verband der leitenden Krankenhausärzte den zunehmenden Einfluss des G-BA und des IQTIG auf ärztliche Entscheidungen. Angebliche Qualitätsindikatoren würden als heimliche Instrumente der Versorgungssteuerung missbraucht.

Der Koalitionsvertrag der großen Koalition lässt ebenfalls nichts Gutes erwarten. Abgesehen davon, dass das Wort „Facharzt“ dort nur als Auftragnehmer für Termine Erwähnung findet, sind weitere staatliche Eingriffe vorgesehen, z. B. indem die Bundesländer in die Bedarfsplanung eingreifen und auf Entscheidungen der Zulassungsausschüsse Einfluss nehmen sollen. Die Ankündigung, eine einheitliche Gebührenordnung zu prüfen, führt – unabhängig vom Ergebnis der wissenschaftlichen Kommission – voraussichtlich zu einer Lähmung der Reformen am EBM und an der GOÄ. Düstere Aussichten also, die in gleicher Weise die Chirurgen in den Praxen und in den Kliniken treffen werden.

Einen kleinen Hoffnungsschimmer bietet nur die Tatsache, dass der Mangel an Fachärzten nach den strukturell schwachen Bereichen jetzt auch die Metropolregionen erreicht. Auch wenn viele Kollegen nach dem Rentenalter noch weiterarbeiten, um ihre Patienten nicht im Stich zu lassen, wird dies nicht dauerhaft ausreichen, um den Exodus der

„Baby Boomer“-Fachärztegeneration auszugleichen. Und auch die Gedankenspiele der Politik zu Delegation und Substitution taugen nicht als Ersatz für unsere fachärztliche Expertise. Unser „Marktwert“ dürfte somit in der Zukunft deutlich steigen, sodass wir durchaus die Chance haben, uns dem Trend

zur Einführung einer Staatsmedizin durch die Hintertür zu verweigern. Dies unabhängig davon, ob wir als Praxisinhaber oder als Angestellter in einer Praxis, in einem MVZ oder als Krankenhauschirurg tätig sind: Wir sind stark und - gemäß dem Kongress-Motto - sind wir vor allem gemeinsam stark!

Im vorliegenden Heft haben wir Ihnen neben Artikeln zur Sektorenübergreifenden Versorgung und zum Belegarzt-System einiges zur Niederlassung zusammengestellt. Viel Spaß bei der Lektüre. ○

eAKADEMIE

Wissen Bit für Bit

WEBINARE

MEDIATHEK

eCME-
CENTER

MEDIATHEK



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

Von Chirurgen für Chirurgen –

praxisnäher lässt sich Fortbildung nicht darstellen. Es können auch eigene Fortbildungsfilme eingereicht werden!

www.mediathek-dgch.de

mediathek
DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR CHIRURGIE
ÖSTERREICHISCHE GESELLSCHAFT FÜR CHIRURGIE

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 Pohlenmann,
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)
Karin Kammerer (Tel.: +49 (0) 30 28004-202 |
passion_chirurgie@bdc.de)
Julia Weilbach

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/StGrafix, 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 Gemeinsam stark – für Freiberuflichkeit und gegen
staatliche Überregulierung *P. Kalbe*

6 SCHAUFENSTER

8 CHIRURGIE

8

im Fokus

SEKTORENÜBERGREIFENDE
VERSORGUNG – EIN DAUERTHEMA DER
GESUNDHEITSPOLITIK *P. Kalbe*

- 12 DAS BELEGARTZSYSTEM: DER KLASSIKER
DER INTERSEKTORALEN VERSORGUNG *P. Kalbe*

- 14 BELEGARTZ NEU DENKEN –
EIN DISKUSSIONSBEITRAG *D. Farghal*

- 18 INTERVIEW: „ICH DENKE, DIE
BEOBACHTUNGSPHASE IST VORBEI.“
A. Faulmann, P. Kalbe

23 CHIRURGIE⁺

- 23 20 Jahre Bundeskongress Chirurgie – 20 Jahre
„Gemeinsam stark“ *J. Weilbach*
- 26 „Nehmen wir jetzt jeden?“ – Eine Umfrage in
deutschen chirurgischen Kliniken
D. Vallböhmer, H. Fuchs, R. Dittmar, C. J. Krones

49

86

- 33 **Safety Clip:** Fehlerursachenanalyse am Beispiel einer Seitenverwechslung im OP *A. Krause*
- 36 Qualitätsbericht 2017 (Berichtsjahr 2016)
- 38 **Hygiene-Tipp:** Hygienisch korrekte Blutentnahme *W. Popp, K.-D. Zastrow*
- 40 **Rezension:** Basic Skills PJ – Praktische Tipps für Chirurgie und Innere
- 41 Personalia
- 42 **RECHT**
- 42 Keine Angst vor dem bösen „Wolf“ *A. Wienke, K.-V. Frieße*
- 47 Frage & Antwort: Haftpflichtversicherung des Krankenhauses für den Honorararzt *J. Heberer*
- 48 Frage & Antwort: Vergütungsanspruch bei nicht gewährten Pausenzeiten *J. Heberer*

49 GESUNDHEITSPOLITIK

- 49 BG-Clearingstelle jetzt auf Bundesebene aktiv *P. Kalbe, W. Boxberg*
- 52 Prämien für Haftpflichtversicherung von chirurgischen Belegärzten sind in den letzten Jahren explodiert *D. Farghal*
- 54 Aktuelle Meldungen

55 INTERN

- 55 **DGCH**
- 55 Rekrutierende multizentrische chirurgische Studien in Deutschland
- 60 Spendenaufruf und Bausteine Langenbeck-Virchow-Haus
- 64 DGCH-Präsidium ab 1. Januar 2018
- 68 **BDC**
- 68 Nachwuchs-Kongress: Klappe, die zwölfte *J. Weilbach*
- 71 BDC|News
- 72 BDC|Landesverbände
- 74 BDC-Pressespiegel
- 75 Termine BDC|Akademie
- 79 Veranstaltungshinweise
- 80 Fachexkursion nach Moskau und St. Petersburg – Roboterassistierte Chirurgie

83 VERNETZT

- 83 Umfassende Fortbildung mit e.Med Interdisziplinär

86 PANORAMA

- 86 Journalistenpreis – Die Geschichte hinter der Geschichte *N. Bleuel*

KAMPF DEM KEIM



Folge 1: Wozu das Ganze?

Im Februar 2018 macht das Krankenhaus Bethel Berlin allen Kliniken im deutschsprachigen Raum ein außergewöhnliches Geschenk: Fünf frische Videos zur Krankenhaushygiene, die völlig frei von Lizenzgebühren zur Aufklärung und Schulung von Mitarbeitern, Patienten und Besuchern verwendet werden können – ohne jegliche Werbung für die produzierende Berliner Klinik. Damit können auch KMU-Krankenhäuser, die sich keine aufwändige Video-Produktion oder teure Lizenzen leisten können, Ihre Mitarbeiter, Patienten und Besucher unterhaltsam auf das Thema aufmerksam machen.

[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...](#)

EU-DATENSCHUTZVERORDNUNG



Informationen für Praxen

Die Datenschutzgrundverordnung der Europäischen Union gilt vom 25. Mai 2018 an. Zusammen mit dem im Juli 2017 neu gefassten Bundesdatenschutzgesetz erfolgte eine grundlegende Neuordnung des Datenschutzrechts in Deutschland. Diese datenschutzrechtlichen Bestimmungen sind auch für Ärztinnen und Ärzte relevant. Die Bundesärztekammer (BÄK) und die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) haben deshalb ihre Empfehlungen zur ärztlichen Schweigepflicht, Datenschutz und Datenverarbeitung in der Arztpraxis aktualisiert und ergänzt.

[Mehr Infos...](#)

UMFRAGE



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? Der Ärztenachrichtendienst (änd) aus Hamburg fragte nach der Meinung der niedergelassenen Ärzte. Das Resultat: Zahlreiche Mediziner bescheinigen dem ehemaligen gesundheitspolitischen Sprecher der Unionsfraktion das nötige Vorwissen – bleiben aber trotzdem skeptisch.

[Mehr lesen...](#)



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



IM FOKUS

Niederlassung



Dr. med. Peter Kalbe

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

Sektorenübergreifende Versorgung – ein Dauerthema der Gesundheitspolitik

Die Überwindung der gerade in Deutschland ausgesprochen undurchlässigen Sektorengrenze zwischen Krankenhäusern und Arztpraxen steht seit mehr als einem Jahrzehnt auf der politischen Agenda. War in früheren Jahren der Gedanke der Effizienzoptimierung führend, so hat sich der Fokus jetzt mehr auf die Sicherung der ärztlichen Versorgung in strukturschwachen Gebieten und auf die Notfallversorgung verlagert. So enthält der aktuelle Koalitionsvertrag den Auftrag, eine Bund-Länder-Arbeitsgruppe einzurichten, die bis 2020 umfassende Vorschläge zur Weiterentwicklung der sektorenübergreifenden Versorgung vorlegen soll [1].

Im Folgenden werden der Status quo und die Positionen des BDC für den Bereich der Chirurgie dargestellt.

BELEGARZTWESEN UND KOOPERATIONSVERTRÄGE

Umfang und Fallzahlen der belegärztlichen Versorgung sind in den letzten Jahren rückläufig. Dies ist u. a. auf die Umwandlung von Beleg-Abteilungen in Hauptabteilungen und auf die erheblichen Erlös-Differenzen zwischen A-DRG und B-DRG zurückzuführen. Dabei ist die belegärztliche Versorgung grundsätzlich das klassische und bewährte System der geregelten intersektoralen Zusammenarbeit. Zur weiteren Stärkung dieses Systems bedarf es aber einer Öffnung und Reform der Rahmenbedingungen, wie dies im Beitrag von Dirk Farghal in dieser Ausgabe der Passion Chirurgie plastisch dargestellt wird.

In dieser Hinsicht ist auch die KBV aktiv dabei, dem Belegarztwesen neuen Schwung

zu verleihen. Die Öffentlichkeitsarbeit der KBV verfolgt ähnliche Ziele und ein aktuelles Modellprojekt zur onkologisch-hämatologischen belegärztlichen Versorgung zeigt neue Möglichkeiten auf [2].

Aber auch von ärztlicher Seite wurden Belegarztverträge zu Gunsten von finanziell attraktiveren Kooperationsvereinbarungen aufgekündigt. Dabei kam es vereinzelt zu nicht nachvollziehbaren Honorarflüssen, die den Verdacht auf eine Zuweisung gegen Entgelt nahelegten. In Anbetracht des Antikorruptionsgesetzes sind diese zweifelhaften Koppelgeschäfte beendet worden, sodass es keinen Grund gibt, reelle und seriöse intersektorale Kooperationen nicht weiterzuführen. Da die gesetzlichen Regelungen der §§ 299 -300 StGB jedoch einen weiten Interpretationsspielraum lassen, befinden sich viele Kooperationsärzte zurzeit in einem juristischen Schwebezustand, der auch durch kompetente anwaltliche Beratung nicht aufgelöst werden kann. Es ist zu hoffen, dass durch eine wegweisende höchstrichterliche Rechtsprechung möglichst rasch Leitplanken für die Zulässigkeit von Honorar-Vereinbarungen ergeben werden.

Unabhängig davon ist die Motivation vonseiten der Krankenhäuser zum Abschluss von derartigen Kooperationsverträgen zu hinterfragen. Solange Mindestmengen und attraktive DRG-Erlöse für elektive Eingriffe die Anzahl von Endoprothesen-Operationen beeinflussen, wird dies negative Auswirkungen auf den Qualitäts-Wettbewerb und die Indikationsstellung haben. Stattdessen müssen aus Sicht des BDC die Vorteile für die Patientensicherheit und die Sicherstellung der Versorgung in strukturell

Kalbe P: Sektorenübergreifende Versorgung – ein Dauerthema der Gesundheitspolitik. *Passion Chirurgie*. 2018 Mai, 8(05): Artikel 03_01.



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

schwachen Gebieten mehr in den Fokus solcher Kooperationen treten.

Ob die Vorstellung der KBV realistisch ist, unrentable Krankenhäuser in strukturschwachen Gebieten in Praxis-Kliniken und Facharzt-Zentren umzuwandeln, bleibt kritisch zu hinterfragen. Der Facharztmangel wird sich auch durch derartige Umfirmierungen nicht beseitigen lassen, sodass es auf mittlere Sicht unvermeidbar sein dürfte, die fachärztliche Versorgung – sei es ambulant, stationär oder auch intersektoral – zu zentralisieren.

NOTFALLAUFNAHMEN UND BEREITSCHAFTSDIENST

Die zunehmende Inanspruchnahme der Notaufnahmen der Krankenhäuser auch durch Patienten ohne medizinisch definierten Notfall und auch während der Öffnungszeiten der Arztpraxen muss zweifellos kanalisiert werden. Der Koalitionsvertrag sieht dazu gemeinsame Notfallleitstellen und „integrierte Notfallzentren“ vor. Die KBV, die DKG und der Marburger Bund haben jüngst Lösungsvorschläge unterbreitet, die sich auch weitgehend mit den Empfehlungen des Sachverständigenrats der Bundesregierung [3] decken. Die Finanzierung einer solchen Lösung ist jedoch vollkommen offen.

Für die Notfallversorgung gilt der gleiche Grundsatz wie für die übrige fachärztliche Versorgung, nämlich dass in der Zukunft nicht alle Leistungen an jedem Ort gewährleistet werden können. Die Konzentration auf bestimmte Krankenhäuser mit kooperativen Notaufnahmen, in denen auch niedergelassene Ärzte tätig sind, ist hier zielführend. Eine Steuerung der überbordenden Patientenwünsche nach möglichst sofortiger und kompletter Lösung ihrer Gesundheitsprobleme erfordert aus ärztlicher Perspektive die Einführung von spürbaren Zuzahlungen. Da dies zurzeit politisch nicht durchsetzbar ist, müssen andere Wege gesucht werden, einerseits im Vorfeld eine Steuerung in die geeignete Ebene der Versorgung zu gewährleisten und andererseits die Versorgung von echten Notfällen auch betriebswirtschaftlich auskömmlich zu finanzieren.

In Schleswig-Holstein haben sich gemeinsam betriebene Portalpraxen an bestimmten Krankenhäusern bewährt. Das Konzept soll jetzt, auch mit Billigung der Landes-KV, auf die üblichen Sprechstundenzeiten ausgeweitet werden [4].

CHIRURGISCHE GRUNDVERSORGUNG

Die Sicherung einer ambulanten chirurgischen Grundversorgung muss wieder in den Fokus der Gesundheitspolitik treten. Der Trend zur Spezialisierung auch in den chirurgischen Praxen darf nicht dazu führen, dass es Versorgungsmängel für die klassischen Probleme der alltäglichen Praxis wie Wundversorgungen, Abszess-Spaltungen und Erstbehandlungen von Distorsionen und Frakturen gibt. Ein erster Schritt ist die KBV-Forderung nach einer Aufhebung der Budgets für alle Grundleistungen im ambulanten Bereich. Ähnlich wie für die Notfallversorgung muss jedoch für alle chirurgischen Grundleistungen wieder eine betriebswirtschaftliche Refinanzierung gewährleistet sein. Dies umso mehr, da mit der zu erwartenden Schließung von Krankenhäusern in strukturschwachen Gebieten die chirurgischen Praxen in vorderste Front für die Grundversorgung rücken. Dies wird sich aller Voraussicht nach nur über regionale Sonderverträge regeln lassen. Der BDC steht dafür als Verhandlungspartner zur Verfügung.

AMBULANTE SPEZIALFACHÄRZTLICHE VERSORGUNG (ASV)

Die ambulante spezialfachärztliche Versorgung fristet weiterhin ein Nischendasein und wird sich voraussichtlich auch kaum zu einem versorgungsrelevanten Umfang entwickeln lassen. Der intersektorale Ansatz ist vielversprechend, war jedoch von Anfang an nicht auf die Menge, sondern auf seltene Erkrankungen und auf Erkrankungen mit besonderem Krankheitsverlauf beschränkt. Das Genehmigungsverfahren und die Bedingungen für die ASV sind äußerst komplex und bürokratisch, so, dass manche intersektorale Interessengemeinschaft schon allein deswegen zurückschrecken dürfte. Nachdem jetzt die Beobachtungsphase der ASV vorüber ist,

gilt es die Bedingungen noch einmal auf den Prüfstand zu stellen und zu klären, ob die ASV nicht auch für die Schließung von regionalen Versorgungslücken geöffnet werden könnte.

FINANZIERUNG

Infolge der vom Gesetzgeber initiierten und propagierten Ökonomisierung des deutschen Gesundheitswesens ist es eine Illusion zu glauben, dass sich Verbesserungen der intersektoralen Zusammenarbeit ohne finanzielle Anreize umsetzen lassen würden. Die Abkopplung der Personalkostenentwicklung von der DRG-Systematik laut Koalitionsvertrag dürfte einen ersten Schritt darstellen, der allerdings in gleicher Weise auch für die Arztpraxen gelten müsste.

Mit der Unterstützung des BDC läuft zurzeit ein von Stephan Dittrich maßgeblich geförderter Modell-Versuch zu sogenannten Hybrid-DRGs in Thüringen [5], der aber leider nur von einer großen bundesweiten Krankenkasse mitgetragen wird. Die plakative Forderung der DKG nach einem Honorar von 130 Euro für jeden Krankenhaus-Notfall kann in gleicher Weise auch für die niedergelassenen Chirurgen übernommen werden: Die ungeplante Versorgung von Notfällen erfordert im Krankenhaus ebenso wie in der Praxis die Vorhaltung von strukturellen und personellen Reserven. Bei einer auskömmlichen Finanzierung wäre dies durchaus auch für die chirurgischen Praxen attraktiv. Zurzeit jedoch bringen Notfälle nur die Terminsprechstunden durcheinander und halten von geplanten Elektiv-Eingriffen ab. Krankenhäuser und chirurgische Praxen sitzen bei diesem Problem durchaus im gleichen Boot. Der BDC bietet sich als kompetenter Ansprechpartner für mögliche Strukturverträge mit den Krankenkassen an.

KOMMUNIKATION

Kooperation erfordert vor allem eine optimale Kommunikation. Leider klappt dies immer noch nicht in allen Bereichen, zumal das Entlassmanagement noch nicht an allen Krankenhäusern umgesetzt wurde. Der Austausch von relevanten Gesundheitsdaten über eine gemeinsame elektronische

Patientenakte könnte eine Lösung dieses Problems darstellen. Dieser wichtige Anteil der im Aufbau befindlichen Telematik-Infrastruktur sollte daher möglichst rasch und sektorenübergreifend einheitlich realisiert werden. Es muss unbedingt vermieden werden, dass durch unterschiedliche Formate und Strukturen neue Schnittstellenprobleme entstehen. Der BDC stützt daher die Forderung des KBV nach einer einheitlichen Patientenakte [6] und unterstützt seine Mitglieder bei der Einführung der Telematik-Infrastruktur.

LITERATUR

- [1] Deutsche Bundesregierung: Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD <https://www.bundesregierung.de/Content/DE/StatischeSeiten/Breg/koalitionsvertrag-inhaltsverzeichnis.html>, zuletzt zugegriffen 18.3.2018
- [2] KBV: Sektorenübergreifende Versorgung aus einer Hand für Krebspatienten http://www.kbv.de/html/2018_32837.php, zuletzt zugegriffen 18.3.2018
- [3] Sachverständigenrat der Bundesregierung zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, Werkstattgespräch 7. September 2017, Berlin http://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/2017-09-08_Notfall_Webseite.pdf, zuletzt zugegriffen 18.3.2018
- [4] Deutsches Ärzteblatt: Schleswig-Holstein will Notfallversorgung mit Bundesratsinitiative verbessern. <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/91676/Schleswig-Holstein-will-Notfallversorgung-mit-Bundesratsinitiative-verbessern>, zuletzt zugegriffen 18.3.2018
- [5] Dittrich, S.: Sektorenverbindende Versorgung- Realität und Erwartung. *Passion Chirurgie* 10/2016 <https://www.bdc.de/sektorenverbindende-versorgung-realityet-und-erwartung/>, zuletzt zugegriffen 18.3.2018
- [6] KBV: KBV fordert einheitliche elektronische Patientenakte http://www.kbv.de/html/1150_33228.php, zuletzt zugegriffen 18.3.2018



LIVE WEBINAR Do, 24. Mai, 19:00 Uhr

S3-Leitlinie "Pneumothorax"

Referent: Prof. Dr. med. Erich Stoelben



JETZT REGISTRIEREN





Das Belegarztsystem: Der Klassiker der intersektoralen Versorgung

Das Belegarztsystem stellt seit Jahrzehnten den bewährten „Gold-Standard“ der intersektoralen Zusammenarbeit zwischen niedergelassenen Fachärzten und Krankenhäusern dar. Gesetzliche Eingriffe und insbesondere die Abwertung der DRGs für die Belegkrankenhäuser haben zu einer schleichenden Erosion dieses Versorgungsbereiches geführt. Die **Abbildung 1** zeigt den Rückgang der Belegärzte insgesamt und die **Abbildung 2** den parallel dazu verlaufenden Rückgang der belegärztlich tätigen Chirurgen in den letzten zehn Jahren.

öffentlichen Druck auf, um gesetzliche Änderungen zum Abbau von Hindernissen und zur Erweiterung der belegärztlichen Versorgung zu erreichen. Der BDC unterstützt diese Bemühungen und hat dies durch die Gründung einer eigenen Arbeitsgemeinschaft für Beleg- und Kooperationsärzte (AG BeKo) unter Beweis gestellt. Im Schulterschluss mit der KBV und dem Bundesverband der Belegärzte (BdB) soll das bewährte und rechtssichere Belegarztsystem fortentwickelt und modernisiert werden.

Die kassenärztliche Bundesvereinigung hat dieses Defizit aktuell thematisiert und baut

Der Leiter der AG BeKo des BDC, Dirk Farghal, ist selbst als Belegarzt an einem kleinen



Dr. med. Peter Kalbe

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

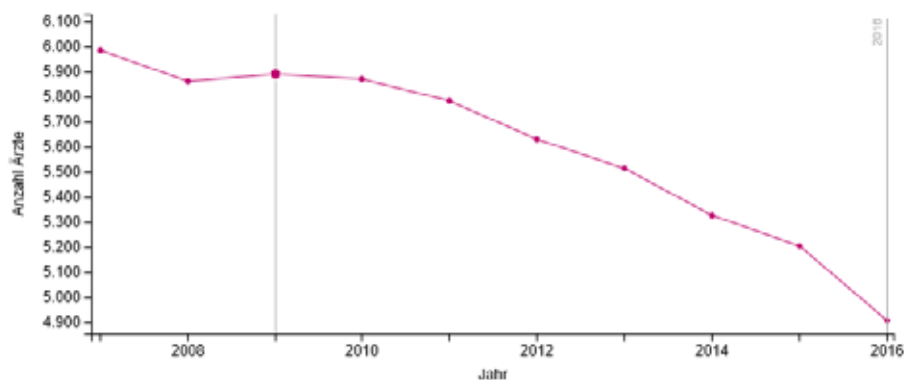


Abb. 1: Entwicklung der Belegärzte 2007 bis 2016. Rückgang von 5.942 auf 4.906, also um 18 %. Quelle: KBV

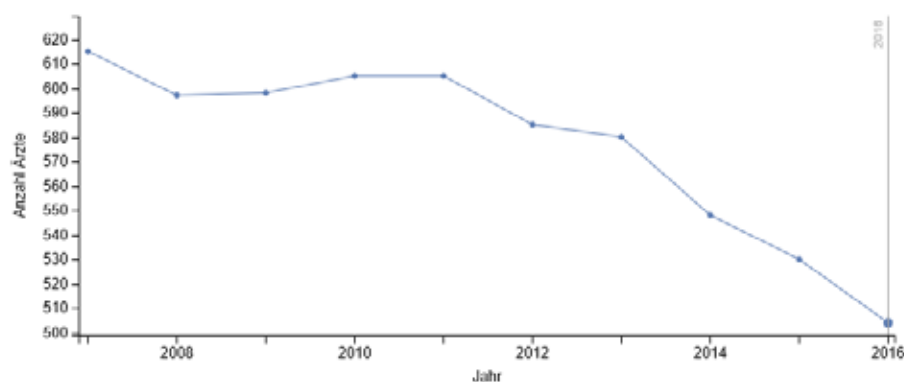


Abb. 2: Rückgang der belegärztlich tätigen Chirurgen von 615 im Jahr 2007 auf 504 im Jahr 2016. Quelle: KBV

Beleg-Krankenhaus in Franken tätig und kennt daher die alltäglichen Probleme und Begrenzungen aus eigener Erfahrung. Trotzdem ist er mit Leib und Seele Belegarzt und erklärt, warum er dies gegen alle Widrigkeiten auch weiterhin bleiben möchte.

Der folgende Artikel „Belegarzt neu denken – Ein Diskussionsbeitrag“ von Herrn Dr. Farghal entwickelt Ideen zur zukünftigen Erweiterung und Sicherung des Belegarztsystems, die im Übrigen auch im Einklang mit den Zielen des BDC, der KBV und des BdB stehen. ○

Kalbe P: Das Belegarztsystem: Der Klassiker der intersektoralen Versorgung. Passion Chirurgie. 2018 Mai, 8(05): Artikel 03_02.



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



Belegarzt neu denken – Ein Diskussionsbeitrag

MEINE MOTIVATION ALS BELEGARZT

Mir sind keine Studien zur Motivation der Belegärzte bekannt, somit kann ich nur meine persönliche Motivation heranziehen:

Aus Spaß an der Freude

- Ich wollte immer Arzt und Chirurg sein – als Belegarzt kann ich das besser, da mein Handlungsspielraum und das Spektrum der Behandlungsmöglichkeiten im Gegensatz zur rein ambulanten Praxis sehr viel größer ist.
- Es stärkt mein Selbstwertgefühl, immer noch „Kliniker“ zu sein und schwierige Herausforderungen zu meistern. Gleichzeitig habe ich einen engeren Kontakt zu

anderen Kliniken und dortigen Ärzten. Persönlich habe ich auch den Eindruck, von Klinikkolleginnen und -kollegen „etwas mehr“ als vollwertiger Chirurg wahrgenommen zu werden.

- In der täglichen Sprechstunde sagen mir Patienten immer wieder, dass sie meinen, die Tätigkeit an einem Krankenhaus repräsentiere eine höhere fachliche Qualifikation als die reine Praxisarbeit.

