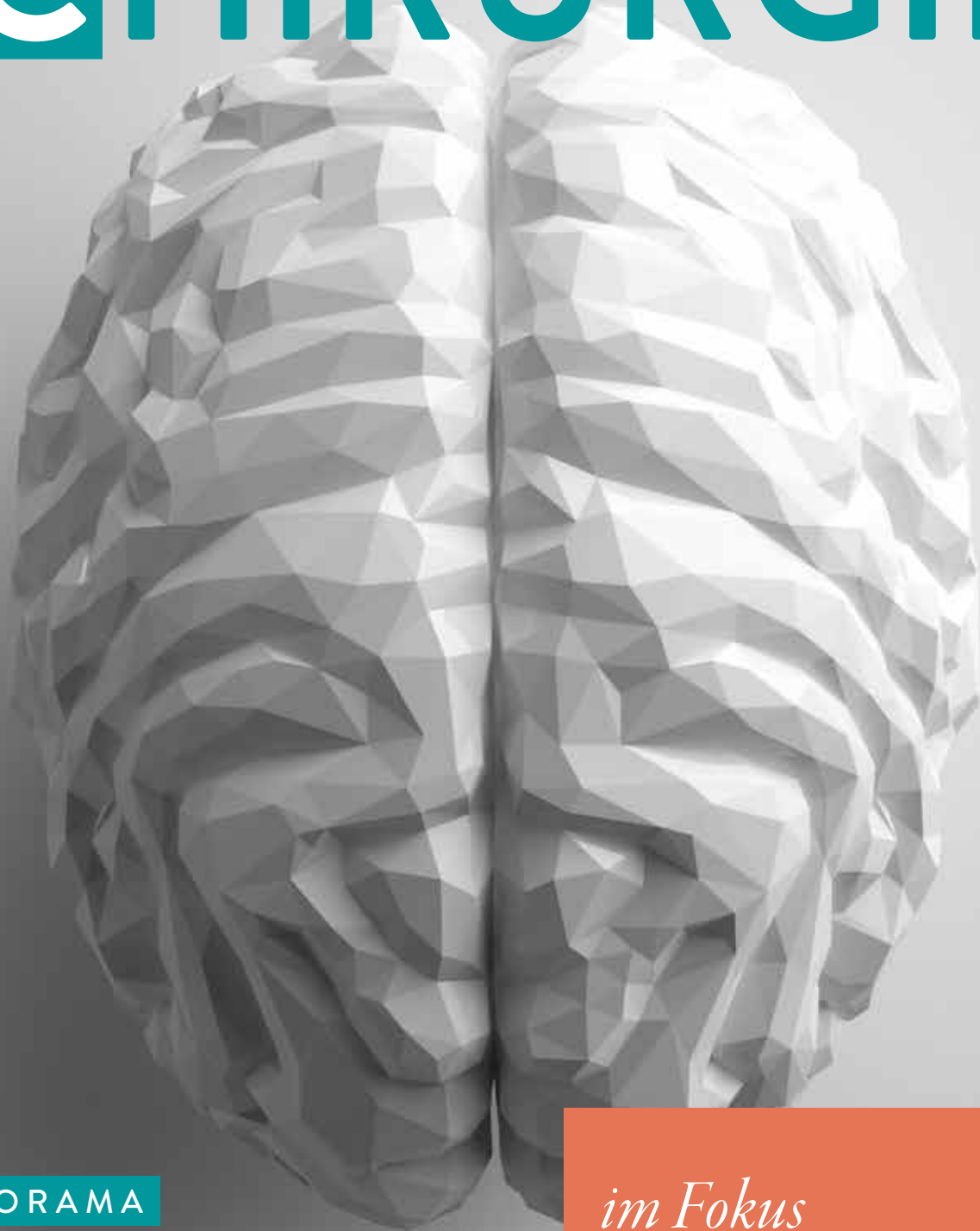


PASSION

C **HIRURGIE**



PANORAMA

DER UNGEWÖHNLICHE WEG
ZUM **HERZCHIRURGEN**

im Fokus

**NEUROCHIRURGIE
AKTUELL**

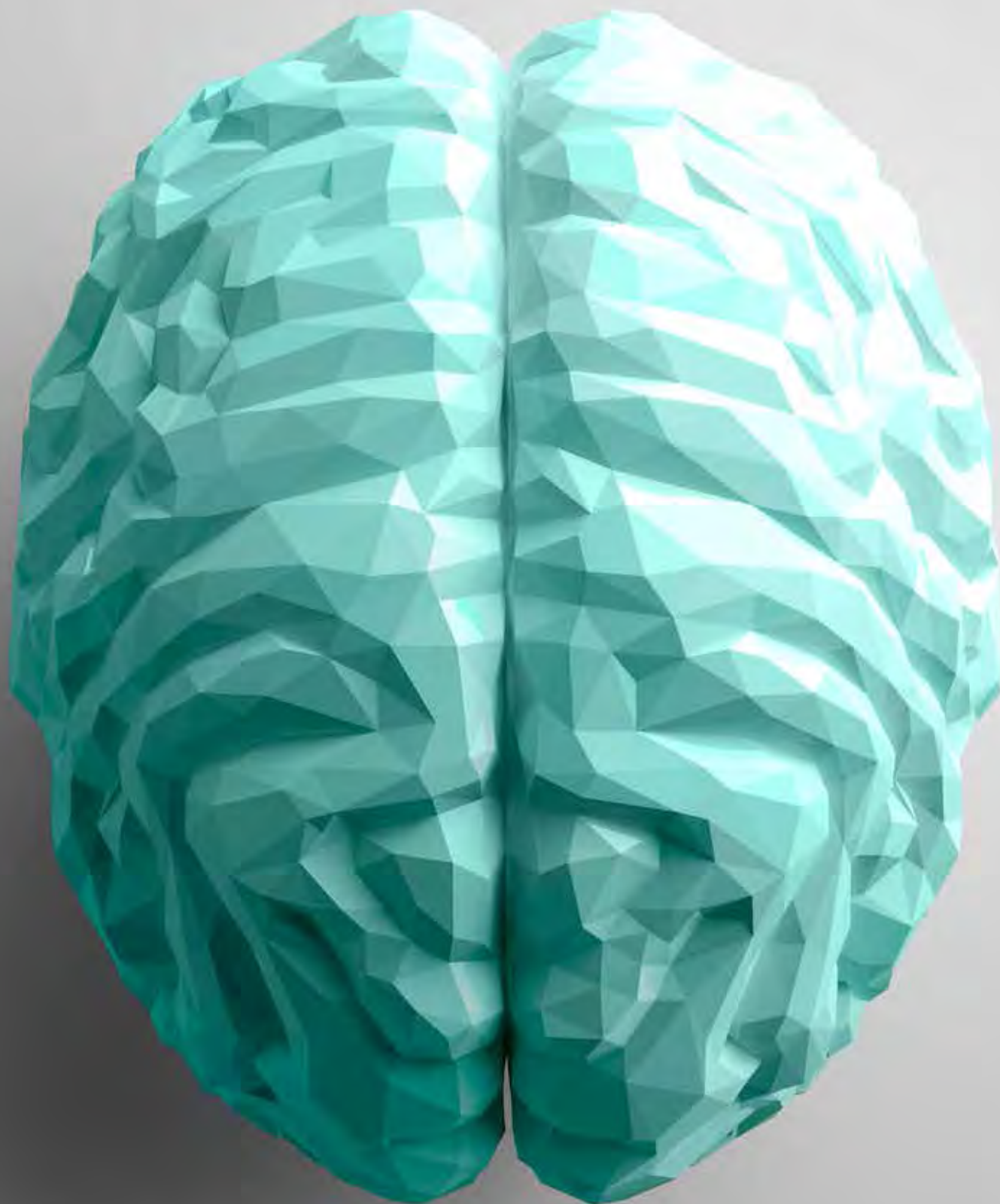
11 | 2018

MITGLIEDERZEITSCHRIFT:
DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR CHIRURGIE
BERUFSVERBAND DER DEUTSCHEN CHIRURGEN



BDC  Berufsverband der
Deutschen Chirurgen e.V.

Neurochirurgie





Prof. Dr. med. Gabriele Schackert
Klinikdirektorin
Klinik und Poliklinik für Neurochirurgie
Universitätsklinikum Carl Gustav
Carus an der Technischen Universität
Dresden
Fetscherstraße 74
01307 Dresden
gabriele.schackert@uniklinikum-
dresden.de

Ein Fach für Feinmechaniker

Die Neurochirurgie ist ein junges Fach der Chirurgie. 1949 erhielt Wilhelm Tönnis den ersten Lehrstuhl für Neurochirurgie an der Universität zu Köln, und in der Folge etablierte sich die Neurochirurgie als eigenständiges Fach an den deutschen Universitäten. Tönnis war der große Pionier der Neurochirurgie in Deutschland. Aus seiner Schule wurden die meisten deutschen Ordinariate besetzt. Seither ist das Fach stetig gewachsen. Heute zählt man mehr als 1.600 Mitglieder in der Deutschen Gesellschaft für Neurochirurgie, die von Tönnis im Jahre 1950 gegründet wurde. Die Neurochirurgie ist ein komplexes Fach. Sie umfasst alle operativ zu behandelnden Erkrankungen des zentralen und peripheren Nervensystems und dies im Kindes- und Erwachsenenalter. Der Neurochirurg von heute ist Tumorchirurg, Schädelbasischirurg, Gefäßchirurg, Traumachirurg, Stereotaktiker und funktioneller Chirurg, Wirbelsäulenchirurg, Peripherer-Nerv-Chirurg oder auch pädiatrischer Neurochirurg. Das Fach bietet ein reiches Spektrum für Spezialisierungen.

Wie alle anderen chirurgischen Fächer begeistert die Neurochirurgie, man könnte sagen, von ihr geht eine besondere Faszination aus. Operationen am Gehirn sind meist sehr aufwendig und Millimeter können über lebenslange Schäden beim Patienten entscheiden. Wesentliche Funktionen des Körpers, wie Bewegung, Sprache, Sehen, Gefühlsempfindung oder auch Kognition und Emotion können geschädigt werden. Ganz besonderes Fingerspitzengefühl ist also gefragt – was durch Neuerungen in der Medizintechnik immer besser unterstützt wird.

Die Entwicklung der Neurochirurgie in Deutschland wurde wesentlich durch die Behandlung von Verletzungen bei militärischen Konflikten beeinflusst und vorangebracht. Chirurgen waren gewissermaßen gezwungen, in das Gehirn vorzudringen – was bis dato als Tabu galt. Bereits Ernst von Bergmann beschäftigte sich als erster Deutscher

systematisch mit der Chirurgie des Gehirns. Er teilte seine Erfahrungen in der „Lehre von Kopfverletzungen“ mit. Seine Erkenntnisse zur Tumorchirurgie wurden allerdings skeptisch betrachtet [1].

Mindestens genauso wichtig wie der Blick in die Geschichte ist die Perspektive für die Zukunft. Die Neurochirurgie ist ein attraktives Fach für den chirurgischen Nachwuchs, und die Behandlung der Patienten wird stetig verbessert und sicherer. Ein Überblick über das spannende Fach der Neurochirurgie wird in dieser Ausgabe PASSION CHIRURGIE – für Chirurginnen und Chirurgen aller Fachbereiche und aller Erfahrungsstufen – gegeben. Daneben werden wie immer u. a. aktuelle berufspolitische Themen in der Ausgabe aufgegriffen. In der Rubrik Panorama erzählt Umeshwaran Arunagirinathan seinen ganz besonderen Weg zum Herzchirurgen, einem ebenso faszinierenden chirurgischen Fachbereich wie die Neurochirurgie.

Schackert G: Neurochirurgie: Ein Fach für Feinmechaniker. *Passion Chirurgie*. 2018 November; 8(11): Artikel 01.



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

[1] Collmann H. Eisenberg U: Kurze Geschichte der Neurochirurgie in Deutschland. <https://www.dgnc.de/gesellschaft/ueberuns/geschichte-history/> (20.09.2018). ○

IMPRESSUM

CHIRURGIE

HERAUSGEBER

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

DGCH

Präsident: Prof. Dr. med. Matthias Anthuber
Vizepräsidenten: Prof. Dr. med. Jörg Fuchs,
Prof. Dr. med. Thomas Schmitz-Rixen,
Prof. Dr. med. Dr. med. dent. Michael Ehrenfeld
Generalsekretär: Prof. Dr. med. Dr. h.c. Hans-Joachim Meyer
Schatzmeister: Prof. Dr. med. Jens Werner

BDC

Präsident: Prof. Dr. med. Dr. h.c. Hans-Joachim Meyer
Vizepräsidenten: Prof. Dr. med. Julia Seifert,
Dr. med. Jörg-Andreas Rüggeberg

Justitiar: Dr. jur. Jörg Heberer, Berlin/München
Geschäftsführer: Dr. rer. pol. Ronny Dittmar

REDAKTION

Prof. Dr. med. Dr. h.c. Hans-Joachim Meyer (V.i.S.d.P.)
Dr. med. Jörg-Andreas Rüggeberg (dr.rueggeberg@t-online.de)
Dr. rer. pol. Ronny Dittmar (ronny.dittmar@bdc.de)
Katrín Kammerer (Tel.: +49 (0) 30 28004-202 |
passion_chirurgie@bdc.de)
Julia 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/from2015, 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 Neurochirurgie: Ein Fach
für Feinmechaniker *G. Schackert*

6 SCHAUFENSTER

im Fokus

10

NEUROCHIRURGIE AKTUELL *G. Schackert*

16 CHIRURGIE⁺

- 16 **Safety Clip:** Unangekündigte
Sicherheits- und Risikoanalysen *K. Hinke*
- 21 English in a brief: Neuroscience discovers five things
that will make you happy *E. Goodman*
- 24 **Hygiene-Tipp:** Nachsorge von Stich-
und Schnittverletzungen mit
infektiösem Material *W. Popp, K.-D. Zastrow*
- 27 Über die Folgen der Budgetierung *D. Heinrich*
- 30 Personalia

21

62

31 RECHT

- 31 F&A: Abrechnung der Visite bei Wahlleistungsvereinbarung *J. Heberer*
- 32 F&A: Schweigepflicht gegenüber dem Gericht *J. Heberer*

33 GESUNDHEITSPOLITIK

- 33 Notruf aus allen Krankenhäusern an die Politik: Überregulierung und Misstrauensbürokratie im Krankenhaus *N. Schlottmann*
- 35 Bundessozialgericht beschränkt belegärztliche Abrechnung auf die Bettenzahl *D. Farghal*
- 36 Aktuelle Meldungen

37 INTERN**37 DGCH**

- 37 Rekrutierende multizentrische chirurgische Studien in Deutschland
- 41 Ausschreibung Preise und Stipendien 2019
- 43 DGCH: Aus Doppelmitgliedschaft wird Probemitgliedschaft *T. Pohlemann, J. Fuchs, H-J Meyer*
- 45 Spendenaufruf und Bausteine Langenbeck-Virchow-Haus
- 49 DGCH-Präsidium ab 1. Juli 2018

52 BDC

- 53 Hubert-Waldmann-Plakette für Jörg-A. Rüggeberg
- 54 BDC|Landesverbände
- 56 BDC-Pressespiegel
- 57 Termine BDC|Akademie
- 60 Veranstaltungshinweise
- 61 Lifestyle-Angebote

62 PANORAMA

- 62 Der ungewöhnliche Weg zum Herzchirurgen *U. Arunagirinathan*

7,1 Millionen stationär operierte Patienten im Jahr 2017

Bei 38 Prozent (7,1 Millionen) der 18,9 Millionen stationär in allgemeinen Krankenhäusern behandelten Patientinnen und Patienten wurde im Jahr 2017 eine Operation durchgeführt. Gegenüber dem Vorjahr hat sich der Anteil nicht verändert. Wie das Statistische Bundesamt (Destatis) weiter mitteilt, war gut die Hälfte der Behandelten, die sich 2017 während ihres Krankenhausaufenthaltes einem chirurgischen Eingriff unterziehen mussten, 60 Jahre und älter. Mehrfachzählungen einer Person sind möglich, wenn Patientinnen und Patienten mehrfach im Jahr behandelt wurden.

Zu den häufigsten Operationen in der Altersgruppe 60+ zählten mit 261.300 Maßnahmen sogenannte „andere Operationen am

Darm“, bei denen zum Beispiel Verwachsungen gelöst oder Darmabschnitte aufgedehnt wurden. Danach folgten endoskopische Operationen an den Gallengängen (209.100) und Implantationen einer Endoprothese am Hüftgelenk (199.300).

Auch bei den 45- bis 59-Jährigen wurden mit 87.700 chirurgischen Eingriffen am häufigsten „andere Operationen am Darm“ durchgeführt. Bei den Frauen in diesem Alter lagen die Operationen an Mittelfußknochen oder den Zehengliedern des Fußes an erster Stelle (48.700). Bei den Männern war es der Zugang zur Lendenwirbelsäule, zum Kreuzbein und zum Steißbein (45.000).

[Mehr lesen ...](#)

LANGENBECK-VIRCHOW-HAUS

Einladung zum 4. Forum Ambulantes Operieren



Bereits zum 4. Mal findet in Berlin am 07. bis 08. Dezember 2018 das Forum Ambulantes Operieren statt, für diejenigen, die sich für das Thema ganz speziell interessieren. Experten werden mit teilnehmenden Ärzten die gesundheitspolitischen und -ökonomischen Hintergründe und Chancen an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Versorgung diskutieren. Auch der BDC wird mit dem Vortrag „Zukünftige Vergütungssysteme des Ambulanten Operierens“ von Vizepräsident Dr. Jörg-Andreas Rüggeberg vertreten sein.

[Agenda & Anmeldung ...](#)

Aktuelle BDC|Umfragen

Assistentenumfrage 2018: Chirurgische Weiterbildung in Deutschland

Der BDC führt diese Umfrage in regelmäßigen Abständen durch – in diesem Jahr gemeinsam mit dem Perspektivforum Junge Chirurgie. Auf Grundlage der Umfrageergebnisse soll die chirurgische Weiterbildung weiter verbessert werden.

[Zur Umfrage](#)

Silver Worker 2018

Zielsetzung der Befragung ist es u. a. herauszufinden, ob es eine Bereitschaft bei den Ärzten gibt, auch nach dem Renteneintrittsalter als Mediziner weiter zu arbeiten? Welche Motivation verbirgt sich dahinter? Unter welchen Arbeitsbedingungen sind Ärzte bereit, auch nach dem Renteneintrittsalter weiter zu arbeiten?

[Zur Umfrage](#)



Stationäre Versorgung

Orientierungswert für Krankenhauskosten 2018 beträgt 1,96 %

Das Statistische Bundesamt (Destatis) veröffentlicht gemäß den Vorgaben des Krankenhausentgeltgesetzes den sogenannten Orientierungswert für Krankenhäuser. Dabei handelt es sich um eine wichtige Kenngröße für die Selbstverwaltungspartner im deutschen Gesundheitswesen (gesetzliche Krankenkassen und Krankenhäuser). Der Orientierungswert gibt die durchschnittliche jährliche prozentuale Veränderung der Krankenhauskosten wieder, die ausschließlich auf Preis- oder Verdienständerungen zurückzuführen ist. Damit ist er eine wichtige Basis für Budgetverhandlungen im stationären Bereich. Für den Zeitraum des zweiten Halbjahres 2017 und des ersten Halbjahres 2018 beträgt der Orientierungswert im Vergleich zum entsprechenden Vorjahreszeitraum (zweites Halbjahr 2016/erstes Halbjahr 2017) 1,96 Prozent. Der Teilorientierungswert für Personalkosten liegt bei 2,39 Prozent und für Sachkosten bei 1,26 Prozent.

In die Berechnung des Orientierungswertes fließen ausschließlich Ergebnisse bereits vorhandener Statistiken ein. Dazu zählen insbesondere die Vierteljährliche Verdiensterhebung, ausgewählte Preisstatistiken und der Kostennachweis der Krankenhäuser. Informationen über die Datengrundlagen und die Berechnungsweise des Orientierungswertes für Krankenhäuser können der Kurzfassung des Konzepts zur Wertermittlung entnommen werden. Eine ausführliche Darstellung der methodischen Grundlagen ist in der Zeitschrift „Wirtschaft und Statistik“, Ausgabe September 2012, erschienen.



[Mehr lesen ...](#)

IM FOKUS

”

Neurochirurgie aktuell







Prof. Dr. med. Gabriele Schackert
Klinikdirektorin
Klinik und Poliklinik für Neurochirurgie
Universitätsklinikum Carl Gustav
Carus an der Technischen Universität
Dresden
Fetscherstraße 74
01307 Dresden
gabriele.schackert@uniklinikum-
dresden.de

Schackert G: Neurochirurgie aktuell. Passion
Chirurgie. 2018 November, 8(11): Artikel 03.