Erweiterte Qualifizierung

- Als Belegarzt muss ich mich mit den Organisationsabläufen des Krankenhauses vertraut machen und z. B. die Begründung und Organisation der stationären Aufnahme übernehmen. Als



Dirk Farghal

Leiter der Arbeitsgemeinschaft Beleg- und Kooperationsärzte im BDC
Chirurgische Praxis am Hauptbahnhof
Bahnhofplatz 9, 97424 Schweinfurt
dirk.farghal@t-online.de
www.chirurgie-schweinfurt.de

Belegarzt hatte ich schon immer mit dem Entlassmanagement zu tun, da Patienten im Anschluss weiter in meiner ambulanten Behandlung verbleiben.

- Es entsteht erhöhter Aufwand für die Qualitätssicherung, z. B. für das IQTIG, für EndoCert und das Endoprothesen-Register.

Teamarbeit und Back-up

- Als Belegarzt muss ich mich in das Dienst- und Organisationsschema des Krankenhauses einfügen. Dafür muss ich aber nicht mehr ganz alleine arbeiten. Es gibt Kollegen, mit denen man sich austauschen kann.
- Ich kann die gesamte Struktur und Technik des Krankenhauses nutzen.
- Es gibt Kolleginnen und Kollegen, die ich um Rat und Hilfe bitten kann.
- Das Pflegepersonal nimmt mir viele Arbeiten ab, vorausgesetzt, man hat zu ihnen einen „guten Draht“.
- Im KV-Dienst ist die Station und damit die/der diensthabende/r Schwester/ Pfleger erste Anlaufstelle und damit Filter für die Patienten. Über diese Struktur ist der KV-Dienst, Chirurgie, 24 Stunden an 365 Tagen im Jahr erreichbar.
- Letztendlich kann ich als Belegarzt viele Vorteile und Annehmlichkeiten eines Krankenhausarztes nutzen.

Wir müssen den „Belegarzt neu denken“ und ihn wieder attraktiver machen, ihm mehr Gewicht geben und das Belegarztwesen als mögliche Lösung für den Strukturwandel darstellen.

Zum einen brauchen wir schnelle Änderungen, um die weitere Arrosion des Belegarztwesens zu stoppen. Zum anderen sind auch mittel- und langfristige Lösungen, für eine Trendwende oder gar eine Renaissance notwendig.

SCHNELLE LÖSUNG

1. Der Erlaubnisvorbehalt nach § 135 Abs. 1. bzw. § 137 Abs. 3 SGB V muss wegfallen, was ein breiteres Spektrum an belegärztlichen Leistungen ermöglichen würde.
2. Alle Belegarzt-Begleitleistungen, also auch Leistungen außerhalb des Kapitels

36 des EBM, müssen bundesweit extra-budgetär vergütet werden.

3. Der Abschlag in der Bewertung des Kapitels 36 im Vergleich zum Kapitel 31 muss fallen oder zumindest reduziert werden.

Diese Forderungen müssen sofort in den politischen Diskurs und in die Verhandlungen im Bewertungsausschuss eingebracht werden.

MITTEL- UND LANGFRISTIGE LÖSUNGEN

HAUSÄRZTE ALS BELEGÄRZTE UND ALS STATIONÄRE KOOPERATIONSPARTNER

Sehen wir uns die sehr schematische und vereinfachte Verteilungspyramide der niedergelassenen Ärzteschaft an (**Abb. 1**), so hat die größte Arztgruppe bisher keinen Zugang zum Belegarztwesen, nämlich die der **Hausärzte**.

In der Schweiz, in Österreich und Liechtenstein sind Hausärzte regelhaft in die stationäre Versorgung eingebunden. In Deutschland gibt es dagegen bisher keine allgemeinmedizinische Belegabteilung. Die Tätigkeitsfelder der Hausärzte könnten z. B. die Geriatrie, die Palliativmedizin und Hospizbetreuung sein. Bereiche, die jetzt schon hauptsächlich vom Hausarzt ausgefüllt werden. Der Hausarzt als Belegarzt bedeutet zudem die Verzahnung von hausärztlichem und fachärztlichem Bereich.

Der Hausarzt hat meistens den direkten Kontakt zu ambulanten Pflegediensten. Es vereinfacht die ambulante Weiterversorgung (Entlassmanagement), weil der Hausarzt die häusliche und familiäre Situation der Patienten gut kennt. Eine kontinuierliche Behandlung ist gewährleistet, dies bedeutet auch weniger Informationsverlust.

Als Fachärzte müssen wir keine Angst haben, dass uns hierdurch Patienten verloren gehen würden. Nur Fachärzte haben die Expertise und KV-Zulassung für spezielle Leistungen wie z. B. Operationen, Endoskopie, Angiographie, Radiologie etc. Diese Leistungen können vom Hausarzt nicht erbracht werden. Möchte der Hausarzt einen Patienten belegärztlich behandeln, so muss auch er dies begründen und hierzu sind meistens spezielle

Farghal D: Belegarzt neu denken – Ein Diskussionsbeitrag. *Passion Chirurgie*. 2018 Mai, 8(05): Artikel 03_03.



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



Abb. 1: Aktuell gültige Gliederung

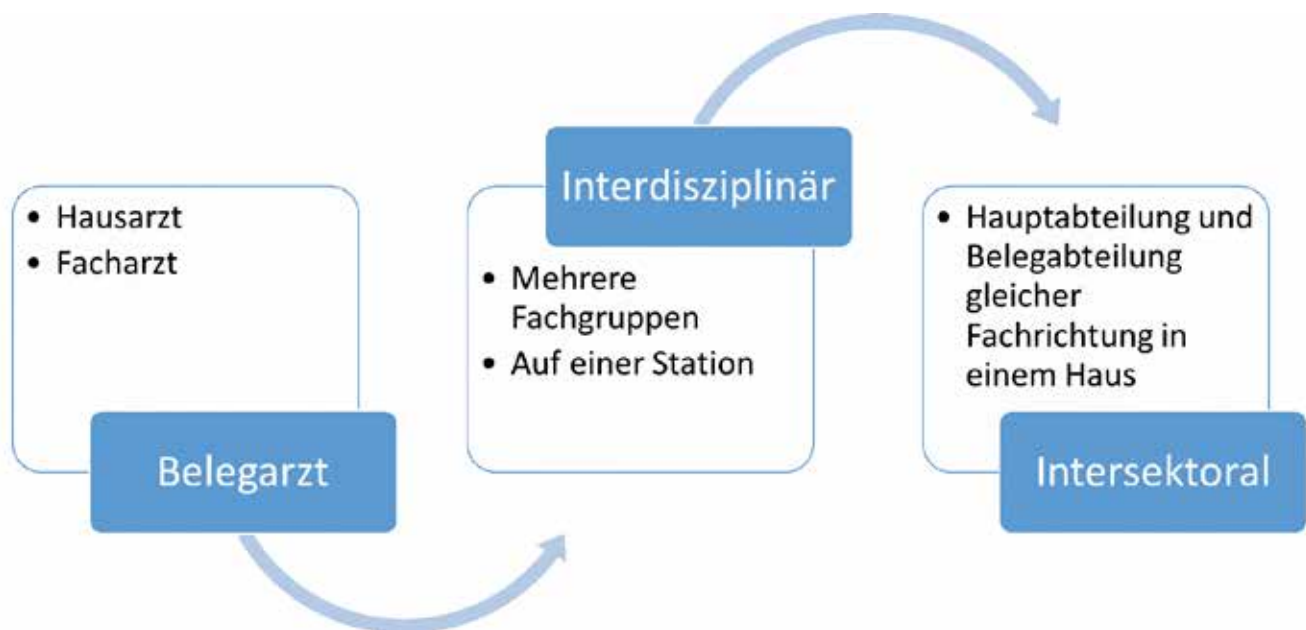


Abb. 2: Mögliche Weiterentwicklung durch intersektorale und interdisziplinäre Kooperation

ärztliche Maßnahmen nötig, die dann nur vom Facharzt erbracht werden können. Somit kann uns eine viel größere Patientengruppe erschlossen werden. Auch hier hat der Patient immer noch das Arztwahlrecht. Er wird aber seinem Hausarzt vertrauen.

INTERDISZIPLINÄRE UND ORGANZENTRIERTE BELEGARZT-ABTEILUNGEN

Bisher haben die meisten Fachrichtungen ihre eigene Abteilung und Station. Dies bedeutet räumliche und organisatorische Trennung sowie Warten auf den Konsiliar-Kollegen bei komplexen Erkrankungen und Behandlungen. Diese Abgrenzung bedeutet

Reibungsverluste. Dies reduziert die Effektivität für uns als Ärztinnen und Ärzte aber auch für Patienten selbst. Kosten- und Zeitdruck fordern auch hier neue Ansätze.

Ein Schritt zur Lösung sind interdisziplinäre bzw. organzentrierte Abteilungen. Zum Teil gibt es diese schon. Zum Beispiel „Kopfabteilungen“ mit HNO, Augen und Neurologie oder Innere Medizin und Geriatrie. Eine interdisziplinäre Abteilung und Station bedingt eine gemeinsame Visite und damit eine breitere Fachkompetenz am Krankenbett. Probleme und Komplikationen aus der anderen Fachrichtung werden schneller

erkannt. Ganz nebenbei lernen wir von der anderen Fachdisziplin automatisch mit. Gemeinsame Visiten und Behandlungen am gemeinsamen Patienten heißt auch, den anderen Kollegen besser zu verstehen und besser kennenzulernen.

GLEICHZEITIG HAUPT- UND BELEGABTEILUNG AN EINEM KRANKENHAUS

Eine weitere Möglichkeit der intersektoralen Zusammenarbeit wäre das parallele Führen von Haupt- und Belegabteilungen gleicher Fachrichtung in ein und derselben Klinik mit folgenden potenziellen Vorteilen:

1. Gemeinsame Nutzung vorhandener Strukturen, z. B. von Großgeräten und OP-Kapazitäten
2. Bessere Bettenauslastung
3. Gemeinsamer Bereitschaftsdienst
4. Intersektorale Versorgung durch angestellte und selbstständige Ärzte. Somit könnten das Krankenhaus und die Hauptabteilung einen legalen Zugang zum ambulanten Sektor erhalten
5. Gemeinsame Weiterbildung und gemeinsamer „Wissenspool“. Teilnahme der Niedergelassenen an gemeinsamen Fallkonferenzen der Klinik, wie Tumorboard, Röntgenbesprechung, Morgenbesprechung etc. Gemeinsame Organisation und Teilnahme an Fortbildungs- und Weiterbildungsveranstaltungen
6. Vereinfachung des Entlassmanagements
7. „Back-Up“ für Klinik und Praxis. Bei Problemen können sich beide Seiten gegenseitig unterstützen und helfen
8. Stärkung der gemeinsamen Position auf dem Gesundheitsmarkt

9. Lösung für kleine Krankenhäuser in strukturell schwachen Gebieten. Es stünden mehr Fachrichtungen und Fachärzte zur Verfügung

Um das Belegarztwesen auch für die Krankenhäuser interessant zu machen, muss die Differenz zwischen A-DRG und der B-DRG fallen. Sicherlich muss ein Ausgleich für das belegärztliche Honorar, das der Belegarzt von der KV erhält, geschaffen werden.

STRUKTURWANDEL ALS CHANCE BEGREIFEN

Das Belegarztwesen wird zunehmend als Chance gesehen, den demographischen Wandel der Gesellschaft und die strukturellen Probleme der kleinen Krankenhäuser auf dem Land zu lösen. Das SpiFa-Grundsatzpapier, die KBV-Agenda 2020, der Support im Gutachten des ZI und des Sachverständigenrates, die Workshops 9/16 bis 1/17 der KBV, die Sichtungskonferenz der KBV vom 28.06.2017

und der Hauptstadtkongress vom 21.06.2017 sind sichere Zeichen, dass hier ein Umdenken stattfindet. Nicht zu vergessen auch die Pressearbeit des BDC.

Die Umwandlung kleiner Krankenhäuser in Belegkrankenhäuser mit Anbindung von Praxiskliniken und tagesstationären Abteilungen könnte ein Zukunftsmodell für die fachärztliche Behandlung in der Peripherie sein. Die spezialisierte Diagnostik und Behandlung muss dann zentralisiert stattfinden. Zur Finanzierung kann unter anderem der Strukturfonds zur Umwandlung von Krankenhäusern in andere Strukturen genutzt werden.

FAZIT

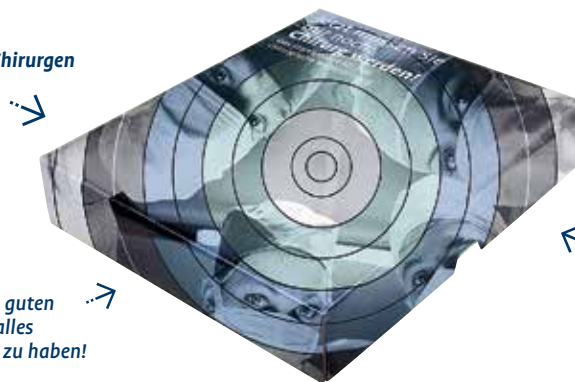
Das Belegarztwesen ist kein Auslaufmodell, sondern kann richtig ausgebaut sogar das Modell der Zukunft sein, insbesondere für den ländlichen Raum. Der BDC unterstützt die Reformbemühungen und bietet seine aktive Mitarbeit in allen Gremien an. ○

Gute Anreize für neue Chirurginnen*!

* Und für Chirurgen natürlich auch.

Das Starterpaket des BDC ist das ›Rundum-Sorglos-Paket‹ für Ihre neuen Mitarbeiter in den ersten zwei Berufsjahren (Basischirurgie). Es bietet alles für die interne und externe Weiterbildung, von Seminaren und Kongressbesuchen über Logbücher und E-Learning bis hin zu wissenschaftlicher Literatur. **Das Berufsstarterpaket des BDC ist der ideale Willkommensgruß für Ihren chirurgischen Nachwuchs!**

Das ›Starterpaket‹
für Chirurginnen und Chirurgen
in Weiterbildung ...



Mit dem guten
Gefühl, alles
bedacht zu haben!

Starten und Sparen:
Das Starterpaket kostet
1.450 € statt 1.850 €
(Summe der Einzelpreise)

Das Starterpaket enthält:
 > Weiterbildungsbuch Basischirurgie
 > Ergänzungslogbuch Facharztsäule
 > Wochenseminar Basischirurgie
 > weiterführenden Praxisworkshop (3 Tage)
 > Teilnahme am Bundeskongress Chirurgie
 > Zwei-Jahreslizenz E-Learning des BDC
 > 2-jährige BDC-Mitgliedschaft
 > Fachbuchgutschein



© iStock/eyetopix

Interview: „Ich denke, die Beobachtungsphase ist vorbei.“

Viele Ärzte warten mit dem Anschluss an die Telematikinfrastruktur (TI) noch ab, da der notwendige Konnektor nach wie vor nur von einem Hersteller angeboten wird. Andere haben den Schritt bereits gemacht und die neue Technik in ihrer Praxis installieren lassen. Einer davon ist BDC-Referatsleiter Dr. Peter Kalbe, niedergelassener Facharzt für Chirurgie sowie Orthopädie und Unfallchirurgie in einer Gemeinschaftspraxis in Niedersachsen. Im Interview berichtet er von seinen Erfahrungen und erklärt, was Kolleginnen und Kollegen beachten sollten.

HERR DR. KALBE, WARUM HABEN SIE SICH DAZU ENTSCLOSSEN, SICH BEREITS FRÜHZEITIG AN DIE TI ANZUSCHLIESSEN?

Dr. Peter Kalbe: Grundsätzlich sind wir bei neuen Technologien immer früh dabei gewesen, um sie zu testen und ihre Vorteile nutzen zu können. Wir haben frühzeitig eine EDV eingeführt und sind seit langem eine papierlose Praxis. Auch den Anschluss an die TI sehe ich vor allem als Einstieg in eine neue Technologie, die uns künftig eine einfachere und sicherere Kommunikation ermöglichen



Anne Faulmann

Online-Redaktion und Newsletter
Berufsverband für Orthopädie und
Unfallchirurgie (BVOU) e. V.
Straße des 17. Juni 106-108
10623 Berlin
anne.faulmann@bvou.net



Dr. med. Peter Kalbe

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

Faulmann A: Interview: „Ich denke, die Beobachtungsphase ist vorbei.“. Passion Chirurgie. 2018 Mai, 8(05): Artikel 03_04.



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

kann, gerade zum Beispiel über den eArztbrief. Dieser wäre für uns vor allem auch für die Kommunikation mit dem Krankenhaus vor Ort, mit dem wir kooperieren, von großem Vorteil. So könnten wir endlich von dem veralteten Kommunikationsmittel Fax-Arztbrief wegkommen.

Außerdem wollte ich nicht in den Pulk von Installationen geraten, der jetzt zu erwarten ist. Denn je weiter das Jahr voranschreitet, desto schwieriger wird es sicher werden, noch Termine für den Anschluss zu bekommen. Ein weiteres Argument ist natürlich auch die finanzielle Förderung. Nach der jetzt gültigen Finanzierungsvereinbarung ist es ja so, dass die Erstattungsbeträge ab dem dritten Quartal 2018 deutlich absinken werden. Zwar plant die KBV, hier nochmals nachzuverhandeln. Aber man kann nicht sicher sein, dass sie damit auch erfolgreich sein wird.

WIE SIND SIE VORGEGANGEN UND WIE LANGE HAT ES BEI IHNEN INSGESAMT GEDAURT – VOM EINHOLEN EINES ANGEBOTS BIS ZUR INSTALLATION IN IHRER PRAXIS?

Kalbe: Es war ein kontinuierlicher Prozess, der sich über das letzte Jahr hingezogen hat, seit wir die ersten Informationen erhalten haben. Aber die definitive Entscheidung ist im Spätsommer letzten Jahres gefallen. Wir haben uns für ein Komplettpaket zu einem Festpreis entschieden, wobei uns vertraglich zugesichert wurde, dass tatsächlich nur die Kosten berechnet werden, die auch von den Kassen refinanziert werden, sofern eine eventuelle Verzögerung in der Verantwortung des Anbieters liegt. Das kann ich jedem nur empfehlen. Zu diesem Zeitpunkt haben wir auch bereits einen festen Installationstermin erhalten, der für den 20. Dezember angelegt wurde. Das heißt, es waren also einige Monate Vorlauf.

Die SMC-B-Karte habe ich dann, sobald es möglich war, bei der Bundesdruckerei beantragt. Das war ungefähr Anfang Dezember und damit schon etwas zeitkritisch. Denn die Karte und die zugehörige PIN mussten pünktlich zum Installationstermin in der Praxis sein. Beides wurde allerdings nicht

zusammen, sondern einzeln nacheinander zugeschickt. Leider kam der PIN-Brief dann auch nicht pünktlich zum 20. Dezember in unserer Praxis an, sodass die Installation an dem Tag nicht komplett abgeschlossen werden konnte. Unser Techniker musste sich danach noch einige Male per Fernwartung zuschalten, um noch die Softwareangleichung und alles Weitere vorzunehmen.

So konnten wir den ersten Stammdatenabgleich leider auch nicht mehr wie geplant im alten Jahr durchführen, sondern erst am 2. Januar 2018. Dadurch hätten wir im Grunde einige hundert Euro an Fördergeldern für den Konnektor verloren. Faktisch waren wir durch unseren Vertrag abgesichert und mussten nur das bezahlen, was uns von den Kassen zum Zeitpunkt des ersten Stammdatenabgleichs erstattet wurde.

WIE LANGE HAT DIE EIGENTLICHE INSTALLATION BEI IHNEN GEDAURT? UND HAT SIE DEN PRAXISBETRIEB BEEINTRÄCHTIGT?

Kalbe: Wir haben eine große Praxis mit einer zusätzlichen Zweitpraxis. Dadurch war es etwas aufwendiger, weil wir in zwei Betriebsteilen installieren mussten. So haben wir insgesamt einen knappen Arbeitstag gebraucht. Aber in einer normalen Praxis ist wohl ein Zeitraum von etwa zwei bis drei Stunden das normale Maß, wie ich auch von anderen Kollegen aus orthopädischen Praxen gehört habe. Außerdem muss man natürlich bedenken, dass wir uns bereits sehr früh für einen Anschluss entschieden haben und damit auch noch einige technische Schwierigkeiten hatten. So ist das bei einem solchen neuen System nun einmal. Deshalb kann man unsere Praxis hier auch nicht unbedingt als Benchmark heranziehen. Die Kollegen, die jetzt installieren, berichten mir, dass bei ihnen alles problemlos läuft.

Der Praxisbetrieb wurde durch die Installation eigentlich nicht beeinträchtigt. Da die EDV nicht komplett heruntergefahren werden muss, kann alles nebenher installiert werden. Das ist also problemlos während des laufenden Betriebes möglich.



SIND SIE MIT DER NEUEN TECHNIK GUT ZURECHTGEKOMMEN? GAB ES DINGE, DIE FÜR SIE NEU WAREN ODER VIELLEICHT ZUNÄCHST NICHT GANZ KLAR?

Kalbe: Sowohl bei den neuen E-Health-Kartenterminals als auch bei der SMC-B-Karte war uns zunächst nicht ganz klar, wie viele wir brauchen würden, da wir mehrere Ärzte sind und zwei Betriebsteile haben. Gerade bei den SMC-B-Karten gab es am Anfang sehr unterschiedliche Angaben. Wir hatten aufgrund einer falschen Information für jeden Betriebsteil dann eine solche Karte bestellt. Das brauchten wir aber eigentlich gar nicht, denn die Regel ist: pro Betriebsstätten-Nummer (BSNR) eine SMC-B-Karte.

Es kann natürlich sein, dass man bei verschiedenen Betriebsteilen, die jeweils ein eigenes Netz haben, dann auch zwei Konnektoren braucht. Aber bei uns laufen beide Betriebsteile über einen Server. Dementsprechend haben wir auch nur einen Konnektor und brauchen dafür auch nur eine SMC-B-Karte. Diese wird dann in ein E-Health-Kartenterminal eingesetzt und der Zugang zum

TI-Netzwerk damit freigeschaltet. Es können dann mehrere Kartenlesegeräte darüber mit eingebunden werden.

Wir haben zunächst nur ein Kartenlesegerät pro Betriebsteil bestellt, um zu testen, ob das ausreichend ist, und im Moment kommen wir damit sehr gut hin. Denn das Gerät kann auch von mehreren Plätzen aus angesteuert werden, weil es anders als früher nicht mehr direkt an einen Computer angeschlossen, sondern zentral in das gesamte Netzwerk eingebunden ist. Auch das war uns am Anfang einfach noch nicht klar. Deshalb war es in gewisser Hinsicht auch ein bisschen Learning by doing.

LIEF DIE TECHNIK BEI IHNEN BISHER REIBUNGSLOS? ODER GAB ES AM ANFANG IM PRAXISBETRIEB TECHNISCHE SCHWIERIGKEITEN?

Kalbe: Ja, die gab es. Anfangs mussten wir das System teils neu hochfahren, weil noch nicht alles zuverlässig funktioniert hat. Aber das kommt bei einer solchen neuen Technik, die im großen Rahmen ausgerollt wird, auch

nicht ganz unerwartet. Wir haben hier aber immer schnell Hilfe erhalten, da wir einen direkten Ansprechpartner haben und die Probleme schnell beseitigt werden konnten. Mittlerweile läuft das System stabil.

ES KURSIERT DERZEIT DIE INFORMATION, DASS DER VERFÜGBARE KONNEKTOR TECHNISCH BEREITS WIEDER VERALTET SEI UND HIER DEMNÄCHST EIN UPDATE NOTWENDIG WÜRD. IST IHNEN DAS BEKANNT UND HAT SIE IHR ANBIETER DAZU BEREITS INFORMIERT?

Dieses Gerücht – und mehr ist es ja auch nicht – habe ich auch vernommen. Der Hersteller sowie auch die gematik, als zulassende Institution für alle TI-Komponenten, haben das mittlerweile als haltlos bezeichnet. Die diskutierte Größe des Hauptspeichers (RAM) des Konnektors sei kein behindernder Faktor für die zukünftigen Anwendungen. Dies kann ich als Anwender natürlich nicht beurteilen. Sollte es später durch einen zu kleinen Hauptspeicher des Konnektors tatsächlich zu Problemen kommen, setze ich auf die Kulanz des Anbieters bei einem eventuell notwendigen Austausch.

WIE HAT SICH DIE TÄGLICHE ARBEIT IN IHRER PRAXIS SEIT DEM ANSCHLUSS VERÄNDERT? NIMMT DER STAMMDATENABGLEICH MEHR ZEIT IN ANSPRUCH?

Kalbe: Nein, bei den modernen Karten ist der Abgleich in einigen Sekunden erledigt. Für gewöhnlich wechselt man ja ohnehin ein paar Worte mit dem Patienten. In dieser Zeit können problemlos die Stammdaten abgeglichen werden. Das bedeutet, wie ich ganz klar sagen muss, überhaupt keine Beeinträchtigung des Praxisbetriebes.

Kleinere Probleme gab es allerdings dadurch, dass relativ viele Patienten noch die alten Gesundheitskarten der ersten Generation bei sich haben und man ihnen zunächst erklären muss, dass diese nicht mehr gültig sind und sie eine neue Karte beantragen müssen. Aber die KV Niedersachsen hat für diesen Fall ein hilfreiches Informationsblatt entworfen, das man dem Patienten aushändigen kann.

WAS SOLLTEN ÄRZTE BEACHTEN, DIE DEN TI-ANSCHLUSS NOCH VOR SICH HABEN?

Kalbe: Ich würde auf jeden Fall raten, jetzt aktiv zu werden und sich ernsthaft mit dem Thema zu beschäftigen. Ich denke, die Beobachtungsphase ist vorbei. Wir hören auch, dass viele andere Kollegen den Anschluss

jetzt beantragt und sich Termine gesichert haben.

Wenn man ein gutes Angebot von einem Hersteller erhält, spricht meines Erachtens nichts dagegen, dieses auch wahrzunehmen. Wichtig dabei ist, dass einem vertraglich zugesichert wird, dass man nur das bezahlen muss, was auch refinanziert wird. Am besten sollte man, wenn möglich, eine Pauschale vereinbaren. Denn es ist völlig unwägbar, welche technischen Schwierigkeiten in der eigenen Praxis-Konstellation vielleicht auftreten können. Außerdem ist es aus strategischen Gründen sinnvoll, alles über einen Anbieter laufen zu lassen. Dann hat man auch einen eindeutigen Ansprechpartner, wenn Probleme oder Fragen auftreten sollten. Wenn man zum Beispiel gute Erfahrungen mit dem eigenen Systemhaus und dessen Partnern hat – mit denen man ja meistens auch schon längere Zeit zusammenarbeitet, dann kann man sich durchaus auch dafür an sie wenden, wenn es entsprechende Angebote gibt.

Das ist natürlich leicht gesagt, aber auch nicht immer einfach. Denn nach meinen Informationen bieten noch nicht einmal alle Anbieter von Praxisverwaltungssystemen das entsprechende Software-Update für die TI an. Außerdem gibt es auch nach wie vor nur einen zertifizierten Konnektor, obwohl mehrere weitere angekündigt sind.

AUFGRUND DIESER TECHNISCHEN SCHWIERIGKEITEN STEHT DIE TI NACH WIE VOR OFT IN DER KRITIK. VIELE ÄRZTE BLEIBEN ZÖGERLICH. DENKEN SIE, DASS SICH BIS ZUM ENDE DES JAHRES ALLE ARZTPRAXEN AN DIE TI ANSCHLIESSEN KÖNNEN UND WERDEN?

Kalbe: Ich halte es aus organisatorischer Sicht für eher unrealistisch, dass sich bis zum Ende des Jahres alle anschließen können. Gleichzeitig halte ich es für nicht tragbar, wenn die Ärzte, nur weil sie vielleicht nicht mehr rechtzeitig einen Termin für den Anschluss bekommen haben, dann auf den Kosten sitzen bleiben oder sogar mit Honorar einbußen zu rechnen haben, weil sie ab dem 1. Januar 2019 noch keinen Stammdatenabgleich durchführen können.

Die Ärzteschaft setzt sich auf vielen Ebenen für eine weitere Fristverlängerung ein und dafür, dass auch die Erstattungsbeträge erneut nachverhandelt werden, damit die Kolleginnen und Kollegen nicht auf den Kosten sitzen bleiben. Aber gerade deshalb sollten nun auch die Ärzte selbst aktiv werden und zeigen, dass sie sich dieser neuen Technik nicht verschließen. Nur so kann man auch sinnvoll gegenüber der Politik argumentieren.

Das Interview führte Anne Faulmann und es wurde am 13.03.2018 veröffentlicht. 



20 Jahre Bundeskongress Chirurgie – 20 Jahre „Gemeinsam stark“



**Julia Weilbach**

Presse- & Öffentlichkeitsarbeit
im BDC
Luisenstraße 58/59
10117 Berlin
weilbach@bdc.de

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“, forderte BDC-Präsident Prof. Dr. med. Dr. h.c. Hans-Joachim Meyer bei der Eröffnung in Nürnberg. „Chirurginnen und Chirurgen in Deutschland brauchen genau wie alle anderen Fachärzte vernünftige Rahmenbedingungen, vor allem bei der Honorierung, um die Sektorengrenzen zu überwinden und die Qualität der Versorgung weiter zu verbessern.“



Laut aktuellem Koalitionsvertrag wird eine Bund-Länder-Arbeitsgruppe für die Weiterentwicklung zur sektorenübergreifenden Versorgung des stationären und ambulanten Gesundheitssystems eingerichtet. „Es muss endlich allen Beteiligten klar werden, dass wir Chirurgie auf hohem Niveau nur durch starke intersektorale Zusammenarbeit gewährleisten können“, erklärt Dr. med. Peter Kalbe, Referatsleiter der niedergelassenen Chirurgen des BDC. Flächendeckende Modelle sektorenübergreifender Versorgung seien dringend notwendig, um den aktuellen Herausforderungen des Gesundheitswesens zu begegnen und Patienten ohne Informationsverluste zu behandeln. „Durch Barrieren in der Zusammenarbeit zwischen Krankenhäusern und

niedergelassenen Chirurgen können immer noch vermeidbare Fehler passieren. Es ist Aufgabe der Politik, diese Barrieren zu reduzieren“, so Kalbe.

UMFANGREICHES FORTBILDUNGSANGEBOT

Der Bundeskongress bot natürlich nicht nur Raum, um sich über aktuelle Geschehnisse auf dem gesundheitspolitischen Parkett auszutauschen und zu informieren, sondern es wurde wie jedes Jahre ein breites Fortbildungsangebot zusammengestellt.

Die unfallchirurgisch-orthopädischen Schwerpunkte wurden in diesem Jahr auf Verletzungen des Beckens sowie der Wirbelsäule gelegt. Unter dem Motto „Ran an den Rücken“ wurden wir auch konventionelle Behandlungsmöglichkeiten des akuten und chronischen Rückenschmerzes diskutieren. In der Sitzung Arzt und Recht informierte BDC-Justitiar Dr. Heberer über medizinrechtlichen Neuerungen und natürlich über Antikorruptionsrecht. Das Thema Hernien und einige Bereiche der Kinderchirurgie waren ebenfalls große Themen beim Bundeskongress.

JOURNALISTENPREIS 2018 FÜR DAS BESONDERE PORTRAIT EINES HERZCHIRURGEN

Der BDC hat auch in diesem Jahr im Rahmen des Bundeskongress Chirurgie den Journalistenpreis der Deutschen Chirurgen vergeben. Unter mehr als 35 Bewerbern wurde der eindrucksvolle Beitrag aus dem ZEITmagazin MANN mit dem Journalistenpreis der Deutschen Chirurgen gewürdigt. Der Preis ist mit 1.500 Euro dotiert. „Ein Glück“ heißt der

Weilbach J. 20 Jahre Bundeskongress Chirurgie –
20 Jahre „Gemeinsam stark“. Passion Chirurgie.
2018 Mai, 8(05): Artikel 04_01.



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

Mit dem Journalistenpreis der Deutschen Chirurgen zeichnet der BDC jährlich journalistische Arbeiten aus, in denen chirurgische Themen aus Ärzte- und/oder Patientensicht differenziert und faktenbasierend dargestellt werden. Der BDC fördert mit dem Preis die anspruchsvolle Aufbereitung chirurgischer und gesundheitspolitischer Themen.



Artikel von Nataly Bleuel, der einen bekannten Herzchirurgen portraitiert. Am 14. März 2017 ist der Beitrag „Ein Glück“ im ZEITmagazin MANN erschienen. Nataly Bleuel erzählt die sehr persönliche Geschichte des Chirurgen Ingo Kazmarek, der beschließt, von vorn anzufangen. „Ein Neuanfang, der nicht nur die Geschichte eines erfolgreichen Herzchirurgen und von der Faszination des Berufes erzählt, sondern auch von den Schattenseiten“, so Meyer. „Denn diese Geschichten decken auch unsere Systemfehler auf, denen wir als Berufsverband für Chirurginnen und Chirurgen weiter entgegentreten werden“.

In der Rubrik Panorama können Sie im Artikel „Die Geschichte hinter der Geschichte“ von Nataly Bleuel nachlesen, was sie zu diesem Portrait bewegt hat, aber auch welche Hürden sie dabei überwinden musste.

BAYERISCHER RUNDFUNK BEIM BUNDESKONGRESS

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 **HIER** in der Mediathek. 



SAVE THE DATE

Der nächste Bundeskongress Chirurgie wird vom 22. Bis 23. Februar 2019 stattfinden. Alle Informationen zum Programm und zur Anmeldung finden Sie rechtzeitig hier: www.bundeskongress-chirurgie.de. Wir freuen uns auf Ihren Besuch!



© iStock/AndreyPopov

„Nehmen wir jetzt jeden?“ – Eine Umfrage in deutschen chirurgischen Kliniken

AKTUELLE ANFORDERUNGEN AN BEWERBER IN DER CHIRURGIE

Für junge Ärzte fällt die aktuelle Stellensituation in Deutschland vor allem in den operativen Fächern sehr günstig aus. Vor allem in weniger beliebten Regionen hat sich in der Chirurgie ein echter Bewerbermangel eingestellt. In manchen Kliniken bleiben vakante Stellen sogar über Monate unbesetzt. Zwangsläufig sinken in dieser Notsituation die Eintrittskriterien bzgl. der Einstellung junger Kolleginnen und Kollegen. Um den

Klinikbetrieb trotzdem aufrecht zu halten, müssen Klinik- und Personalleiter zunehmend anspruchsvolle Kompromisse eingehen. So entsteht in kollegialen Gesprächen und Diskussionen immer häufiger der Eindruck, dass aufgrund der großen Anzahl freier Positionen an manchen Krankenhäusern die einzige Voraussetzung für eine Einstellung in einem operativen Fach die deutsche Approbation ist. Diese Entwicklung ist umso bedeutsamer, da keine Qualitätskriterien für die aktuellen Anforderungen an Bewerber in chirurgischen Abteilungen existieren,



Korrespondierender Autor:
Prof. Dr. med. Daniel Vallböhmer
 Vertreter der Oberärztinnen und -
 ärzte im BDC
 Chefarzt
 Klinik für Allgemein- und
 Viszeralchirurgie
 Evangelisches Klinikum Niederrhein
 gGmbH
 Fahrner Str. 133
 47169 Duisburg
 daniel.vallboehmer@evkln.de

PD Dr. med. Hans Fuchs
 Klinikum der Universität zu Köln
 Allg., Viszeral- u. Tumorchirurgie
 Kerpener Str. 62
 50937 Köln
 Hans.Fuchs@uk-koeln.de

Dr. rer. pol. Ronny Dittmar
 Geschäftsführer
 Berufsverband der Deutschen
 Chirurgen e.V. (BDC)
 Luisenstraße 58/59
 10117 Berlin
 Ronny.Dittmar@bdc.de

Prof. PD Dr. med. Carsten J. Krones
 Vertreter des Konvents Leitenden
 Krankenhauschirurgen im BDC
 Chefarzt
 Klinik für Allgemein- und
 Viszeralchirurgie
 Marienhospital Aachen
 Zeise 4, 52066 Aachen
 carsten.krones@marienhospital.de

Vallböhmer D, Fuchs H, Dittmar R, Krones
 CJ: „Nehmen wir jetzt jeden?“ – Eine Umfrage
 in deutschen chirurgischen Kliniken. *Passion
 Chirurgie*. 2018 Mai, 8(05): Artikel 04_02.

an denen sich Klinik- und Personalleitungen orientieren könnten. Die Anforderungen im Klinikalltag sinken dagegen nicht, sondern werden durch die fortschreitende technische Entwicklung, die Ansprüche der Patienten, den IT-Schub und auch die stetig umfangreichere Dokumentationsarbeit im Deutschen Gesundheitssystem immer anspruchsvoller. Diese Missverhältnisse können mittel- bis langfristig zu einem relevanten Qualitätsverlust führen.

In einem ersten Schritt präsentiert diese Umfrage deshalb zunächst ein Stimmungsbild in deutschen Kliniken. Darüber hinaus soll die Studie die nach Meinung der Autoren dringend notwendige Diskussion über Anforderungsprofile in chirurgischen Fächern anstoßen. Wir müssen aber schon jetzt betonen, dass im Folgenden Meinungen präsentiert werden, die nicht notwendigerweise der Überzeugung der Autoren entsprechen.

Von Juli bis Oktober 2017 haben wir eine online-Umfrage zu dieser Thematik durchgeführt. Es wurden per E-Mail 5.822 BDC-Mitglieder mit den Dienststellungen „Chefarzt“ und „Oberarzt“ angeschrieben. Insgesamt nahmen 715 (12,3 %) der Befragten an der

Umfrage teil, wobei es sich in 61,4 % um (leitende) Oberärztinnen/Oberärzte und in 38,6 % um Chefärztinnen/Chefärzte handelte. Der Großteil der Kolleginnen und Kollegen stammte aus Krankenhäusern der Grund- und Regel- (44 %) bzw. der Schwerpunktversorgung (32,4 %). 22,6 % der Antworten stammten aus Universitätskliniken und Krankenhäusern der Maximalversorgung. Schließlich waren die Fachgebiete der Allgemein- und Viszeralchirurgie (41,7 %) und der Unfallchirurgie und Orthopädie (30,3 %) am häufigsten vertreten.

ERGEBNISSE

1. AKTUELLE BEWERBERSITUATION IN CHIRURGISCHEN KLINIKEN

In der aktuellen Bewerbersituation in den chirurgischen Fächern erkennen bereits 80 % der Befragten einen generellen Mangel an Kandidaten, während 20 % hier noch kein Defizit festmachen (**Abb. 1**).

Noch drastischer fällt das Ergebnis aus, wenn man Qualität nachfragt. Mit 94 % empfinden fast alle der Kolleginnen und Kollegen einen Mangel an qualifizierten Bewerbern für chirurgische Stellen (**Abb. 2**).

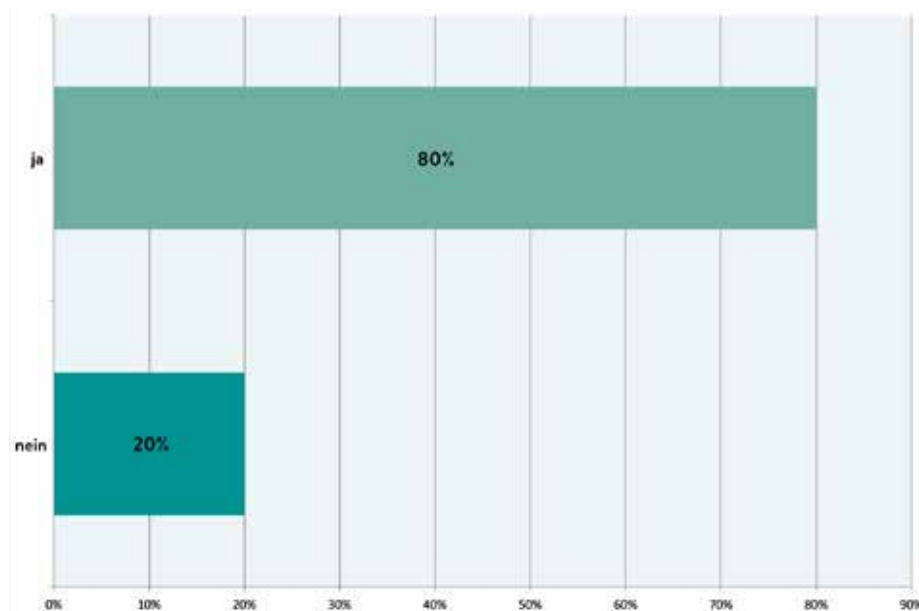


Abb. 1: Sind Sie der Meinung, dass es generell einen Bewerbermangel in der Chirurgie gibt?



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

Dieser Bewerbermangel führt nach Meinung von fast 90 % der Teilnehmer/-innen schon grundsätzlich zu einer Absenkung der Einstellungsbedingungen (**Abb. 3**). Tatsächlich freuen sich 47 % der Befragten „...überhaupt Bewerbungen zu bekommen...“. Und fast ein Drittel erklärt, bei fehlenden, harten Ausschlusskriterien in der Regel jeden Bewerber einzustellen, der sich meldet. Mehr als die Hälfte (55 %) der Kolleginnen und Kollegen führen auf, dass die Mehrzahl ihrer aktuellen Bewerber keinen deutschen Hochschulabschluss besitzt. Fast 80 % der Bewerber sind nicht promoviert. Knapp bei der Hälfte der Bewerbungen sind die eingereichten Unterlagen inkomplett oder fehlerhaft (**Abb. 4**). Schließlich führt nach Meinung von knapp 88 % der Umfrageteilnehmer die beschriebene Bewerbersituation zu einer negativen Beeinflussung der Versorgungsqualität in chirurgischen Kliniken (**Abb. 5**).

In der Subgruppen-Analyse nach Versorgungsstufen zeigen die Krankenhäuser ein eher homogenes Bild. Krankenhäuser der Grund- und Regelversorgung geben allerdings häufiger an, unter „weniger qualifizierten Bewerber“ auswählen zu müssen, und diese trotzdem einzustellen als vergleichsweise Universitätskliniken. Die übrigen Themen zeigen eine sehr ähnliche Einschätzung der Situation. Auf eine gesonderte graphische Darstellung wird deshalb verzichtet.

2. ANFORDERUNGSPROFIL FÜR GEEIGNETE

BEWERBUNGSKANDIDATINNEN BZW. -KANDIDATEN

Die Kriterien bei der Bewerberauswahl zeigen bei den Umfrageteilnehmern durchaus ein erkennbares Profil, auch wenn 63 % dieses Profil klinikintern nicht fest definiert haben. Eine vorangegangene Hospitation, Famulatur oder PJ-Zeit in der eigenen Klinik, vollständige Bewerbungsunterlagen und die erkennbare Motivation für das Fach Chirurgie stellen beim Vorstellungsgespräch neben dem Gesamteindruck die entscheidenden Faktoren für einen erfolgreichen Verlauf der Bewerbung. Ein in der Regelzeit absolviertes Studium oder eine abgeschlossene Promotion treten dagegen als zweitrangig zurück (**Abb. 6**). Außerdem wird dem äußeren Erscheinungsbild, einer gründlichen Vorbereitung auf das Vorstellungsgespräch als auch

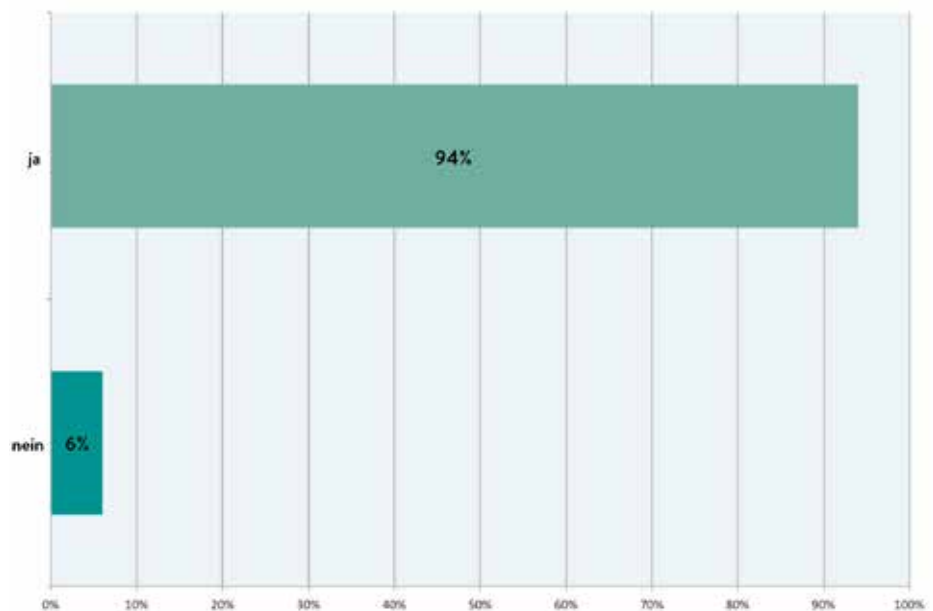


Abb. 2: Sind Sie der Meinung, dass es einen Mangel an qualifizierten Bewerbern in der Chirurgie gibt?

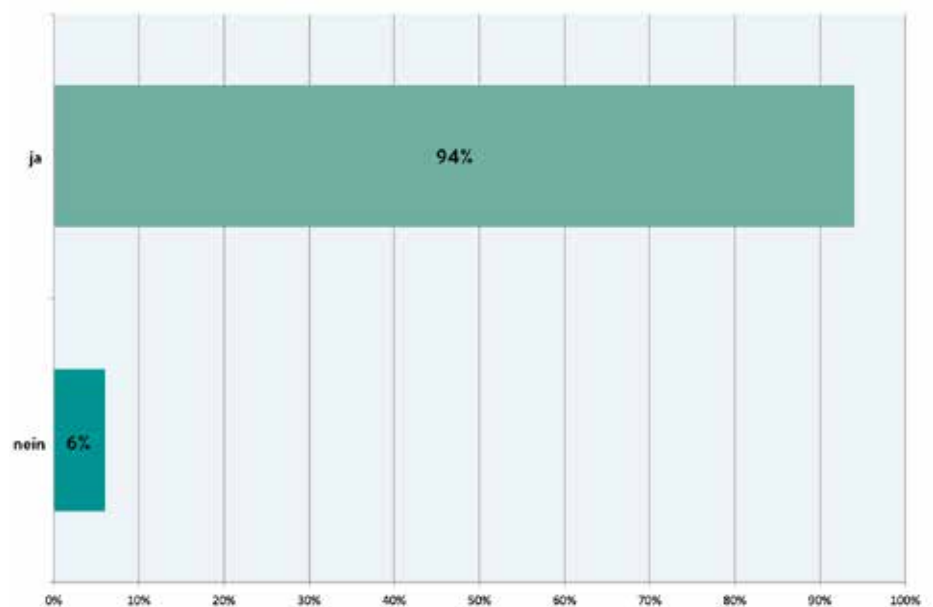


Abb. 3: Sind Sie der Meinung, dass der Bewerbermangel zur Absenkung der Einstellungshürden beiträgt?

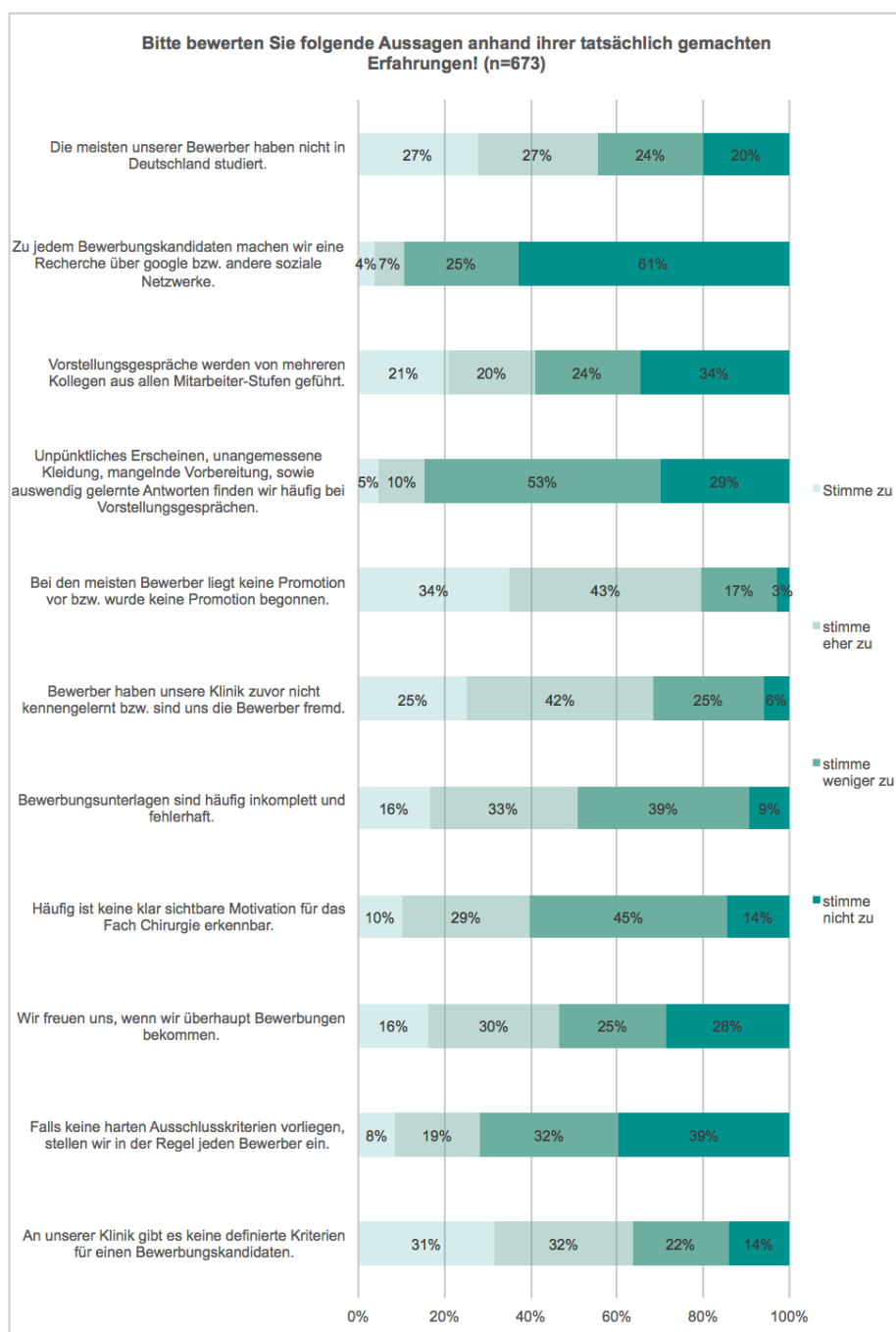


Abb. 4: Bitte bewerten Sie folgende Aussagen anhand ihrer tatsächlich gemachten Erfahrungen (n=673)

Schrift- und Sprachkenntnisse noch eine große Bedeutung beigemessen.

Auch bezüglich der Zusammenstellung der Bewerbungsunterlagen zeigen sich in der Umfrage klare Vorstellungen. Dabei werden neben dem Gesamteindruck, vor allem dem persönlichen Anschreiben, dem Sprachstil nebst Grammatik sowie einem strukturierten

Lebenslauf größte Bedeutung beigemessen (**Abb. 7**). Inhaltlich stehen immer noch Zeugnisse oder Empfehlungsschreiben im Vordergrund. Auf das Foto achtet immer noch die knappe Hälfte. Schließlich favorisieren auch in Zeiten der digitalen Medien fast 65 % der Befragten die traditionelle Zusendung der Bewerbungsunterlagen auf dem normalen Postweg.

3. WIE SOLL MAN AUF DEN AKTUELLEN MANGEL AN BEWERBERINNEN/BEWERBERN REAGIEREN?

Anstatt den Bewerbermangel „einfach nur zu akzeptieren“ sehen die Umfrageteilnehmer vor allem die Krankenhäuser selbst, aber auch Fachgesellschaften und Berufsverbände in der Pflicht, die Attraktivität für das Fachgebiet Chirurgie wieder zu steigern. Dabei sollten vor allem die Arbeitsbedingungen, die Arbeitszeitmodelle sowie die Weiterbildungsordnungen verbessert werden. Eine Erwidung des Bewerbermangels durch die vermehrte Einstellung von chirurgisch technischen Assistentinnen/Assistenten wird dagegen mehrheitlich abgelehnt (**Abb. 8**).

4. KOMMENTARE DER UMFRAGETEILNEHMERINNEN UND -TEILNEHMER

In der Umfrage ergänzten 20 % der Kolleginnen und Kollegen im Freitext zum Teil sehr ausführliche Kommentare. Diese Zahl stellt nicht nur nach Einschätzung der Autoren für eine Studie dieser Art eine sehr hohe Rate dar. Die Befragten präsentieren Mitteilungs- und Redebedarf, was die Dringlichkeit der Thematik sicher unterstreicht. Zwar kann dieser Text nicht jede der 139 Wortmeldungen aufführen, doch werden die häufigsten Themen beispielhaft vorgestellt. Die Autoren und der Berufsverband der Deutschen Chirurgen BDC weisen dabei nochmals hin, dass der Inhalt der Kommentare die jeweilige individuelle Ansicht der Befragten wiedergibt, die mit der Meinung der Autoren und des Berufsverbands nicht immer übereinstimmt. Das Autorenteam hat sich dabei in Einzelfällen eine Kürzung vorbehalten.