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

Neurochirurgie aktuell

Die spezielle Situation des Gehirns als Organ besteht in seiner Lage innerhalb einer knöchernen Kapsel und der Repräsentation der wesentlichen Funktionen des Körpers, wie der Bewegung, des Sprechens, des Sehens, der Gefühlsempfindung, der vegetativen Funktionen und nicht zuletzt der Kognition und Emotion auf kleinem Raum. Bei pathologischen Prozessen stellt sich daher immer die Frage, inwieweit es möglich ist, krankhafte Veränderungen zu beheben, ohne neue neurologische oder neuropsychologische Ausfälle zu erzeugen. In der Regel ist ein rasches Handeln erforderlich, da zunehmende Raumforderungen nur in engen Grenzen kompensiert werden können, bevor es zu irreversiblen Schäden oder Bewusstlosigkeit kommt. Die wichtigste Forderung ist daher, neben einer maximalen Radikalität bei der Entfernung von krankhaften Prozessen die Hirnfunktionen optimal zu erhalten.

Die Entwicklung der Neurochirurgie stand in den letzten Jahren unter zwei wesentlichen Einflussgrößen: **der Technik** und **der Molekularbiologie**.

Exakte anatomische Kenntnisse sind notwendig, um pathologische Prozesse innerhalb des Gehirns und des Rückenmarks genau zu lokalisieren. Die Magnetresonanztomographie hat zu einem perfekten Verständnis der Morphologie geführt. Pathologische Prozesse können genau zugeordnet und durch die Methode der seit den 90er Jahren routinemäßig zur Verfügung stehenden Neuronavigation punktgenau geortet werden. Während auf der Großhirnoberfläche die Funktionen von Bewegung, Gefühl, Sprache und Sehen repräsentiert sind, finden sich in den Stammganglien und dem Hirnstamm komprimiert die Repräsentationen für die langen Bahnen, die Hirnnervenkernegebiete und die vegetativen Zentren. Im Rückenmark laufen dann die Funktionen für Sensibilität und Motorik auf einem kleinen Querschnitt zusammen.

Der vorliegende Beitrag gliedert sich in vier Punkte:

- Klinischer Standard
- Molekularbiologische Diagnostik
- Neue bildgebende Verfahren
- Ausblick in die Zukunft

KLINISCHER STANDARD

Zur standardmäßigen präoperativen Vorbereitung von Hirntumorpacienten gehören die Durchführung einer **MRT-Untersuchung** und die Datenerhebung zur **Neuronavigation**.

Die Neuronavigation ist fester Bestandteil neurochirurgischer Operationen. Die Zugänge können durch sie Patienten-individuell geplant und minimal gehalten werden. Wertvoll ist die Navigation besonders bei Prozessen, die in der Tiefe des Gehirns liegen. Zugangsbedingte Verletzungen von eloquenten Hirnregionen werden vermieden und Prozesse in der Tiefe des Gehirns zielsicher aufgefunden. Bedingt aussagekräftig ist die Neuronavigation zur Resektionskontrolle. Der „Brain Shift“, eine Verlagerung der Hirnstrukturen durch Liquorverlust und Resektion von Tumolvolumen unter der Operation, verhindert die exakte Zuordnung der intraoperativ gewonnenen Daten, da der zur Verfügung stehende Datensatz auf präoperativen Daten beruht und die neue Situation noch nicht berücksichtigen kann. Forschungsarbeiten befassen sich schon seit langem mit diesem Problem unter dem Stichwort der elastischen Registrierung.

Bei Prozessen in der Nähe von funktionellen Hirnarealen wie den vornehmlichen Sprachregionen (dem Broca- und Wernickezentrum) oder der Bewegungsregion (der Pyramidenbahn) werden zusätzlich eine Darstellung dieser funktionellen Nervenfaserbündel mittels **Diffusion Tensor Imaging (DTI)** oder ein **funktionelles Sprach-MRT (fMRT)** durchgeführt. Bei dem DTI handelt es sich um eine Messung der Diffusion

der Wassermoleküle durch das Hirngewebe, die man als Anisotropie bezeichnet. An den Fasern der Bahnsysteme werden die Wassermoleküle abgebremst. Dies ermöglicht die Darstellung der Bahnen. Im funktionellen MRT wird über eine Aktivierung der Sprache der BOLD (Blood Oxygenation-Level Dependent) – Effekt ausgelöst, der auf einer vermehrten Sauerstoffausschöpfung und Bildung von Methämoglobin im aktivierten Areal beruht und visuell sichtbar gemacht werden kann. Da diese Untersuchungen über einen speziellen Algorithmus berechnet und gemittelt werden, bilden sie Annäherungen an die tatsächliche Repräsentation der eloquenten Areale und können nicht als absolut angesehen werden. Dennoch sind sie ein essenzieller Punkt für die operative Planung und heute Routine. Unter bestimmten Bedingungen werden Wachoperationen durchgeführt, dies vor allem bei Tumoren in der Nähe zur Sprachregion. Das Gehirn ist nicht schmerzempfindlich. Lediglich zur Trepanation und Duraeröffnung wird eine Lokalanästhesie vorgenommen. Bei Erreichen des Sprachareals führt man ein Brain Mapping durch, d. h. es wird ein elektrischer Stimulus auf die Hirnoberfläche appliziert und zeitgleich der Patient aufgefordert, Gegenstände auf Bildern, die ihm präsentiert werden, zu benennen. Wenn es zu einem „Speech Arrest“ kommt, weiß man, dass hier das Sprachzentrum lokalisiert ist. Dies wird bei der Resektion berücksichtigt.

Ein weiterer wichtiger Pfeiler neurochirurgischer Operationen ist das **Neuromonitoring**. Dieses hat in den letzten Jahren deutlich an Bedeutung gewonnen und ist fester Bestandteil einer neurochirurgischen Operation in der Nähe zu motorischen Bahnen, den Hirnnerven und ihren Kerngebieten im Hirnstamm. In der Gliomchirurgie kann man sich damit den motorischen Bahnen in der weißen Substanz bis auf wenige Millimeter nähern und den Tumor maximal resektieren, ohne neue neurologische Ausfälle befürchten zu müssen. Bei Cavernomen oder Tumoren im Hirnstamm werden die motorischen Kerngebiete der Nn. facialis, abducens und der kaudalen Hirnnerven auf diese Weise lokalisiert, sodass man in der Lage ist, die operative Eintrittszonen in einer stummen

Region zu definieren und die Läsion sicher zu exstirpieren. Bei der Operation von Akustikusneurinomen sind die Facialisstimulation und bei Erhalt des Hörvermögens die Ableitung der akustisch evozierten Potenziale unabdingbare Voraussetzungen für eine

sichere Entfernung des Prozesses unter Erhalt der Nervenfunktion. In der Epilepsiechirurgie wird es über ein invasives Monitoring mit Einlegen von Platten- oder Stabelektroden und anschließend mehrtägigem EEG-Monitoring erst möglich, epileptogene Foci genau zu

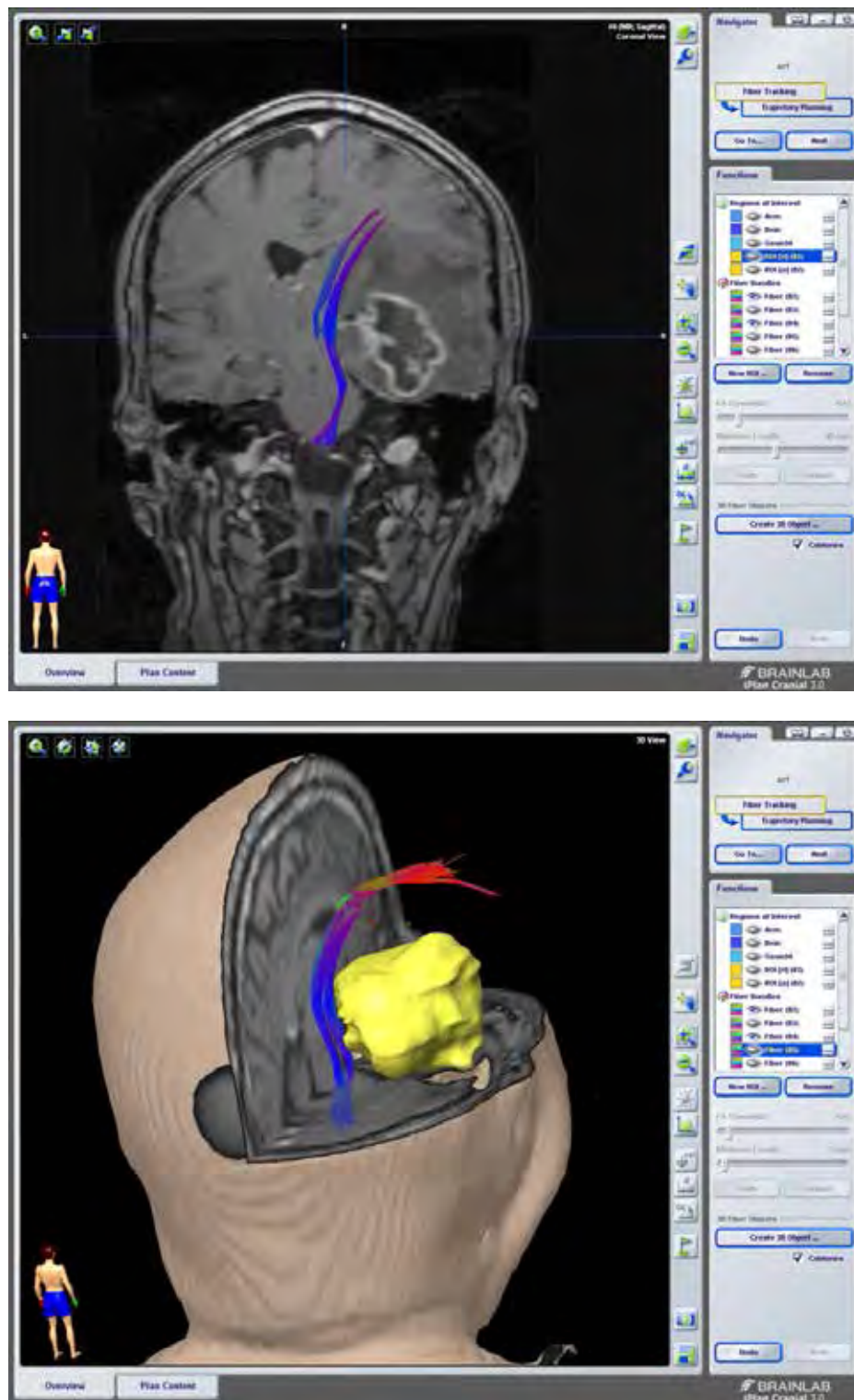


Abb. 1, 2: DTI der Pyramidenbahn (blau und rot) bei temporalem Tumor (gelb)

lokalisieren, in einer Operation zu reseziere und damit Anfallsfreiheit zu erreichen. Auch in der spinalen Chirurgie hat das Neuromonitoring seinen festen Platz. Obligat ist es bei intraduralen und intramedullären Tumoren. Hier kommen die SSEPs, MEPs, die D-Welle und das EMG zum Einsatz. Aber auch bei degenerativen Wirbelsäulenprozessen, oder extraduralen Tumoren mit Spondylectomie setzt sich die elektrophysiologische Überwachung zunehmend durch.

Das intraoperative MRT ist bildgebend die beste Kontrolle, die heutzutage zur Verfügung steht. Besonders bei niedergradigen Gliomen, die sonst nicht darstellbar sind und auch mit dem bloßen Auge unter dem Mikroskop nur schlecht vom normalen Hirngewebe zu differenzieren sind, ist das intraoperative MRT die einzige Möglichkeit, den Befund zu beurteilen. So wird ein resezierbarer Resttumor noch während der Operation erkannt, und der neugewonnene Datensatz kann wieder in die Navigation eingespielt werden, wodurch sie aktualisiert wird, d. h. die Ungenauigkeit durch den „Brain Shift“ entfällt, und das Resektionsergebnis wird optimiert. Die Stärke des MRT liegt in der Beurteilung des Weichgewebes. Ein intraoperatives CT ist nur dann überlegen, wenn es um die Beurteilung von knöchernen Strukturen wie in der Wirbelsäulenchirurgie geht. Die spinale Neuronavigation und ein 3D-C-Bogen erlauben eine optimale Platzierung von und Kontrolle

nach Implantation von Schrauben und Cages. Moderne Robotersysteme erleichtern die Positionierung bei Instrumentierungen. An weiteren Perfektionen der Systeme wird gearbeitet.

In der vaskulären Neurochirurgie zeigt sich in den letzten Jahrzehnten ein deutlicher Trend zu interventionellen Eingriffen. Ca. 60 % der Aneurysmen werden heute interventionell mit Coiling versorgt, 40 % werden geclippt. Das Coiling mit Platinelektroden liegt in der Hand der Neuroradiologen. Mit Stents, Flow Divertern und Web Devices entstehen zunehmend Versorgungsmöglichkeiten, die die operativen Verfahren zurückdrängen. Die Aneurysmen des Vertebralis- und Basilarisgebietes sind längst die Domäne der Interventionalisten. Bei den arterio-venösen Malformationen hat sich eine kombinierte Vorgehensweise durchgesetzt. Zunächst wird in der Regel eine Embolisation mit Onyx angestrebt, bei nicht vollständigem Verschluss schließt sich die operative Exstirpation an. Cavernome werden in allen Hirnregionen exstirpiert. Ausgewählte Zugänge ermöglichen selbst die erfolgreiche Exstirpation im Hirnstamm.

MOLEKULARE DIAGNOSTIK

Die molekulare Diagnostik von Tumorgewebe hat zu entscheidenden Fortschritten in der Tumorthherapie und der Prognose der Patienten geführt. Während man früher glaubte, dass Hirntumoren schon allein auf Grund

der Blut-Hirn-Schranke einer Chemotherapie nicht zugänglich seien, kennt man heute genetische Faktoren, die auf eine Chemosensitivität hinweisen, wie eine MGMT-Promotormethylierung, oder ein LOH von 1p/19q. Das Zytostatikum Temozolomid ist in der Therapie von Gliomen neben einer Strahlentherapie mit 60 Gray als Standardtherapie etabliert (*Stupp-Schema*). Bei älteren Patienten in reduziertem Allgemeinzustand erfolgt die Bestrahlung hypofraktioniert. Nach der neuen WHO Klassifikation von 2016 werden Tumoren nicht mehr vorrangig nach der Histologie, sondern nach ihrer molekularen Signatur beurteilt. So kann es sein, dass ein histologisch als Grad III Gliom klassifizierter Tumor, molekular eher einem Glioblastom (IDH-Wildtyp, EGFR-Amplifikation, PTEN-Mutation, TERT-Promotor-Mutation) entspricht und dann auch so therapiert wird. Die Gliome werden streng nach Oligodendrogliomen mit LOH von 1p und 19q und Astrozytomen mit einer IDH-Mutation eingeteilt. Mischformen, die früher als Oligoastrozytome bezeichnet wurden, gibt es nicht mehr. Der Begriff der Gliomatosis cerebri wird auch nicht mehr gebraucht. Heute spricht man vom diffusen Gliom. Bei Mittelliniengliomen wurde ein neues Gen identifiziert, welches Histone H3.3 codiert und mit einer schlechten Prognose assoziiert ist.

Beim Glioblastom hat sich die mediane Überlebenszeit von weniger als einem Jahr auf inzwischen 18 Monate verlängert. Rezidiveingriffe, Umstellungen der Chemotherapie und modifizierte Strahlenbehandlungen sind Teil der Therapie, und die Quote der Langzeitüberleber ist bei einer kontinuierlichen Betreuung der Patienten und konsequenten Therapie angestiegen. Nicht zuletzt hat die Optimierung der technischen Verfahren diesen günstigen Trend unterstützt. In einer großen EORTC-Studie 1419-BTG werden die Langzeitüberleber weiter analysiert.

Hirntumorkranken werden möglichst in Studien geführt, die auf molekularbiologischen Befunden beruhen. Die neusten Ergebnisse der CODEL-Studie, d. h. Patienten mit einer Co-Deletion von 1p und 19q, zeigen Überlebenszeiten von mehr als 24 Monaten. Die N2M2 Studie schließt eine patientenzentrierte Genanalyse ein, auf der die individuelle

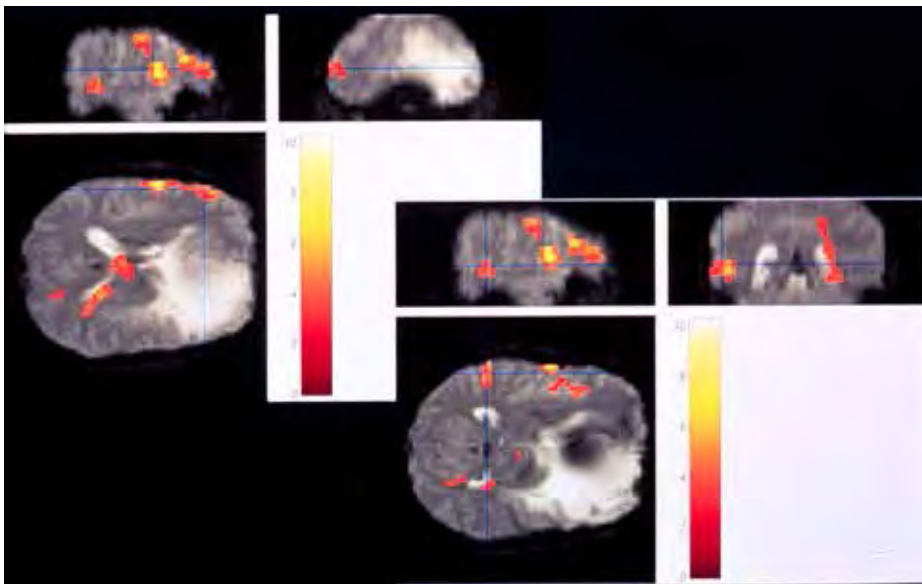


Abb. 3: MRT zur Darstellung des Sprachareals

Therapie spezifisch aufbaut, d. h. die Behandlung der Patienten geht mehr und mehr in Richtung einer personalisierten Medizin.

NEUE BILDGEBENDE VERFAHREN

Während es in den letzten Jahrzehnten gut gelungen ist, die morphologischen Strukturen des Gehirns zu bestimmen, ist die Visualisierung von Funktionen intraoperativ eine neue Dimension für das Operieren. Erste Versuche, über eine optische Bildgebung funktionelle Hirnareale zu visualisieren, reichen in die 90er Jahre zurück. Wie bereits in der präoperativen Diagnostik erläutert, kann man die Sprachareale mittels fMRT über den BOLD-Effekt darstellen. Damit ist es möglich, die Seite der dominanten Hemisphäre präoperativ festzulegen und bei Tumoren, die in der Nähe der Sprachregion liegen, den optimalen Zugang zu wählen. Allerdings ist bekannt, dass die Bestimmung, die man im fMRT erhält, sehr variabel ist und man sich hier nur näherungsweise auf die bildgebende Darstellung verlassen kann. Auch mit der PET-Untersuchung ist es möglich, ein aktiviertes Areal aufzuzeigen. In Wachoperation kann die Sprache dagegen direkt und exakt lokalisiert werden. Der Nachteil dieser Methode ist, dass der Patient die Operation mitverfolgen kann und über Stunden seine Liegeposition nicht verändern darf. Dies ist eine große Belastung für den Patienten, aber auch für den Operateur, dessen operative Schritte vom Patienten realisiert werden.

OPTICAL IMAGING VON FUNKTIONELLEN AREALEN

Mit dem Optical Imaging steht ein neues System zur Verfügung. Die Methode basiert auf dem Prinzip, dass es über einen in der Peripherie gesetzten Stimulus, elektrisch, akustisch oder optisch, zu einer Aktivierung in dem korrespondierenden Hirnareal kommt. Dies äußert sich in einer Zunahme des O_2 -Bedarfs und einer Zunahme des Blutflusses. Es kommt zu einer Vermehrung der Fraktion des oxygenierten Hämoglobins, das zu einer Veränderung im Absorptionsmuster des perfundierten Hirnareals führt. Über bestimmte Filter, die dem optischen System (der Kamera) vorgesetzt werden, kann nun über unterschiedliche Wellenlängen eine Charakteristik des Hirngewebes vorgenommen werden. Bei 570 nm wird die Veränderung des Blutflusses gemessen, bei 600 nm zeigt sich die Veränderung der

Oxygenierung. Man sieht einen Unterschied in der Absorption von Oxy- und Desoxyhämoglobin. Damit ist es möglich, in Echtzeit ein aktiviertes Hirnareal intraoperativ zu identifizieren. So können sensible Areale, die Sprachregion, der visuelle Kortex und der motorische Kortex dargestellt werden. Diese Methode wird zukünftig als ein weiteres Modul für die Routine zur Verfügung stehen.