KOMMENTARE

„Wertschätzender Umgang mit allen Kollegen und flachere Hierarchien würden der Chirurgie gut tun. Oft werden Studenten durch selbstherrliches und hierarchisches Verhalten der Chef- und Oberärzte abgeschreckt, welche selbst noch unter anderen Bedingungen ausgebildet wurden. Oft fehlt positive Verstärkung. Die Meinung: „wenn nicht gemeckert wird, ist das Lob genug“ herrscht vor.“

KOMMENTARE

„Der Zugang zum Studium sollte anders geregelt werden, um Personen für den Arztberuf zu gewinnen, die die Verhältnisse im Krankenhaus kennen und ein Interesse daran haben wirklich in der Patientenversorgung zu arbeiten. Einer-Abiturientinnen werden den Chirurgenmangel nicht beseitigen. Praktische Tätigkeit vor Studienbeginn sollten so bewertet werden, dass diese Bewerber eine reelle Chance auf einen Studienplatz bekommen.“

„Der OP-Katalog fehlt in den Bewerbungsmappen regelhaft. Der nachfolgenden Generation fehlt die Leidenschaft für eine 24-Stunden-/7-Tage-Versorgung von Patienten und somit wird die Ausbildung künstlich in die Länge gezogen, was die Attraktivität weiter einschränkt. Es scheint der Generationenvertrag von welchem wir noch profitiert haben, sei aufgekündigt, es wird nur noch das Nehmen akzeptiert und die Bereitschaft dafür zu geben ist zugunsten der persönlichen Freizeitgestaltung und außerberuflichen Selbstverwirklichung eingestellt. Vom Charakter eines Faches Chirurgie steht dieses im Besonderen konträr zu der Einstellung von Generation Y. Unser Nachwuchs ist ein riesiges Problem!“

„Es ist keine sexistische sondern eine statistische Feststellung, dass sich Frauen im Mittel weniger für chirurgische Fächer interessieren (meine Frau hätte sich wahrscheinlich auch trotz doppeltem Gehalt und halber Arbeitszeit eher für Pädiatrie entschieden als für die Chirurgie). Das hat, angesichts eines Studentinnen-Anteils von über 70 % erhebliche Auswirkungen für die chirurgische Stellenbesetzung. In unserer Not versuchen wir nun unsere Stellen mit ausländischen Absolventen aufzufüllen, die i.d.R. bei weitem nicht den fachlichen Anforderungen entsprechen, die wir (zu Recht) unseren Studienabsolventen aus

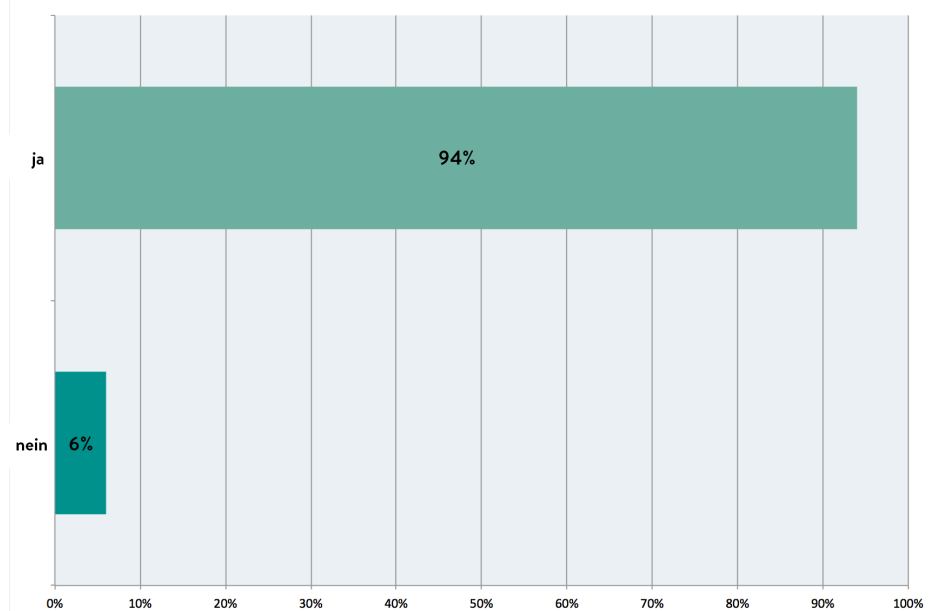


Abb. 5: Sind Sie der Meinung, dass der Bewerbermangel die Versorgungsqualität negativ beeinflusst?

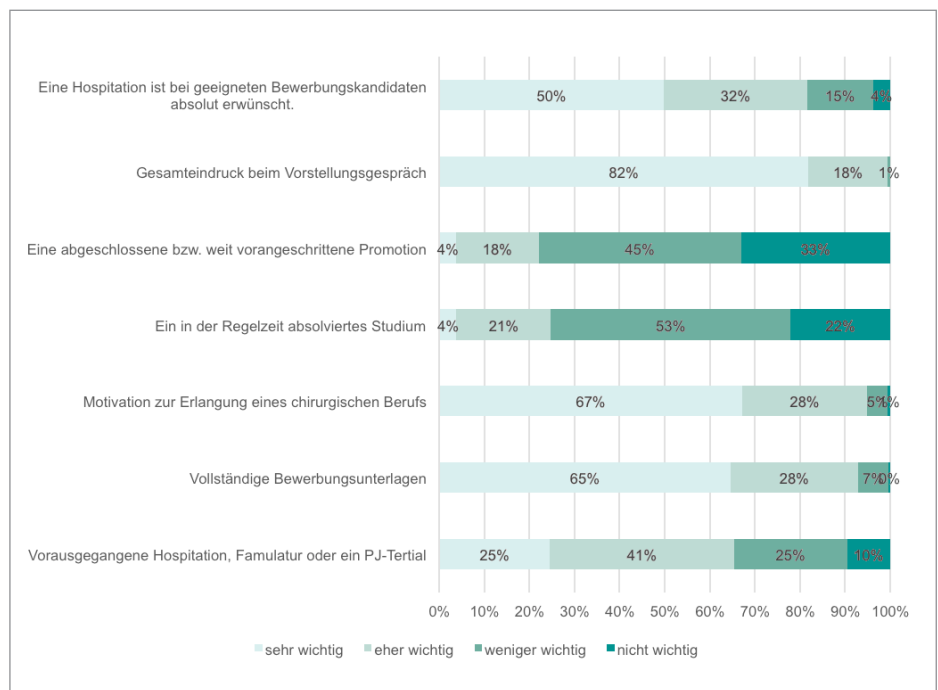


Abb. 6: Wie wichtig sind Ihnen generell folgende Kriterien bei der Bewerberauswahl? (n=705)

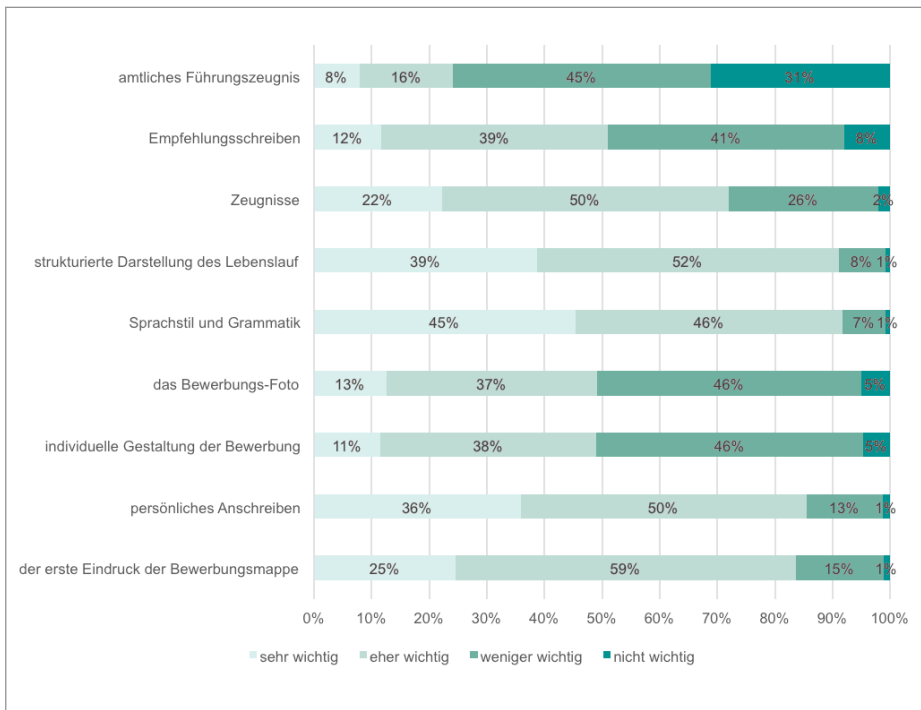


Abb. 7: Wie wichtig sind Ihnen folgende Bestandteile der Bewerbungsunterlagen? (n=664)

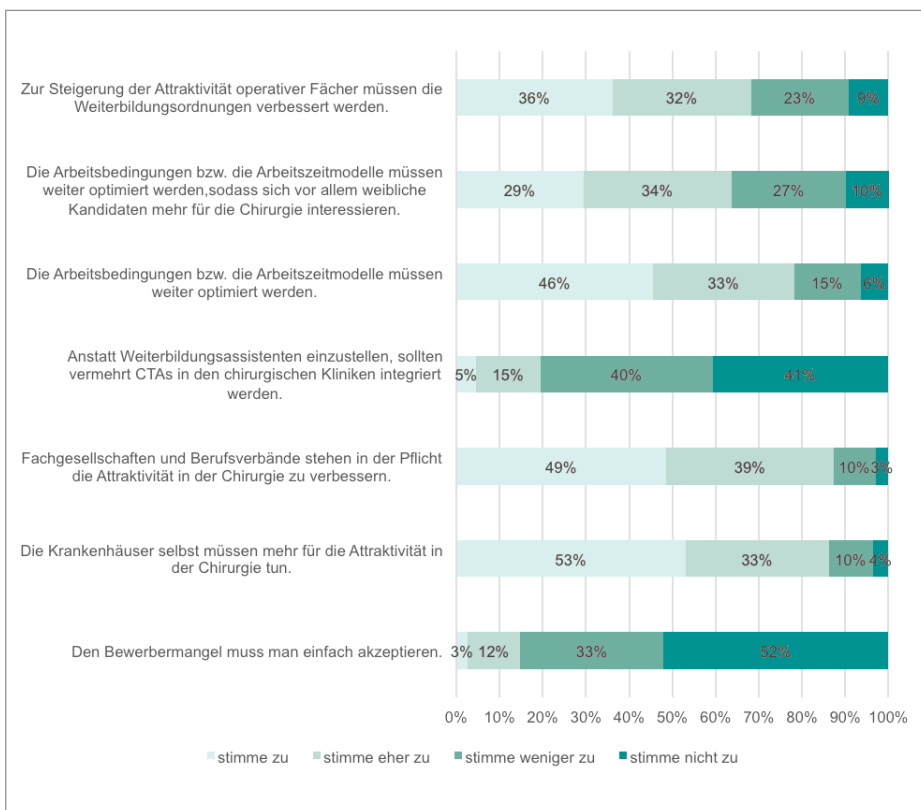


Abb. 8: Wie soll man auf Bewerbermangel reagieren? (n=668)

KOMMENTARE

Deutschland abverlangen. Dazu entziehen wir den Herkunftsländern ihren medizinischen Nachwuchs, in den die Gesellschaften erheblich investiert haben. Zudem kommt ein Sprachproblem, welches nicht nur die Arzt/Patienten Interaktion, sondern auch die professionelle Kommunikation beeinträchtigt. Dies kann langfristig nur in einer Absenkung der Qualität der chirurgischen Versorgung resultieren. Kurz: Überall wird von Quote gesprochen, die doch so hervorragend zur Korrektur von Fehlverteilungen geeignet sei. Wie wäre es mit einer Männerquote für Medizinstudenten? Die Abi-Note als alleiniges Kriterium ist angesichts der multiplen Einflussfaktoren sowieso (völlig) ungeeignet.“

„Operative Chirurgie ist eine echte persönliche, individuelle Herausforderung und bedarf einer überproportionalen Bezahlung. Anders geht's nicht! Oder alle werden Anästhesisten... Es reicht schon die Generation Y, bin mäßig gespannt auf die Generation Z, aber dann geht es wieder bei A los.“

„Jüngst im Ärzteblatt: Stellenanzeige. Anforderungen an Bewerber: 1) Deutsche Approbation 2) Verhandlungssichere Deutschkenntnisse. Das ist leider Realität!“

DISKUSSION

Die hier präsentierte Umfrage gibt bezüglich der aktuellen Bewerbersituation in chirurgischen Kliniken in Deutschland ein erstes und nur vorläufiges aber doch sehr klares Meinungsbild wieder. Die Ergebnisse sind alarmierend. Die große Mehrheit der Befragten erkennt einen numerischen Bewerbermangel, und fast alle teilnehmenden Kolleginnen und Kollegen beklagen ein Defizit an Qualität. Ganz konsequent befürchten auch fast alle der Teilnehmer negative Folgen für die Versorgungsqualität in der deutschen Chirurgie.

Was sind die Gründe für eine solch schlechte Bewerbersituation in chirurgischen Kliniken?

Die Vielzahl an persönlichen Kommentaren bieten mögliche Erklärungsansätze. So betrachten viele Kolleginnen und Kollegen die aktuellen Zulassungskriterien zum Medizinstudium als einen wesentlichen Grund für den Bewerbermangel in chirurgischen Kliniken. Dabei wird oft zum Ausdruck gebracht, dass gerade „Einser-Abiturientinnen/Abiturienten“ den Nachwuchsmangel in der Chirurgie nicht positiv beeinflussen werden. Vereinzelt wird die „Männerquote“ gefordert.

Ein anderer Ansatz bemängelt die immer noch viel zu straffen und starren Hierarchien sowie daraus resultierende raue Umgangsformen in deutschen chirurgischen Kliniken. So würde gerade die jüngere Generation durch solche Verhältnisse abgeschreckt, und deshalb der Chirurgie fernbleiben. Durch flachere Hierarchien und zeitgemäße Arbeitsmodelle bzw. Umgangsformen erwartet man die aktuelle Bewerbersituation effektiv beeinflussen zu können.

Eine besonders hohe Zahl der Kommentare verweist auf die Problematik fehlender deutscher Hochschulabschlüsse, die sich zudem häufig mit nachhaltigen Problemen in deutscher Schrift und Sprache kombinierten. Ausländische Kollegen seien so nicht ausreichend ausgebildet, vorbereitet und einsatzfähig für den deutschen Arbeitsmarkt. Stattdessen entziehe das System so zusätzlich den Herkunftsländern ihren ärztlichen Nachwuchs, was

zusammenfassend nicht nur unserer Bedürfnisse nicht stillt und mittelfristig auch dort zu einer medizinischen Mangelversorgung. Damit Kollegen mit Migrationshintergrund in chirurgische Kliniken integriert werden könnten, müsse die Vorbereitung und laufende Unterstützung erheblich intensiviert werden.

Einen Widerspruch ergibt die Umfrage in Bezug auf das Anforderungsprofil für geeignete Bewerbungskandidatinnen und -kandidaten. Einerseits erklärt die deutliche Mehrheit, ein solches Profil nicht definiert zu haben. Andererseits präsentiert die Studie klar abrufbare Kriterien, die eine solche Definition möglich machen würde. Während eine vorangegangene Tätigkeit in der Klinik, sorgfältig zusammengestellte Unterlagen, die Eigenmotivation und der Eindruck im Gespräch die entscheidenden Erfolgsfaktoren sind, stehen ein Regelzeitstudium oder eine Promotion deutlich zurück. Das Geschlecht spielt entgegen der schwelenden Diskussion über die sogenannte „Feminisierung der Medizin“ in diesem Frageabschnitt keine relevante Rolle. Damit sind die Erwartungen an Bewerberinnen und Bewerber für die Chirurgie doch sehr einheitlich, doch mangelt es an einem definierten Konsens.

Wie soll man auf den aktuellen Mangel an Bewerberinnen/Bewerbern reagieren?

Die Vorstellungen der Befragten sind auch hier sehr übereinstimmend: Krankenhäuser, Klinikträger, Fachgesellschaften

und Berufsverbände werden in die Pflicht genommen, die Attraktivität für das Fachgebiet Chirurgie wieder zu steigern und den Bewerbermangel bzw. den Mangel an qualifizierten Bewerbern strukturiert entgegen zu treten. Dabei sollten Arbeitsbedingungen bzw. Arbeitszeitmodelle sowie Weiterbildungsordnungen verbessert werden. Dagegen spricht sich die Mehrheit in dieser Umfrage dafür aus, den Bewerbermangel durch die vermehrte Ausbildung und Einstellung von Ersatzberufen wie den chirurgisch technischen Assistentinnen und Assistenten zu erwidern. Man bevorzugt den approbierten Arzt.

FAZIT

Der Bewerbermarkt in der Chirurgie wird von deutschen Klinikleitern als stark mangelhaft empfunden. In der Not unbesetzter Stellen nimmt man sogar einen unerwünschten Qualitätsverlust hin. Ersatzberufe werden trotzdem nicht gefördert oder gefordert. Es existieren feste Vorstellungen für relevante Eingangskriterien in den Beruf „Chirurg“, aber ein klinikinternes Profil ist nur selten klar definiert. Die Ursachen dieser Situation werden als vielschichtig empfunden. Die Lösungsansätze spreizen sich ebenfalls über eine breite Skala, bleiben aber oft plakativ und oberflächlich. Die Schuld wird überwiegend bei anderen gesucht. Das Gesamtbild präsentiert so am ehesten Ratlosigkeit. Es gibt viel zu tun. ○

Safety Clip:

Fehlerursachenanalyse am Beispiel einer Seitenverwechslung im OP

URSACHE-WIRKUNGS-DIAGRAMM NACH ISHIKAWA

Das Thema Patientensicherheit ist heute immanenter Bestandteil der Krankenhausorganisation. Instrumente des Risikomanagements sind implementiert und in der Regel weit entwickelt. So regelt der Einsatz von OP-Sicherheitschecklisten nach WHO-Modell bereits seit circa 15 Jahren die

Patientensicherheit bei der operativen Versorgung. Trotz dieser Sicherheitsmaßnahmen kommt es im Operationsbereich weiterhin zu Seitenverwechslungen. Es ist notwendig Prozesse permanent zu prüfen und Fehler zu analysieren. Nur wer seine Fehler kennt, kann diese auch beheben.

Ein geeignetes Instrument zur Fehleranalyse von operativen Prozessen ist das

**Axel Krause**

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

Ursache-Wirkungs-Diagramm nach Ishikawa. Mithilfe des Ishikawa-Diagramms sind mögliche Fehlerursachen zu identifizieren, zu bewerten und schließlich zu beheben. Ursprünglich als Fishbone-Diagramm bezeichnet, wird es heute in weiten Bereichen des Qualitätsmanagements in der Gesundheitsversorgung angewendet. So findet sich der Ansatz in unterschiedlichen Analyseverfahren wie der Root Cause Analysis, dem Critical Reporting System oder dem Beschwerdemanagement.

DAS URSACHE-WIRKUNGS-DIAGRAMM NACH ISHIKAWA (ISHIKAWA-DIAGRAMM)

Zunächst wird ein Analyseteam benannt. Dieses setzt sich aus Mitarbeitenden zusammen, die an dem fehlerhaften Prozess beteiligt gewesen sind; präventiv ist auch die Analyse von Prozessen möglich, die bislang fehlerfrei verlaufen sind bzw. zu keinem Schaden geführt haben. Die Prozessverantwortlichen sind die Experten für die Fehleranalyse und müssen entsprechend hinzugezogen werden. Steht das Team fest, wird ein Moderator benannt, der durch die Analyse führt. In einem nächsten Schritt ist der Fehler, hier beispielhaft die Seitenverwechslung, eindeutig zu definieren. Darüber hinaus sind Einflussgrößen festzulegen. Dazu zählen

u. a. Mensch, Maschine, Milieu, Material, Methode, Messung etc. Die Einflussgrößen können je nach Fehler variieren. Anschließend startet ein Brainstorming. Der Moderator fordert das Analyseteam auf, mögliche Ursachen für den Fehler herauszuarbeiten und den Einflussgrößen zuzuordnen. Hierzu ist es erforderlich, dass Prozessverantwortliche sowie Qualitäts- und Risikomanager die bisherige Prozessdarlegung im Team reflektieren. Etablierte Instrumente zur Patientensicherheit wie Sicherheitschecklisten, Kennzeichnungsverfahren und das Team-Time-Out sind hinsichtlich ihrer Eignung/Akzeptanz kritisch zu prüfen.

Ziel dabei ist, potentielle Risiken im Behandlungsprozess zu identifizieren. Diese sind Grundlage zur Ableitung von Strategien zur Fehlervermeidung. Unter Berücksichtigung von Auswertungsergebnissen aus CIRS, Beschwerdemanagement, Schadenmanagement oder Fallanalysen wird die Ableitung einer differenzierten Strategie bzw. eines umfassenden Maßnahmenplans unterstützt.

STÄRKEN DES ISHIKAWA-DIAGRAMMS

Bedingt durch die leichte Handhabung und die positiven gruppenspezifischen Effekte ist das Ursache-Wirkungs-Diagramm nach

Tab. 1: Prozesse, Verantwortung, Vorgaben Qualitäts- und Risikomanagement

Prozesse	Verantwortung	Vorgaben Qualitäts- und Risikomanagement
Patientenanamnese Prämedikation Aufklärung Seitenkennzeichnung Dokumentation	Arztdienst (Operator, Anästhesist)	schriftlich hinterlegte Verfahrensanweisungen
OP-Vorbereitung Pflegestation Hörgerät, Brille, Hygieneanforderungen, Antithrombosestrümpfe	Pflegedienst	Checklisten
Patiententransport	Pflegedienst	schriftlich hinterlegte Verfahrensanweisung
OP Vorbereitung/Übergabe/Einschleusung Rasur	Pflegedienst (Station, OP-Pflege, ANÄ-Pflege)	schriftlich hinterlegte Standards
Lagerung des Patienten	Pflege, Arzt (Endkontrolle)	schriftlich hinterlegte Standards
Team-Time-Out	OP-Team (Operator, Anästhesist, Springer)	Sicherheitscheckliste

Krause A: Safety Clip: Fehlerursachenanalyse am Beispiel einer Seitenverwechslung im OP. Passion Chirurgie. 2018 Mai, 8(05): Artikel 04_03.



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

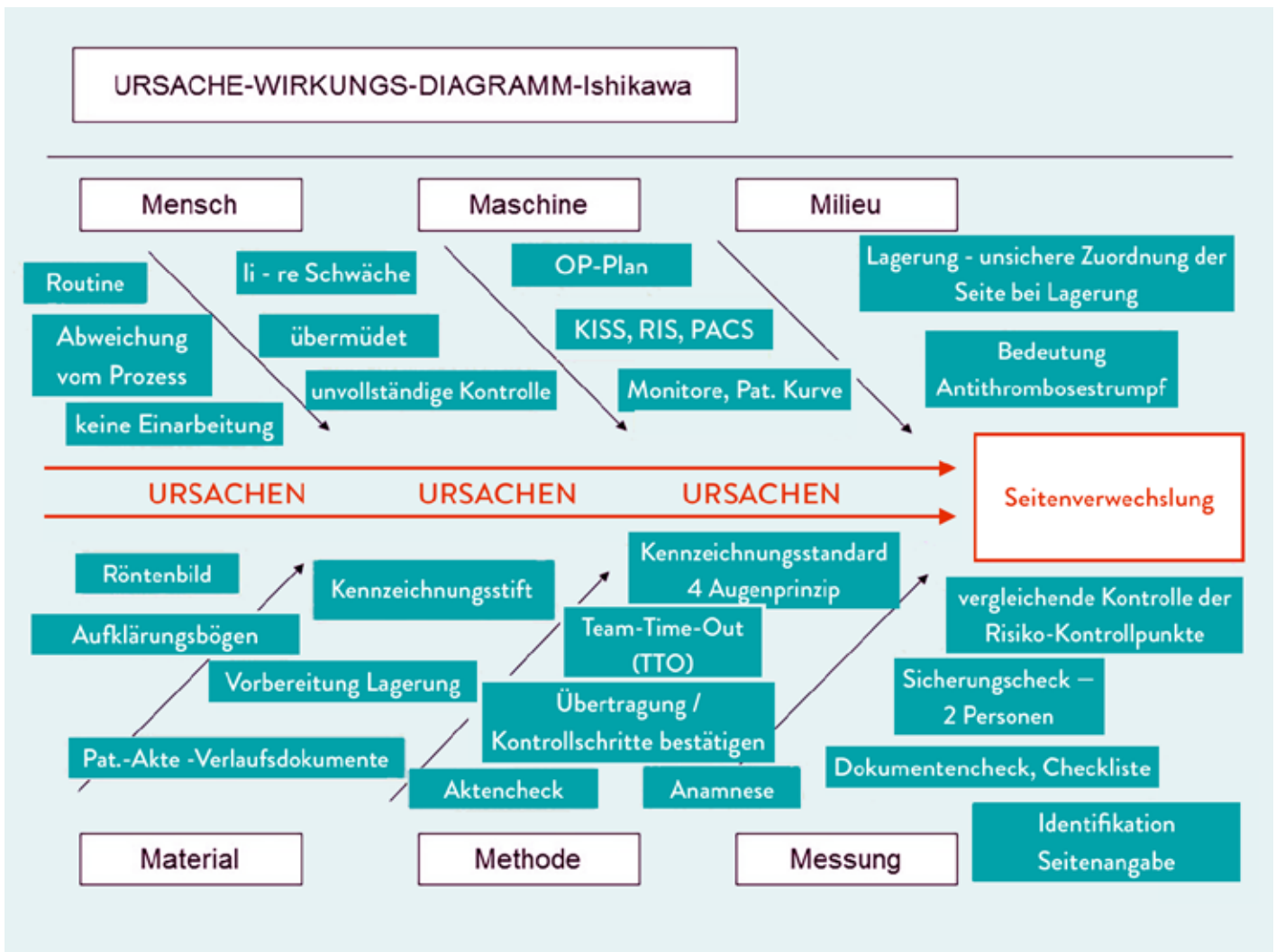


Abb. 1: Ursache-Wirkungs-Diagramm nach Ishikawa am Beispiel einer Seitenverwechslung

Ishikawa ein geeignetes Instrument zur effektiven Fehleranalyse. Die Methode ist für alle Beteiligten einfach nachzuvollziehen. Zudem sind Vorbereitungszeit und Dokumentationsaufwand gering. Folgt im Anschluss der Analyse eine Anpassung der Prozesse, sind Patienten zukünftig ein Stück weit sicherer.

LITERATUR

- [1] Bundesministerium des Inneren Bundesverwaltungsamtes (Hrsg.) (2018): Handbuch für Organisationsuntersuchungen und Personalbedarfsermittlung. 6.3.2 Ursache-Wirkungs-Diagramm. Seite 282

Qualitätsbericht 2017 (Berichtsjahr 2016)



Kassenärztliche Bundesvereinigung
KdöR

Herbert-Lewin-Platz 2
10623 Berlin

Anfang des Jahres wurde der aktuelle Qualitätsbericht der Kassenärztlichen Bundesvereinigung veröffentlicht. Der Bericht enthält Ergebnisse von Maßnahmen, die in der vertragsärztlichen Versorgung im Rahmen der Qualitätsförderung und -sicherung im Jahr 2016 durchgeführt wurde.

AUSZUG AUS DEM KBV-QUALITÄTSBERICHT

Die Sicherung und kontinuierliche Förderung der Qualität gehört zur ambulanten Versorgung wie das Stethoskop in die Arztpraxis. Ohne die nachgewiesene Kompetenz

und Qualität darf ein Vertragsarzt gar nicht behandeln. Und das ist schon seit vielen Jahren so. Das KV-System hat eine lange Reihe von Qualitätsinstrumenten in die Versorgung gebracht, manche – beispielsweise die Qualitätszirkel oder Peer Reviews – auf freiwilliger Basis. Andere – wie die regelmäßige Beurteilung von Fallsammlungen oder Geräteprüfungen – sind in einzelnen Leistungsbereichen verpflichtend vorgegeben. Wie dieser Bericht wieder einmal darlegt, werden die Qualitätssicherungsmaßnahmen konsequent umgesetzt. ○



Der vollständige Bericht steht **HIER** für Sie zum Download bereit. Die Ergebnisse zum Ambulanten Operieren finden Sie auf Seite 40 des Dokuments. Alle Fakten zur Arthroskopie sind auf Seite 43 des Qualitätsberichts zusammengefasst.



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

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:

Hygienisch korrekte Blutentnahme



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

Zur Blutentnahme sind, soweit auf dem Markt erhältlich, „sichere“ Arbeitsgeräte zu benutzen. 2017 wurde durch das Landesarbeitsgericht Nürnberg (AZ. 7Sa231/16) ein Arzt, der dies in seiner Praxis nicht umsetzte und dessen Mitarbeiterin eine Hepatitis C erwarb, zu 150.000 Euro Schmerzensgeld verurteilt. Ein Vakuumsystem (z. B. Vacutainer) erhöht im Allgemeinen die Sicherheit und führt zu weniger „Kleckern“ von Blut beim Umstecken von Röhrchen.

Vor dem Stechen ist die Haut an der Einstichstelle mit einem alkoholischen Hautdesinfektionsmittel zu desinfizieren. Die Einwirkzeit beträgt immer mindestens 15 Sekunden, egal ob mit einem keimarmen (werkseitig sterilisiert, vor Ort aber nicht steril) Tupfer gewischt wird oder Abtrocknen abgewartet wird. Auf jeden Fall soll die Einstichstelle beim Stechen trocken sein, da ansonsten Schmerz – bedingt durch den Alkohol – angegeben wird.

Nach der Hautdesinfektion darf die Einstichstelle nicht mehr palpiert werden. Aus Arbeitsschutzgründen sollten unsterile Handschuhe getragen werden. Ein Weiterbenutzen der Handschuhe von Patient zu Patient ist nur möglich, wenn die Handschuhe als

desinfizierbar vom Hersteller ausgewiesen sind, sie nicht mit Blut kontaminiert wurden und sie desinfiziert werden. Bei der Handschuhdesinfektion besteht allerdings das Risiko, dass sich Falten bilden und dass an diesen Stellen die Desinfektion nicht gelingt. Da zur Blutentnahme häufig Berufsanfänger eingesetzt werden, empfiehlt sich eine generelle Regelung, dass pro Patient ein Paar frische Handschuhe angezogen werden.

Falls im Rahmen der Blutentnahme eine periphere Venenverweilkanüle gelegt wird, muss bei der Desinfektion ein eventuelles Nachwischen mit sterilen (also einzeln verpackten) Tupfern erfolgen.

Häufig ist nicht geregelt, wer für die Blutentnahmetabletts zuständig ist, insbesondere für die Reinigung und Desinfektion. Blutentnahmetabletts dürfen auf keinen Fall mit Blut verunreinigt sein und weiterbenutzt werden; sie müssen täglich mindestens einmal desinfizierend abgewischt werden, vorzugsweise durch die durchführenden Ärzte.

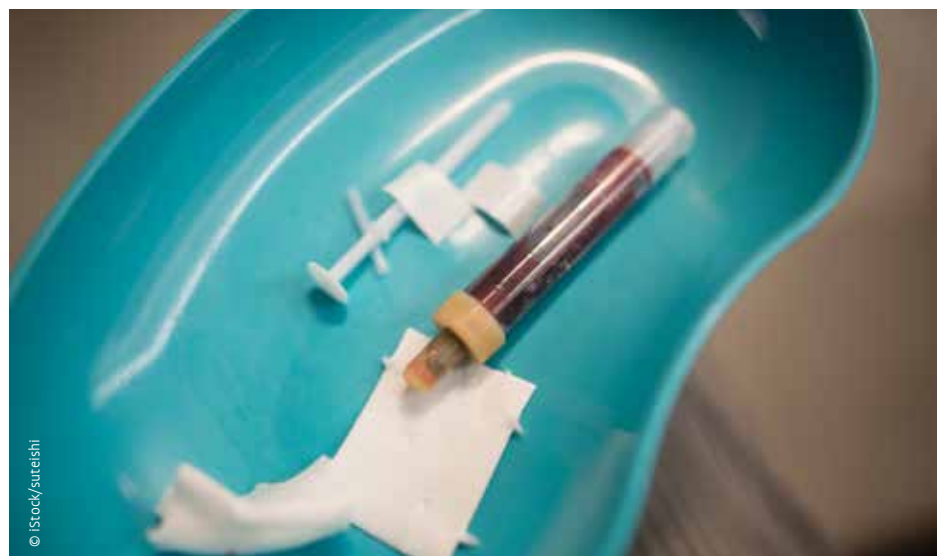
Der Kurztipp gibt die Meinung der Autoren wieder.



Popp W, Zastrow KD. Hygiene-Tipp: Hygienisch korrekte Blutentnahme. *Passion Chirurgie*. 2018 Mai; 8(05): Artikel 04_05.



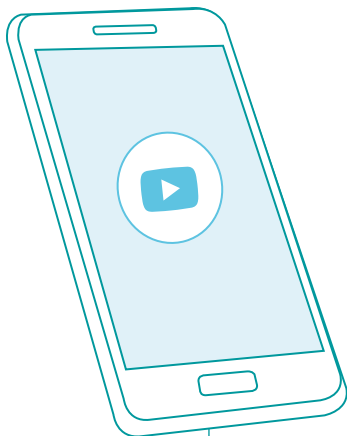
Weitere Hygiene-Tipps finden Sie auf BDC|Online (www.bdc.de, Rubrik Wissen | Qualität & Patientensicherheit | Hygiene-Tipp).



© iStock/suteishi

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 Chirurg/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.



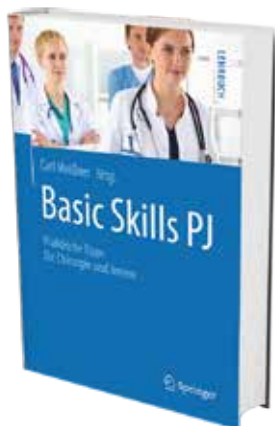
PATIENTENSCHUTZ DURCH HYGIENE IST EINE
BUNDESWEITE KONZERTIERTE AKTION VON:

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

Rezension:

Basic Skills PJ – Praktische Tipps für Chirurgie und Innere

BÜCHER



Basic Skills PJ - Praktische Tipps für Chirurgie und Innere

Herausgeber: Carl Meißner
Springer Verlag
1. Aufl. 2016, XII, 188 S.
19,99 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
Klinischer Riskomanager
Vor dem Nebraer Tor 11
06268 Quersfurt
m.krueger@klinikum-saalekreis.de

Krüger M. Rezension: Basic Skills PJ - Praktische
Tipps für Chirurgie und Innere. Passion Chirurgie.
2018 Mai, 8(05): Artikel 04_06.



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

Die Publikation hat 188 Seiten mit 221 Abbildungen und ist auf säure- und chlorfrei gebleichtem Papier gedruckt. Die zahlreichen Abbildungen und Fotografien sind mehrfarbig.

Der Autor, Dr. Carl Meißner, hat sich dem Anspruch gestellt, mit diesem Lehrbuch wertvolle, praktische Anleitungen und Tipps für die PJ-Tertiale Innere Medizin und Chirurgie zu vermitteln.

Der Autor war zum Zeitpunkt der Publikation als Assistenzarzt in Weiterbildung in der Allgemein- und Viszeralchirurgie am Klinikum Magdeburg gGmbH tätig. Am Anfang des Buches wird auf einer Doppelseite der Aufbau der einzelnen Kapitel klar und strukturiert dargestellt, sodass die Verwendung und Orientierung im Buch vereinfacht wird. Dies erleichtert zudem die Verwendung des Buches im täglichen PJ-Alltag. Dem Rezensenten hat sehr gefallen, dass es in den einzelnen Kapiteln eine sogenannte Rubrik „Zwischenmenschliches“ gibt. Hier werden Dinge benannt, die sonst nicht in einem Lehrbuch stehen und vermögen dem Buch somit eine gewisse zwischenmenschliche Beziehung sowie „eine einzigartige Note“ zu geben.

Die Publikation ist klar strukturiert. Sie beginnt mit der Anamnese und der klinischen Untersuchung in Kapitel 1 und endet mit dem Kapitel 13 „Wissenswertes zur Anamnese und Untersuchung“. Die zahlreichen Abbildungen und Fotos sowie Checklisten erlauben Lesern und vor allem PJ-Studierenden die einzelnen Kapitel gut

zu verstehen und im täglichen klinischen Einsatz auch gut anzuwenden. Es wird sich auf das wesentliche beschränkt ohne die erforderlichen Grundlagen zu vernachlässigen. Die in dem Buch beschriebenen Skills, wie die schrittweise Anleitung und bildhafte Unterstützung, sind vollumfänglich, gerade für die Innere Medizin und Chirurgie, dargestellt. Diese Vorgehensweise des Autors zeigt deutlich, dass die Zeit des PJs beim Autor noch nicht allzu lange her ist.

Insgesamt wird das Buch seinem Anspruch gerecht. Es kann jedem PJler zur Vorbereitung oder Durchführung des PJs in der Inneren Medizin und Chirurgie empfohlen werden. Es vermag aber nicht nur im PJ zu helfen, sondern kann auch in den ersten Monaten als Assistenzarzt in der Chirurgie oder in der Inneren Medizin sowie in den ersten klinischen Diensten auf Station hilfreiche Dienste leisten. Es sollte in keiner Klinik-Bibliothek fehlen.

ZUSAMMENFASSUNG

Das Springer-Lehrbuch „Basic Skills PJ“ Praktische Tipps für Chirurgie und Innere herausgegeben von Dr. med. Carl Meißner kann zur Vorbereitung und Durchführung der Tertiale des praktischen Jahres in der Inneren Medizin und Chirurgie empfohlen werden. Es besticht durch seine klare Struktur mit zahlreichen Abbildungen, Checklisten und Merksätzen. Mit dieser Lektüre als Wegbegleiter und Nachschlagewerk vermögen selbst die ersten Klinikdienste als junge Assistenzärztin oder junger Assistenzarzt ein wenig an Anspannung und Dramatik verlieren. ○

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.

MAI 2018

Dr. med. Marc Dammann ist seit April 2018 neuer Chefarzt der Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie, Koloproktologie am Petrus-Krankenhaus in Wuppertal. Im Laufe des Jahres kommt die Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie am St. Josef-Krankenhaus in Wuppertal noch hinzu. Zuvor war er langjähriger Oberarzt in der Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Transplantationsschirurgie am Universitätsklinikum Essen und leitender Oberarzt in der Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie am Johanna-Etienne-Krankenhaus in Neuss.

Ilias Fanoulas M.Sc. ist seit dem 01.02.2018 Chefarzt der Orthopädie der Herzog-Julius-Klinik Bad Harzburg. Er war zuvor Oberarzt an der Maternus-Klinik für Rehabilitation in Bad Oeynhausen.

Dr. med. Achim Hagen ist Direktor der jetzt eigenständigen Klinik für Gefäß- und Endovaskuläre Chirurgie am Bundeswehrzentral Krankenhaus in Koblenz.

Dr. med. Johannes Kormann leitet seit dem 19.03.2018 die Chirurgie des Malteser-Krankenhaus St. Johannes in Kamen. Bis dahin arbeitete er als Oberarzt im Diakonissenkrankenhaus Dresden in der Viszeralchirurgie und Proktologie.

Prof. Dr. med. Dietmar Lorenz hat zum 15.02.2018 seine neue Chefarztstelle am Klinikum Darmstadt angetreten. Der Spezialist für Viszeral- und Thoraxchirurgie leitet dort die Chirurgische Klinik I.

Prof. Dr. med. Dr. h.c. Hans-Joachim Meyer ist seit 25. April 2018 Ehrenmitglied der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin.

Dr. med. Ralf A. Nettersheim MHBA leitet seit Juli 2017 die Viszeralchirurgie im Bergmannsheil in Bochum. Davor war er 18 Jahre im Klinikum Dortmund bei Löhlein, Hartel und Schmeding tätig, zuletzt als geschäftsführender Oberarzt und Leiter des MIC-Zentrums.

PD Dr. med. Thorsten Plusczyk ist neuer Chefarzt der Allgemein- und Viszeralchirurgie am Diakonieklinikum Neunkirchen.

Dr. med. Christian Poguntke leitet seit Januar 2018 die Chirurgie des Westmecklenburg Klinikums Helene von Bülow in Hagenow. Er war zuvor Oberarzt der Allgemein- und Viszeralchirurgie des Hufeland Klinikums in Mühlhausen, Thüringen.

PD Dr. med. Andreas Thalheimer, Chefarzt der Chirurgie in der RoMed Klinik Bad Aibling, wurde ab dem 01. April 2018 zum ärztlichen Direktor der Klinik bestellt. ○



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

Keine Angst vor dem bösen „Wolf“

DIE NEUE EU-DATENSCHUTZ-GRUNDVERORDNUNG IN KLINIK UND ÄRZTLICHER PRAXIS

Die EU-Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO) wirft ihre Schatten voraus. Zahlreiche Verlautbarungen haben bereits vor dem Inkrafttreten zu großen Verunsicherungen, zum Teil aber auch zu völlig übertriebenem Aktionismus geführt. Richtig ist allein, dass die EU-Datenschutz-Grundverordnung am 25.05.2018 ohne Übergangsregelungen in Kraft treten wird. Die damit einhergehenden Bestimmungen werden zudem zu umfassenden Neuerungen beim Umgang mit personenbezogenen Daten – auch in der ärztlichen Praxis – führen. Angst oder übertriebenen Aktionismus müssen die Neuregelungen aber nicht auslösen. Die wichtigsten Fragen und Antworten erläutern wir im Überblick:

1. WORUM GEHT ES, WAS REGELT DIE DS-GVO?

Die DS-GVO dient dem Schutz natürlicher Personen bei der Verarbeitung und Nutzung ihrer personenbezogenen Daten und sichert gleichzeitig den freien Verkehr dieser Daten. Dadurch wird eine EU-weite Harmonisierung des Datenschutzrechtes erreicht. Erfasst werden der manuelle und der automatisierte Umgang mit personenbezogenen Daten Einzelner. Dabei genügt es schon, wenn der Betroffene mittelbar (beispielsweise durch eine Kennziffer) bestimmbar ist. So ist nicht nur der einzelne Patient „Betroffener“ im Sinne der DS-GVO; erfasst werden insbesondere auch Daten von Probanden in Studien, die anhand der erhobenen Daten, einer Kennziffer o.ä. identifizierbar sind. Daher ist die DS-GVO in nahezu jedem ärztlichen Betätigungsfeld relevant. Die gesetzlichen Bestimmungen zum Umgang mit



**Korrespondierender Autor:****Dr. jur. Albrecht Wienke**

Rechtsanwalt und Fachanwalt für

Medizinrecht

Fachanwalt für Medizinrecht

Wienke & Becker – Köln

Sachsenring 6

50677

Köln

awienke@kanzlei-wbk.de

Rechtsanwältin Kim-V. Frieze

Rechtsanwältin

Wienke & Becker – Köln

personenbezogenen Daten gelten aber auch nach innen, also z.B. für angestellte ärztliche und nicht ärztliche Mitarbeiter in Arztpraxen und Kliniken oder auch im Zusammenhang mit medizinischen Register- oder Zertifizierungsverfahren. Wirklich wesentliche Abweichungen zum Schutzzweck des bisher und auch zukünftig geltenden Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) bestehen aber nicht.

2. WAS SIND DATEN, WELCHE DATEN SIND**BETROFFEN?**

Personenbezogene Daten sind nach Art. 4 Nr. 1 DS-GVO „alle Informationen, die sich auf eine identifizierte oder identifizierbare natürliche Person beziehen“. Der Begriff der Informationen ist dabei umfassend und betrifft sämtliche Informationen zu einer Person. Die geschützte Person wird im Datenschutzrecht als „Betroffener“ bezeichnet. Gesundheitsbezogene Daten sind die in der Klinik oder ärztlichen Praxis notwendigerweise von Patienten erhobenen Daten, die – wie bisher – einen besonderen Schutz genießen. Gesundheitsdaten sind definitionsgemäß personenbezogene Daten, die sich auf die körperliche oder geistige Gesundheit einer natürlichen Person, einschließlich der Erbringung von Gesundheitsdienstleistungen, beziehen und aus denen Informationen über deren Gesundheitszustand hervorgehen.

Zu den von der DS-GVO geschützten Daten gehören aber auch alle Daten von Personen, die im Klinikbetrieb oder einer Arztpraxis selbst beschäftigt sind. Ausgenommen von den datenschutzrechtlichen Regelungen sind – wie bisher – vollständig anonymisierte Daten, bei denen ein Personenbezug sicher ausgeschlossen werden kann. Studien und andere Forschungsvorhaben, die sich ausschließlich auf vollständig anonymisierte Patientendaten stützen, unterfallen daher nicht den datenschutzrechtlichen Regelungen der DS-GVO und des BDSG.

3. WER UNTERFÄLLT DEN REGELUNGEN DER DS-GVO?

Ärzte sind ständig mit personenbezogenen Daten Einzelner in Kontakt und verarbeiten diese. Sie erheben, speichern und verwenden Patientendaten und müssen diese nach Ablauf der gesetzlichen Aufbewahrungspflicht löschen. Die DS-GVO ist daher

in ausnahmslos jeder Arztpraxis, in jeder klinischen Einrichtung und in jedem medizinischen Forschungslabor zu beachten, unabhängig von der Anzahl der Mitarbeiter, des Umsatzvolumens, der Anzahl der Patienten oder dem Zweck der Verwendung personenbezogener Daten.

4. WANN UND UNTER WELCHEN**VORAUSSETZUNGEN IST DIE DATENVERARBEITUNG ZULÄSSIG?**

Voraussetzung für die Verarbeitung personenbezogener Daten ist stets, dass die betroffene Person hierin eingewilligt hat oder – wenn eine Einwilligung nicht vorliegt oder nicht eingeholt werden kann – dies zur Erfüllung vertraglicher Pflichten (Behandlungsvertrag) oder aufgrund einer Rechtspflicht (Hilfeleistung in Notfällen) geschieht. Auch die personenbezogenen Daten eines bewusstlos eingelieferten Patienten dürfen selbstverständlich – wie bisher – verarbeitet werden, da dies erforderlich ist, um lebenswichtige Interessen des Patienten zu schützen.

Natürlich ist auch die Erfassung und Verarbeitung personenbezogener Daten im gesamten Personalwesen nach den Neuregelungen der DS-GVO und des BDSG nach wie vor zulässig. Zur Auszahlung des Gehalts und zur Erstellung eines Arbeits- oder Weiterbildungszeugnisses müssen die personenbezogenen Daten vom jeweiligen Arbeitgeber genutzt werden können.

5. WELCHE VERPFLICHTUNGEN ERGEBEN SICH AUS DER DS-GVO UND DEM BDSG?

Art. 5 der DS-GVO regelt die allgemeinen Grundsätze für die Verarbeitung von personenbezogenen Daten. Insbesondere gelten die Grundsätze der Rechtmäßigkeit der Erhebung, der Zweckbindung, der Datenminimierung, der Speicherbegrenzung, der Vertraulichkeit und der Rechenschaftspflicht. Personenbezogene Daten dürfen demnach nur auf rechtmäßige Weise und für einen bestimmten definierten Zweck erhoben und verarbeitet werden. Dabei ist stets nur das für die Zweckerreichung erforderliche Minimum an Daten über den kürzest-möglichen Zeitraum zu verarbeiten. Selbstverständlich sind die Daten vor dem unbefugten Zugriff Dritter zu schützen. Die betroffenen Personen sind

Sailer R, Wienke A: Keine Angst vor dem bösen „Wolf“. *Passion Chirurgie*. 2018 Mai, 8(05): Artikel 04_7a.



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

über die Datenverarbeitung umfassend zu informieren.

Mit der Erhebung und Verarbeitung personenbezogener Daten gehen umfassende Auskunftsansprüche der Betroffenen einher. Daher hat der für die Datenverarbeitung Verantwortliche (Praxisinhaber, Klinikgeschäftsführung, Wissenschaftler) alle Maßnahmen zu treffen, welche die Einhaltung der gesetzlichen Bestimmungen erst ermöglichen. Zudem muss er im Falle eines Auskunftsernehmens des Betroffenen alle Informationen in präziser und leicht verständlicher Form zur Verfügung stellen zu können. Dazu zählt etwa auch eine umfangreiche Dokumentation über die Verarbeitungstätigkeiten mittels eines Verfahrensverzeichnis. So soll erreicht werden, dass die betroffenen Personen überhaupt in die Lage versetzt werden, die ihnen zustehenden Rechte wahrzunehmen.

Im Übrigen treffen den Verantwortlichen verschiedene Melde- und Mitteilungspflichten gegenüber dem Betroffenen oder der Aufsichtsbehörden. So muss jeder, der personenbezogene Daten verarbeitet, die ihm bekannt werdenden Verletzungen des Schutzes personenbezogener Daten der zuständigen Aufsichtsbehörde (Landesdatenschutzbeauftragter) und dem von der Verletzung Betroffenen melden.

In bestimmten Fällen ist die Benennung eines eigenen Datenschutzbeauftragten vorgeschrieben. Dies betrifft insbesondere Betriebe (Praxen), in denen sich mindestens 10 Personen ständig mit der automatisierten Verarbeitung personenbezogener Daten beschäftigen. Dabei werden alle Personen unabhängig von ihrer Arbeitszeit mitgezählt, die Zugriff auf die Daten haben, also neben den Praxisinhabern insbesondere auch medizinisches Fachpersonal, nicht aber z.B. Reinigungspersonal. Zum Datenschutzbeauftragten kann ein Beschäftigter des Praxisinhabers bestellt werden; ein Datenschutzbeauftragter kann aber auch extern auf der Grundlage eines entsprechenden Dienstleistungsvertrages bestellt werden. Der oder die Praxisinhaber selbst kommen für die Tätigkeit des Datenschutzbeauftragten nicht in Betracht. Wer letztlich zum Datenschutzbeauftragten bestellt

worden ist, muss der zuständigen Aufsichtsbehörde (in NRW z.B. der Landesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit) benannt werden. Hierzu werden derzeit automatisierte, internetbasierte Meldeverfahren entwickelt. Die Aufgaben des Datenschutzbeauftragten bestehen in erster Linie in einer Beratung des Verantwortlichen für die Datenverarbeitung (Praxisinhaber, Klinikgeschäftsführung), der Überwachung der Einhaltung der gesetzlichen Bestimmungen zum Datenschutz und dem Kontakt zur zuständigen Aufsichtsbehörde.

Werden personenbezogene Daten an Dritte – z.B. externe Dienstleister (Privatärztliche Abrechnungsstellen, Softwarewartung, Labore, Cloudsysteme etc.) – weitergegeben, ist besondere Vorsicht geboten. Hierbei kann es sich um eine einfache Übermittlung, eine eigene oder gemeinsame Verantwortlichkeit oder um eine Datenverarbeitung im Auftrag handeln. Dritte können auf diese Weise grundsätzlich in die Datenverarbeitung wirksam und rechtmäßig einbezogen werden. Hier bestehen jedoch jeweils besondere Voraussetzungen und Überwachungspflichten, die gegebenenfalls eine Vertragsanpassung für die Zusammenarbeit mit solchen externen Dienstleistern erfordern. Die Weitergabe geschützter, der Geheimhaltung unterliegender personenbezogener Daten an solche externen Dienstleistungsunternehmen ist auch mit der gesetzlichen Ergänzung in § 203 StGB vereinfacht worden.

6. WELCHE RECHTE HABEN DIE BETROFFENEN?

Wo die DS-GVO einerseits umfassende Pflichten auferlegt, werden den betroffenen Personen umgekehrt umfassende Rechte und Ansprüche zugeordnet. So können die Betroffenen die Datenverarbeitung einschränken, die Übertragung veranlassen, fehlerhafte Daten berichtigen und auch vollständig löschen lassen. Selbstverständlich muss aber insbesondere die Datenlöschung auch mit den gesetzlichen und standesrechtlichen Aufbewahrungspflichten in Einklang stehen, sodass sich hier an den im ärztlichen Bereich geltenden Aufbewahrungspflichten keine Änderungen ergeben. Und natürlich haben die Betroffenen das Recht auf Auskunft und Information (s.o.) binnen eines Monats ab Antragstellung.