MOLEKULARE SPEKTROSKOPIE

Optische, berührungsfreie Gewebserkennungsverfahren stellen eine neue Möglichkeit dar, Gewebe entsprechend der histologischen Einteilung zu klassifizieren. Die molekulare Spektroskopie beruht auf der biochemischen Signatur des Gewebes. Diese gewinnt man über die Infrarotspektroskopie, die Ramanspektroskopie und die CARS-Mikroskopie. In einem vom BMBF geförderten Verbundprojekt werden hierzu neue Methoden entwickelt. In der Infrarot- und Ramanspektroskopie findet sich in einem Wellenbereich von 800 bis 1.800 nm der sogenannte „molekulare Fingerprint“ des Gewebes. Die biochemische Signatur ermöglicht es, das Gewebe genau zu identifizieren. Bei der Infrarotspektroskopie wird durch die Beleuchtung eine Vibration

der funktionellen Molekülgruppen erreicht, die in einer geänderten Rückstrahlung resultiert. Die Zahl der Atome, ihre Massen und die Stärke ihrer Bindungen definieren die Schwingungsfähigkeit eines Moleküls. Damit wird ein spezifisches Gewebespektrum emittiert. Mit einer speziellen Hochauflösungskamera können diese Spektren wieder zu einem Bild zusammengesetzt werden, das einem histologischen Bild entspricht. Damit ist es gelungen, das Hirngewebe exakt zu identifizieren. Selbst die vom Hirngewebe ausgehenden Gliome werden in ihrer Gradeinteilung unterschieden. Metastasen können den Primärtumoren zugeordnet werden, und eine Analyse von Tumoren bis auf die molekulare Ebene mit Bestimmung von Genveränderungen ist möglich. Eine unserer Untersuchungen beschäftigte sich mit der IDH1-Mutation, die durch die Infrarotspektroskopie dargestellt werden konnte und eine molekulare Klassifizierung der Tumoren erlaubt.

Eine weitere Methode ist die CARS-Mikroskopie. CARS bedeutet Coherent anti-Stokes Raman Spectroscopy. Hier erfolgt die Aktivierung des Gewebes mit unterschiedlichen Lasern. Mit der CARS-Aktivierung können selektiv bestimmte funktionelle Molekülgruppen

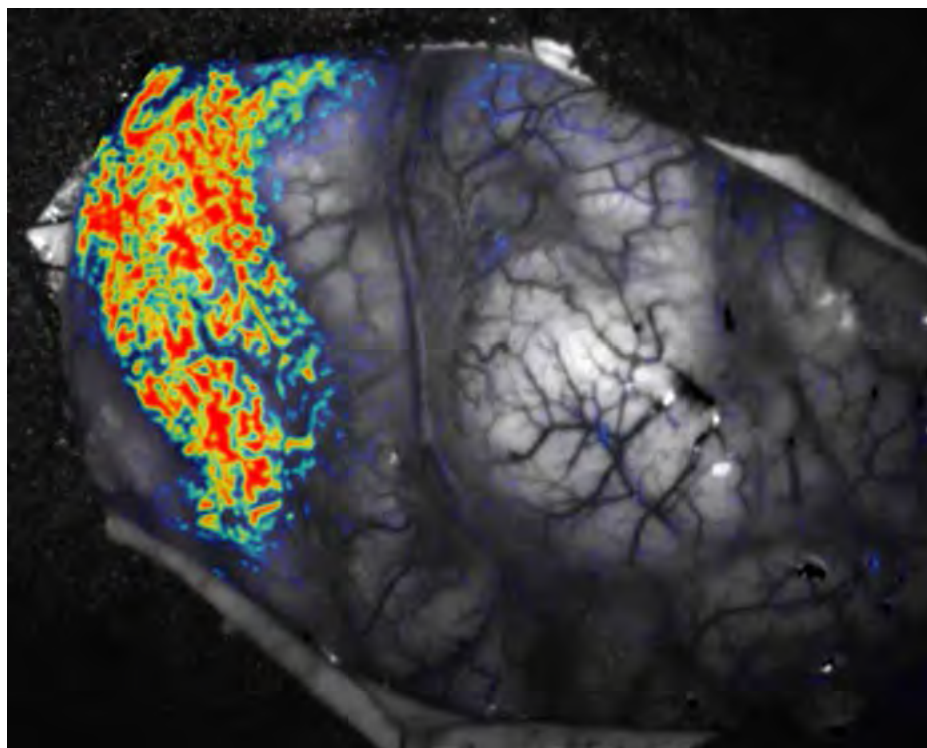


Abb. 4: Intraoperatives Bild des sensorischen Kortex nach N. medianus Stimulation mit Optical Imaging

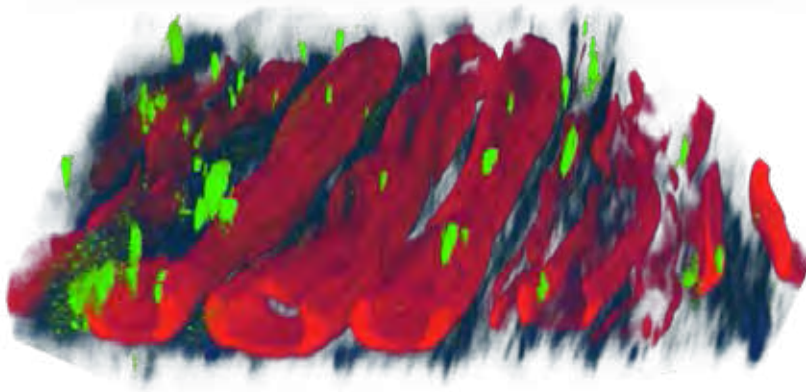
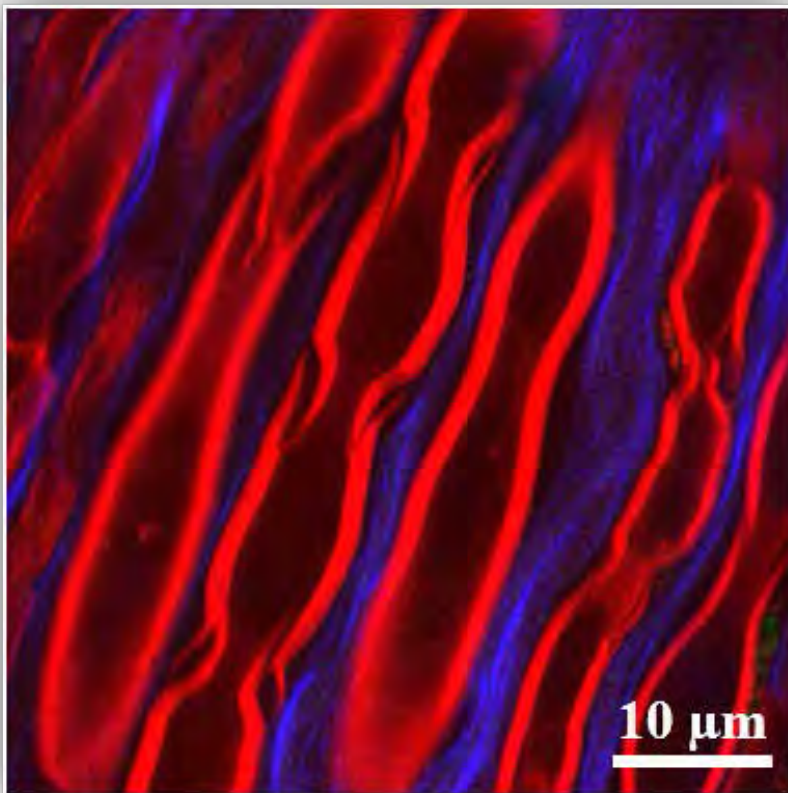


Abb. 5, 6: CARS-Mikroskopie: Nervus suralis mit Schmidt-Lantermann Inzisuren

analysiert werden, z. B. die CH₂₃-Gruppen der Lipide, parallel dazu ohne Zeitverlust mit der Second Harmonic Generation Kollagene und mit der Autofluoreszenz (auch Zwei-Photonen-Anregungsfluoreszenz) infiltrierende Zellen, z. B. Immunzellen oder Endothelzellen. Das CARS-Imaging erlaubt es, in höchster Auflösung z. B. Nervenstrukturen mit Schmidt-Lantermann Inzisuren darzustellen oder auch Veränderung von traumatisiertem Rückenmark und Regenerationszeichen nachzuverfolgen. Bei Tumoren ist es möglich, eine Quantifizierung des normalen Gewebes, der Infiltrationszone und des Tumors vorzunehmen.

AUSBLICK IN DIE ZUKUNFT

Perspektiven für die Zukunft auf dem technischen Sektor gründen sich auf der Vorstellung, ein Endoskop mit entsprechenden Fasern intraoperativ zu nutzen und bereits in situ eine Gewebsdiagnostik vorzunehmen. Dies könnte eine wertvolle Komplementierung zu den heutigen histopathologischen, immunhistochemischen und molekularbiologischen Verfahren sein. Außerdem ist es denkbar, über eine biochemische Kartierung der Hirnstrukturen weitere Aufschlüsse über funktionelle und nicht-funktionelle

Hirnareale zu erhalten und diese für Restaurierungen von defekten Hirnstrukturen zu nutzen.

Die Regeneration von Nervenzellen und Hirngewebe und die Restauration von Hirnfunktionen werden zentrale Forschungsgebiete darstellen. Bereits heute gibt es Roboter, die Gliedmaßenfunktionen mit sogenannten Exoskeletons übernehmen können. Mit der tiefen Hirnstimulation kann man sowohl bei M. Parkinson, Dystonie, Depressionen oder Epilepsie und in ersten Versuchen bei Schädel-Hirn-Trauma-Patienten Hirnfunktionen restaurieren. Über kortikale Signalanalysen und eine Translation in Motorfunktionen werden Motorfunktionen, Sprache und Blasenkontrolle wieder möglich. Diese Schnittstelle zwischen Gehirn und einem die Funktion auslesenden elektronischen Chip, das sog. Brain-Machine-Interface, kontrolliert Bewegungen von Gliedmaßenprothesen und restauriert selbst bei quadriplegischen Patienten wieder zuvor messbare kortikale Funktionen.

Auch intraoperativ unterstützen Roboter bereits heute Operationsverfahren, z. B. Instrumentierungen an der Wirbelsäule. Navigationsgestützte Standardtätigkeiten werden zukünftig zunehmend von intelligenten Robotern übernommen.

In der molekularen Diagnostik werden weitere Erkenntnisse über die Entstehung und Komposition von Tumoren unsere Therapien bestimmen. Je früher es möglich ist, die Tumorentstehung zu analysieren, umso eher kann man sich in Richtung einer Prävention und Krankheitsvermeidung bewegen.

GEORGE CHURCH,
EIN GENETIKER DER
HARVARD MEDICAL
SCHOOL SCHREIBT:

“The best way to predict the future is to change it.”



**60
CME-
Punkte!**

Kompaktkurs:

Hygiene- beauftragter Arzt (HBA)

Geeignet für alle Ärzte



Mit der Smart-Learning-Methode

Der Berufsverband der Deutschen Chirurgen e.V. (BDC) und meduplus haben gemeinsam mit renommierten Krankenhaushygienikern ein kompaktes Angebot zur zertifizierten Qualifikation „Hygienebeauftragter Arzt“ entwickelt.

Ein modernes Lernkonzept für flexible und individuelle Fortbildung:

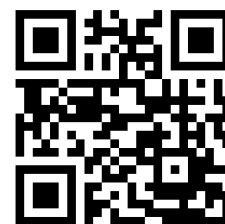
- Zertifizierter Kurs
- Anerkannte strukturierte curriculare Fortbildung gemäß Mustercurriculum der Bundesärztekammer
- 21 Online-Lernmodule
- Nur 2 Tage Präsenzveranstaltung am Wochenende
- Teilnahmebescheinigung
- 2 Jahre Learning Community - Ärzte

Termine 2019

Abschlusscolloquium			
Wissenschaftlicher Leiter	Ort	Termin	Kurs-Nr.
Prof. Dr. med. Axel Kramer	Berlin	01. - 02.02.19	24706
Prof. Dr. med. Axel Kramer	Berlin	03. - 04.05.19	24707
Prof. Dr. med. Axel Kramer	Berlin	18. - 19.10.19	24708



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





Safety Clip: Unangekündigte Sicherheits- und Risikoanalysen

PRAXISBEGLEITUNGEN IN KRANKENHÄUSERN

Nicht erst seit dem Brustimplantate-Skandal steht das System der Konformitätsbewertung von Medizinprodukten in der Öffentlichkeit (neben dem Pflichtverstoß des Herstellers) in der Kritik. Die Medizinprodukterichtlinien (Erstveröffentlichung 1993) sind bereits im Jahr 2007 überarbeitet worden. 2013 hat die EU-Kommission eine Empfehlung zu Audits und Bewertungen von Medizinprodukten durch „benannte Stellen“ veröffentlicht (2013/437/EU, 24.09.2013). Ein „Joint Action Plan“ der EU räumt eben diesen Stellen u. a. das Recht ein, Audits in Krankenhäusern

auch unangekündigt vorzunehmen. Von diesem Recht, heißt es hier, sei umfassend Gebrauch zu machen. Damit greift die EU-Kommission einen Passus der Medizinproduktlinien auf, der ebenfalls bereits seit Veröffentlichung unangekündigte Audits in einem Abstand von mindestens fünf Jahren vorsieht.

Die – unangekündigte – stichprobenartige Prüfung von Qualitätsmanagementsystemen (QM-Systemen) durch benannte Stellen hat folgende Ziele:

- Analyse, ob bzw. inwieweit Medizinproduktehersteller konform zu ihrem QM-System arbeiten (gemäß ISO 13485)



Karin Hinke

Risiko-Beraterin, Risiko-Assessorin
GRB Gesellschaft für Risiko-Beratung
mbH
Klingenbergstr. 4
32758 Detmold
karin.hinke@grb.de

- schnelle Identifikation von Abweichungen und Einleitung von Reorganisationsmaßnahmen
- zuverlässiges Aufdecken von Betrugsversuchen

Die Idee, unangekündigte Sicherheits- und Risikoanalysen/Praxisbegleitungen zur Bewertung der Patientensicherheit im Krankenhaus durchzuführen, hatte vor ca. drei Jahren auch ein Kunde der GRB Gesellschaft für Risiko-Beratung mbH. Die GRB-Beraterinnen und -Berater griffen diese auf und machten sich daran, die Voraussetzungen dafür inhaltlich zu definieren. Festgelegt wurde u. a., dass den unangekündigten Sicherheits- und Risikoanalysen in den zu prüfenden Arbeitsbereichen (OP, Abteilung oder Klinik, z. B. in der Geburtshilfe) eine angekündigte Erstanalyse zur Erfassung der Ist-Situation im Hinblick auf die Patientensicherheit vorauszugehen hat. Damit wird das Ziel verfolgt, die beteiligten Mitarbeitenden mit dem Thema „Patientensicherheit“ und allen Aspekten, die in diesem Zusammenhang von Bedeutung sind, vertraut zu machen.

In einem nachfolgend erstellten Bericht werden die bestehenden Risiken und Verbesserungspotenziale sowie die bereits erfolgten Präventionsmaßnahmen aufgeführt. Der Bericht enthält zudem die Empfehlungen der GRB zur Bewältigung der Risiken und zur Umsetzung von Verbesserungen. Neun bis 15 Monate nach der Erstanalyse wird dann, ebenfalls vorab angekündigt, eine sogenannte Evaluation zur Erstanalyse durchgeführt. Dabei wird der Umsetzungsgrad der in der Erstanalyse definierten Empfehlungen der GRB bewertet und in einem erneuten Bericht beschrieben.

Erst etwa ein Jahr danach kann dann eine unangekündigte Sicherheits- und Risikoanalyse erfolgen. Es liegt in der Natur der Sache, dass diese unangekündigten Audits zu verschiedenen Zeiten durchgeführt werden, tags, nachts oder auch am Wochenende. Diese Begehungen sollen alle zwei bis maximal drei Jahre stattfinden.

Folgende Ziele werden dabei u. a. verfolgt:

- Prüfung der Praxistauglichkeit bestehender Vorgaben/Standards zur Patientensicherheit

- Prüfung, ob die Vorgaben/Standards zur Patientensicherheit eingehalten werden, sowie Ursachenrecherche bei Nichtbefolgung
- Prüfung, ob und inwieweit die zur Patientensicherheit eingesetzten Instrumente (z. B. OP-Sicherheitscheckliste in der OP-Abteilung) nachhaltig sind, sowie Prüfung der Mitarbeitermotivation, diese einzusetzen
- zeitnahes Erkennen von Abweichungen und Einleitung von Reorganisationsmaßnahmen

URSPRUNG UNANGEKÜNDIGTER SICHERHEITS- UND RISIKOANALYSEN/ AUDITS IM KRANKENHAUS

Pate für das Modell der GRB stand die US-amerikanische Non-Profit-Organisation JCAHO (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations), die Krankenhäusern und anderen Gesundheitsdienstleistern in den USA Akkreditierungen anbietet, anhand derer – im Rahmen von angekündigten und unangekündigten Audits – die Ausstattung sowie die verwendeten Verfahren untersucht und bewertet werden. Für die fortlaufende Vorbereitung der Organisation auf diese im Dreijahresabstand stattfindenden Überprüfungen sind in den amerikanischen Kliniken beschäftigte Qualitäts- und Akkreditierungsbeauftragten zuständig. Besonders die unangekündigten Audits dienen der JCAHO als Instrument, um zu eruieren, ob die implementierten Prozesse bei der Behandlung und Versorgung der Patienten dauerhaft zuverlässig funktionieren. Die Gesundheitsdienstleister müssen also nach einer angekündigten Sicherheits- und Risikoanalyse und nach Abschluss der Evaluation (ca. ein Jahr später) jederzeit mit einer solchen unangekündigten Praxisbegehung rechnen.

RAHMENBEDINGUNGEN

Wie beim amerikanischen Vorbild gilt auch hierzulande: Die Leitungsebene (Chefärzte/-ärztinnen, Pflegedienstleitung, Abteilungsleitungen usw.) wird in einer zentralen Veranstaltung krankenhausesintern darüber in Kenntnis gesetzt, dass es grundsätzlich zu solchen unangekündigten Audits kommen

Hinke K. Safety Clip: Unangekündigte Sicherheits- und Risikoanalysen. Passion Chirurgie. 2018 November, 8(11): Artikel 04_01.



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

kann. Über konkrete Zeitpunkte, betroffene Arbeitsbereiche oder Inhalte der Analyse wird freilich keine Information weitergegeben.

Die unangekündigten Sicherheits- und Risikoanalysen/Praxisbegleitungen sollten auf Wunsch des o. g. GRB-Kunden von einem externen Beratungsunternehmen vorgenommen werden. Die Organisation (Auswahl der Themen und Arbeitsbereiche, Zeitfenster usw.) und Durchführung (Startzeitpunkt, Aufgabenteilung usw.) werden allerdings vorab mit einem/einer Mitarbeitenden der Gesundheitseinrichtung aus dem Bereich Qualitäts-/Risikomanagement abgestimmt bzw. festgelegt. Dieser/diese begleitet dann auch den gesamten Prozess des unangekündigten Analyseverfahrens. Dies ist empfehlenswert, um beispielsweise den Eintritt in Arbeitsbereiche mit begrenzter Zugangsmöglichkeit (z. B. OP-Abteilung) zu gewährleisten, oder auch aus Datenschutzgründen (Sicherheit für die Mitarbeitenden, dass sich keine unberechtigte Person im Arbeitsbereich aufhält).

Denkbar ist auch, dass der Bereich Qualitäts- und Risikomanagement im Krankenhaus selbst unangekündigte Sicherheits- und Risikoanalysen/Praxisbegleitungen vornimmt (z. B. um sich einen Überblick zur Umsetzung von bekannten Kennzahlen zu verschaffen). Sich jedoch bewusst zu entscheiden, ein externes Beratungsunternehmen für angekündigte und unangekündigte Begutachtungen hinzuzuziehen, hat u. a. den Vorteil, dass eine unabhängige (nicht „betriebsblinde“) Prüfung erfolgt. Zudem sind spezialisierte Beratungsdienstleister in der Regel auf dem neuesten Stand, was aktuelle Standards und/oder Gesetze betrifft, sodass die Mitarbeitenden von einem Informationsgewinn profitieren können.

Im Laufe einer unangekündigten Sicherheits- und Risikoanalyse/Praxisbegleitung kann Kontakt zu den leitenden Mitarbeitenden des jeweiligen Arbeitsbereiches aufgenommen werden, um ihnen ein kurzes Feedback anzubieten. In der Praxis hat es sich immer wieder gezeigt, dass dieses Angebot gerne wahrgenommen wird, weil so zeitnah und auf direktem Weg ein Informationsfluss erfolgt. Ein Kurzbericht wird im Anschluss an die Analyse erstellt.

GRÜNDE FÜR DIE DURCHFÜHRUNG UNANGEKÜNDIGTER SICHERHEITS- UND RISIKOANALYSEN

Einige Gründe, die für unangekündigte Sicherheits- und Risikoanalysen sprechen, sind bereits unter „Einleitung und Zielsetzung“ aufgeführt. Dennoch soll an dieser Stelle auf zwei weitere wichtige Aspekte eingegangen werden, die entscheidend zur Akzeptanz der notwendigen Maßnahmen in der Belegschaft beitragen:

1. der Austausch auf Augenhöhe und
2. die Umsetzung praxisorientierter Handlungsweisen.