7. WELCHE SANKTIONEN DROHEN BEI VERSTÖßEN?

Verstöße gegen die Verpflichtungen aus der DS-GVO und dem BDSG können mit empfindlichen Sanktionen geahndet werden. Es steht den betroffenen Personen dabei auch frei, Verstöße an die Aufsichtsbehörden zu melden, es drohen dabei Geldbußen und ggf. die Verpflichtung zur Entrichtung von Schadensersatz. Ordnungsrechtliche Verstöße gegen die Bestimmungen der DS-GVO und des BDSG werden in der Regel mit Geldbußen geahndet; dabei bemisst sich die Höhe der festgesetzten Bußgelder danach, mit welcher Nachhaltigkeit gegen gesetzliche Bestimmungen oder Auflagen der Aufsichtsbehörde verstoßen wird oder auch danach, ob es sich um einen Erstfall oder um eine wiederholte Ordnungswidrigkeit handelt. In besonders schweren Fällen kann ein gesetzlicher Verstoß auch als Straftat gewertet werden, die Freiheitsstrafen oder Geldstrafen nach sich ziehen können. Allerdings werden die Aufsichts- bzw. Ordnungsbehörden angesichts der Vielzahl der nun zu beachtenden Neuregelungen anfangs sehr zurückhaltend mit der Höhe der festgesetzten Bußgelder sein. Die Ausrede, man habe von den Neuregelungen und den damit einhergehenden Verpflichtungen nichts gewusst, hilft aber auch hier nicht, da auch hier der Grundsatz gilt: „Nichtwissen schützt vor Strafe nicht“.

8. WAS IST JETZT VON PRAXISINHABERN UND KLINIKGESCHÄFTSFÜHRUNGEN ZU TUN?

a) Ermitteln Sie Ihren datenschutzrechtlichen Status-quo

Zunächst einmal sollten Sie Ihren datenschutzrechtlichen Status-quo ermitteln, dies erleichtert die Umsetzung des neuen Rechts. Klären Sie, um welche Daten es sich handelt (Patientendaten sind beispielsweise besonders schützenswerte Daten nach Art. 9 DS-GVO) und wie diese verarbeitet werden. In der Regel geschieht dies elektronisch unter Einsatz entsprechender Software. Auch wer Zugriff auf die Daten hat und an wen diese ggf. aufgrund von Verträgen weitergegeben werden, ist relevant. Die Sicherheit der Daten vor dem unbefugten Zugriff Dritter muss stets gewährleistet sein. Prüfen Sie zudem, ob Sie zu einer Datenschutzfolgenabschätzung (Art. 35 DS-GVO) verpflichtet sind.

b) Erstellen Sie ein Datenverarbeitungsverzeichnis

Sämtliche Datenverarbeitungen sind in einem entsprechenden Verzeichnis festzuhalten. Hierbei sind alle in Art. 30 DS-GVO aufgeführten anfallenden Verarbeitungsprozesse und Informationen zu dokumentieren. Das Führen eines solchen Verzeichnisses ist verpflichtend. Es ist schriftlich oder in elektronischer Form zu führen. Es empfiehlt sich daher, eine entsprechende Tabelle anzulegen oder geeignete Software zu verwenden.

In dem Verzeichnis sind folgende Informationen aufzulisten:

- Name und Kontaktdaten des/der Verantwortlichen (z.B. Praxisinhaber) und (sofern notwendig) des Datenschutzbeauftragten;
- Die Zwecke der Datenverarbeitung (z.B. Krankenbehandlung, Abrechnung erbrachter Leistungen, etc.);
- Angaben zu den Kategorien der betroffenen Personen (z.B. Patienten) und der Kategorie personenbezogener Daten (z.B. Stammdaten, Gesundheitsdaten wie Laborbefunde, Diagnosen etc.);
- Die Kategorien von Empfängern mit/ohne Auslandsbezug, die in Kontakt mit den Daten kommen (z.B. eine Verrechnungsstelle, Labore, Krankenversicherungen, weiterbehandelnde Ärzte/Krankenhäuser, IT-Dienstleister, etc.);
- Löschfristen der Daten (unter Beachtung der gesetzlichen Aufbewahrungsfristen);
- Beschreibung der technischen/organisatorischen Maßnahmen, die zur Sicherheit der Daten ergriffen wurden (z.B. Verschlüsselung).

c) Prüfen und ggf. aktualisieren Sie Ihre Dienstleistungsverträge mit Dritten

Wenn Sie Dritten Zugriff auf die Ihnen vorliegenden Daten gewähren bzw. diese weiterleiten, sind die entsprechenden Verträge mit den Dritten anzupassen. Hierbei kann es sich beispielsweise um private Abrechnungsdienstleister oder Ihren IT-Dienstleister handeln. Je nach Ausgestaltung des Rechtsverhältnisses ist der Dritte Ihnen gegenüber weisungsgebunden oder er selbst wird zum Verantwortlichen, wenn er die Daten in eigenem Interesse und zu eigenen Geschäftszwecken nutzt.

Auch als sogenannte Auftragsverarbeiter (Art. 28 DS-GVO) sind Dritte ebenfalls zur Einhaltung des Datenschutzes verpflichtet. Durch entsprechende vertragliche Vereinbarungen – und Kontrollen – haben Sie sicherzustellen, dass der Dritte diese Regelungen einhält.

Sprechen Sie also Ihre Vertragspartner auf den Datenschutz an und fordern Sie, entsprechende Datenschutzerklärungen in die Verträge aufzunehmen bzw. bestehende Vereinbarungen an die neue Rechtslage anzupassen. Kann Ihr Vertragspartner einen hinreichenden Datenschutz nicht gewährleisten bzw. haben Sie berechtigte Zweifel an der ordnungsgemäßen Umsetzung, sollten Sie das Festhalten an dem Dienstleistungsvertrag grundsätzlich überdenken und ggf. zu einem anderen Anbieter wechseln.

Der schriftliche Vertrag zur Auftragsdatenverarbeitung sollte dabei mindestens folgende Punkte beinhalten:

- Eine Garantie des Dritten zur Einhaltung des gesetzlichen Datenschutzes inkl. Verschwiegenheitsverpflichtung aller Beteiligten (auch Mitarbeiter);
- Ihre allgemeine Genehmigung, dass der Dritte selbst weitere Auftragsverarbeiter beauftragen darf. Im Falle eines Wechsels des weiteren Auftragsverarbeitenden steht Ihnen ein Einspruch zu. Oder: Der Dritte holt immer vor Beauftragung eines weiteren Auftragsdatenverarbeitenden Ihre schriftliche Genehmigung hierzu ein. Der Vertrag zwischen dem Dritten und dem weiteren Auftragsdatenverarbeiter muss ebenfalls eine Verpflichtung nach den datenschutzrechtlichen Regelungen enthalten;
- Der Dritte verpflichtet sich, geeignete Maßnahmen zur Sicherheit der Daten gemäß Art. 32 DS-GVO zu treffen;
- Der Dritte verpflichtet sich, Sie bei der Einhaltung der datenschutzrechtlichen Pflichten zu unterstützen und erforderliche Informationen unverzüglich zur Verfügung zu stellen;
- Der Dritte verpflichtet sich, nach Abschluss seiner jeweiligen Leistungserbringung (unter Wahrung von gesetz-

lichen Aufbewahrungspflichten) die Daten zu löschen oder zurückzugeben;

- Der Dritte erbringt Nachweise Ihnen gegenüber, dass er die Regelungen des Datenschutzes einhält. Zudem ist er verpflichtet, Überprüfungen durch Sie oder einen von Ihnen beauftragten Prüfer zu ermöglichen und hieran mitzuwirken. Der Dritte ist zudem verpflichtet, Sie unverzüglich zu informieren, sofern er eine erteilte Weisung für datenschutzrechtlich rechtswidrig hält.

Je nach vertraglicher Ausgestaltung kann es auch vorkommen, dass sowohl Sie als auch Ihr Vertragspartner „gemeinsam Verantwortliche“ im Sinne des Datenschutzrechts sind. In diesem Fall sollten Sie vertraglich regeln, wer datenschutzrechtlich im Einzelnen für welche Aspekte verantwortlich ist und welche Pflichten gegenüber der betroffenen Person (Patient) er jeweils übernimmt.

d) Bestellen Sie ggf. einen Datenschutzbeauftragten

Wenn sich bei Ihnen mindestens zehn Personen (Sie eingeschlossen) mit der Verarbeitung personenbezogener Daten beschäftigen, sind Sie verpflichtet, einen Datenschutzbeauftragten zu ernennen. Dies kann einer Ihrer Mitarbeiter sein oder ein externer Dienstleister. Ihnen – dem Verantwortlichen – ist es nicht erlaubt, selbst Datenschutzbeauftragter im eigenen Betrieb zu sein. Übernimmt ein Mitarbeiter diese Position, ist er natürlich entsprechend zu schulen.

e) Informieren Sie Ihre Patienten und Ihr Personal

Die betroffenen Personen (Patienten, eigenes Personal) haben umfassende Auskunftsrechte, denen bereits bei Erhebung der Daten Rechnung zu tragen ist. So können beispielsweise ein entsprechender Aushang in der Arztpraxis oder der jeweiligen Klinik mit den notwendigen Informationen und die Möglichkeit, hiervon Kopien auszuhändigen, ausreichen. Oder es erfolgt eine postalische Übersendung, z.B. im Falle der Aufnahme eines Mitglieds in einen Verein.

Folgende Informationen sind nach der DS-GVO insbesondere mitzuteilen (aus

anderen Vorschriften können sich weitere Informationspflichten ergeben):

- Daten (Namen/Kontakt) des Verantwortlichen und (ggf.) des Datenschutzbeauftragten,
- Informationen zu den Daten,
- Kategorien (z.B. Stammdaten, Sozialversicherungsdaten, Gesundheitsdaten),
- Datenquellen (i.d.R. von dem Betroffenen selbst),
- Zweck der Datenverarbeitung (Krankenbehandlung, Abrechnung, etc.),
- Rechtsgrundlagen für die Verarbeitung (z.B. aufgrund Behandlungsvertrag),
- Dauer der Verarbeitung, Löschfristen,
- Berechtigte Interessen zur Verarbeitung, ggf. von Dritten,
- Mögliche Empfänger/Empfängerkategorien von Daten,
- Bestehen einer automatischen Entscheidungsfindung / Profiling,
- Rechte des Betroffenen
- Auskunft, Berichtigung, Löschung, Einschränkung, Widerspruchsrecht und Widerruf einer Einwilligung (für die Zukunft), Beschwerdemöglichkeit bei der Aufsichtsbehörde

f) Holen Sie ggf. Einwilligungen Ihrer Patienten zur Datenverarbeitung ein

Die Datenverarbeitung durch Sie – und die von Ihnen eingesetzten Dritten – kann zunächst einmal aufgrund gesetzlicher Regelung (z.B. zur Erfüllung des mit dem Betroffenen geschlossenen Behandlungsvertrages) oder aufgrund ausdrücklicher Einwilligung des Betroffenen rechtmäßig erfolgen. Auch vor dem Hintergrund der berufs- und strafrechtlich relevanten ärztlichen Schweigepflicht ist besonderes Augenmerk auf die Einwilligung bei der Verarbeitung und Weitergabe von Patientendaten zu legen.

g) Schulen und Sensibilisieren Sie Ihre Mitarbeiter/innen für den Datenschutz

Ihre Mitarbeiter/innen kommen regelmäßig in Kontakt mit personenbezogenen Daten. Sie sollten sie daher nachhaltig und im eigenen Interesse für datenschutzrechtliche Themen und die Verschwiegenheitspflicht sensibilisieren. Ihre Mitarbeiter sollten auch eine entsprechende Verpflichtungserklärung abgeben. Möglicherweise ist es hilfreich, mithilfe des Datenschutzbeauftragten interne Richtlinien und Handlungsanweisungen zu Wahrung der datenschutzrechtlichen Belange zu entwickeln.

h) Sorgen Sie für Datensicherheit

Sichern Sie die Ihnen vorliegenden Daten vor dem Zugriff Unbefugter. Hierzu gehört in erster Linie ein entsprechend gesichertes EDV-System. Aber auch das Mithören von Gesprächen durch andere Patienten oder durch das Liegenlassen von Akten – beispielsweise am Empfangstresen – ist datenschutzrechtlich unzulässig. Die internen Abläufe sollten auch dahingehend überprüft und nötigenfalls geändert werden.

i) Halten sie sich bereit für Anfragen

Die betroffenen Personen (Patienten, eigenes Personal) haben den für die Datenverarbeitung Verantwortlichen (Praxisinhaber, Klinikgeschäftsführungen) gegenüber umfangreiche Auskunftsrechte, denen der Verantwortliche nach Eingang des entsprechenden Antrags binnen eines Monats nachkommen muss. Geht ein solcher Antrag bei Ihnen ein, sollten Sie diesen also umgehend bearbeiten. Durch entsprechende Organisation der Datenverarbeitung im Vorfeld kann sichergestellt werden, dass die Informationen ohne größeren Aufwand zusammengestellt und dem Antragsteller übermittelt werden.

k) Informieren Sie sich über Arbeitshilfen und Informationen im Datenschutz

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Bundesärztekammer, aber auch einzelne Landesärztekammern, haben angekündigt, allgemeine Informationen und Arbeitshilfen zur Umsetzung der neuen Datenschutzbestimmungen der DS-GVO und des überarbeiteten BDSG herauszugeben. Im Deutschen Ärzteblatt, Heft 10/2018 vom 09. März 2018, sind die überarbeiteten „Hinweise und Empfehlungen zur ärztlichen Schweigepflicht, Datenschutz und Datenverarbeitung in der Arztpraxis“ veröffentlicht. Beide Standardorganisationen haben zudem einen „Datenschutz-Check 2018 - Was müssen Arztpraxen angesichts der neuen Vorschriften zum Datenschutz tun?“ herausgegeben. Auch diese Hinweise finden Sie im Deutschen Ärzteblatt vom 09.03.2018, Heft 10/2018. Diese enthalten auch weiterführende Empfehlungen und Muster für das Verzeichnis der Datenverarbeitungstätigkeiten, für die Auftragsdatenverträge und für die Umsetzung von Informationspflichten.

Im Zuge der fortschreitenden Digitalisierung unserer Gesellschaft, gerade im Gesundheitswesen, werden die Anforderungen an den Schutz personenbezogener Daten immer wichtiger. Der richtige Umgang mit personenbezogenen Daten ist daher „Chefsache“. In diesem Sinne müssen sich alle Praxisinhaber und Klinikgeschäftsführungen zwangsläufig mit den Neuregelungen der DS-GVO und des BDSG befassen. Bei näherem Hinsehen und der Umsetzung der geforderten (vertraglichen) Strukturen sind die Hürden nicht so hoch, wie es auf den ersten Blick den Eindruck macht. Guter Datenschutz führt auch zu einer besseren Compliance gegenüber Patienten und eigenem Personal. Nutzen Sie diese Möglichkeiten. ○

Frage & Antwort



Haftpflichtversicherung des Krankenhauses für den Honorararzt



Antwort von Dr. jur. Jörg Heberer:

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

FRAGE:

Ein niedergelassener Arzt, der in einem Krankenhaus honorarärztliche Leistungen erbringt fragt an, inwieweit die Haftpflichtversicherung eines Krankenhauses, die grundsätzlich auch die operative Tätigkeit eines Honorararztes abdeckt, auch dann greift, wenn ein Teil des Verschuldens bereits im Rahmen der ambulanten Tätigkeit des Honorararztes in eigener Praxis (fehlerhafte Indikationsstellung und Aufklärungsmangel) stattgefunden hat.

ANTWORT:

Diese Frage hat jüngst das OLG Naumburg (Urteil vom 24.03.2017, Az.: 1 U 109/16) zugunsten des Arztes entschieden. Es geht hier von einem einheitlichen Geschehen aus, so dass auch Versäumnisse außerhalb der klassischen Honorararztstätigkeit durch die Versicherung des Krankenhauses abgedeckt seien.

Es liege dann eine einheitliche Behandlung mit Schwerpunkt auf der Operationsdurchführung vor, wenn aus der Warte des Patienten klar war, dass es sich bei der im Rahmen der ambulanten Behandlung in Aussicht genommenen Operation um eine solche handeln wird, die der niedergelassene Facharzt als Honorararzt in dem Krankenhaus vornimmt. Die Elemente Indikationsstellung, OP-Aufklärung und Operationsdurchführung bildeten in einer solchen Sachverhaltskonstellation (Personenidentität von ambulant vorbehandelndem, niedergelassenen Facharzt einerseits und honorarärztlichem Operateur im Krankenhaus andererseits) eine untrennbare Einheit, die ihren Schwerpunkt im Operationsgeschehen hat, das der Facharzt als Honorararzt durchführt.

Die KH-Haftpflichtversicherung ist deshalb in einem solchen Fall eintrittspflichtig. ○

Heberer J. F+A: Haftpflichtversicherung des Krankenhauses für den Honorararzt. *Passion Chirurgie*. 2018 Mai; 8(05): Artikel 04_08.



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

Frage & Antwort



Vergütungsanspruch bei nicht gewährten Pausenzeiten



Antwort von Dr. jur. Jörg Heberer:

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

FRAGE:

Ein angestellter Arzt fragt an, ob er wegen nicht gewährter Pausenzeiten einen Vergütungsanspruch hat.

ANTWORT:

Grundsätzlich einmal ergeben sich die Pausenzeiten aus § 4 ArbZG. Es handelt sich hierbei um zwingendes Recht, so dass davon auch nicht abgewichen werden kann. Der Anspruch auf Pause besteht daher.

Dass man die Pausenzeiten nicht gewährt hat, ist aber vergütungsrechtlich nicht

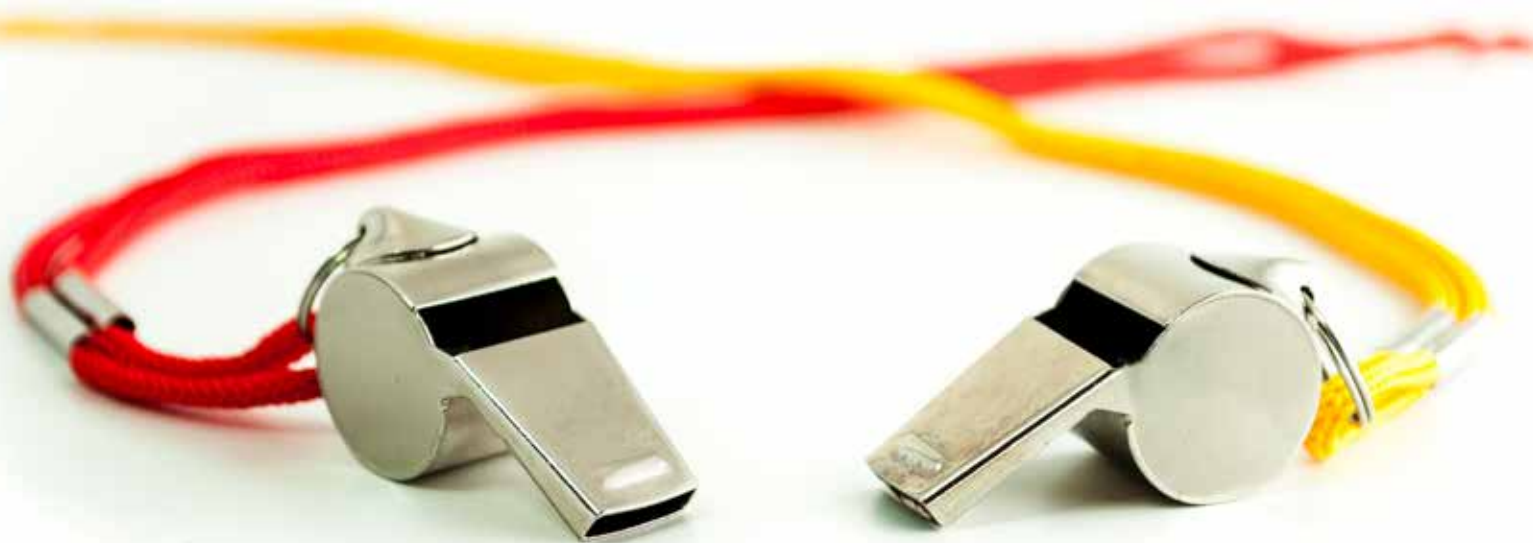
sanktionierbar. Eine Vergütung scheidet aus, da es sich um Pausenzeiten handelt, die nicht vergütet werden müssen. Es bliebe allenfalls ein Schadenersatzanspruch.

Leider geht die einschlägige Kommentierung zu § 4 ArbZG davon aus, dass auch bei einer Nichtgewährung der Pausenzeiten kein Schadenersatzanspruch gegeben ist. Denn man geht davon aus, dass die Ruhepause grundsätzlich nicht vergütungspflichtig ist und die dadurch entgangene „bloße Freizeit“ ist leider kein Schaden im Sinne des Gesetzes. Dies hat das Bundesarbeitsgericht (BAG) bereits 1972 so entschieden. ○

Heberer J. F+A: Vergütungsanspruch bei nicht gewährten Pausenzeiten. *Passion Chirurgie*. 2018 Mai; 8(05): Artikel 04_09.



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



© iStock/Lalocradio

BG-Clearingstelle jetzt auf Bundesebene aktiv

Clearingstellen zur Schlichtung von Gebührenstreitigkeiten auf Ebene der Landesverbände der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) wurden vom BDC schon seit mehr als zehn Jahren vehement gefordert und unterstützt. Auf Initiative und Betreiben des Bundesverbandes der D-Ärzte (namentlich Tankred Haase aus Berlin) wurde 2010 das erste Pilot-Projekt im DGUV-Landesverband Nord-Ost erfolgreich etabliert. Der BDC hat dann die Ausweitung der Clearingstellen auf die anderen fünf Landesverbände der DGUV personell, organisatorisch und finanziell unterstützt. So konnten Clearing-Anträge bis Ende 2017 zentral an den

BDC gerichtet werden und wurden von dort in die zuständigen regionalen Clearingstellen verteilt. Boxberg hat in *Passion Chirurgie* 06/2017 über die erfolgreiche Umsetzung der Clearing-Verfahren berichtet [1].

Ab 2014 waren in allen Landesverbänden der DGUV Clearingstellen vorhanden, die durch pragmatische und sachorientierte Arbeit einen wesentlichen Beitrag zur Befriedung der ärgerlichen Streitigkeiten zwischen D-Ärzten und BG-Verwaltungen über Rechnungskürzungen leisteten. Allerdings unterschieden sich die Geschäftsordnungen und damit der Ablauf der Verfahren in den einzelnen

**Korrespondierender Autor:****Dr. med. Peter Kalbe**

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

**Dr. med. Werner Boxberg**

Regionalvertreter Niedergelassene im
BDC|Landesverband Nordrhein
designierter Leiter der gemeinsamen
BG-Kommission der unfallchirurgisch-
orthopädischen Berufsverbände
Geschäftsführender Arzt
Bundesverband der D-Ärzte e.V.
Friedrich-Ebert-Str. 128A
42117 Wuppertal
boxberg@bdc.de

Kalbe P, Boxberg W: BG-Clearingstelle jetzt auf
Bundesebene aktiv. *Passion Chirurgie*. 2018 Mai;
8(05): Artikel 05_01.



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

Clearingstellen in Details voneinander. Darüber hinaus war die vom Präsidium des BDC bewilligte Übernahme der Reise- und Sitzungskosten sowie der Kosten für die Verwaltung und die erforderlichen Begutachtungen im Sinne einer Anschubfinanzierung auf Ende 2016 limitiert, sodass der dringende Wunsch bestand, das erfolgreiche Clearing-Verfahren auf die Bundesebene zu verlagern, um folgende Ziele zu erreichen:

- einheitliche bundesweite Anlaufstelle für die Antragstellung (s. Adresse unten)
- einheitliche Spruchpraxis und entsprechende Anpassung der „Arbeitshinweise“
- Kommunikation der Ergebnisse der Verfahren unter den Vertragspartnern
- Geschäftsführung, Verwaltung und Finanzierung durch die zuständigen Vertragspartner, nämlich durch die kassenärztliche Bundesvereinigung und die gesetzliche Unfallversicherung

Mit einer Änderung des Vertrags zwischen der KBV und der DGUV zum 01.01.2018 ist dieses Ziel nunmehr erreicht worden. Der § 66 des „Ärztevertrags“ (s. u.) wurde geändert. Die dort in der früheren Vertragsfassung definierten „Schlichtungsstellen“ hatten sich als bürokratische Monster erwiesen und waren daher in den meisten DGUV-Landesverbänden nicht aktiv geworden. An ihre Stelle tritt jetzt die bundesweite Clearingstelle.

Die bundesweite Clearingstelle wird mit Ärzten besetzt, die auch zuvor schon in den landesweiten Clearingstellen Erfahrungen gesammelt haben. Der bewährte Verfahrensablauf [2] wird weitergeführt:

- Antragstellung mit schriftlicher Begründung und unter Beifügung der anonymisierten Unterlagen (Rechnungen und Schriftverkehr, Patientendokumentation),
- bei Antragsstellung durch Ärzte und Psychotherapeuten erfolgt eine Vorprüfung durch erfahrene Kollegen der gleichen Fachrichtung,
- bei Antragsstellung durch Berufsgenossenschaften und Unfallkassen erfolgt eine Vorprüfung durch die Landesverbände der DGUV,
- kollegiale Beratung und Moderation im Vorfeld, sodass die Mehrzahl der Anträge

bereits auf dieser Ebene geschlichtet werden kann,

- Beratung der verbleibenden strittigen Sachverhalte bei Sitzungen der Clearingstelle,
- nur einstimmige Entscheidungen und Empfehlungen,
- der Rechtsweg bleibt weiterhin offen.

Die Ausweitung auf Bundesebene hat jetzt auch zur Folge, dass in den Kreis der Sachverständigen neben D-ärztlich tätigen Chirurgen sowie Orthopäden/Unfallchirurgen auch eine psychologische Psychotherapeutin und ein Dermatologe aufgenommen wurden.

Um Missverständnissen vorzubeugen sei nochmals darauf hingewiesen, dass die Clearingstelle sich als Schlichtungsorgan vor allem für strittige Auslegungen der Gebührenordnung (UV-GOÄ) versteht. Bei darüber hinaus gehenden Probleme, z. B. bezüglich der Beteiligung am D-Arzt-Verfahren oder der Auslegung des Vertrags oder der sachlichen und strukturellen D-Arzt-Bedingungen, ist der zuständige DGUV-Landesverband erster Ansprechpartner. Der BDC bietet dazu seine individuelle Beratung und Unterstützung an.

Darüber hinaus ist der BDC als Initiator und in der Geschäftsführung der „Gemeinsamen BG-Kommission der unfallchirurgisch-orthopädischen Berufsverbände“ aktiv. Dort treffen sich zweimal im Jahr die ärztlichen Interessenverbände und die

Clearingstelle der KBV auf Bundesebene

Barbara Berner,
Fachabteilungsleiterin
Herbert-Lewin-Platz 2
10592 Berlin
Clearingstelle-Unfallversicherung@
kbv.de

wissenschaftliche Fachgesellschaft (DGOU) mit der DGUV auf Bundesebene, um aktuelle Probleme und Zukunftsfragen des BG-Verfahrens zu diskutieren. Dieses Gremium war letztlich auch eine wesentliche Triebfeder für die Einrichtung der Clearingstellen. Ein besonderer Dank geht im Namen der vom BDC vertretenen D-Ärzte an Frau Rechtsanwältin Barbara Berner von der KBV, die sich stets als unermüdliche Unterstützerin für dieses Projekt eingesetzt hat.