Ein sehr bedeutsamer Aspekt ist der Austausch auf Augenhöhe zwischen den Praktikern und den Personen, die eine unangekündigte Sicherheits- und Risikoanalyse durchführen. Werden z. B. unter Umständen bestehende Störungen bzw. widrige Umstände im Tagesgeschäft zur Kenntnis genommen und besprochen, wird den Mitarbeitenden im jeweiligen Arbeitsbereich auch eine Wertschätzung gegenüber ihrer Tätigkeit entgegengebracht. So kann der Einsatz des Instrumentes dazu beitragen, die oft beklagte Entfernung zwischen Theorie und Praxis zu verringern.

Positiv ist zudem, dass diese Art der Analyse und Bewertung ihren Ursprung nicht etwa in Negativverfahren – wie dem eingangs aufgeführten Brustimplantate-Skandal – hat, sondern dass es hier, über die Prüfung hinaus, auch und vor allem um das Aufgreifen innovativer Gedanken und die Umsetzung praxisorientierter Handlungsweisen geht. Dieser proaktive Gedanke sorgt bei den Mitarbeitenden für eine Akzeptanz der zu ergreifenden Maßnahmen, was die Durchdringung im Arbeitsalltag erfahrungsgemäß deutlich verbessert.

Nicht unerwähnt bleiben sollte an dieser Stelle, dass eine Vernetzung der Auditierungsmaßnahmen mit anderen RM-Instrumenten wie beispielsweise dem CIRS (Critical Incident Reporting System) möglich ist und durchaus auch sinnvoll sein kann. Konkret könnte das so aussehen, dass aus anonymen CIRS-Meldungen abgeleitete Präventionsmaßnahmen (z. B. Vorgaben zur Kontrolle ärztlicher Anordnungen von Medikamenten auf einem neuen

Kurvenblatt) im Hinblick auf ihre Praxistauglichkeit analysiert werden.

EIN BEISPIEL AUS DER PRAXIS

Das Kurvenblatt in unserem Beispiel-Krankenhaus enthält eine extra Spalte für die zuständigen Stationsärzte/-ärztinnen, in der diese per Handzeichen bestätigen sollen, dass die auf dieses neue Kurvenblatt übertragenen Medikamentenangaben korrekt sind. Bei späterer Durchsicht der Patientenkurven wird jedoch festgestellt, dass das ärztliche Handzeichen in der Spalte fast immer fehlt. Eine direkte Nachfrage bei den Ärztinnen und Ärzten ergibt, dass sie die Richtigkeit der auf das neue Kurvenblatt übertragenen Medikamentenangaben üblicherweise nicht in der dafür vorgesehenen Extra-Spalte, sondern in einer Spalte direkt neben dem einzelnen Medikamenteneintrag per Handzeichen bestätigen. Nachdem die Analyse die Unstimmigkeit offengelegt hatte, wurde dieser Prozessschritt praxisorientiert angepasst (inkl. Erläuterung des Vorgehens an zentraler Stelle) und die zusätzliche Spalte wurde aus dem Kurvenblatt entfernt.

Anders als die üblichen Analysen und Audits, bei denen in der Regel der Gesamtprozess betrachtet wird, bieten unangekündigte Risiko- und Sicherheitsanalysen/Praxisbegleitungen gezielter die Möglichkeit, den Blick auch auf kleinere Prozesse oder (bedeutsame) Teilprozesse zu richten (z. B. Ablauf Team-Time-out im OP, Ersteinschätzung von gehfähigen Notfallpatienten/-patientinnen in der Notaufnahme). Dieses Vorgehen beinhaltet damit die Chance, aus der Analyse Ableitungen für den Gesamtprozess zu erarbeiten und die Organisationsentwicklung im jeweiligen Tätigkeitsbereich voranzutreiben. Stellt sich bei der unangekündigten Sicherheits- und Risikoanalyse/Praxisbegleitung umfangreicher Handlungsbedarf heraus, kann dies der Ausgangspunkt sein, eine Neubewertung und -bearbeitung aller Facetten des Gesamtprozesses vorzunehmen.

MÖGLICHE THEMEN/ASPEKTE FÜR UNANGEKÜNDIGTE SICHERHEITS- UND RISIKOANALYSEN

Die Auswahl der Themen/Aspekte für unangekündigte Sicherheits- und Risikoanalysen richtet sich hauptsächlich nach den Gegebenheiten/Spezialisierungen in den jeweiligen Arbeitsbereichen, Abteilungen und/oder Kliniken. Auch Neuerungen bzw. Änderungen in den Abläufen können Auslöser für eine solche Analyse sein.

Folgende Themen/Aspekte könnten für eine unangekündigte Analyse geeignet sein:

- Medikationsmanagement: Analyse von Prozessteilen (ärztliche Anordnung, Dokumentation der Anordnung, Ausgabe der Medikamente etc.) oder, je nach Zeitressourcen, des Gesamtprozesses
- Notaufnahme: Ablauf bei der Ersteinschätzung gefährdeter Notfallpatienten/-patientinnen spezieller Fachabteilungen (z. B. HNO, Augenheilkunde, Psychiatrie)
- Onkologische Ambulanz: Vorgehen bei ausgelaufener Zytostatika-Flüssigkeit (z. B. sinnvolle Aufbewahrung von Paravasat-Set und Spill-Kit; Vermeidung von Kontaminationen bei vielen zeitgleichen Behandlungen auf engem Raum)
- Patientenbezogene Dokumentation: Umgang mit Patientenverfügungen, Vorsorgevollmachten usw. (Abfrage, Verfügbarkeit, ärztliche Prüfung, Ableitung von Konsequenzen aus Verfügungen, Transparenz und Einhaltung der abgeleiteten Konsequenzen)

VORGEHEN BEI DER ANALYSE UND EFFEKTE AUF DIE PRAKTISCHE ARBEIT

Die Analyse startet mit einer kurzen Vorstellung bei den schichtführenden Mitarbeitenden (Ärztenschaft, Pflegende, Therapeutinnen und Therapeuten). Danach werden, je nachdem, welche Themen/Aspekte ausgewählt wurden, zunächst die entsprechenden Unterlagen gesichtet. Mitarbeitende der zu begutachtenden Arbeitsbereiche werden, sofern gewünscht und zeitlich möglich, in die Analyse einbezogen.

Ein ganz wesentlicher Bestandteil der Analyse ist die Praxisbegleitung, bei der Abläufe im Detail angesehen werden. Ein Beispiel aus der

Praxis der GRB: In einer onkologischen Ambulanz wurden, wie oben bereits kurz angeführt, Paravasat-Set und Spill-Kit an unterschiedlichen Orten aufbewahrt. Daraus resultierten unnötige Wege für die Mitarbeitenden. Zudem bestand bei ausgelaufener Zytostatika-Flüssigkeit aufgrund der räumlichen Enge im Arbeitsbereich das Risiko, dass Mitpatienten/-patientinnen kontaminiert werden.

Der Bericht zur unangekündigten Sicherheits- und Risikoanalyse in o. g. Fall enthielt neben einer Übersicht über die potenziellen Risiken bei auslaufender Zytostatika-Flüssigkeit auch eine Beschreibung der im konkreten Fall bereits vorhandenen Präventionsmaßnahmen im Zusammenhang mit der Zytostatika-Therapie. Empfohlen wurden Maßnahmen, um die Aufbewahrung von Paravasat-Set und Spill-Kit zu optimieren. Zusätzlich wurde eine Simulationsübung zum Vorgehen bei auslaufender Zytostatika-Flüssigkeit angeregt, um den Umfang der erforderlichen Präventionsmaßnahmen zu erkennen und deren Umsetzung in der Praxis zu veranlassen.

Gesagt, getan: Nach Vorlage des Berichtes führten die in der onkologischen Ambulanz tätigen Mitarbeitenden eine Simulationsübung durch (begleitet vom Qualitäts- und Risikomanagement). Anschließend wurden die Abläufe bei der Gabe von Zytostatika-Infusionen neu koordiniert (inklusive Änderung des Aufbewahrungsortes für Paravasat-Set und Spill-Kit).

ZUSAMMENFASSUNG

Bei der Durchführung von unangekündigten Sicherheits- und Risikoanalysen ist ein besonderes Augenmerk auf die Praxisbegleitung zu legen, soweit dies möglich ist. Die Praxisbegleitung kann und sollte dazu genutzt werden, den Blickwinkel der/des Mitarbeitenden im Hinblick auf die Patientensicherheit zu beeinflussen. Klarzustellen ist, dass mit dieser Art von Analysen lediglich stichprobenartig Themen/Aspekte bearbeitet werden, und sie daher als Ergänzung zu anderen Verfahren anzusehen sind. Weitere Vorteile solcher Analysen sind, dass Praktikern prospektiv Instrumente zur Bearbeitung relevanter Themen an die Hand gegeben werden, die von ihnen

selbst aktiv genutzt werden können. Über die reine Prüfung von Sachverhalten hinaus liegt hier ein Schlüssel zur Mitarbeitermotivation. Außerdem wird auf diese Weise das kontinuierliche Hinterfragen der eigenen Tätigkeit etwas „ganz Normales“ bei der täglichen Arbeit.

LITERATUR

- [1] TÜV SÜD, „Was Sie über unangekündigte Audits wissen sollten“ (Fragen und Antworten FAQ) 

**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:

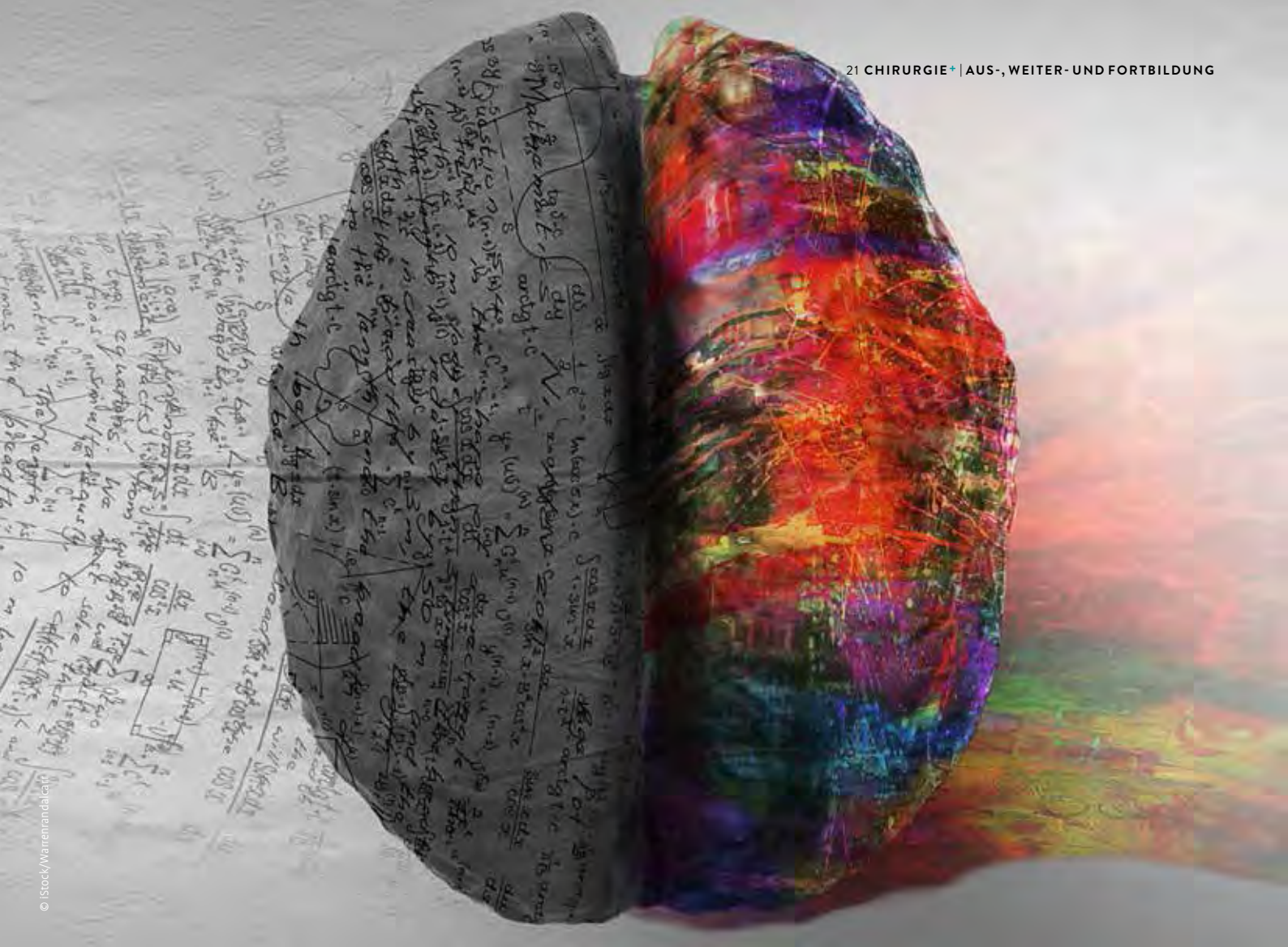
BDC-VERSICHERUNGSMAKLER ECCLESIA VERSICHERUNGSDIENST GMBH

BDC-Versicherungsservice

Klingenbergstr. 4, 32758 Detmold

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

E-Mail: bdc-versicherungsservice@ecclesia.de



English in a brief: Neuroscience discovers five things that will make you happy

1. LISTEN TO MUSIC FROM THE HAPPIEST TIME IN YOUR LIFE

Music affects the brain in an interesting way: it can remind you of places you have listened to it before.

Were you happiest in college? Play the music you loved then and it can transport you to that happier place and boost your mood.

2. SMILE – AND WEAR SUNGLASSES

The brain isn't always very smart. Sometimes your mind is getting all this random info and it isn't sure how to feel. So it looks around for clues. This is called „biofeedback.“

You feel happy and that makes you smile. But it works both ways: when you smile, your brain can detect this and say, „I'm smiling. That must mean I'm happy.“



Eveline Goodman
Geschäftsführerin
EG – IQ & EQ Excellence GmbH
Hubertusallee 27
14193 Berlin
eg@eg-excellence.de

So happiness makes you smile, but smiling can also produce happiness. Feeling down? Smile anyway. „Fake it until you make it“ can work.

3. THINKING ABOUT GOALS CHANGES HOW YOU SEE THE WORLD

And I mean, *literally*. Researchers flashed a bunch of circles on a screen in front of study subjects. One of the circles was always slightly different than the others. It was brighter or smaller, etc.

But when they told people to prepare to point at or try to grab the circles *something crazy happened...*

If they thought about pointing at the circles, they became better at noticing the brighter circle. If they were told to think about grabbing a circle, it was easier for them to identify the smaller circle. What's that mean? *Having a goal literally changed how they saw the world.*

So when you're feeling stressed or challenged, think about your long-term goals. It gives your brain a sense of control and can release dopamine which will make you feel better and more motivated.

4. GET GOOD SLEEP

We all know depression messes up how people sleep. But what's interesting is it's actually a two way street: bad sleep also causes depression.

5. HOW NEUROSCIENCE BEATS PROCRASTINATION

Your brain isn't one big ol' lump of grey goo that's perfectly organized. Far from it. Think of it a little more like a bunch of your relatives arguing at the dinner table during a holiday get together.

When it comes to the choices you make and the things you do, Alex says there are 3 regions you need to be concerned with. You don't need to memorize the names. It's just important to realize they all get a vote:

- The Prefrontal Cortex: The only one thinking about long-term goals like, „We need to prepare that report for work.“
- The Dorsal Striatum: This guy is always voting to do what you've done in the past, like, „When it's time to work we usually start by checking email 9 times, then Facebook, and then watching Netflix.“
- The Nucleus Accumbens: The party animal of the three. „Email, Facebook and Netflix are fun. Work sucks.“

So guess what you end up doing? Yeah... Ouch.

But when you exert effort, the prefrontal cortex can override the other two and do the right thing. Repeat this enough times and you rewire the dorsal striatum: „*We usually start reports quickly. I vote we do that again.*“ That's how the brain builds good habits. So why don't we do that more often? Often the culprit is stress.

So if you want to **build good habits** and **stop procrastinating**, the first thing to do is reduce stress. (The best ways to do that are **here**.)

Procrastination is often a vicious circle because you delay, then you have less time to complete the project, so you get more stressed, procrastinate more, have even less time, which makes you even more stressed and... well, you get the idea. So what's the answer? After a little something to reduce stress, *find one small thing you can do to get started*. This focuses you and prevents the overwhelm that knocks the prefrontal cortex out of the conversation.

Goodman E: English in a brief: Neuroscience discovers five things that will make you happy. Passion Chirurgie. 2018 November; 8(11): Artikel 04_02.



Weitere Artikel finden Sie auf BDC|Online
(www.bdc.de, Rubrik Wissen | Aus-, Weiter- und Fortbildung | English in a Brief).

SUM UP

Here's what you can learn from Alex about how neuroscience can bring happiness:

- **Listen to music from the happiest time in your life:** Let's hope you had good taste when you were happiest.
- **Smile and wear those sunglasses:** You don't have to wear them indoors. That would be dumb.
- **Think about your goals:** It changes how you see the world and releases happy chemicals in your noggin.
- **Get your sleep:** Depressed people don't sleep well. And people who don't sleep well get depressed.
- **Beat procrastination by reducing stress and doing a simple thing to get started:** Listen to those happy-era tunes and then assemble all the materials you need to get cranking.

And what's that #1 thing that Alex says can start an upward spiral of happiness? It's dead simple: **Go for a walk outside every morning, preferably with a friend.**

Yup, that's it. How can something so incredibly simple be so powerful?

HOW TO STOP PROCRASTINATING:

1. You don't need more willpower. You need to build a solid habit that helps you get to work.
2. Getting started is the tricky part. Turn that habit into a „personal starting ritual.“ It can even have some fun to it as long as it signals that in a few minutes, it's time to get cranking.
3. The most powerful habits change how you see yourself. Think about what makes you feel like someone who gets things done and make that a part of your starting ritual.
4. Eat chocolate with friends. Maybe not literally, but it's a good reminder that you need both rewards and a support network to build rock solid new habits.

The coolest part is that if you follow these steps you're on your way to a lot more than beating procrastination – you're on your way to a better life.



eAKADEMIE

Wissen Bit für Bit

WEBINARE

MEDIATHEK

eCME-
CENTER

WEBINARE

BDC|WEBINAR



Namhafte Experten *live* direkt in Ihrem Arbeitszimmer.

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

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

www.bdc-webinare.de



© iStock/AndreyPS

Hygiene-Tipp: Nachsorge von Stich- und Schnittverletzungen mit infektiösem Material

Die Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) und die Unfallkassen Berlin, Baden-Württemberg (UK BW), Nord (UK Nord) und Nordrhein-Westfalen (UK NRW) haben ein neues Konsenspapier erarbeitet. In diesem werden die Empfehlungen zu Sofortmaßnahmen und das weitere Nachsorgeprogramm nach Nadel-Stich-Verletzungen (NSV) im Hinblick auf die Serodiagnostik abgestimmt. Nach einer NSV muss sofort eine Risikoabschätzung vorgenommen werden.

Die Serodiagnostik sofort nach der NSV dient dem Ausschluss einer bereits bestehenden Infektion sowie der Entscheidung über Impfungen bei unsicherem Hepatitis B-Immunschutz.

Verletzten Personen ohne aktuellen Hepatitis B-Immunschutz (Ungeimpfte, Non-Responder und Low-Responder mit aktuellem Anti-HBs <10 IE/L) muss in Situationen mit erhöhtem Risiko zügig postexpositionell Hepatitis-B-Immunglobulin und eine Hepatitis-B-Impfung



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
hygiene@drzastrow.de

verabreicht werden. Keine Maßnahme ist notwendig, wenn eine erfolgreiche Grundimmunisierung dokumentiert wurde und die positive Titerkontrolle (Anti-HBs >100 IE/L) nicht älter als zehn Jahre ist.

Die HIV-PEP kann innerhalb von 24 Stunden begonnen werden, bringt aber in den zwei Stunden nach einer NSV die besten Ergebnisse. Sie sollte beim Verdacht auf eine effektive HIV-Transmission deshalb frühestmöglich begonnen, gleichzeitig sollten erfahrene Spezialisten beigezogen werden. Hierzu empfiehlt sich präventiv die Kontaktaufnahme mit einer HIV-Ambulanz und Klärung des Vorgehens über diese. Ein HIV-Screeningtest der vierten Generation nach sechs Wochen schließt eine HIV-Infektion zuverlässig aus. Nach zwei negativen HIV-Screeningtests der vierten Generation nach der sechsten und zwölften Woche ist ein weiterer HIV-Test nach sechs Monaten nicht mehr erforderlich.

Bei Hepatitis-C-Risiko sollte der Verletzte durch einen Nukleinsäureamplifikationstest

(NAT) sechs Wochen nach einer gefährdenden Verletzung auf HCV-RNA untersucht werden. Bei unbekanntem oder bekanntem positiven HCV-Status der Indexperson bietet eine negative HCV-Diagnostik mittels eines NAT nach sechs Wochen eine hohe diagnostische Sicherheit. Zum Schutz von Dritten kann jedoch eine HCV-Diagnostik bereits zwischen der zweiten und vierten Woche indiziert sein. Der NAT stellt eine Ergänzung zur Antikörperdiagnostik der Hepatitis C dar. Es steht zwar keine HCV-PEP zur Verfügung, aber eine hoch effektive Therapie der chronischen Hepatitis C mit DAA (directly acting antivirals). Die Hepatitis-C-Diagnostik nach einer NSV sollte derzeit noch über 24 Wochen fortgesetzt werden. Aufgrund der deutlich verbesserten Testsysteme kann sie möglicherweise in Zukunft bereits nach 12 Wochen beendet werden, wie dies für die HIV-Diagnostik aktuell schon der Fall ist.

Der Kurztipp gibt die Meinung der Autoren wieder.



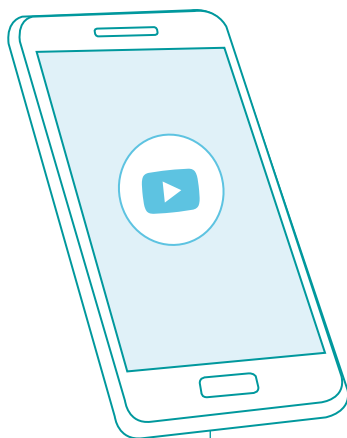
Popp W, Zastrow KD: Nachsorge von Stich- und Schnittverletzungen mit infektiösem Material. *Passion Chirurgie*. 2018 November; 8(11): Artikel 04_03.



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

HYGIENE
CLIPGet Your
Disinfection

Erfolgreiche bundesweite
Kampagne des BDC
in Kooperation
mit DGKH und BDH



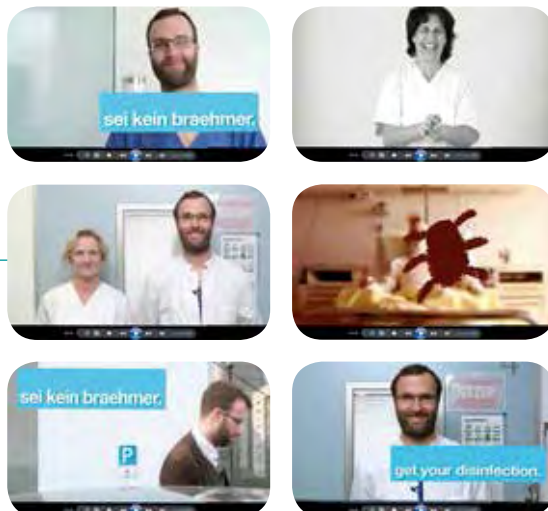
Gute Chirurgie kann durch eine Infektion gefährdet werden. Es gibt vermeidbare und unvermeidbare Infektionen. Letztere sind schicksalhaft und kaum zu beeinflussen. Der Berufsverband der Deutschen Chirurgen und die deutschen Hygieniker betreiben seit 2008 eine bundesweite Informationskampagne, die dazu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

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

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

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

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



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



PATIENTENSCHUTZ DURCH HYGIENE IST EINE
BUNDESWEITE KONZERTIERTE AKTION VON:

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



Über die Folgen der Budgetierung

DAS GIFT IM GESUNDHEITSWESEN

Am 4. Oktober 2017 jährte sich der berühmt-berüchtigte Kompromiss von Lahnstein zum 25. Mal. Der damalige Gesundheitsminister Horst Seehofer schmiedete gemeinsam mit dem SPD-Gesundheitspolitiker Rudolf Dressler diesen unheiligen Kompromiss: Das Gesundheitsstrukturgesetz (GSG), mit dem die Budgetierung sowohl der ärztlichen Leistungen als auch der Arzneimittelausgaben vereinbart wurde. Quasi als siamesischer Zwilling der Budgetierung stellten Seehofer und Dressler die Bedarfsplanung komplett neu auf. Dabei war die Budgetierung sogar ein freiwilliges Angebot des damaligen

KBV-Vorsitzenden Siegfried Häußler, um erstmals eine eigene Gebührenordnungsposition zur Ganzkörperuntersuchung einführen zu können: die GOP 19. Der damalige Ehrenvorsitzende der KBV und frühere Bundesvorsitzende des NAV-Virchow-Bundes, Hans Wolf Muschallik, kommentierte diesen Kompromiss mit den Worten: „Wir stehen vor einem Scherbenhaufen.“ Am 9. Dezember 1992 gab der Bundestag dennoch grünes Licht für das ab 1. Januar 1993 dann geltende GSG.

Und Hans Wolf Muschallik hat mit seinen Worten Recht: Die Budgetierung ist seitdem für viele negative Entwicklungen im Gesundheitswesen verantwortlich.



Dr. med. Dirk Heinrich
 Bundesvorsitzender des NAV-Virchow-Bundes
 Facharzt für HNO und Allgemeinmedizin
 NAV-Virchow-Bund
 Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands e.V.
 Chausseestraße 119b
 10115 Berlin

Quelle: Gesellschaftspolitische
 Kommentare – gpk, Nr. 8-9/2018
 August - September 2018

BUDGETIERUNG UND ARZTTERMINE

Ärzte sind als Angehörige eines freien Berufes nur ihren Patienten und der Allgemeinheit verpflichtet. Selbstständig niedergelassene Ärzte führen aber auch einen Wirtschaftsbetrieb. Medizinische Fachangestellte haben Tarifverträge, bekommen regelmäßige Gehaltssteigerungen und das ist auch richtig so. Die Begrenzung der Mittel in der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) setzt der ärztlichen Arbeit in der niedergelassenen Praxis aber Grenzen. Am deutlichsten ist dies an dem Streit um Wartezeiten und fehlende Termine zu spüren. Dabei ist es ganz einfach: Wenn der Inhaber eines mittelständigen Betriebs keine ausreichende finanzielle Deckung erzielen kann, rationalisiert er seinen Betrieb. Das Personal wird auf das Nötigste zurückgefahren, Investitionen zurückgestellt. Die Ärzte könnten mehr Termine nur dann anbieten, wenn sie in der Lage wären, ihre Praxen hierauf auszurichten. Unter einem Budget ergibt es wirtschaftlich aber keinen Sinn, weitere Patienten aufzunehmen und Termine zu vergeben. Ganz im Gegenteil: Weitere Patienten lösen Kosten aus, die aus eigener Tasche finanziert werden müssten. Dieses wird – zunehmend zu Recht – als unzumutbar empfunden. Facharztterminprobleme sind eine Folge der Budgetierung. Wer dies nicht wahrhaben möchte, lügt sich in die Tasche.

BUDGETIERUNG TRIFFT FACHGRUPPEN HÖCHST UNTERSCHIEDLICH

Die Budgetierung betrifft die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung (MGV). Daneben gibt es aber einen Bereich, die extrabudgetäre Gesamtvergütung (EGV). Diese Leistungen werden voll und unlimitiert vergütet. Hier finden sich insbesondere Leistungen der präventiven Medizin, wie zum Beispiel Vorsorgeuntersuchungen bei Kindern und Schwangeren, das ambulante und belegärztliche Operieren, Koordinierungsleistungen, in Hamburg beispielsweise auch Haus- und Heimbefuche sowie anderes mehr. Hier von sind die Fachgruppen allerdings sehr unterschiedlich betroffen. Es gibt Fachgruppen, wie Kinderärzte und Gynäkologen, die einen großen Teil ihrer Leistungen in diesem

EGV-Bereich haben. Andere Fachgruppen, wie z. B. Hals-Nasen-Ohren-Ärzte, haben fast keine extrabudgetär vergüteten Leistungen.

Zum Ausgleich wurde eine, allerdings sehr geringe, Leistung eingeführt, die sich Pauschale zur Förderung der fachärztlichen Grundversorgung (PFG) nennt. Diese schafft es aber nicht annähernd, die Unterschiede zwischen den Fachgruppen auszugleichen. Bestimmte Lasten in einer Kassenärztlichen Vereinigung, wie zum Beispiel die Laborreform, werden ausschließlich aus der MGV finanziert. Damit tragen immer weniger Ärzte zu diesen allgemeinen Lasten bei. Fachgruppen, die in der MGV verhaftet sind, bluten aus. Die Budgetierung ist daher auch noch höchst ungerecht.

BUDGETIERUNG IST SOZIAL UNGERECHT

Eine niedergelassene Praxis finanziert sich heute im Wesentlichen aus zwei Einnahmequellen: Zum einen ist dies die Vergütung aus der gesetzlichen Krankversicherung (GKV), zum anderen die auf der GOÄ basierende Vergütung von Selbstzahlern. Die meisten aus der Gruppe der Selbstzahler haben sich über eine private Krankenversicherung abgesichert. Der kleinere Teil sind Patientinnen und Patienten, die individuelle Gesundheitsleistungen in Anspruch nehmen. Die Möglichkeit, Einnahmen über Selbstzahler zu erzielen, ist unterschiedlich verteilt. In den neuen Bundesländern gibt es weniger Privatpatienten. In sozialen Brennpunkten der großen Städte gibt es ebenfalls wenig Privatpatienten. Diese Praxen sind auf die Einnahmen aus der gesetzlichen Krankenversicherung angewiesen. Ihre Ertragslage ist deutlich schlechter als die von Praxen, die größere Teile ihrer Einnahmen von Selbstzahlern erzielen.

In den letzten 20 Jahren hat sich eine deutliche Gewichtsverschiebung ergeben. Durch die Budgetierung ist die durchschnittliche Einnahme pro Patient (GKV) deutlich gesunken. Die Einnahmen aus Privatpatienten sind nur leicht gestiegen. Es ist also die Ertragschwäche aus GKV-Patienten, die zu dieser Lage führt, nicht eine Einnahmезunahme durch Privatpatienten. Diese Einnahmезchwäche aus der GKV ist eine Hauptursache

Heinrich D: Über die Folgen der Budgetierung.
 Passion Chirurgie. 2018 November, 8(11): Artikel
 04_04.



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

für die ungleiche Verteilung von Arztpraxen in Großstädten, aber auch eine Ursache für die Unattraktivität von Landpraxen in Bundesländern mit wenig Privatpatienten. In den Städten trifft also Ärztemangel und Ertragschwäche gerade die Praxen, die sich um die Versorgung von Kassenpatienten in sozialen Brennpunkten kümmern. Das ist für die Patientinnen und Patienten dieses Stadtteils sozial ungerecht.

BUDGETIERUNG FÜHRT ZU ÄRZTEMANGEL

Die Ertragsschwäche von Praxen, die auf die Einnahmen von GKV-Patienten angewiesen sind, macht sie wirtschaftlich unattraktiv. In den sozialen Brennpunkten der Großstädte, sind solche Praxen nicht mehr zu veräußern. Nachfolger finden sich nicht. Damit verschärft sich der Ärztemangel in diesen Bereichen. Gleiches gilt für die ländlichen Regionen, insbesondere in den neuen Bundesländern. Es ist die Budgetierung, die zu regionalem Ärztemangel führt. Es ist der einzige Unterschied, der in einer Großstadt, wie Hamburg, Berlin, München oder Köln die Stadtteile einnahmeseitig unterscheidet. Vor 20 Jahren war es aber kein Problem, alle Stadtteile mit Ärzten zu versorgen. Auch damals verdiente man in den sozial-schwächeren Stadtteilen etwas

weniger als in den anderen. Heute beträgt der Unterschied aber bis zu 50 %. Damit ist offensichtlich die Grenze überschritten, die junge Ärztinnen und Ärzte bereit sind, zu akzeptieren.

BUDGETIERUNG UND BEDARFSPLANUNG

Neben der Budgetierung bestand der Lahnstein-Kompromiss gleichzeitig darin, die Schrauben bei der Bedarfsplanung anzuziehen. Aus der Angst der Politiker vor einer „Ärztenschwemme“, die die Krankenhäuser ausbluten könnte, wurde die Bedarfsplanung zum siamesischen Zwilling der Budgetierung. Als Nebeneffekt wirkte sie zunächst ausgleichend zu den neuen Praxisbudgets, also im Sinne der Ärzte mit bestehender Niederlassung. Seit einigen Jahren wird das Instrument von der Politik freilich anders eingesetzt. Heute wird versucht, durch einseitige Änderung an der Bedarfsplanung, Versorgungslücken zu schließen.

Eine immer kleinräumigere und mit vielen Bedingungen versehene Bedarfsplanung versucht eine bessere Verteilung von Ärzten zu erreichen. In seiner Verzweiflung greift der Gesetzgeber jetzt sogar zu einer weiteren Einschränkung der Selbstverwaltung und

will selbst in die Zulassungsausschüsse hinein. Doch eine noch so verschärfte Bedarfsplanung kann nicht kaschieren, dass Praxen mit einer durch die Budgetierung bedingten Einnahmenschwäche keine Nachfolger finden. Der Versuch, durch eine kleinräumige Bedarfsplanung Ärzte in diese Gegenden quasi zu zwingen, widerspricht dem Lahnstein-Kompromiss, der die Bedarfsplanung als Ausgleich für die Budgetierung sieht. Sie war als schützender Ausgleich für die Ärzteschaft gedacht und nicht als Instrument zu weiterem Zwang.

OHNE EIN ENDE DER BUDGETIERUNG GIBT ES KEINE ECHTEN LÖSUNGEN

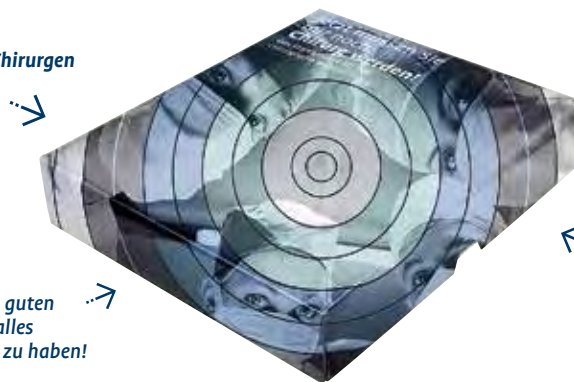
Ungleiche Verteilung von Ärzten in den Städten, Ärztemangel auf dem Land, Ertragsschwäche von Praxen in sozialen Brennpunkten und Terminprobleme bei Haus-, Kinder- und Fachärzten sind eine direkte Folge einer über 25 Jahre bestehenden Budgetierung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV). Wer sich dieser Erkenntnis verweigert, wird zu keiner positiven Lösung der genannten Probleme kommen. Natürlich lässt sich noch eine Weile an vielen Rädchen drehen, aber es wird nicht zu einer wirklichen Verbesserung kommen. ○

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

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.

NOVEMBER 2018

Dr. med. Axel Blasi wechselte als Chefarzt der Unfallchirurgie und Orthopädischen Chirurgie des Eichsfeld-Klinikums in Heilbad Heiligenstadt an das Klinikum Werra-Meißner. Dort leitet er die Orthopädie und Unfallchirurgie der Standorte Eschwege und Witzenhausen.

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 Transplantationschirurgie am Universitätsklinikum Essen und leitender Oberarzt in der Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie am Johanna-Etienne-Krankenhaus in Neuss.

PD Dr. med. Dirk M. Forner, Chefarzt der Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe am Evangelischen Krankenhaus Köln Kalk, Facharzt für Chirurgie, Gynäkologie und Geburtshilfe, hat sich an der Universität zu Köln habilitiert, die Venia legendi im Fach Frauenheilkunde und Geburtshilfe erhalten und wurde zum Privatdozenten ernannt.

Dr. med. Silke Ganzer, ehemalige Chefarztin der Chirurgischen Klinik des HELIOS St. Josefs-Hospital Bochum-Linden, ist seit Oktober 2018 selbständige Ärztin in der BGA des Coloproktologischen Zentrums Düsseldorf.

Prof. Dr. med. Matthias Hansen, ehemals Chefarzt der Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie der Hochtaunuskliniken in Bad Homburg, hat sich in seiner Heimatstadt

Mainz mit einer Orthopädisch-Traumatologischen Praxis niedergelassen.

Prof. Dr. med. Thomas Moesta trat zum 1. Oktober 2018 seinen Dienst als Ärztlicher Direktor des Universitätsklinikums Halle (Saale) an. Der ehemalige Chefarzt der Klinik für Allgemein-, Viszeral- und minimalinvasiven Chirurgie am KRH Klinikum Siloah-Oststadt-Heidehaus in Hannover wurde durch den Aufsichtsrat des UKH für sechs Jahre in diese Funktion berufen.

Dr. med. Stefan Nachbaur ist neuer Chefarzt der Unfallchirurgie und Orthopädischen Chirurgie am Krankenhaus St. Josef in Schweinfurt. Er war zuvor langjährig als Oberarzt in der Abteilung tätig.

Dr. med. Bernhard Papenfuß leitet seit September 2018 das Rehazentrum München-Ottobrunn. Der Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie, Facharzt für Chirurgie, Spezielle Unfallchirurgie betreibt dort zudem auch eine Privatpraxis.

Prof. Dr. med. Matthias Schauer ist neuer Chefarzt der Klinik für Allgemein-, Viszeral-, Thorax- und Endokrine Chirurgie am Augusta-Krankenhaus in Düsseldorf. Der Facharzt für Chirurgie mit Schwerpunktbezeichnung Spezielle Viszeralchirurgie und Thoraxchirurgie folgt auf **Prof. Dr. med. Karl-Heinz Schultheis**, der zum Januar 2019 das Amt des Ärztlichen Direktors im Verbund Katholischer Kliniken Düsseldorf übernimmt.

Dr. med. Klaus-Thilo von Trotha ist seit September 2018 Leitender Oberarzt der Klinik für Gefäßchirurgie am Marienhospital in Aachen.



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

Frage & Antwort



Abrechnung der Visite bei Wahlleistungsvereinbarung



Antwort von Dr. jur. Jörg Heberer:

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

FRAGE:

Ein Chefarzt fragt an, ob im Rahmen einer Wahlleistungsvereinbarung die Visite von einem nachgeordneten Arzt erbracht und dies dann als wahlärztliche Leistung abgerechnet werden könne.

ANTWORT:

Das ist nach Ansicht des Verfassers rechtlich unzulässig. Denn die Visite stellt nach herrschender Meinung eine Kernleistung des Wahlarztes dar. Hinsichtlich ihrer Delegation ist zu sagen, dass die GOÄ eine eindeutige Abrechnungsvorschrift durch § 4 Abs. 2 S. 3 Nr. 2 GOÄ vorgibt und damit die Delegation bzw. Abrechnungsfähigkeit der Visite als wahlärztliche Leistung beschränkt.

Nach dieser Vorgabe können Visiten nach den Nrn. 45 und 46 GOÄ während der gesamten

Dauer der stationären Behandlung nur bei persönlicher Erbringung durch den Wahlarzt oder seinen ständigen ärztlichen Vertreter, der dem Patienten vor Abschluss der Wahlleistungsvereinbarung benannt worden sein muss, als wahlärztliche Leistungen abgerechnet werden.

Nachdem nach Auffassung des Verfassers die Visite grundsätzlich aus medizinischer Sicht auch nicht verschoben werden kann, ist diesbezüglich auch eine individuelle Stellvertretervereinbarung bei vorhersehbarer Abwesenheit des Wahlarztes ausgeschlossen.

Wird damit die Visite einmal oder mehrmals nicht entweder durch den Chefarzt oder dessen ständigen ärztlichen Vertreter erbracht, so scheidet eine Abrechnung als wahlärztliche Leistung aufgrund der strikten Vorgaben der GOÄ aus Sicht des Verfassers in diesen Fällen aus.

Heberer J. F+A: Abrechnung der Visite bei Wahlleistungsvereinbarung. 2018 November; 8(11): Artikel 04_09.



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

Frage & Antwort



Schweigepflicht gegenüber dem Gericht



Antwort von Dr. jur. Jörg Heberer:

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

FRAGE:

Ein niedergelassener Chirurg fragt an, ob er auf eine Anfrage des Sozialgerichts Auskunft über den Patienten in einem Rechtsstreit erteilen dürfe, wenn das Gericht das Vorliegen einer Schweigepflichtentbindungserklärung behauptet, diese aber nicht übersendet.

ANTWORT:

Zwar findet die ärztliche Schweigepflicht im Rahmen des Zeugnisverweigerungsrechtes Berücksichtigung. Aus Sicht des Verfassers ist es allerdings juristisch unbedenklich, wenn ein Arzt in diesem Fall nach Bestätigung des Gerichts über das Vorhandensein einer Schweigepflichtentbindungserklärung auch ohne deren Vorlage Auskunft gegenüber dem Gericht erteilt. Der Arzt ist in diesem Fall sogar zur Aussage verpflichtet.

Denn es entspricht einheitlicher Rechtsprechung, dass, sobald ein Gericht dem Arzt mitteilt, der Patient habe ihn von der ärztlichen Schweigepflicht entbunden, diese Angabe für den Arzt verbindlich ist. In diesem Zusammenhang ist es nach der Rechtsprechung auch ausschließlich Aufgabe des Gerichts, von Amts wegen zu prüfen, in welchem Umfang der Arzt von der Schweigepflicht entbunden worden ist. Der Arzt kann sich damit rechtlich auf die Aussage des Gerichts verlassen. Folglich ist eine solche gerichtliche Erklärung zum einen ausreichend und zum anderen muss das Gericht dann dem Arzt keine schriftliche Entbindungserklärung vorlegen. Der Arzt ist in diesem Fall deshalb auch nicht zur Zeugnisverweigerung mangels Vorlage der Entbindungserklärung berechtigt.