LITERATUR

- [1] Boxberg W. Drei Jahre „Clearingstellen“ in Deutschland – eine Erfolgsgeschichte. *Passion Chirurgie*. 2017 Juni, 7(06): Artikel 05_02.
- [2] Verfahrensordnung der Clearingstelle: http://www.kbv.de/media/sp/VO_Clearingstelle_Bundesebene.pdf, zugegriffen zuletzt 10.3.2018

§ 66 ÄRZTEVERTRAG

§ 66 Clearingstelle auf Bundesebene

- (1) Die Vertragspartner errichten eine Clearingstelle, die der einvernehmlichen Klärung und Beilegung von Differenzen zwischen Ärzten und Unfallversicherungsträgern, die sich aus der Erbringung und Abrechnung ärztlicher Leistungen nach diesem Vertrag einschließlich der UV-GOÄ ergeben, dient. Antragsberechtigt sind Ärzte, die eine Leistung für einen Träger der gesetzlichen Unfallversicherung erbracht haben sowie die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung. Antragsberechtigt sind auch Psychotherapeuten bei Auslegungsfragen zum Vertrag und zur Anlage 2 dieses Vertrages (Gebührenverzeichnis Psychotherapeuten).
- (2) Eine Entscheidung der Clearingstelle schließt den Rechtsweg nicht aus.
- (3) Die Clearingstelle wird aus Vertretern der KBV einerseits und Vertretern der Träger der gesetzlichen Unfallversicherung andererseits jeweils in gleicher Zahl gebildet. Die Clearingstelle gibt sich eine Verfahrensordnung.

Stand 01.01.2018

Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger – KBV

Prämien für Haftpflichtversicherung von chirurgischen Belegärzten sind in den letzten Jahren explodiert



Dirk Farghal

Leiter der Arbeitsgemeinschaft Beleg- und Kooperationsärzte im BDC
Chirurgische Praxis am Hauptbahnhof
Bahnhofplatz 9, 97424 Schweinfurt
dirk.farghal@t-online.de
www.chirurgie-schweinfurt.de

Die erstmalige Sitzung der Arbeitsgemeinschaft der Beleg- und Kooperationsärzte im BDC am 23.02.2018 im Rahmen des Bundeskongress Chirurgie in Nürnberg stand unter dem Motto der zunehmenden Problematik der Haftpflichtversicherungen für Belegärzte.

Die Schlagzeilen der explodierenden Haftpflichtversicherungsprämien und der fehlenden Versicherer für Hebammen und nun auch für Geburtshelfer sind bei allen noch präsent. Vielen chirurgischen und orthopädischen Belegärzten drohte in den letzten Jahren das gleiche Schicksal. Daher war die Haftpflichtversicherung Hauptthema der diesjährigen Frühjahrsitzung der Arbeitsgemeinschaft der Beleg- und Kooperationsärzte im BDC.

Mit Herrn Marcel Nunne, Leiter des Geschäftsfeldes Ambulantes Gesundheitswesen und Herrn Marcel Märten, Versicherungsmathematiker der ECCLESIA Versicherungsdienst GmbH konnten wir zwei Experten auf dem Gebiet gewinnen.

Von 2009 bis 2018 hat es eine erhebliche Marktbereinigung in der Anzahl der Versicherungsanbieter von 22 auf nur noch acht gegeben. Die Jahresprämien liegen je nach Anbieter aktuell für einen Belegarzt mit bis zu fünf Belegbetten zwischen 11.495,40 Euro

und 20.917,82 Euro (Brutto-Tarifprämien ohne Rabattierungen).

Ursache hierfür sind u.a. die Rechtsprechung, die immer höhere Schmerzensgelder zuspricht, aber auch die in den letzten Jahrzehnten stark gestiegene Lebenserwartung von schwerst Geschädigten und die daraus resultierenden steigenden Pflege- sowie Rentenkosten. Zudem lassen sich die tatsächlichen Kosten eines Versicherungsfalles erst ca. 13 Jahre nach dessen Eintritt annähernd feststellen. Diese Faktoren stellen ein erhebliches Kalkulationsrisiko für die Versicherer dar, das bei einigen Anbietern im letzten Jahrzehnt zu massiven Verlusten im Geschäftssegment geführt hat und ist somit auch der Grund, weswegen einige sich aus diesem Versicherungsfeld zurückgezogen haben oder andere wiederum die Prämien erheblich anheben. Das derzeit niedrige Zinsumfeld verschärft die Situation zusätzlich, da die ausbleibenden Zinsgewinne über die Abwicklungsdauer eines Schadens kalkulatorisch zu einer signifikant höheren Rückstellung führen.

Deutlich hervorgehoben wurde aber auch, dass sich die Jahresprämie in der Regel halbiert oder sogar noch deutlich günstiger wird, wenn ein Rahmenvertrag – wie z. B. der über den BDC – genutzt wird. ○

Farghal D: Prämien für Haftpflichtversicherung von chirurgischen Belegärzten sind in den letzten Jahren explodiert. *Passion Chirurgie*. 2018 Mai, 8(05): Artikel 05_02.



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



**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



AKTUELLE MELDUNGEN



17.04.2018

ARZTASSISTENTEN: DIE ROLLE DES PHYSICIAN ASSISTANT IM KRANKENHAUS

In den vergangenen Jahren müssen sich Ärzte im Krankenhaus neben der Patientenbetreuung zunehmend auch um administrative und bürokratische Tätigkeiten kümmern. ...



16.04.2018

BDC⁺ DEUTSCHE HYGIENEPOLITIK

Im Kampf gegen nosokomiale Infektionen und multiresistente Erreger sind in Deutschland erste Erfolge sichtbar. Die Risiken durch Antibiotikaresistenzen ...



13.04.2018

KBV FORDERT SCHRITTWEISE ENTBUDGETIERUNG ÄRZTLICHER LEISTUNGEN

Einem unbegrenzten Bedarf der Patienten an ärztlichen Leistungen kann aus Sicht der KBV keine budgetierte Vergütung der Ärzte gegenüber stehen. ...



11.04.2018

RENTENWELLE UND NACHWUCHSPROBLEME: BALD GEHEN UNS DIE CHIRURGEN AUS

Bis 2020 erreichen etwa 11 000 Chirurgeninnen und Chirurgen das Rentenalter, das betrifft etwa die Hälfte aller niedergelassenen und fast jeden dritten stationär tätigen Chirurgen. ...



10.04.2018

CHIRURGEN UND PFLEGERAT FORDERN STEUERFINANZIERTES SOFORTPROGRAMM FÜR PFLEGE

Immer häufiger müssen Operationssäle leer stehen und Intensivbetten gesperrt werden, weil in den Kliniken das Fachpersonal fehlt. ...



09.04.2018

NEUER TIEFSTAND BEI KINDER-ORGANTRANSPLANTATIONEN

Die Zahl der Organtransplantationen bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland ist im vergangenen Jahr auf den niedrigsten Stand seit 2008 gesunken. ...

Rekrutierende multizentrische chirurgische Studien in Deutschland

AUS DER
DGCH

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. Um- satzsteuer)/Patient	Dr. J. Lauscher Universitätsmedizin Berlin, Charité Campus Benja- min Franklin Chirurgische Klinik I T: 030/8445-2948 F: 030/450-522 902 E: johannes.lauscher@charite.de
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-BERNER₆				
Registrierungsnummer: ISRCTN 26157183				
Prof. Dr. H. Witzigmann	Chronische Pankreatitis Experimentelle Gruppe: Duodenumhaltende Pankreaskopfresektion nach Frey Kontrollgruppe: Duodenumhaltende Pankreaskopfresektion in der Berner Modifikation	FPI: 16.03.2006 65 von 66 Patienten	– Kein Fallgeld	Dr. U. Ringel und K. Westphal Städtisches Krankenhaus Dresden-Friedrichstadt Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie T: 0351/480-1520 F: 0351/480-1149 E: ringel-ul@khdf.de, Katina-Westphal@web.de

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 ≥ 1 cm 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: PAKMAN₁₀ 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	FPI: 19.11.2013	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
	Experimentelle Gruppe: Lungenkeilektomie mit parietaler Pleurektomie	246 von 360 Patienten		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
	Kontrollgruppe: Alleinige parietale Pleurektomie			

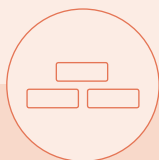
- [1] Influence of two different resection techniques of liver metastasis from colorectal cancer on hematogenous tumor cell dissemination – prospective randomized multicenter trial
- [2] Randomisierte, multizentrische Studie mit der primären Hypothese, dass kontrolliertes Warten (watchful waiting) dem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

SPENDENAUFRAF

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. Rüeff, München
Herr Prof. Dr. med. Karl-Joseph Paquet, Bad
Kissingen

Herr Prof. Dr. med. Dr. h.c. Volker
Schumpelick, Aachen

Herr Prof. Dr. med. Yoshiki Hiki, Tokio/Japan

Herr Prof. Dr. med. Hans-Bernd Reith,
Konstanz

Herr Dr. med. Goswin von Mallinckrodt,
München

Herr Prof. Dr. med. Lothar Kinzl, Ulm

Frau Ingrid und Herr Dr. med. Robert Raus,
Riedlingen

Frau Dr. med. Ursula Engel, Hamburg

Enddarm-Zentrum Bietigheim,

Herr Dr. med. Wolfgang Pfeiffer,

Herr Dr. med. Markus Piro-Noack,

Herr Dr. med. Edgar Kraft

Herr Prof. Dr. med. Thomas Rüedi,

Maienfeld/Schweiz

in memoriam Prof. Dr. med. Martin

Allgöwer, Chur/Schweiz

Herr Prof. Dr. med. Gert Specht, Berlin

Herr Prof. Dr. med. Henning Weidemann,
Berlin

Herr Prof. Dr. med. Otto Scheibe, Stuttgart
in memoriam Prof. Dr. med. Helmut
Remé, Lübeck

Herr Prof. Dr. med. Stephan Langer,
Mönchengladbach

Herr Dr. med. José Luis Narro, Köln

Herr Prof. Dr. med. Wolfgang Ulf Wayand,
Linz

Herr Prof. Dr. med. Werner Grill, Starnberg

Herr Prof. Dr. med. Fritz Kümmerle, Mainz

Herr Prof. Dr. med. Dr. h.c. mult. Friedrich
Stelzner, Bonn

Herr Prof. Dr. med. Günther Vetter, Bad Vilbel
in memoriam Prof. Dr. med. Hans-
Bernhard Sprung, Dresden

Frau Dr. med. Eva Böhlau, Bad Soden
1991–2011 DGT in memoriam

Prof. Dr. med. Ingolf Vogt-Moykopf
zum 80. Geburtstag

Herrn Prof. Dr. med. Gerhard Krönung,
Wiesbaden
in memoriam Prof. Dr. med. Johannes
Christian Dobroschke, Regensburg

Herr Prof. Dr. med. Alois Fürst

Herr Dr. med. Arthur Heiligensetzer

Herr Dr. med. Peter Sauer

Herr Dr. med. Bernfried Pikal

Herr Dr. med. Johannes Winfried Pruy
in memoriam Prof. Dr. med. Johannes
Christian Dobroschke, Regensburg

Herr Prof. Dr. med. Christian Müller,
Hamburg

Herr Dr. med. Friedrich Klee, Heidelberg

Herr Prof. Dr. med. Karl Dinstl, Wien
in memoriam Prof. Dr. med. K. Keminger

Herr Prof. Dr. med. Axel Richter, Hildesheim

Herr Prof. Dr. med. Ernst Teubner, Göppingen

Herr Prof. Dr. med. Martin Büsing,

Recklinghausen

Herr Dr. med. Helge Hölzer, Stuttgart

in memoriam Prof. Dr. med. Gerhard

Köveker, Sindelfingen und Böblingen

Herr Dr. med. Friedemann Schreiter,

Hamburg

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

Meyer, Hannover

Herr Prof. Dr. med. Konrad Schwemmle,
Linden

Herr Dr. med. Frank U. Zittel, Frankenthal

in memoriam Prof. Dr. med. Richard

Xaver Zittel

Herr Prof. Dr. med. Wulf Brands, Karlsruhe

in memoriam Dr. med. Hartmut Wirth,

Mannheim

Herr Prof. Dr. med. habil. Dieter Bokelmann,
Essen

in memoriam Dr. med. Ottmar Kohler,

Idar-Oberstein

Herr Prof. Dr. med. Hermann 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 Kozushek,
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

Kozushek, Bochum

Herr Prof. Dr. med. Horst Hamelmann, Kiel

Herr Prof. Dr. med. Paul Hahnloser, Zürich

in memoriam Prof. Dr. med. Åke Senning

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, Höchststadt/
Aisch

Herr Dr. med. Michael-Alexander Reinke,
Plettenberg

Herr Dr. med. Winfried Hölter, Monheim

Herr Dr. med. Matthias Becker, Possendorf

Frau Dr. med. Martina Mittag-Bonsch,
Crailsheim

Zur Erinnerung an den Virchow-Schüler Paul
Langerhans, Berlin und Madeira. Seine
Familie

Herr Prof. Dr. med. Stefan Riedl, Göppingen

Herr Dr. med. Gerwin Alexander Bernhardt,
Voitsberg/Österreich

Herr Dr. med. Georgios Adamidis, Pirmasens

Herr Dr. med. Orhan Özdemir, Herborn

Herr Dr. med. Marcus Giebelhausen,
Paderborn

Herr Prof. Dr. med. Matthias Richter-Turtur,
Münsing

Herr Dr. med. Michael Eckert, Speyer
in memoriam

Prof. Dr. med. Kurt Spohn

Herr Prof. Dr. med. Rudolf Bedacht,
München

Herr Dr. med. Hans-Joachim Wigro,
Bielefeld

Herr Dr. med. Ingolf Hoellen, Backnang

Herr Dr. med. Konrad Prenner, Salzburg

Herr Dr. med. Radovan Stojanovic, Kassel

Herr Dr. med. Jörg Kluge, Erfurt

in memoriam Dr. med. habil Werner
Kluge, Dresden

Herr Dr. med. Roland Kluge, Dresden

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

Frau Dr. med. Ricarda E. Sieben,
Braunschweig

Herr Dr. med. Peter Gilsdorf, Mainz

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

Herr Dipl.-Ing. H. - F. Bär, Werl

Herr Dr. med. Albert Schreiber, Neumarkt
in memoriam Dr. med. Claus Wiedmann

Frau Dr. med. Waltraud von Kothén,
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

Saarländische Chirurgenvereinigung e.V.,
Saarbrücken

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

SPRECHER DER SENATOREN

N. P. Haas, Berlin
B. Ulrich, Düsseldorf

SENATOREN

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



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

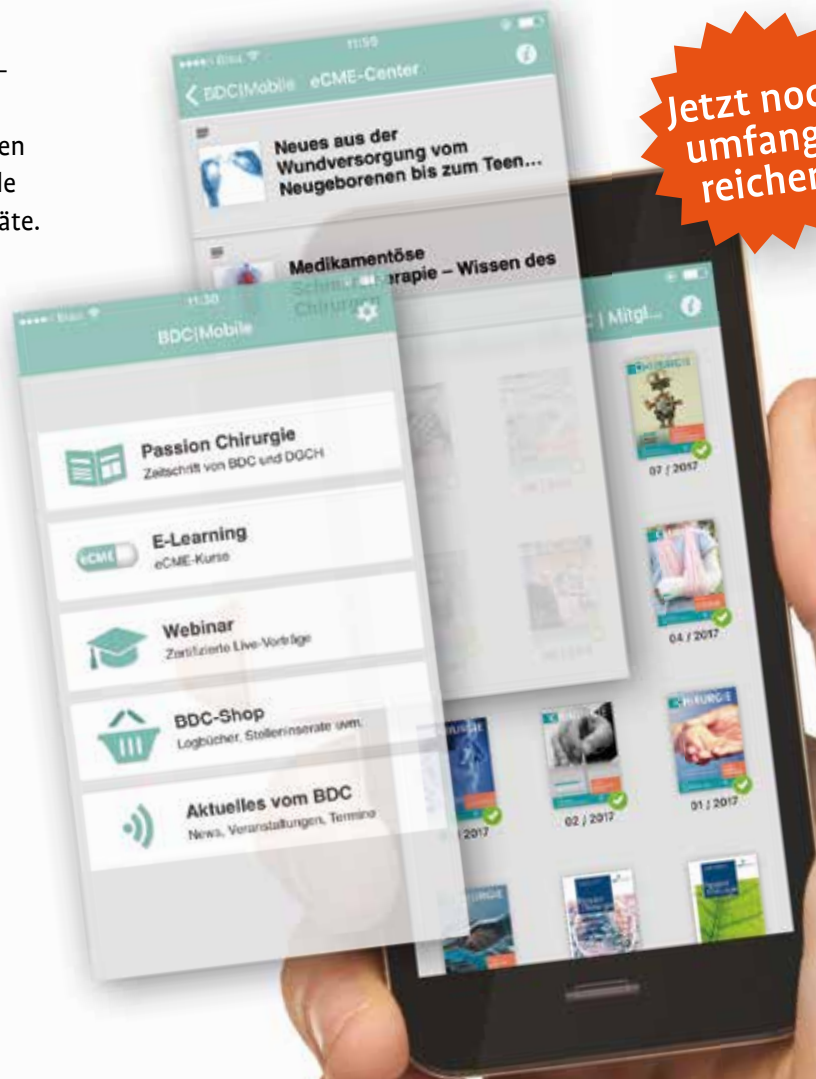
Die schnellsten Infos für
Chirurginnen und Chirurgen

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.



Nachwuchs-Kongress: Klappe, die zwölfte



Julia Weilbach

Presse- & Öffentlichkeitsarbeit
im BDC
Luisenstraße 58/59
10117 Berlin
weilbach@bdc.de

Zum zwölften Mal veranstalteten der BDC und BDI in diesem Jahr den Nachwuchs-Kongress „Staatsexamen & Karriere“ – das erfolgreiche Kongressformat für Medizinstudierende. Während der beiden Tage wurden Kenntnisse aus dem Studium aufgefrischt und um klinisch-praktische Skills erweitert. Mit Videositzungen, Fallbeispielen sowie Tipps und Tricks aus dem Klinikalltag trainieren anerkannte Experten die Studierenden auf dem Kongress. Außerdem gab es zum ersten Mal ein neu gestaltetes Beiprogramm als Prüfungstraining: Clinical Reasoning.

Dabei werden Prüfungssituationen und Fälle gemeinsam erarbeitet.

„Clinical Reasoning ist ein sehr gutes Tool, um sich auf mündliche Prüfungen vorzubereiten“, erklärt Andreas Jerrentrup, einer der wissenschaftlichen Leiter des Kongress. Die Referenten geben sprechen dabei vor Kleingruppen ihre Überlegungen aus, die sie für die richtige Therapie und Behandlung von Patienten anstellen. Um es möglich authentisch zu gestalten, kennen die Mediziner die ausgewählten Fälle nicht.

160

FACTS

13

Beim Nachwuchs-Kongress „Staatsexamen & Karriere“ in Frankfurt am Main waren insgesamt mehr als 160 Teilnehmer vor Ort.

Insgesamt 13 Referenten informierten die Studierenden beim Kongress.

60

Ungefähr 60 der Teilnehmer nutzten das neue begrenzte Format „Clinical Reasoning“.



Weilbach J. Nachwuchs-Kongress: Klappe, die zwölfte. Passion Chirurgie. 2018 Mai, 8(05): Artikel 07_01.



Weitere Information zur Veranstaltung auf BDC|Online (www.bdc.de, Rubrik Wissen | Karriere).

ÜBER DEN NACHWUCHS-KONGRESS „STAATSEXAMEN & KARRIERE“

Bereits seit 2012 bieten die Berufsverbände der Deutschen Chirurgen (BDC) und Internisten (BDI) ein eigens entwickeltes Seminar- und Kongressformat für Medizinstudierende an, das auf die 3. Ärztliche Prüfung vorbereitet.

Im Zentrum stehen dabei der praktisch-mündliche Prüfungsteil der beiden Pflichtfächer Chirurgie und Innere Medizin sowie Tipps und Tricks aus dem Klinikalltag und viele wertvolle Kontakte.

Wissenschaftliche Leiter:



Prof. Dr. med. Michael
Denking, Ulm



Prof. Dr. med. Carsten
J. Krones, Aachen



PD Dr. med. Andreas
Kirschniak, Tübingen



Dr. med. Andreas Jerrentrup,
Marburg

IMPRESSIONEN



Der ambulante Traumjobfinder



App.in.den.OP®

Chirurgischer Stellenmarkt als kostenlose App für Smartphones und Tablets

App.in.den.OP® ist die Stellenplattform des Berufsverbandes der Deutschen Chirurgen (BDC e.V.) In Zusammenarbeit mit dem Deutschen Ärzteblatt und fachaerztejobs.de.



- Jederzeit und überall Zugriff auf die aktuellsten Stellenanzeigen.
- Erleichterte Suche durch treffsichere Filterung.
- Kontaktmöglichkeit und Weiterleitungsoptionen direkt aus der App.in.den.OP®

Erhältlich im App Store



Kostenlos im App Store und auf Google Play erhältlich!

Jetzt installieren!

GET IT ON Google play



LANDESVERBAND



BDC|Mecklenburg-Vorpommern: Protokoll des Jahrestreffens

Am 13. Dezember 2017 fand im Restaurant „Gerberstube“ in Greifswald das Jahrestreffen des Landesverbandes BDC|Mecklenburg-Vorpommern statt. Mit 22 Teilnehmern, die aus fast allen Landesteilen anreisten, war die Beteiligung sogar etwas über dem Durchschnitt der letzten Jahre. Hauptthema der diesjährigen Zusammenkunft war die gegenwärtige Situation und Perspektive der Allgemeinchirurgie in den Praxen sowie in den Häusern der Grund- und Regelversorgung.

[Zum Beitrag...](#)

RUNNING SURGEONS



Berliner 5 x 5 TEAM-Staffel – 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 20. Mai 2018 an.

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



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

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. Jüßen 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
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		Norderstedt	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
03.12.18	07.12.18	Berlin	2018-21664	Basischirurgie: Common Trunk	PD Dr. med. Stephan Gretschel, Dr. med. Christian Müller	400,00	600,00

FACHARTZTVORBEREITUNG

DATUM		ORT	KURS-NR.	SEMINARTITEL	WISSENSCHAFTLICHER LEITER	PREIS MITGLIED	PREIS NICHT-MGL
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
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		
19.10.18	20.10.18	Berlin	2018-28136	Supervision Mastertrainer für die strukturierte Facharztweiterbildung	Prof. Dr. med. Marcus Siebolds	200,00	350,00

FACHBEZOGENE SEMINARE, WORKSHOPS UND HOSPITATIONEN

DATUM		ORT	KURS-NR.	SEMINARTITEL	WISSENSCHAFTLICHER LEITER	PREIS MITGLIED	PREIS NICHT-MGL
04.06.18	06.06.18	Berlin	2018-23678	Viszeralchirurgie Kompakt: Kolorek- tale 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: Endokri- ne Chirurgie	Prof. Dr. med. Thomas Steinmüller; Dr. Mechthild Hermanns	250,00	450,00
08.06.18	09.06.18	Mannheim	2018-23675	Viszeralchirurgie Kompakt: Prok- tologie	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 Viszeralchirurgi- sches 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: Hepato- biliäre 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
12.10.18		Berlin	2018-23687	Management von Anastomo- seninsuffizienzen im oberen Gast- rointestinaltrakt	Prof. Dr. med. Clemens Schafmayer		
18.10.18	19.10.18	Berlin	2018-22403	CAMIC 2: Endoskopische Hernienchirurgie	Prof. Dr. med. Ferdinand Köckerling	400,00	600,00
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

FACHBEZOGENE SEMINARE, WORKSHOPS UND HOSPITATIONEN

DATUM		ORT	KURS-NR.	SEMINARTITEL	WISSENSCHAFTLICHER LEITER	PREIS MITGLIED	PREIS NICHT-MGL
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. Christiane Bruns, Prof. Dr. med. Dirk Stippel, PD Dr. med. Felix Popp	250,00	450,00
22.11.18	23.11.18	Berlin	2018-22409	Masterclass Hernienchirurgie	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
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
02.11.18	03.11.18		2018-26534	Führungsseminar für Frauen, Modul 4, Gesprächsstrategie – Souverän Klartext reden	Dr. med. Gunda Leschber, Sabine Schicke	450,00	650,00
22.11.18	24.11.18		2018-25810	Unfallbegutachtung in der gesetzli- chen Unfallversicherung	Prof. Dr. med. Bertil Boullion, Dr. med. Ekkehard Hierholzer	400,00	600,00
23.11.18	24.11.18		2018-24600	Der Chirurg als leitender Arzt	Prof. Dr. med. Heinz-Jochen Gassel	400,00	600,00

BDC|Akademie

Information und Anmeldung:

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

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

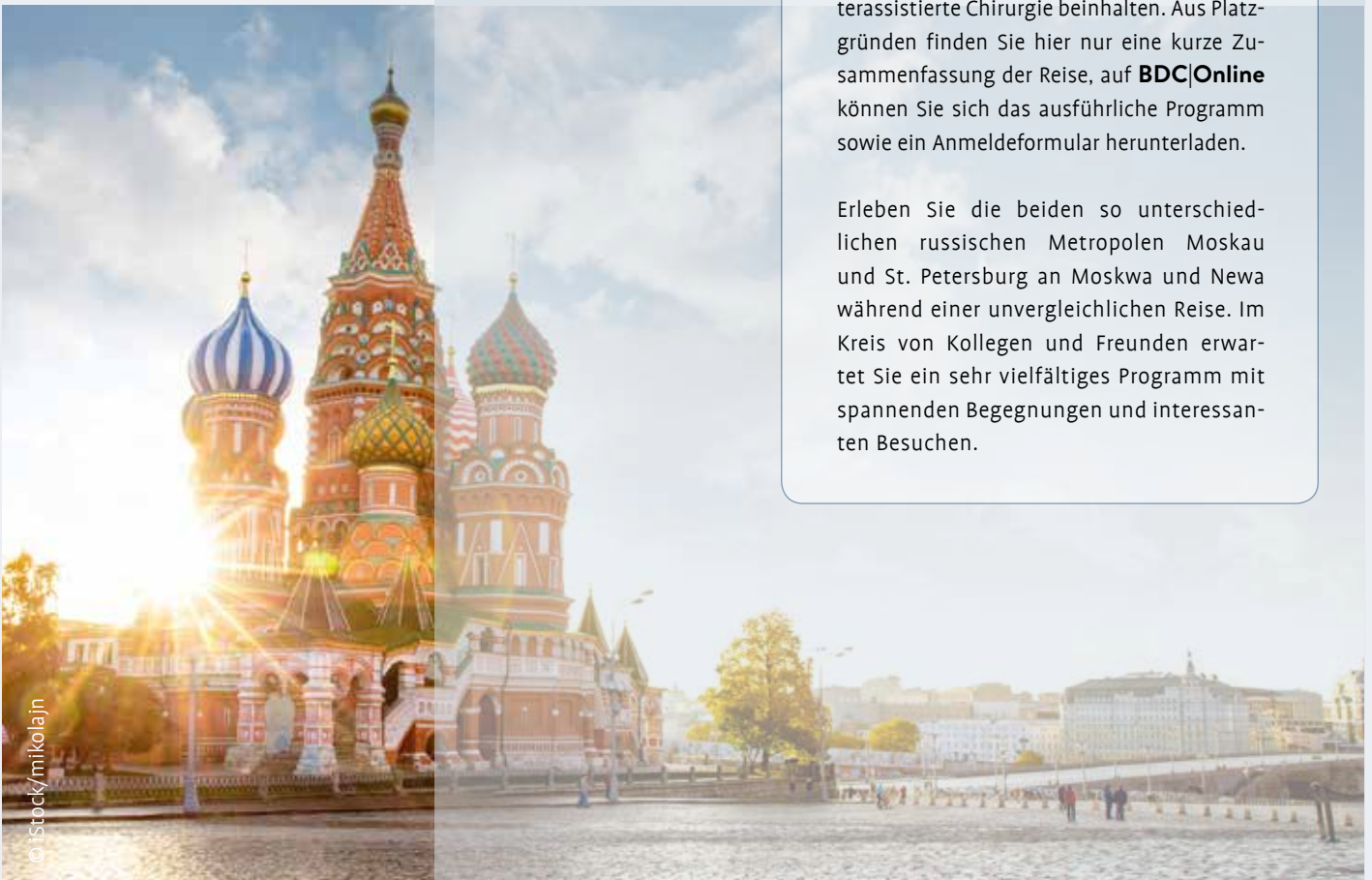
Datum		Ort	Seminartitel	Veranstalter	Preis Mitglied	Preis Nicht-Mitglied
22.5.2018	22.5.2018	Baden bei Wien	Zertifikatskurs Fraktursonografie im Wachs- tumsalter	durchblicken.org	250.00	250.00
3.6.2018	6.6.2018	Münster	69. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Neurochirurgie - Joint Meeting mit der Mexika- nischen und der Kolumbianischen Gesellschaft für Neurochirurgie	Conventus Congressmanagement & Marketing GmbH		
7.6.2018	9.6.2018	Tuttlingen	Trainingskurs Mikrogefäßchirurgie	AESULAP AKADEMIE GMBH	790.00	790.00
8.6.2018	9.6.2018	München	Munich Shoulder Fracture Course 2018	Intercongress GmbH		
12.6.2018	13.6.2018	CH-9007 St.Gallen	Euregio Bodensee Kongress	KSSG		
15.6.2018	16.6.2018	Hamburg	Anorektaler Endosonographiekurs	Akademie für Anorektale Endosonographie	400.00	400.00
18.6.2018	21.6.2018	Tuttlingen	Basiskurs Laparoskopische Chirurgie	AESULAP AKADEMIE GMBH	585.00	650.00
18.6.2018	20.6.2018	Berlin	Aufbaukurs Laparoskopische Hernienchirurgie	AESULAP AKADEMIE GMBH	690.00	740.00
18.6.2018	20.6.2018	Berlin	Kommunikation und Konfliktmanagement	AESULAP AKADEMIE GMBH	745.00	795.00
25.6.2018	27.6.2018	Bochum	Aufbaukurs Laparoskopische Hernienchirurgie	AESULAP AKADEMIE GMBH	690.00	740.00
28.6.2018	30.6.2018	Tuttlingen	Basiskurs Minimal Invasive Kinderchirurgie	AESULAP AKADEMIE GMBH	550.00	590.00
27.8.2018	31.8.2018	Leipzig	Digital Operating Room Summer School (DORS) 2018	Innovation Center Computer Assisted Surgery ICCAS - Universität Leipzig		
20.9.2018	22.9.2018	Den Haag	13th Congress of the European Hip Society	Intercongress GmbH		
21.9.2018	22.9.2018	Köln	Medical-English Kurs II für Medizinische Fachangestellte	Frielingsdorf Consult GmbH	390.00	490.00
24.10.2018	24.10.2018	Berlin	Zertifikatskurs Fraktursonografie im Wachs- tumsalter	durchblicken.org	250.00	250.00
15.11.2018	15.11.2018	Köln	Hygiene und Arbeitsschutz	Frielingsdorf Consult GmbH	390.00	490.00
3.12.2018	6.12.2018	CH-9007 St.Gallen	European Colorectal Congress 2018	Medkongress AG		
8.12.2018	8.12.2018	Düsseldorf	Intensivkurs Röntgen chirurgische Ambulanz	durchblicken.org	350.00	350.00
9.2.2019	9.2.2019	Düsseldorf	Intensivkurs Röntgenbefundung im Wachstum- salter	durchblicken.org	350.00	350.00

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/mikolajin

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

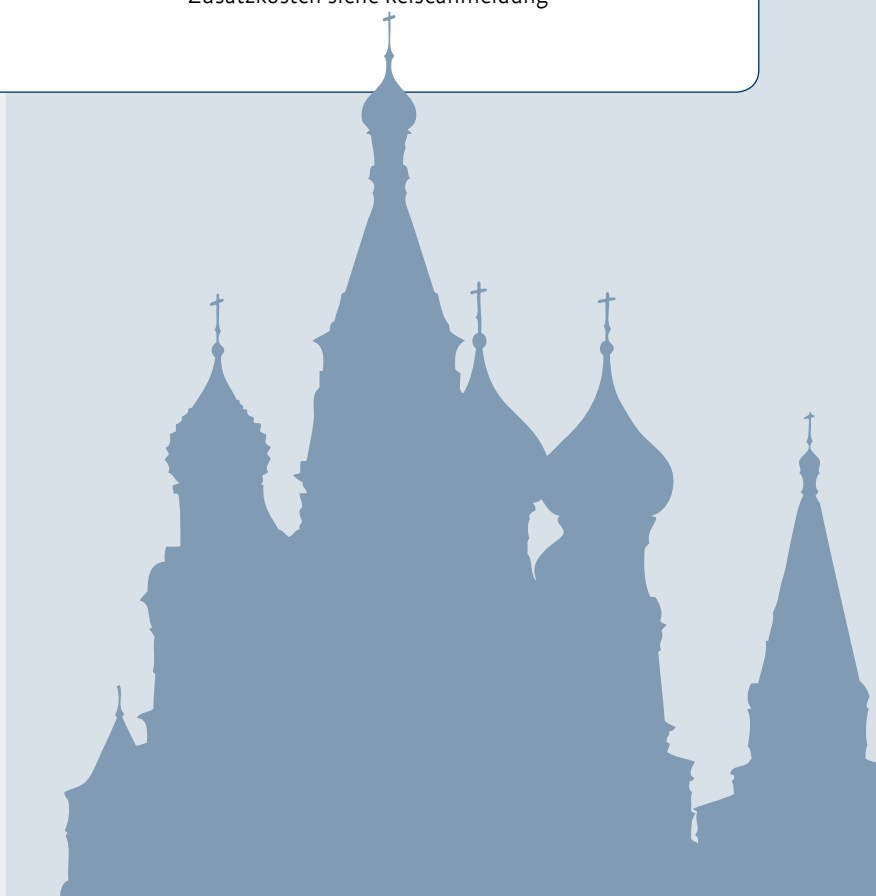
Ansprechpartner im BDC:

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).



LIFESTYLE- ANGEBOTE

im Mai 2018

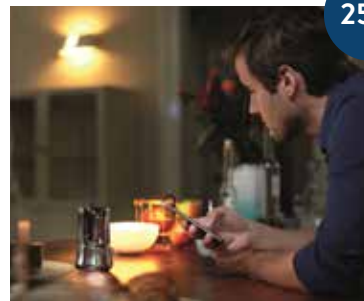
%

12 %



**MEINE ERNTE: 12 % RABATT FÜR
BDC-MITGLIEDER**

25 %



**PHILIPS HUE: 25 % RABATT FÜR
BDC-MITGLIEDER**

40 %



**HEIDE PARK: 40 % RABATT FÜR
BDC-MITGLIEDER**

20 %



HOME24: 20 % RABATT FÜR BDC-MITGLIEDER

WIE KANN ICH DIE ANGEBOTE IN ANSPRUCH NEHMEN?

Alle Service-Angebote für BDC-Mitglieder finden Sie auf BDC|Online unter der Rubrik Leistungen|Lifestyle-Angebote. Bitte halten Sie Ihre Zugangsdaten bereit. Sollten Sie sie nicht zur Hand haben, stehen wir Ihnen gern unter mail@bdc.de oder telefonisch unter 030/28004-100 für Fragen zur Verfügung.



Umfassende Fortbildung mit e.Med Interdisziplinär

Effizient fortbilden, fachübergreifend recherchieren, aktuell informieren – e.Med Interdisziplinär vereint das gesamte Springer Medizin Zeitschriften- und Fortbildungsportfolio in einem umfassenden Fortbildungsabonnement. Chirurgen erhalten damit Zugriff auf die Premiuminhalte aller medizinischen Fachgebiete von SpringerMedizin.de.

Dazu gehören die Inhalte von mehr als 400 deutsch- und englischsprachigen Zeitschriften aller Fachgebiete und ein umfangreiches Kursangebot, das es Ärzten erlaubt, einfach und komfortabel online CME-Punkte zu sammeln. Darüber hinaus ist im e.Med Kombi-Abo eine Springer Medizin Fachzeitschrift enthalten, die man aus 99 Fachzeitschriften wählen kann. Diese erhält man regelmäßig per Post. Das ermöglicht eine ideale Kombination aus Print- und Online-Inhalten: Abonnenten bestellen die Fachzeitschrift ihrer Wahl in gedruckter Form, z. B. **Der Chirurg** oder **Der Unfallchirurg**, und lesen alle weiteren Inhalte gezielt online.

”

Fundierte wissenschaftliche Kenntnisse sind für meine Arbeit wesentlich. Die Vernetzung von Website, Fachzeitschrift und Newslettern hält mich perfekt auf dem Laufenden.“

Dr. Michael Egenolf, Unfallchirurg

Alle Fachzeitschriften online lesen

Abonnenten von **e.Med Interdisziplinär** lesen die wissenschaftlich fundierten und geprüften Artikel wann und wo sie wollen. Sie können zu Hause oder in der Praxis über den PC auf die Inhalte zugreifen oder auch mobil über Tablet bzw. Smartphone. Ein umfassendes Archiv aller 99 deutschsprachigen Fachzeitschriften, inklusive sechs chirurgischer, sortiert nach Jahrgang und Ausgabe, stehen Abonnenten zur Verfügung. Ist die gedruckte Ausgabe nicht greifbar, können Abonnenten bequem online über SpringerMedizin.de auf das ePaper der gewünschten Zeitschrift zugreifen. Ein verlinktes Inhaltsverzeichnis führt direkt zum gewünschten Beitrag. Die integrierte Suchfunktion ermöglicht die komplette Ausgabe nach einem Schlagwort zu durchsuchen. Für den Fall, dass man längere Zeit nicht online ist, kann das ePaper bequem heruntergeladen werden.

Zugang zu allen CME-Fortbildungen

Rund 600 CME-Fortbildungen, darunter rund 40 chirurgische, stehen Abonnenten von **e.Med Interdisziplinär** zur Verfügung – und monatlich kommen 50 neue Kurse hinzu. Die Übermittlung der CME-Punkte an die Bundesärztekammer erfolgt automatisch.

Genau wie die Zeitschrifteninhalte sind auch die Online-Kurse von renommierten Springer-Autoren und in enger Kooperation mit Fachgesellschaften erarbeitet, sowie von mehreren Gutachtern geprüft. Die Kurse sind mit Videos, Infografiken und weiteren multimedialen Elementen ansprechend und zeitgemäß aufbereitet.

Vorteile für BDC- und DGCH-Mitglieder

Interessenten können das Fortbildungsabonnement kostenlos und unverbindlich für einen Monat testen. Das Testabo läuft nach Ablauf des Testzeitraums aus und wird nicht automatisch verlängert.

BDC- und DGCH-Mitglieder erhalten für **e.Med Interdisziplinär** dauerhaft einen Rabatt von 100 Euro was einem **Sonderpreis von 399 Euro pro Jahr** (statt regulär 499 Euro) entspricht. Auch Ärzte in Weiterbildung erhalten den 100 Euro Mitgliederrabatt und zahlen nur 299 Euro pro Jahr statt regulär 399 Euro.



100 Euro Rabatt für Mitglieder des Berufsverbands der Deutschen Chirurgen (BDC)



SpringerMedizin.de

Bestellcoupon

☐ Privat☐ Praxis/Klinik

per Fax-Antwort: +49 6221 345 4229
oder per E-Mail: leserservice@springer.com

Exklusiv für
BDC-
Mitglieder

Herrn/Frau/Titel

Vorname/Name

Institution

Straße

PLZ /Ort

E-Mail Adresse

☐ **Ja**, ich möchte e.Med zum BDC-Sonderpreis für Fachärzte von nur 399 € statt 499 € pro Jahr inkl. 19 % MwSt. bestellen.

☐ **Ja**, ich bestelle e. Med zum BDC-Sonderpreis für Ärzte in Aus- und Weiterbildung von nur 299 € statt 399 € pro Jahr inkl. 19 % MwSt.

(Einen entsprechenden Weiterbildungs-Nachweis liefere ich direkt mit bzw. mit der Nachregistrierung. Die Freischaltung des Abos erfolgt nach Prüfung der Unterlagen.)

Mein Fachzeitschriftenwunsch:

☐ Ich wähle die Zeitschrift als gedruckte Version im Rahmen von e.Med.

☐ Ich beziehe die Zeitschrift bereits als Print-Abo.

Dieses Abo wird ab der nächsten Ausgabe eingestellt und ich erhalte eine Teilgutschrift
über die nicht mehr ausgelieferten Hefte. Abo-Nummer:

E-Mail-Adresse

Einheitliche Fortbildungsnummer (EFN) oder Geburtsdatum, falls EFN nicht zur Hand

Die Angabe Ihrer EFN ist für uns besonders wichtig: So gewährleisten wir aus rechtlichen Gründen die Einhaltung der HWG-Richtlinien und können dafür sorgen, dass Ihnen als Arzt – als ein genehmigtes Mitglied der medizinischen Fachgruppen – alle Inhalte zugänglich gemacht werden.

✕

Datum

Unterschrift

*Die Mindestvertragslaufzeit beträgt 12 Monate und kann mit einer Frist von 30 Tagen vor Ablauf der Vertragslaufzeit gekündigt werden. Danach verlängert sich das Abo automatisch um ein weiteres Jahr. Die Kündigung muss schriftlich erfolgen. Alle Preise verstehen sich inklusive der gesetzl. Dt. MwSt.. Zahlungsweise jährlich.

Dieses Angebot ist gültig im Rahmen Ihrer BDC-Mitgliedschaft. Eine einmalige kostenlose Registrierung auf SpringerMedizin.de ist notwendig.

Preisänderungen und Irrtümer vorbehalten. Eine ausführliche Belehrung über Ihr Widerrufsrecht finden Sie unter SpringerMedizin.de/widerruf.

Sie haben noch Fragen? Rufen Sie uns an, wir beraten Sie gerne! Telefon: +49 (0)800 77 80 777

C0014763

100 Euro Rabatt für Mitglieder der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH) [mehr Informationen](#)

Springer Medizin +49 (0)800 77 80 777



SpringerMedizin.de

Bestellcoupon

☐ Privat

☐ Praxis/Klinik

per Fax-Antwort: +49 6221 345 4229
oder per E-Mail: leserservice@springer.com

Exklusiv für
DGCH-
Mitglieder

Herrn/Frau/Titel

Vorname/Name

Institution

Straße

PLZ/Ort

E-Mail Adresse

☐ **Ja**, ich möchte e.Med zum **DGCH-Sonderpreis für Fachärzte** von nur 399 € statt 499 € pro Jahr inkl. 19 % MwSt. bestellen.

☐ **Ja**, ich bestelle e. Med zum **DGCH-Sonderpreis für Ärzte in Aus- und Weiterbildung** von nur 299 € statt 399 € pro Jahr inkl. 19 % MwSt.

(Einen entsprechenden Weiterbildungs-Nachweis liefere ich direkt mit bzw. mit der Nachregistrierung. Die Freischaltung des Abos erfolgt nach Prüfung der Unterlagen.)

Mein Fachzeitschriftenwunsch:

☐ Ich wähle die Zeitschrift als gedruckte Version im Rahmen von e.Med.

☐ Ich beziehe die Zeitschrift bereits als Print-Abo.

Dieses Abo wird ab der nächsten Ausgabe eingestellt und ich erhalte eine Teilgutschrift

über die nicht mehr ausgelieferten Hefte. Abo-Nummer:

E-Mail-Adresse

Einheitliche Fortbildungsnummer (EFN) oder Geburtsdatum, falls EFN nicht zur Hand

Die Angabe Ihrer EFN ist für uns besonders wichtig: So gewährleisten wir aus rechtlichen Gründen die Einhaltung der HWG-Richtlinien und können dafür sorgen, dass Ihnen als Arzt – als ein genehmigtes Mitglied der medizinischen Fachgruppen – alle Inhalte zugänglich gemacht werden.



Datum

Unterschrift

*Die Mindestvertragslaufzeit beträgt 12 Monate und kann mit einer Frist von 30 Tagen vor Ablauf der Vertragslaufzeit gekündigt werden. Danach verlängert sich das Abo automatisch um ein weiteres Jahr. Die Kündigung muss schriftlich erfolgen. Alle Preise verstehen sich inklusive der gesetzl. Dt. MwSt.. Zahlungsweise jährlich.

Dieses Angebot ist gültig im Rahmen Ihrer DGCH-Mitgliedschaft. Eine einmalige kostenlose Registrierung auf SpringerMedizin.de ist notwendig.

Preisänderungen und Irrtümer vorbehalten. Eine ausführliche Belehrung über Ihr Widerrufsrecht finden Sie unter SpringerMedizin.de/widerruf.

Sie haben noch Fragen? Rufen Sie uns an, wir beraten Sie gerne! Telefon: +49 (0)800 77 80 777

C0014762

IM FOKUS

”

Journalisten- preis

Journalistenpreis – Die Geschichte hinter der Geschichte



Nataly Bleuel

Freie Journalistin

Schreibt für Magazine und Zeitungen wie das „Zeit-Magazin“, „Geo“, „Stern“ oder „Chrismon“, Bücher und eine Online-Kolumne für das Magazin der „Süddeutschen Zeitung“
nataly.bleuel@icloud.com

Bleuel N: Journalistenpreis - Die Geschichte hinter der Geschichte. Passion Chirurgie. 2018 Mai, 8(05): Artikel 09.



Artikel „Ein Glück“ von N. Bleuel

Mehr zum Journalistenpreis finden Sie auf BD|Online (www.bdc.de, Rubrik Pressemitteilungen).

Ingo Kaczmarek habe ich nicht zufällig gefunden. Etwa, als ich nach einer Wanderung zum Zervreila-See im Graubündner Vals noch eben tanken wollte und feststellen musste, dass sich hinter der Zapfsäule kein Sprit verbarg. Sondern, laut Schild, die Praxis von Dr. Ingo Kaczmarek: Praktischer Arzt und Facharzt für Herzchirurgie. Ich habe mich also nicht gefragt, was macht ein Herzchirurg in diesem abgelegenen Dorf am Ende der Straße? Obwohl gute Geschichten manchmal so entstehen. Diese aber hatte einen Vorlauf, denn einen wie Ingo Kaczmarek hatte ich lange gesucht: einen Arzt, der offen und ehrlich erzählt, wie es in seinem Beruf, seinem Haus, seinem System zugeht.

Im Grunde fing es damit an, dass meine Familie einen schweren Autounfall hatte, bei dem einer meiner Söhne beinahe ums Leben gekommen wäre: siebenfache Schädelfraktur. Zeitgleich recherchierte ich mit einer Bestatterin zu einem Buch über den Tod. Da ging es auch um die Organspende und darum, dass ich trotz Organspendeausweises keine Ahnung hatte, wie sie funktioniert. Aber sehr genau vor Augen, wie mein Kind, beatmet und sediert, auf der Intensivstation liegt; knapp vor dem Moment, in dem ein Arzt kommt, um zu fragen, ob man sich schon mal Gedanken über die Organspende gemacht habe? Endgültig tun musste ich es nicht - mein Sohn wurde wieder ganz gesund.

Aber ich begann zu recherchieren, daraus entstand eine viel gepriesene Reportage für das ZEIT-Magazin, und weil das noch nicht genug war, die Recherche zu dem Buch „HERZENSSACHE – Organspende: Wenn der Tod Leben rettet“. Dafür wollte ich mit Menschen sprechen, die in eine Transplantation involviert sind, von Angehörigen über Transplantationsbeauftragte und Herzchirurgen bis zu Empfängern. Eine Psychologin erzählte mir von diesem Arzt, „dem besten“, den sie kennen gelernt habe. Der aber nicht mehr als Transplanteur praktiziere. Auch weil er das System nicht mehr ertragen habe. Und Bergdoktor geworden sei. Ja, den Kontakt würde sie gern vermitteln. Ich habe eine Schwäche für Systemfragen. Und für Aussteiger.

Ich mailte Ingo Kaczmarek. Er mailte sehr nett zurück. Aus gewichtigen Gründen, die er nicht nennen könne, gebe er derzeit keine Interviews zur Organspende; nicht nur weil ihn eine meiner Kolleginnen sehr enttäuscht habe. Doch ich könne gern kommen, dieser Ort sei eine Reise wert und über das erfüllende Leben als Dorfarzt würde er berichten. Aber kein Wort zur Organspende.

Ich bin insofern Journalistin, also typisch Journalistin, dass da einiges zusammen kam, das mich jetzt erst recht, ich sag's mal im Jargon, gibbrig machte: eine Empfehlung durch eine kluge Person; ein Fünkchen Ehrgeiz; aufbrausende Wissbegier und, auch aufgrund einer äußerst sympathischen Antwort (mit Foto einer blühenden Bergwiese!), das sichere Bauchgefühl: Der Mann hat was zu sagen!

Offenbar klingt es sehr detektivisch und außergewöhnlich, wenn Journalisten über ihre Recherchen sagen, sie hätten Monate lang beharrlich und hartnäckig nachgehakt. Ja, so war das. Viele Mails, viele Absagen, und irgendwie Licht hinter einem Türchen. Aber so ist das oft. Wir Journalisten müssen uns das Vertrauen von Menschen erarbeiten, und ich kann das nachvollziehen: nicht nur, wenn man seine sehr persönliche Geschichte erzählen und veröffentlicht sehen soll. Vor allem, da man nicht sicher sein kann, dass sie nicht falsch kolportiert wird. Porträts, noch dazu so prominente und lange, sind eine heikle Sache. Ich schreibe sie sehr gern - und ich habe ebenso großen Respekt davor. Denn da kommt eine Fremde aus einer mindestens 900 Kilometer entfernten Welt vorbeigeschneit, ein paar Stunden, mit Glück einige Tage und danach noch Zeit, und will ein Leben zusammenfassen, das schon Jahrzehnte dauert und reich ist an Erfahrungen. Welches Bild sollen die anderen von mir bekommen? Was ist da falsch, was richtig?

Ich will hier nicht ausführlich erzählen, wie die Tage und vor allem Nächte – Ingo Kaczmarek hatte erst Zeit, wenn Patienten und Kinder schon schliefen – in Vals verliefen. Nach anfänglichem Zögern hatte er so viel zu erzählen, dass mir schnell der Kopf schwirrte. Ich ließ ein Aufnahmegerät laufen und er hat in diesen Stunden so viele Wörter gesagt wie

manche in Wochen nicht. Und dann noch sehr kritische und couragierte. Dinge, die, das wusste ich leider aus einigen Recherchen, kaum ein Angestellter offen auszusprechen wagt. Denn wir alle glauben uns zum Stillhalten verpflichtet gegenüber Arbeitgebern, der Branche und einem System, das uns abhängig macht durch „Hire & Fire“, mitunter mit militärischem Drill und sogar Gesetzesverstößen - und immer per Gewinnmaxime. Und sachgrundlosen Befristungen in Kette. Dieser Mensch aber war wütend, und ein freier, mit einem ebensolchen Geist.

Zugänglich gemacht hatte ich ihn, indem ich ihm versicherte, mich würde erst mal seine Geschichte vom Bergdoktordasein interessieren, ich käme halt einfach mal vorbei. Dann

seine Herkunft vom Herzchirurgendasein. Und schließlich unter äußerster Verschwiegenheit seine Haltung zum Thema Transplantationsskandale. Es lief ja ein Verfahren gegen ihn. Das eigentlich bald beendet sein sollte, ich erfuhr vom Stand der Ermittlungen. Die aber, wie so häufig, aus Zeit- oder Personalmangel nicht abgeschlossen wurden. Möglicherweise hat es die Sache ein wenig beschleunigt, dass ich dem Gericht einen Veröffentlichungstermin im ZEIT-Magazin MANN ankündigten konnte.

Ich freue mich sehr über die Anerkennung der Geschichte von diesem Herzchirurgen, der Bergdokter wurde. „Ein Glück!“ war ihr Titel. Für mich war sie das auch. Und eine schöne Überraschung, dass sie vom Berufsverband

der Deutschen Chirurgen ausgezeichnet wird: Danke! Und sogar mit einem Preisgeld. Gerade für freie Journalisten ist das wichtig. Nicht nur, weil jeder Mensch für sein Engagement wertgeschätzt werden will. Mitunter sogar in Form von Geld. Sondern auch, weil solch geduldige Recherchen mit langen Wegen sonst gar nicht machbar wären. Nicht mal für Autorinnen wie mich, die gern in die Berge fahren. Manchmal sogar einfach so. Das Zervreila-Horn ist jedenfalls echt 'ne Reise wert!



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 Liquorleckagen nach neurochirurgischen Eingriffen zu vermeiden. **Gegenanzeigen:** Intravasculäre 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