Heberer J. F+A: Schweigepflicht gegenüber dem Gericht. 2018 November; 8(11): Artikel 04_10.



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

SOS



© iStock/David Crespo

Notruf aus allen Krankenhäusern an die Politik: Überregulierung und Misstrauensbürokratie im Krankenhaus

Der folgende Text ist nur die Einleitung einer Denkschrift an die Politik. Es geht um inakzeptable Kürzungen der Vergütungen für erbrachte Leistungen und ist ein **Notruf aus allen Krankenhäusern**. Wegen der Länge konnten wir ihn nicht in Gänze abdrucken und laden Sie ein, **HIER** weiterzulesen ...

Kein anderer Bereich im deutschen Gesundheitswesen hat in den vergangenen Jahren

so viele Reformen erfahren wie der Krankenhausbereich. Über die Jahre ist so eine administrative Überregulierung entstanden, die angesichts ihres Umfangs, ihrer Komplexität und Regelungstiefe über alle Maßen hervorsteicht. Die Ursachen für diese Entwicklungen sind vielfältig. Doch können Folgen der Einführung der pauschalierenden stationären Vergütungssysteme (DRG-System, PEPP) sowie Auswirkungen anderer allgemeiner



Dr. Nicole Schlottmann

Geschäftsführerin Dezernat V –
Medizin I
Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V.
Wegelystr. 3
10623 Berlin
n.schlottmann@dkgev.de

Rahmenbedingungen für die Krankenhäuser unzweifelhaft als relevante Faktoren benannt werden. Die Verhältnismäßigkeit von Aufwand und Nutzen zahlreicher Vorschriften sowie die Belastung und die Wertschätzung gegenüber den Menschen, die die Patientenversorgung in deutschen Krankenhäusern rund um die Uhr sicherstellen, sind hierbei völlig aus dem Blick geraten und haben tragfähige Grenzen weit überschritten. Der Beitrag zeigt aus der Perspektive der Deutschen Krankenhausgesellschaft relevante Fehlentwicklungen exemplarisch auf und fordert zugleich eine dringende Zäsur.

Deutsche Krankenhäuser stellen ihre Leistungsfähigkeit bereits seit vielen Jahren erfolgreich unter Beweis. Bei vergleichsweise niedrigen Leistungspreisen stehen sie für eine bundesweite, qualitativ hochwertige medizinische Versorgung und genießen hohe internationale Anerkennung. Sie versorgen jährlich ca. 19,2 Millionen stationäre Patienten und stellen den medizinisch-technischen Fortschritt sicher. Mit der Ausbildung von Pflegefachkräften und Ärzten leisten die Krankenhäuser zudem einen unverzichtbaren Beitrag zur Sicherstellung des zunehmenden Personalbedarfs einer älter werdenden Gesellschaft. Nicht zuletzt sind Ärzte und Pflegefachkräfte sowie weitere Berufsgruppen der Garant für eine durchgängige Rund-um-die-Uhr-Versorgung, die Patientenbelange auch in schweren Stunden kompetent und empathisch berücksichtigt.

Demgegenüber sehen sich Ärzte und Pflegefachkräfte selbst zunehmend einem Klima mangelnder Wertschätzung und stetig wachsenden Misstrauens ausgesetzt, insbesondere seitens der Krankenkassen, aber auch von Seiten der Politik und der Öffentlichkeit.

Medienwirksam untermauerte, pauschale, oft wenig fundierte Vorwürfe stützen den politisch formulierten Bedarf nach immer mehr „Transparenz“, „Qualität“ und „Regulierung“ bis tief in die innerbetrieblichen Abläufe der Krankenhäuser hinein. Wie die Einführung der neuen Vergütungssysteme zieht auch dieses Misstrauen zusätzliche Reformen mit daraus resultierenden Kontrollen und weiterer Bürokratie nach sich. Dabei treten Versorgungsrealitäten sowie der Bedarf nach einer patientenindividuellen Versorgung in vielen Vorschriften immer weiter in den Hintergrund. Ersetzt werden sie durch mannigfache medizinfremde Detailregelungen, die primär dem Zweck der Kostendämpfung und Strukturbereinigung dienen. Notwendige Zeit für die Patienten geht immer mehr zugunsten administrativer Aufgaben von zweifelhaftem Nutzen verloren.

Krankenhausmitarbeiter sehen sich hierdurch einer undurchdringlichen, demotivierenden und belastenden Regelungsfülle ausgesetzt, die ein zunehmend unattraktives berufliches Umfeld zeichnet. Nicht zuletzt werden dem Gesundheitswesen durch die zunehmende Bürokratisierung der Patientenversorgung enorme Finanzmittel entzogen, die die Versicherten in Form von Krankenversicherungsbeiträgen vermutlich eher für ihre medizinische Versorgung bereitstellen. Angesichts des Ausmaßes erreichter Verwaltungsbürokratie und damit einhergehender Probleme drängt sich immer mehr die Frage nach der Verhältnismäßigkeit von Aufwand und Nutzen vieler Vorschriften sowie nach den Risiken einer in dieser Weise fortgesetzten Gesundheitspolitik auf. ...

Zum Weiterlesen **HIER** klicken.



[Vollversion des Artikels zum Weiterlesen...](#)

Schlottmann N: Notruf aus allen Krankenhäusern an die Politik: Überregulierung und Misstrauensbürokratie im Krankenhaus. *Passion Chirurgie*. 2018 November, 8(11): Artikel 05_01.



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

Bundessozialgericht beschränkt belegärztliche Abrechnung auf die Bettenzahl



Dirk Farghal

Stellv. Leiter Themen-Referat
Niedergelassene im BDC
Leiter der Arbeitsgemeinschaft Beleg- und Kooperationsärzte im BDC
Chirurgische Praxis am Hauptbahnhof
Facharzt für Chirurgie, Unfallchirurgie, spez. Unfallchirurgie, fachgebundene Radiologie und Notfallmedizin
Bahnhofplatz 9
97424 Schweinfurt
www.chirurgie-schweinfurt.de

Mit Urteil vom 29.11.2017, AZ: 6 KA 33/16 R beschränkt das BSG den belegärztlichen Versorgungsauftrag auf die im Krankenhausplan ausgewiesene Bettenzahl der Fachabteilung. Hintergrund des Urteils ist die Honorarrückforderung einer Kassenärztlichen Vereinigung: Ein Belegarzt mit fünf Betten hatte mit 898 Belegungstagen die möglichen Belegungstage von 460 Tagen (92 Tage mal 5) weit überschritten.

Mit dem o. g. Urteil hat das BSG klargestellt, dass die belegärztliche Abrechnung auf die in der Zulassung angegebene Bettenzahl begrenzt ist. Zudem darf auch der Versorgungsauftrag der Bettenanzahl einer Abteilung nicht überschritten werden. Somit wird durch die genehmigte Bettenzahl auch die Gesamtzahl der abrechenbaren Belegungstage für die gesamte Abteilung definiert, unabhängig davon wie viele Belegärzte in der Abteilung tätig sind (Stand: August 2018).

So wird die KV Niedersachsen ab dem Quartal 3/18 Plausibilitätsprüfungen der belegärztlichen Abrechnungen durchführen. Der KV Bayern war bis dato dieses Urteil nicht bekannt.

Nach telefonischer Rücksprache mit der KV Unterfranken drohe aber nur den Belegärzten ein Regress, welche die Anzahl der Belegungstage überschritten haben. Auch wenn die Abteilung oder das Haus seine Belegungstage überschritten hat, würde der Belegarzt, der seine Belegungstage nicht überschritten hat, nicht bestraft.

Nach Gesprächen mit einigen Geschäftsführern und Belegärzten scheint dieses Urteil noch nicht richtig ins Bewusstsein gedrungen zu sein und hat bisher keine Relevanz für die meisten Belegkrankenhäuser oder Belegärzte. Bei weiter rückläufigen Belegarztzahlen sowie Belegarztfällen ist auch nicht zu erwarten, dass dieses Urteil wirklich flächendeckend relevant sein wird.



Farghal D: Bundessozialgericht beschränkt belegärztliche Abrechnung auf die Bettenzahl. *Passion Chirurgie*. 2018 November, 8(11): Artikel 05_02.



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



© iStock/OxfordSquare

AKTUELLE MELDUNGEN



25.10.2018

BDC+ ZAHL DER KORRUPTIONSFÄLLE LIEGT IM DUNKELN

Genaueres über Korruption im Gesundheitswesen wollte die Grünen-Bundestagsfraktion wissen – die Antwort der Bundesregierung viel reichlich mau aus. Denn aussagekräftige Zahlen gibt es offenbar nicht...



19.10.2018

AMBULANTE SPEZIALFACHÄRZTLICHE VERSORGUNG

Zum 1. Januar 2012 wurde mit der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) im Gesetz eine neue Versorgungsform für die hochspezialisierte ambulante Behandlung von Patienten mit bestimmten komplexen sowie seltenen Erkrankungen geschaffen...



17.10.2018

MARBURGER BUND FORDERT GRUNDLEGENDE REFORM DES DRG-SYSTEMS

Der Ansatz ist vielversprechend, das Ergebnis aber widersprüchlich. Zu dieser Einschätzung gelangt der Marburger Bund bei der Beurteilung des Regierungsentwurfs für das Pflegepersonal-Stärkungsgesetz...



15.10.2018

BDC+ GESUCHT: SEKTORAL UNVORBELASTETE EXPERTEN

Der Ruf nach einer sektorenübergreifenden Versorgung und Vergütung wird immer lauter. Auch Gesundheitsminister Jens Spahn (CDU) fordert Modelle zur besseren Zusammenarbeit von Kliniken und Praxen...



12.10.2018

ORIENTIERUNGSWERT FÜR KRANKENHAUSKOSTEN 2018 BETRÄGT 1,96 %

Das Statistische Bundesamt (Destatis) veröffentlicht gemäß den Vorgaben des Krankenhaus-entgeltgesetzes den sogenannten Orientierungswert für Krankenhäuser. Dabei handelt es sich um eine wichtiger Kenngröße...



11.10.2018

BDC+ SEPSIS – EIN DEUTSCHER SKANDAL

18,6 Millionen Menschen werden jährlich in deutschen Krankenhäusern behandelt, darunter 4,1 Millionen mit einer Infektion und mehr als 320.000 Patienten mit einer Sepsis – bei einer hohen Dunkelziffer der Sepsis-Inzidenz...

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: AWARE₂ Registriernummer: NCT01181206				
PD Dr. J. C. Lauscher Prof. Dr. M. E. Kreis 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 557 von 636 Patienten	DFG 610 € (zzgl. Umsatzsteuer)/Patient	PD Dr. J. Lauscher Universitätsmedizin Berlin, Charité Campus Benjamin Franklin Chirurgische Klinik I T: 030/8445-2948 F: 030/450-522 902 E: johannes.lauscher@charite.de
Studientitel: BariSurg₂ Registriernummer: DRKS00004766				
Prof. Dr. B.P. Müller	Patienten mit einem BMI von 35–40 kg/m² und mit mindestens einer assoziierten Begleiterkrankung sowie Patienten mit einem BMI von 40–60 kg/m² Experimentelle Gruppe: Magenschlauch-OP Kontrollgruppe: Magenbypass-OP	FPI: 27.11.2013 96 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

MULTIZENTRISCH RANDOMISIERT KONTROLLIERTE STUDIEN				
STUDIENLEITER	PATIENTEN/OP.-VERFAHREN	FIRST PATIENT IN/ STATUS DER STUDIE	FINANZIERUNG DER STUDIE/FALLGELD	ANSPRECHPARTNER/ KONTAKT
Studientitel: BIOLAP₃ 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 65 von 496 Patienten	DFG 750 € / Patient	Dr. J. 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 253 von 257 Patienten	DFG 1.000 €/Patient	Dr. F. Şandra-Petrescu Dr. F. Herrle Universitätsmedizin Mannheim Chirurgische Klinik T: 0621/383-4453 oder -1501 F: 0621/383-1955 E: flavius.sandra-petrescu@umm.de E: florian.herrle@umm.de
Studientitel: DiaSurg 2-Studie₅ Registrierungsnummer: DRKS 00004550				
Prof. Dr. M.W. Büchler Prof. Dr. B.P. Müller	Insulinabhängiger Diabetes mellitus Typ 2 und BMI 26–35 kg/m ² Experimentelle Gruppe: Magenbypass Kontrollgruppe: Optimale medikamentöse Therapie	FPI: 25.03.2013 22 von 400 Patienten	Manfred Lautenschläger-Stiftung, Covidien AG, Schweiz 500 €/Patient	Prof. Dr. B.P. Müller Universitätsklinikum Heidelberg Chirurgische Klinik Sektion Minimalinvasive Chirurgie T: 06221/56-8641 F: 06221/56-8645 E: beat.mueller@med.uni-heidelberg.de
Studientitel: ESOPEC₆ 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 184 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

MULTIZENTRISCH RANDOMISIERT KONTROLLIERTE STUDIEN

STUDIENLEITER	PATIENTEN/OP.-VERFAHREN	FIRST PATIENT IN/ STATUS DER STUDIE	FINANZIERUNG DER STUDIE/FALLGELD	ANSPRECHPARTNER/ KONTAKT
Studientitel: IOWISI₁ 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 182 von 540 Patienten	DFG 400 € / Patient	PD Dr. med D. 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: PONIY₁ 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 31 von 340 Patienten	KCI USA, Inc. 150 € / Patient	Dr. med. R. Schirren Chirurgische Klinik und Poliklinik Klinikum rechts der Isar der Technischen Universität München T: 089/4140-5138 E: rebekka.schirren@tum.de
Studientitel: RELY₁ Registrierungsnummer: NCT01073358				
PD Dr. N. N. Rahbari	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 258 von 366 Patienten	– Kein Fallgeld	PD Dr. N. N. Rahbari Chirurgische Klinik Universitätsmedizin Mannheim T: 0621/383-3591 F: 0621/383-3809 E: nuh.rahbari@umm.de
Studientitel: WOPP_{10a} Registrierungsnummer: NCT01855464				
Prof. Dr. T. Walles, FETCS Prof. Dr. J. Neudecker (Stellvertreter Studienleiter)	Patienten (15–40 Jahre) mit Rezidiv eines primären Spontanpneumothorax (PTX) oder therapierefraktärem PTX Erstereignis Experimentelle Gruppe: Lungenkeilresektion mit parietaler Pleurektomie Kontrollgruppe: Alleinige parietale Pleurektomie	FPI: 19.11.2013 266 von 360 Patienten	DFG 525 €/Patient	Prof. Dr. T. Walles, FETCS Abteilung Thoraxchirurgie Klinik für Herz- und Thoraxchirurgie Universitätsklinikum Magdeburg A. ö. R T: 0391/67-21905 E: Thorsten.Walles@med.ovgu.de Studienbüro: Esther Meyer T: 0391/67-24903 F: 0391/67-21906 E: Esther.meyer@med.ovgu.de Stellvertretender Studienleiter: Prof. Dr. J. Neudecker Charité – Universitätsmedizin Berlin Campus Charité Mitte Campus Virchow-Klinikum Chirurgische Klinik Chirurgisches Regionalzentrum Berlin des CHIR-Net T: 030/450-622132 F: 030/450-522929 E: Jens.Neudecker@charite.de

- [1] 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
- [2] Sleeve gastrectomy versus Roux-en-Y gastric bypass in obese patients with BMI 35-60 kg/m² – a multicenter randomized trial
- [3] Biologisches versus synthetisches Netz bei der laparoskopischen Hernienversorgung – eine randomisierte multizentrische, prospektive, selbst-kontrollierte klinische Studie
- [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] Perioperative Chemotherapie (FLOT) im Vergleich zur neoadjuvanten Radiochemotherapie (CROSS) bei Patienten mit Adenokarzinom des Ösophagus
- [7] Intraoperative wound irrigation to prevent surgical site infection after laparotomy
- [8] Postoperative negative pressure incision therapy following open colorectal surgery: a randomized-controlled trial
- [9] Eine randomisierte, kontrollierte Studie zur Lymphknotenentfernung bei Resektion kolorektaler Lebermetastasen
- [10] 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: September 2018

AUSSCHREIBUNG PREISE UND STIPENDIEN 2019

Ausschreibung Preise und Stipendien 2019

Ihre Bewerbungen wird erbeten bis spätestens zum
30.09.2018 an die

Deutsche Gesellschaft für Chirurgie
Generalsekretär
Herrn Prof. Dr. med. Dr. h.c. H.-J. Meyer
Luisenstraße 58/59
10117 Berlin

Die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie vergibt im Jahr 2019 die nachfolgend aufgeführten Preise und Stipendien.

PREISE

VON-LANGENBECK-PREIS

Auszeichnung für besondere wissenschaftliche Leistungen auf dem Gebiet der Chirurgie. Bewerben können sich Oberärzte und Assistenten.

Dotierung: € 10.500

RUDOLF-ZENKER-PREIS, GESTIFTET VON BRAUN MELSUNGEN AG

Vergabe an Persönlichkeiten/Personengruppen, die sich in der Vergangenheit um die Weiterentwicklung der klinischen Chirurgie besonders verdient gemacht haben und damit einen Beitrag zu einer wesentlichen Verbesserung der Krankenbehandlung auf dem Gebiet der Chirurgie leisteten.

Dotierung: € 6.000

MÜLLER-OSTEN-PREIS

Auszeichnung für hervorragende Leistungen auf dem Gebiet der chirurgisch-interdisziplinären Arbeit oder der Zukunftsentwicklung des Faches Chirurgie.

Dotierung: € 8.000

FELICIEN-STEICHEN-PREIS, GESTIFTET VON MEDTRONIC GMBH

Vergabe für besondere Leistungen auf dem Gebiet der viszeralchirurgischen Operationstechniken.

Dotierung: € 5.000

KARL-STORZ-PREIS, GESTIFTET VON KARL STORZ GMBH CO. KG

Vergabe für besondere Verdienste und Leistungen auf dem Gebiet der Minimalinvasiven Chirurgie.

Dotierung: € 4.000

EDGAR-UNGEHEUER-PREIS, GESTIFTET VON DER AESCULAP AKADEMIE

Verleihung für Neuaufnahmen von besonderem wissenschaftlichem und didaktischem Wert in die Mediathek der DGCH.

Dotierung: € 3.000

FILMPREIS

Der Preis wird verliehen für Filme bzw. Videos über die Chirurgie und ihre Teilgebiete, die neue wissenschaftliche oder operationstechnische Kenntnisse vermitteln sowie als Lehr- oder Unterrichtsfilm angemeldet werden.

Dotierung: € 1.500

POSTERPREIS

Gegenstand soll die Darstellung der neuesten Ergebnisse aus der klinischen und experimentellen Chirurgie sein.

Dotierung: € 1.500

FRITZ-LINDER-PREIS

Wird an den Erstautor des besten Vortrages innerhalb der Fritz-Linder-Sitzungen zur chirurgischen Forschung vergeben.

Dotierung: € 2.500

EINSENDUNGEN FÜR DEN FRITZ-LINDER-PREIS AN:

Frau Prof. Dr. med. B. Vollmar
Direktorin des Instituts für
Experimentelle Chirurgie der Medizinischen
Fakultät der Universität Rostock
Universitätsklinikum Rostock
Schillingallee 35
18055 Rostock

NACHWUCHSFÖRDERPREIS DER SEKTION

CHIRURGISCHE FORSCHUNG

Der Nachwuchsförderpreis der Sektion Chirurgische Forschung soll der Förderung des wissenschaftlichen Nachwuchses in der akademischen Chirurgie dienen. Der Preis wird der besten eingereichten einschlägigen Originalarbeit aus dem Bereich der chirurgischen Forschung zuerkannt.

Dotierung: € 1.000

STIPENDIEN

STIPENDIUM ALS FORTBILDUNGSHILFE

Beihilfe zu einer Forschungsreise zwecks Fortbildung in der Allgemeinen Chirurgie oder einem Spezialgebiet der Chirurgie.

Dotierung: € 5.000

REISESTIPENDIUM DER H.-JUNGHANNS-STIFTUNG

Die nach unserem früheren Präsidenten und langjährigen Generalsekretär benannte Herbert-Junghanns-Stiftung verleiht ein

AUSSCHREIBUNG PREISE UND STIPENDIEN 2019

Reisestipendium, bevorzugt an einen Krankenhauschirurgen/in. Voraussetzung ist Facharztstatus und die Mitgliedschaft in der DGCH.

Dotierung: € 5.000

WOLFGANG-MÜLLER-OSTEN-STIPENDIUM

Zur Förderung wissenschaftlicher Arbeiten über die Geschichte der Chirurgie, die Erhaltung von Substanz und Einheit sowie der Zukunftsentwicklung der Chirurgie, der Qualitätssicherung der chirurgischen Tätigkeit in Krankenhaus und Praxis und den wissenschaftlichen und ethischen Grundlagen des chirurgischen Berufes.

Dotierung: € 5.000

WOLFGANG-MÜLLER-OSTEN-STIPENDIUM FÜR AUSLÄNDISCHE HOSPITANTEN

Wird ausgeschrieben zur Weiterbildung durch Hospitation an einer selbst gewählten deutschen chirurgischen Klinik.

Dotierung: € 6.000

REISESTIPENDIUM ZUM JAPANISCHEN CHIRURGENKONGRESS

In Abstimmung mit der Japanischen Gesellschaft für Chirurgie wird die aktive Teilnahme am Japanischen Chirurgenkongress mit anschließender Hospitation in japanischen Zentren unterstützt.

INTERNATIONALES GASTSTIPENDIUM DER DGCH

Wird verliehen an junge Chirurgen, die ihre Weiterbildung zum Facharzt für Chirurgie (oder entsprechende Qualifikation) in ihrem Heimatland absolviert haben und

anschließend zur Ausübung ihres Berufes dorthin zurückkehren.

Dotierung: € 5.000

REISESTIPENDIUM ZUM JAHRESKONGRESS DES AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS

In Abstimmung mit dem American College of Surgeons (ACS) wird die aktive Teilnahme am Jahreskongress des ACS mit anschließender Hospitation in relevanten Zentren unterstützt.

Die Bestimmungen für die Verleihung der Preise und die Vergabe von Stipendien finden Sie im Internet unter

www.dgch.de

Sie können auch in der Geschäftsstelle (Tel.: 030/28 87 62 90) abgefordert werden.

DGCH: Aus Doppelmitgliedschaft wird Probemitgliedschaft

Die zeitgemäße Neuausrichtung der DGCH läuft, richtungsweisende Beschlüsse beendeten die Diskussion über die DGCH als „Dachgesellschaft“ oder Mitgliedergesellschaft. Bei stabiler Mitgliederzahl und aus vereinsrechtlichen Gründen bleibt die DGCH Mitgliedergesellschaft und erfüllt die Funktion als Dachgesellschaft für die zehn assoziierten chirurgischen Fachgesellschaften. Hierzu konzentriert sich die Arbeit grundsätzlich auf übergreifende, alle Chirurgen betreffende Themen, z. B. Novellierung der Musterweiterbildungsordnung (MWBO), Gebühren und Absprachen mit anderen Fachgebieten, wie z. B. den Anästhesisten und Internisten.

jetzt führten chirurgischerseits abgestimmte, gemeinsame Aktionen und Verlautbarungen zu akzeptablen Lösungen.

Um diese gemeinsamen Aufgaben zu stärken und ein besseres individuelles Mitspracherecht für alle assoziierten Mitglieder der Fachgesellschaften zu erreichen, ist es logisch, möglichst viele Chirurgeninnen und Chirurgen als Einzelmitglieder in die DGCH aufzunehmen und durch das volle Stimmrecht mehr Verantwortung für die Ausrichtung der DGCH zu geben. Dazu erfolgte 2017 die notwendige DGCH-Satzungsänderung, um den Weg zur Doppelmitgliedschaft zu ermöglichen.

ZIEL IST DIE STARKE INTERESSENVERTRETUNG MIT EINER STIMME!

Unterstützung und Solidarität ist besonders geboten, wenn einzelne chirurgische Fachgesellschaften mit spezifischen Problemen, wie z. B. Expansionen der „Dermachirurgie“, Einführung einer „Halschirurgie“, aber auch mit nichtoperativen Themen wie z. B. der „Rheumatherapie“ konfrontiert sind. Schon

Eine schnelle, zeitgleiche Umsetzung in allen Fachgesellschaften ist allerdings derzeit unrealistisch. Um aber den Fachgesellschaften und assoziierten Mitgliedern gerecht zu werden, die berechtigterweise auf schnelle Umsetzung drängen, hat sich der DGCH-Vorstand entschlossen, die Satzung nochmals zu ergänzen, um die temporäre Vollmitgliedschaft („Probemitgliedschaft“), zu ermöglichen. Sie wird allen assoziierten Mitgliedern der angeschlossenen Fachgesellschaften für einen Zeitraum von drei Jahren (Beitrag 25,- Euro p. a.) angeboten. Es besteht individuelles Wahlrecht in der Mitgliederversammlung, Mitwirkungsrecht in allen AGs und Sektionen, direkter Zugang zu Newslettern und weitergehenden Informationen und eröffnet die Möglichkeit, sich aktiv in die



Prof. Dr. med. Tim Pohlemann
Präsidiumsmitglied der DGCH und
Vorsitzender der Arbeitsgruppe
„Doppelmitgliedschaft“



Prof. Dr. med. Jörg Fuchs
1. Vizepräsident der DGCH



**Prof. Dr. med. Dr. h. c.
Hans-Joachim Meyer**
Generalsekretär der DGCH
Luisenstraße 58/59
10117 Berlin
h-jmeyer@dgch.de

Gestaltung übergeordneter Belange der Chirurgie einzubringen.

Nach diesem Zeitraum bleibt die Vollmitgliedschaft erhalten, oder es erfolgt die Rückkehr in die assoziierte Mitgliedschaft. Mehr Mitglieder erlauben eine bessere „politische“ Vertretung, beispielhaft ist die vergleichsweise erfolgreiche Arbeit der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin genannt.

Wir vertrauen jetzt auf das Urteilsvermögen jedes Einzelnen. Mit der individuellen Entscheidung zur DGCH-Mitgliedschaft wird ein wichtiger Schritt zur Sicherung des chirurgischen Arbeitsumfeldes und Erhalt unserer patientenbezogenen Qualitätsstandards gegangen.

An dieser Stelle appellieren wir an Sie:

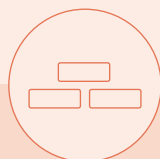
Treten auch Sie ein, unterstützen Sie die DGCH und werben Sie aktiv um weitere Mitglieder zu Stärkung unserer „Solidargemeinschaft“. Für weitere Fragen stehen wir Ihnen über unsere Geschäftsstelle jederzeit zur Verfügung. Darüber hinaus informieren Sie die DGCH-Newsletter zeitnah über weitere Entwicklungen.

Kontakt DGCH-Geschäftsstelle:

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

SPENDENAUFTRUF

Langenbeck-Virchow-Haus



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

sich mit einem Spendenaufruf an die Mitglieder zu wenden.

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

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

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



Prof. Dr. med. M. Anthuber

Präsident

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

Generalsekretär

Prof. Dr. med. J. Werner

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,
Indiana, USA
in memoriam Prof. Dr. med. Wilhelm
Müller, Rostock und Prof. Dr. med. Egbert
Schwarz, Erfurt

BAUSTEIN IN SILBER

Herr Prof. Dr. med. Leonhard Schweiberer,
München
Herr Prof. Dr. med. Klaus Junghanns,
Ludwigsburg
Herr Prof. Dr. med. Hartwig Bauer, Neuötting
Herr Prof. Dr. med. Hendrik Dienemann,
Thoraxklinik Heidelberg

Herr Prof. Dr. med. habil. Dr.-Ing. Dr. med.
h.c. Michael Ungethüm, Tuttlingen
Herr Prof. Dr. med. Hartmut Siebert,
Schwäbisch-Hall
Herr Prof. Dr. med. Karl Herbert Welsch,
München
Herr Prof. Dr. med. Stefan Wysocki,
Heidelberg
Herr Dr. med. Jürgen Meier zu Eissen,
Hannover
Herr Prof. Dr. med. Stefan Post, Mannheim
Herr Prof. Dr. med. Wolf Mutschler, München
Frau Prof. Dr. med. Ursula Schmidt-
Tintemann, Vaterstetten
Herr Prof. Dr. med. Matthias Rothmund,
Marburg
Herr Prof. Dr. med. Christian H. Siebert,
Hannover
Herr Prof. Dr. med. Volker Bühren, Murnau
Herr Dr. med. Abdullah Mury, Heide
Herr Dr. med. Andreas Ungeheuer, München
Herr Prof. Dr. med. Wolf Schellerer, Bamberg
Herr Prof. Dr. med. Tilman Mischkowsky,
Berlin
Herr Prof. Dr. med. Hans-Joachim Wiendl,
Bamberg
Herr Prof. Dr. med. Klaus Roosen, Würzburg
Herr Prof. Dr. med. Dr. h.c. Gert Carstensen,
Mülheim
Herr Prof. Dr. med. Peter M. Vogt, Hannover
Herr Prof. Dr. med. Fritz L. Ruëff, München
Herr Prof. Dr. med. Karl-Joseph Paquet, Bad
Kissingen

Herr Prof. Dr. med. Dr. h.c. Volker Schumpelick, Aachen
 Herr Prof. Dr. med. Yoshiki Hiki, Tokio/Japan
 Herr Prof. Dr. med. Hans-Bernd Reith, Konstanz
 Herr Dr. med. Goswin von Mallinckrodt, München
 Herr Prof. Dr. med. Lothar Kinzl, Ulm
 Frau Ingrid und Herr Dr. med. Robert Raus, Riedlingen
 Frau Dr. med. Ursula Engel, Hamburg
 Enddarm-Zentrum Bietigheim,
 Herr Dr. med. Wolfgang Pfeiffer,
 Herr Dr. med. Markus Piro-Noack,
 Herr Dr. med. Edgar Kraft
 Herr Prof. Dr. med. Thomas Rüedi, Maienfeld/Schweiz
 in memoriam Prof. Dr. med. Martin Allgöwer, Chur/Schweiz
 Herr Prof. Dr. med. Gert Specht, Berlin
 Herr Prof. Dr. med. Henning Weidemann, Berlin
 Herr Prof. Dr. med. Otto Scheibe, Stuttgart
 in memoriam Prof. Dr. med. Helmut Remé, Lübeck
 Herr Prof. Dr. med. Stephan Langer, Mönchengladbach
 Herr Dr. med. José Luis Narro, Köln
 Herr Prof. Dr. med. Wolfgang Ulf Wayand, Linz
 Herr Prof. Dr. med. Werner Grill, Starnberg
 Herr Prof. Dr. med. Fritz 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 Kozuschek, 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 Kozuschek, Bochum
 Herr Prof. Dr. med. Horst Hamelmann, Kiel
 Herr Prof. Dr. med. Paul Hahnloser, Zürich
 in memoriam Prof. Dr. med. Åke Senning
 Herr Dr. med. Christoph Schüürmann, Bad Homburg

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 Kothen,
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. Juli 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	M. Anthuber, Augsburg
1. Vizepräsident	J. Fuchs, Tübingen
2. Vizepräsident	T. Schmitz-Rixen, Frankfurt
3. Vizepräsident	M. Ehrenfeld, München
Schatzmeister	J. Werner, München
Generalsekretär	H.-J. Meyer, Berlin

VERTRETER DER FACHGESELLSCHAFTEN

Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie	J. C. Kalff, Bonn
Deutsche Gesellschaft für Chirurgie/Vertreter Allgemeine Chirurgie	K. Ridwelski, Magdeburg
Deutsche Gesellschaft für Gefäßchirurgie und Gefäßmedizin	M. Steinbauer, Regensburg
Deutsche Gesellschaft für Kinderchirurgie	P. Schmittenbecher, Karlsruhe
Deutsche Gesellschaft für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie	J. Hoffmann, Heidelberg
Deutsche Gesellschaft für Neurochirurgie	V. Tronnier, Lübeck
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

P. Vogt, Hannover	2015
G. Schackert, Dresden	2016
T. Pohlemann, Hamburg	2017

SPRECHER DER SENATOREN

N. P. Haas, Berlin
J. Jähne, Hannover

SENATOREN

S. Weller, Tübingen
F. Stelzner, Bonn
H.-J. Peiper, Göttingen
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
J. Jähne, Hannover



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

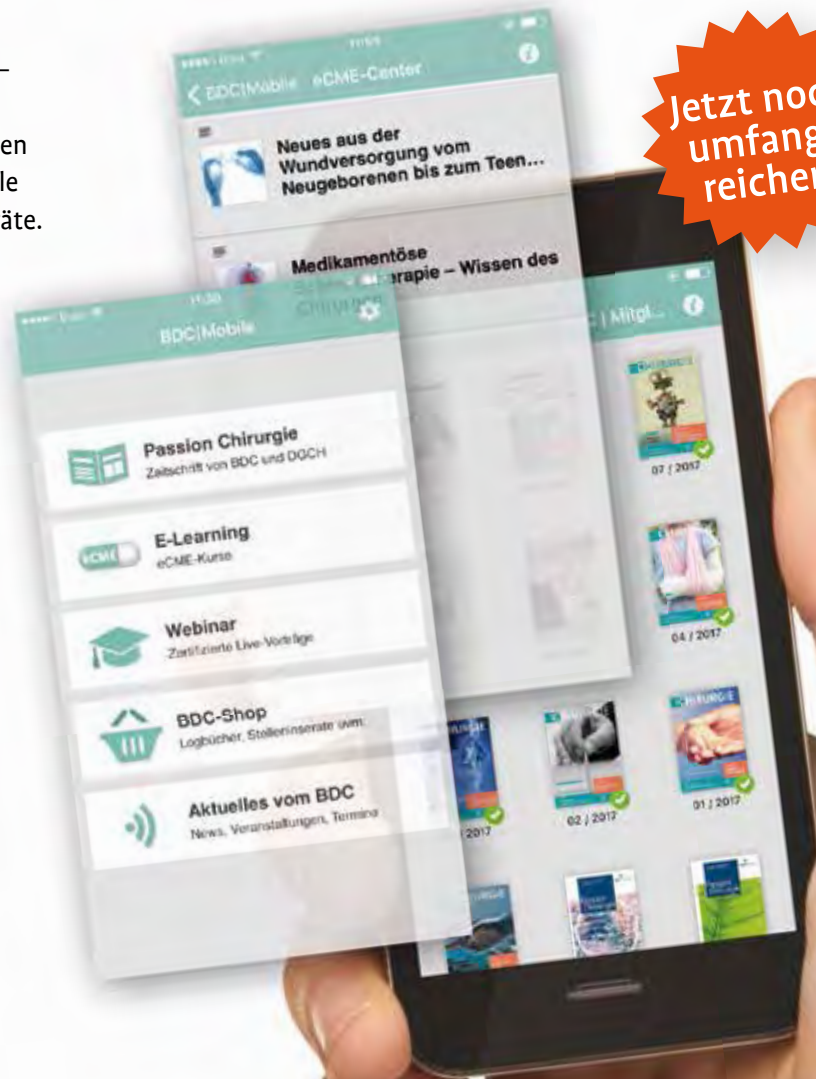
Die schnellsten Infos für
Chirurginnen und Chirurgen

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.





© Intercongress

AUS DEM
BDC

Hubert-Waldmann-Plakette für Jörg-A. Rüggeberg

Am 22. Oktober 2018 wurde BDC-Vizepräsident Dr. med. Jörg-A. Rüggeberg die Hubert-Waldmann-Plakette vom Berufsverband für Orthopädie und Unfallchirurgie e.V. verliehen. Für die herausragende Leistung auf dem Gebiet der Orthopädie und Unfallchirurgie wird dieser Preis jährlich auf dem Deutschen Kongress für Orthopädie und Unfallchirurgie vergeben

Diese Auszeichnung ist dem Mitbegründer und langjährigen ersten Vorsitzenden des BVOU gewidmet, der in den 1950er und -60er Jahren die berufspolitische Organisation der Orthopäden in Deutschland und Europa maßgeblich mitbegründet hat.

Dr. med. Jörg-A. Rüggeberg über die Verleihung: „Diese Auszeichnung würdigt im Grunde nicht eine einzelne Person, obwohl ich sie sehr gerne und mit Dank annehme. Vielmehr ist sie ein Zeichen der Anerkennung der Bemühungen um den Abbau von alten Spannungen und den Versuch, Brücken zu bauen zwischen unterschiedlichen Interessensvertretungen. Insofern sind an diesem Prozess immer viele Menschen beteiligt, von denen einer nun stellvertretend hervorgehoben wird. Ich würde mir wünschen, dass diese Ehrung Ansporn ist für alle, mehr auf Kooperation als auf Konfrontation zu setzen, um letztlich positive Ergebnisse für alle zu erreichen.“



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

Stellv. 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. Jürgen 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
Frank Forst

1. Stellvtr. Vorsitzender
Dr. med. Christoph Schüürmann

2. Stellv. Vorsitzender
Dr. med. Alexander Buia

Regionalvertreter NL
Dr. med. Detlev Grapentin

BDC | Saarland

Vorsitzender
Dr. med. Peter Bongers

Stellv. Vorsitzender
Prof. Dr. med. Tim Pohlemann

Regionalvertreter NL
Dr. med. Georgios Tosounidis

BDC | Rheinland Pfalz

Vorsitzender/Regionalvertreter Pfalz
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 | 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
Prof. Dr. med. Martin Kruschewski

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

28.09.2018, Thieme Online

Struktur nationaler chirurgischer Fachgesellschaften und Verbände: was sollte ich wissen?

Am Beispiel der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie, die auch Dachgesellschaft aller chirurgisch-wissenschaftlichen Fachgesellschaften ist, werden Definition, Aufgaben und Zweck medizinischer Fachgesellschaften und Formen der Mitgliedschaft dargestellt, ergänzt durch die speziellen Aufgaben der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) und des Berufsverbandes der Deutschen Chirurgen (BDC).

30.08.2018 Deutsches Verbände Forum

BDC-Modellprojekt: einheitliche Vergütung ambulant und stationär

Der Ruf nach Lösungen zur sektorenübergreifenden Versorgung wird immer lauter. Auch Bundesgesundheitsminister Jens Spahn fordert Modelle zur besseren Zusammenarbeit von Kliniken und Praxen...

30.08.2018 BibilomedManager

BDC weist auf Hybrid-DRG hin

Im Zuge der Debatte um die sektorenübergreifende Versorgung hat der Berufsverband der Deutschen Chirurgen (BDC) auf das Modellprojekt zu Hybrid-DRG in Thüringen hingewiesen...

11.08.2018 Usinger Anzeiger

Usingens Chefärztin Ute Schaumann legt Wert auf Nahbarkeit

Sie ist nahbar und persönlich - eine Ärztin zum Anfassen eben: Ute Schaumann, die Chefärztin der Chirurgie in Usingen. Nun steht sie dem UA Rede und Antwort...

06.07.2018 deutsche-gesundheits-nachrichten.de

Finanziell lukrativ: Mehr künstliche Kniegelenke für Jüngere

In Deutschland werden einer Studie zufolge immer mehr künstliche Kniegelenke eingesetzt, auch bei vergleichsweise jungen Patienten unter 60 Jahren...

26.06.2018 Badische Zeitung

Deutlich mehr künstliche Kniegelenke

In Deutschland werden einer Studie zufolge immer mehr künstliche Kniegelenke eingesetzt – auch bei vergleichsweise jungen Patienten unter 60 Jahren...

20.06.2018 Bunte.de

OP: Alter von Patienten mit künstlichen Kniegelenken nimmt immer mehr ab

Immer mehr künstliche Kniegelenke werden eingesetzt - laut Studie auch bei Jüngeren unter 60 Jahren. Medizinisch erklärbar sei der Trend nicht - eher finanziell. Wird zu schnell operiert? Chirurgen sagen: Der Patient wünscht es ...

19.06.2018 Mannheimer Morgen

Immer mehr künstliche Gelenke

In Deutschland werden einer Studie zufolge immer mehr künstliche Kniegelenke eingesetzt – auch bei vergleichsweise jungen Patienten unter 60 Jahren. Zwischen 2013 und 2016 nahm die Zahl solcher Operationen um ...

19.06.2018 Pfälzischer Merkur

Immer mehr künstliche Kniegelenke

In Deutschland werden einer Studie zufolge immer mehr künstliche Kniegelenke eingesetzt – auch bei vergleichsweise jungen Patienten unter 60 Jahren. Zwischen 2013 und 2016 nahm die Zahl solcher Operationen um ...

19.06.2018 Naumburger Tageblatt

Besorgniserregender Trend: Sachsen-Anhalt hat die meisten Knie-Prothesen Deutschlands

In Sachsen-Anhalt werden im Bundesländervergleich besonders häufig Kniegelenk-Prothesen eingesetzt. Im Jahr 2016 waren es 217 derartige Eingriffe je 100.000 Einwohner, wie die Bertelsmann-Stiftung am Dienstag mitteilte. ...

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
08.03.19	09.03.19	Leipzig	2019-21520	Seminar: Notfallmanagement im Bereitschaftsdienst	Dr. med. Ehrhardt Weiß	100,00	200,00
21.03.19	23.03.19	Bochum	2019-21665	Basischirurgie: Common Trunk	Dr. med. Jörg Sauer; Prof. Dr. med. Daniel Vallböhmer	350,00	550,00

FACHARTZTVORBEREITUNG

DATUM		ORT	KURS-NR.	SEMINARTITEL	WISSENSCHAFTLICHER LEITER	PREIS MITGLIED	PREIS NICHT-MGL
11.02.19	15.02.19	Berlin	2019-23691	Facharztseminar Gefäßchirurgie	Prof. Dr. med. Andreas Greiner	350,00	550,00
07.03.19	09.03.19	Berlin	2019-23920	Facharztseminar Plastische Chirurgie	Prof. Dr. med. Heinz-H. Homann	350,00	550,00
11.03.19	15.03.19	Berlin	2019-22570	Facharztseminar Allgemein- und Viszeralchirurgie	Prof. Dr. med. Thomas Steinmüller	350,00	550,00

FACHÜBERGREIFENDE SEMINARE

DATUM		ORT	KURS-NR.	SEMINARTITEL	WISSENSCHAFTLICHER LEITER	PREIS MITGLIED	PREIS NICHT-MGL
01.02.19	02.02.19	Berlin	2018-24706	Abschlusscolloquium Fortbildung für Hygienebeauftragte Ärzte (HBA)	Prof. Dr. med. Julia Seifert, Prof. Dr. med. Axel Kramer		

FACHBEZOGENE SEMINARE, WORKSHOPS UND HOSPITATIONEN

DATUM		ORT	KURS-NR.	SEMINARTITEL	WISSENSCHAFTLICHER LEITER	PREIS MITGLIED	PREIS NICHT-MGL
16.11.18	17.11.18	Berlin	2018-23616	Deformitätenkorrektur mittels Ringfixateur	Prof. Dr. med. Robert Rödl	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: Adipositaschirurgie	Dr. med. Sylvia Weiner	250,00	450,00
30.11.18	01.12.18	Dresden	2018-23631	Kindertraumatologie für D-Ärzte	Prof. Dr. med. Guido Fitze	300,00	450,00
23.01.19	25.01.19	Augsburg	2018-23610	Spezielle Unfallchirurgie Teil 2	Prof. Dr. med. Edgar Mayr	300,00	500,00
25.01.19	26.01.19	Hamburg	2019-23862	2. Seminar Fußchirurgie	Dr. med. Ralph Springfield, Prof. Dr. med. Maximilian Faschingbauer	500,00	650,00

FACHBEZOGENE SEMINARE, WORKSHOPS UND HOSPITATIONEN

DATUM		ORT	KURS-NR.	SEMINARTITEL	WISSENSCHAFTLICHER LEITER	PREIS MITGLIED	PREIS NICHT-MGL
25.01.19	26.01.19	Hildesheim	2019-28138	Masterclass Endoprothetik	Prof. Dr. med. Burkhard W. Wippermann	195,00	250,00
14.02.19	15.02.19	Berlin	2019-22402	CAMIC 2: Endoskopische Hernienchirurgie	Prof. Dr. med. Ferdinand Köckerling	400,00	600,00
14.03.19	15.03.19	Berlin	2019-22404	CAMIC 3: Laparoskopische Nahttechniken	Prof. Dr. med. Ferdinand Köckerling	400,00	600,00
11.04.19	13.04.19	Hamburg	2019-23612	Osteosyntheseverfahren oberen Extremität	Prof. Dr. med. Peter Biberthaler	400,00	600,00
11.04.19	12.04.19	Berlin	2019-22406	CAMIC 4: Laparoskopische kolorektale Chirurgie	Prof. Dr. med. Ferdinand Köckerling	400,00	600,00

SOFTSKILL- & MANAGEMENTSEMINARE

DATUM		ORT	KURS-NR.	SEMINARTITEL	WISSENSCHAFTLICHER LEITER	PREIS MITGLIED	PREIS NICHT-MGL
22.11.18	24.11.18	Köln	2018-25810	Unfallbegutachtung in der gesetzlichen Unfallversicherung	Prof. Dr. med. Bertil Boullion, Dr. med. Ekkehard Hierholzer	400,00	600,00
23.11.18	24.11.18	Berlin	2018-24600	Der Chirurg als leitender Arzt	Prof. Dr. med. Heinz-Jochen Gassel	400,00	600,00
26.11.18		Berlin	2018-24714	G-DRG Update 2019	Dr. med. Rolf Bartkowski	200,00	400,00
30.11.18	01.12.18	Berlin	2018-24705	Führen im Generationenmix	Prof. Dr. soz. Margit Geiger	400,00	600,00
08.12.18		Berlin	2018-26535	Führungsseminare: Modul 5 – Bewerbungstraining für Chirurginnen	Dr. med. Gunda Leschber Elisabeth Sandbrink	300,00	500,00
02.02.19	23.02.19	Nürnberg	2019-28072	Unfallbegutachtung in der gesetzlichen Unfallversicherung (Bundeskongress Chirurgie)		150,00	180,00
28.03.19		München	2019-28101	Unfallbegutachtung in der gesetzlichen Unfallversicherung (DGCH-Kongress)		180,00	180,00
28.03.19	29.03.19	München	2019-28101	Unfallbegutachtung in der gesetzlichen Unfallversicherung bei besonderen Problemfällen (DGCH-Kongress)		180,00	180,00
29.03.19	29.03.19	München	2019-28101	Rehabilitations-medicin / -management (DGCH)		50,00	50,00

BDC|Akademie

Information und Anmeldung:

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

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

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
26.11.2018	28.11.2018	Tuttlingen	Aufbaukurs Laparoskopische Hernienchirurgie	AESULAP AKADEMIE GMBH	690.00	740.00
28.11.2018	28.11.2018	Hamburg	Ein Blick auf die Lunge 2.0 - Neue Wege bei Tumoren des Brustraums	Verein zur Förderung der Pneumologie am Krankenhaus Großhansdorf e.V.		
30.11.2018	01.12.2018	Berlin	Advanced Minimally Invasive Pediatric Surgery	AESULAP AKADEMIE GMBH	0.00	1,309.00
30.11.2018	30.11.2018	Bochum	Fresh-up Laparoskopische Chirurgie 2017-2018	AESULAP AKADEMIE GMBH	0.00	110.00
01.12.2018	01.12.2018	Stuttgart	17. Sporttraumatologisches Symposium „Sporttraumatologie - in Praxis und Klinik“	Sportklinik Stuttgart	90.00	90.00
03.12.2018	06.12.2018	Tuttlingen	Basiskurs Laparoskopische Chirurgie	AESULAP AKADEMIE GMBH	585.00	650.00
03.12.2018	05.12.2018	Bochum	Aufbaukurs Laparoskopische colo-rectale Chirurgie	AESULAP AKADEMIE GMBH	790.00	840.00
03.12.2018	06.12.2018	CH-9007 St.Gallen	European Colorectal Congress 2018	Medkongress AG		
05.12.2018	07.12.2018	Leipzig	18. Kongress der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI)	K.I.T. Group GmbH	285.00	285.00
07.12.2018	07.12.2018	Tuttlingen	Trainingskurs Anastomosentechniken in der Viszeralchirurgie	AESULAP AKADEMIE GMBH	0.00	195.00
08.12.2018	08.12.2018	Düsseldorf	Intensivkurs Röntgen chirurgische Ambulanz	durchblicken.org	350.00	350.00
10.12.2018	13.12.2018	Bochum	Basiskurs Laparoskopische Chirurgie	AESULAP AKADEMIE GMBH	585.00	650.00
09.02.2019	09.02.2019	Düsseldorf	Intensivkurs Röntgenbefundung im Wachs-tumsalter	durchblicken.org	350.00	350.00
22.02.2019	22.02.2019	Hamburg	Zertifikatskurs Fraktursonografie im Wachs-tumsalter	durchblicken.org	250.00	250.00
15.03.2019	15.03.2019	München	Zertifikatskurs Fraktursonografie im Wachs-tumsalter	durchblicken.org	250.00	250.00
26.03.2019	29.03.2019	München	136. Kongress Deutsche Gesellschaft für Chirurgie	MCN Medizinische Congressorganisation Nürnberg AG		
06.09.2019	06.09.2019	Hannover	Zertifikatskurs Fraktursonografie im Wachs-tumsalter	durchblicken.org	250.00	250.00
09.10.2019	10.05.2019	Bad Steiffelstein	Kniegelenknahe Osteotomien	Intercongress GmbH		
22.10.2019	25.10.2019	Berlin	DKOU 2019	Intercongress GmbH		

LIFESTYLE- ANGEBOTE

im November 2018

%

20 %



SONY: 20 % RABATT FÜR BDC-MITGLIEDER

11 %



FATBOY: 11 % RABATT FÜR BDC-MITGLIEDER

25 %



CLINIQUE: 25 % RABATT FÜR BDC-MITGLIEDER

15 %



FOODSPRING: 15 % RABATT FÜR BDC-MITGLIEDER

WIE KANN ICH DIE ANGEBOTE IN ANSPRUCH NEHMEN?

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

PANORAMA

”

Weg zum Herzchirurgen

Der ungewöhnliche Weg zum Herzchirurgen

Ich bin als ein kleines Bäumchen mit kleinen Wurzeln aus Sri Lanka nach Deutschland gebracht worden. Jetzt bin ich ein ausgewachsener Baum, doch für viele bin ich immer noch ein Mangobaum, obwohl meine Wurzeln in Deutschland entstanden sind. Nur wer mich kennenlernt, findet heraus, dass ich deutsch bin, denn meine Wurzeln lernt man nur kennen, wenn man auch mit mir spricht.



**Dr. med. Umeswaran
Arunagirinathan**
Klinik für Kardiochirurgie
Herz- und Gefäß-Klinik Bad Neustadt
Salzburger Leite 1
97616 Bad Neustadt a. d. Saale
umeswaranarunagirinathan@
googlemail.com

Arunagirinathan U: Der ungewöhnliche Weg
zum Herzchirurgen. *Passion Chirurgie*. 2018
November, 8(11): Artikel 09.



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

Es war der Donnerstag, 16. März 1978, an dem ich als zweites von fünf Kindern im Norden von Sri Lanka in eine tamilische Familie geboren wurde. Meine Eltern, die Großeltern und wir Kinder lebten alle gemeinsam in einem Haus. Wenn ich die Augen schließe, sehe ich immer noch die Bilder von den Feldern, auf denen meine Großmutter und ich arbeiteten, meinen Schulweg und nicht zu vergessen: die Tempelfeste.

Als ich fünf Jahre alt wurde, begann der Bürgerkrieg auf Sri Lanka. Ein Krieg, der ständig unseren Schlaf zerstörte, uns ständig zum Wegrennen zwang und letztendlich unser Familienglück zerstörte.

Meine ältere Schwester wurde immer kränker und kränker und nicht selten fuhr ich mit Mutter ins Krankenhaus und wir warteten stundenlang, manchmal vergeblich, um einem Arzt zu begegnen. Meine Schwester erkrankte an ihrer Niere und am Ende war sie dialysepflichtig, doch im Bürgerkrieg auf Sri Lanka gab es für sie keine Medizin, sie verstarb mit 12 Jahren. Ein Verlust für die ganze Familie, eine Niederlage für all die Jahre Kampf meiner Eltern, sie retten zu wollen.

Ich beendete die sechste Klasse und es gab für mich keine Möglichkeit, weiter zur Schule zu gehen. Ich stand am Straßenrand und verkaufte Benzin, Gemüse und Obst, um das Geld für die Familie zu verdienen.

Als ich 12 Jahre alt wurde, hatten meine Eltern Angst, dass ich von Soldaten getötet werden könnte. Sie wollten nach dem Tod meiner Schwester nicht noch ein Kind verlieren. Meine Mutter hatte die Idee, mich mit einer Schlepperorganisation zu meinem Onkel nach Deutschland zu schicken. Nach dreitägiger Reise vom Norden Sri Lankas nach Süden zur Hauptstadt Colombo organisierte Mutter für mich einen Schlepper. Sie verkaufte ein Grundstück und das restliche Geld bekam sie von meinem Onkel, um einen Schlepper zu bezahlen, der mich binnen einer Woche nach Deutschland bringen sollte.

Am 6. Januar 1991 stand ich vor meiner Mutter, ich weinte und weinte, denn ich wusste bis dahin nicht, dass ich ab dem Zeitpunkt allein mit dem Schlepper reisen musste. Es war mir nicht gestattet zu weinen, weil es

am Flughafen auffällig sein konnte, wenn ein Kind weint. Meine Mutter ging auf die Knie und hielt meine beiden Hände und nahm mir drei Versprechen ab:

- trinke keinen Alkohol,
- rauche nicht und
- komm als Mediziner wieder zurück nach Sri Lanka.

Ich flog mit einer Gruppe von Tamilen von Sri Lanka nach Singapur, von dort aus nach Dubai, dann kam ich in Togo in Lomé an. Nach sechs Monaten Warten mit über 200 Tamilen aus dem Bürgerkrieg überquerte ich zu Fuß die Grenze von Togo nach Ghana; die Reise nach Europa ging nicht weiter. Ich kam wieder zurück nach Togo, letztendlich ging es weiter über Benin nach Nigeria und ich nahm meinen Flug über Spanien nach Deutschland. In der Nacht vom 9. auf den 10. September 1991, genau nach acht Monaten Odyssee, kam ich endlich in Deutschland an.

Ich durfte bei meinem Onkel in Hamburg wohnen und zur Schule gehen. Ich lernte die deutsche Sprache und als ich in der neunten Klasse war, wurde ich Klassensprecher und Schulsprecher meiner Schule. Wenige Wochen später wurde mein Asylantrag abgelehnt, ich sollte binnen drei Wochen Deutschland verlassen. Ein schwerer Stein fiel mir auf den Kopf. Ich verlor meinen Verstand, all das, von dem ich träumte, wurde mir gestohlen. Ich stand im elften Stock unseres Hauses, meine Gedanken waren mit dem Springen beschäftigt. Ich hatte plötzlich Bilder aus Sri Lanka, Bilder von meiner Kindheit im Kopf; ich sah meine Mutter in Gedanken. Ich bin nicht gesprungen.

Meine Schule kämpfte mit vollem Einsatz dafür, dass ich in Deutschland bleiben durfte. Ich klopfte an jede Tür, auch die der Kirche, um Hilfe zu bekommen. Alle Menschen unterstützten mich, die Lehrer zahlten die Anwaltskosten, ich durfte weiter zu Schule gehen. Mein Klassenlehrer übernahm die Bürgschaft, ich machte ein gutes Abitur und trotz meiner drohenden Abschiebung durfte ich in Deutschland Medizin studieren.

Ich arbeitete als Tellerwäscher, Reinigungspersonal, sechs Monate in einem Schnellrestaurant und zuletzt in der Pflege als Aushilfe. Ich

habe mein Studium selbst gezahlt und unterstützte gleichzeitig meine Familie im Krieg.

2006 schrieb ich das Buch „Allein auf der Flucht“, machte über 100 Lesungen in Deutschland und kämpfte für Verständnis gegenüber Flüchtlingen. Ich widmete das Buch meinem deutschen Ziehvater Lorenz Köhler, der mein Klassenlehrer war.

2008 ging mein Traum in Erfüllung: Ich habe das Studium beendet. Ein Traum, der von meiner Mutter geprägt war. Das Flüstern

meiner Mutter beim Arztbesuch mit meiner Schwester, wie schön es wäre, wenn wir in der Familie einen Arzt hätten. In dem gleichen Jahr bekam ich nach jahrelangem Kampf die Anerkennung, ein Teil der deutschen Gesellschaft zu sein: Ich wurde deutscher Staatsbürger.

Meine Eltern schafften es, alle meine Geschwister aus dem Bürgerkrieg ins Ausland zu bringen. Unsere Familie besteht aus fünf Nationalitäten. Meine Eltern sind Sri Lankaner, meine Schwester Vani Kanadierin,

meine Schwester Nala Engländerin, mein kleiner Bruder Amerikaner und ich bin Deutscher.

2014 kam die Nachricht, dass nach langem Krankheitsverlauf mein Vater auf Sri Lanka verstorben war. Ich kämpfte mit mir, da ich nie dort sein wollte, wo unschuldige Menschen getötet wurden. Aber als ältester Sohn war es meine Pflicht, bei der Beerdigung meines Vaters dabei zu sein. Nach hinduistischem Glauben sollte ich bei der Verbrennung des Leichnams meines Vaters das Feuer

DAS BUCH



Umeswaran Arunagirinathan
Der fremde Deutsche
Leben zwischen den Kulturen
144 Seiten, broschiert
ISBN 978-3-89458-298-2
EUR 12.50

23 Jahre nach meiner Flucht aus dem Bürgerkrieg in Sri Lanka war ich zum ersten Mal wieder in meiner früheren Heimat. Auf dem Rückflug nach Europa waren meine Kriegsängste endlich verschwunden. Ich wusste jetzt, dass ich jederzeit nach Sri Lanka zurückkommen konnte. Beim Landeanflug auf Hamburg atmete ich tief durch und sagte mir: „Hier bist du zu Hause, Umes.“

„Der fremde Deutsche“ ist die Geschichte der gelungenen Integration eines tamilischen Kriegsflüchtlings, der als unbegleiteter zwölfjähriger Junge nach Deutschland kam. Die Odyssee seiner achtmonatigen Flucht beschrieb Umeswaran Arunagirinathan in seinem 2006 erschienenen Buch „Allein auf

der Flucht“. Jetzt berichtet er über sein Leben in der neuen Heimat. Anschaulich schildert er seinen Weg vom geduldeten Kinderflüchtling zum Arzt und deutschen Staatsbürger. Dabei lotet er auch die Möglichkeiten, Erwartungen und Probleme einer Integration aus und setzt sich kritisch mit den Lebensformen und der Kultur seines Herkunftslandes auseinander. Der Autor will mit seinem Buch bei Deutschen um mehr Verständnis für Flüchtlinge werben und zugleich Flüchtlinge ermutigen, sich in die deutsche Gesellschaft einzufügen.

Beim Verlag bestellen ...

anzünden. Schrecklich war mir die Vorstellung, doch es war meine Pflicht als Sohn.

Nach 24 Jahren flog ich nach Sri Lanka, zum ersten Mal waren alle Geschwister bei den Eltern, ein trauriger Anlass zum Tod meines Vaters. Ich erlebte meine Mutter nicht lächelnd, eine starke Frau, die mir eine Zukunft schenkte

und mein Leben rettete. Nach der Beerdigung meines Vaters stand ich im Hinterhof unseres Hauses, unter dem Mangobaum, den meine verstorbene Schwester und mein Vater mit mir gemeinsam vor 28 Jahren gepflanzt hatten. Ich fragte meine Mutter, ob sie sich an den 6. Januar 1991 erinnert, an die drei Versprechen, die ich ihr abgegeben habe. Sie sah mich an

und erinnerte sich nicht mehr. Ich sagte ihr: „Mama ich habe noch nie einen Schluck Alkohol getrunken, nie geraucht und nun stehe ich als Mediziner vor dir.“ Ich sah sie zum ersten Mal lächeln nach dem Tod meines Vaters.

Wenn im Leben Ziele erreicht sind, kommen neue Träume, so lernte ich das Fach

Herzchirurgie während meines Studentenjobs kennen. Ich habe mir zum Ziel gesetzt, auch so „cool“ zu werden, wie die Herzchirurgen aus Lübeck. Ich arbeitete über sieben Jahre in Hamburg am Universitätsklinikum, wurde Assistentensprecher und war Vertreter im Ärzteparlament. Ich wurde nicht ausgebildet, andere Kollegen (Bio-Deutsche) wurden vorgezogen, ich bekam zu hören: „Für Sie ist es schon ausreichend, wo Sie sich gerade befinden.“

Jeder Mensch sollte sich auf dem Weg zu seinen Zielen und Träumen biegen können, aber

niemand darf sich dabei brechen lassen. Ich wollte mich selbst nicht verlieren, also verließ ich mein Zuhause Hamburg und ging nach Bayern. Dort bin ich auf dem besten Weg, Herzchirurg zu werden. Auch dieser Traum wird mir erfüllt werden.

Im Jahr 2017 schrieb ich das Buch „Der fremde Deutsche“. Wenn mich jemand in Deutschland nach meiner Hautfarbe fragt, woher ich komme, akzeptiert er meine Antwort „Deutschland“ nicht. Wenn aber einer mit meiner Hautfarbe in den USA sagt, dass er Amerikaner ist, wird dies nicht hinterfragt. Wir

brauchen in Deutschland Zeit, die Menschen müssen lernen zu akzeptieren, dass auch dunkelhäutige Menschen Deutsche sein können.

Als ehemaliger Flüchtling und deutscher Staatsbürger möchte ich den Dialog zwischen den Ankommenden und hier Lebenden fördern. Ich möchte mit meinem Buch erreichen, dass Fremde sich in unsere Gesellschaft integrieren und eines Tages nicht mehr fremd fühlen. Ich möchte in Zukunft als ehemaliger Flüchtling nicht nur ein Teil der Gesellschaft sein, sondern auch ein Gestalter unserer Gesellschaft. ○

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

25
YEARS
TACHO
FAMILIE



TachoSil® Versiegelungsmatrix

Zusammensetzung: 1 cm² enthält 300 mg Filmmasse vom Menschen 55 mg, Thrombin vom Menschen 20 I.E. **Sinnvolle Bestandteile:** Kollagen vom Pferd, Albumin vom Menschen, Fibrinogen (E101), Natriumchlorid, Natriumcitrat, L-Argininhydrochlorid. **Anwendungsgebiete:** TachoSil® wird bei Erwachsenen zur unterstützenden Behandlung in der Chirurgie zur Verfestigung der Hämostase, zur Unterstützung der Gewebsversiegelung und zur Nahtunterstützung in der Gefäßchirurgie angewendet, wenn Standardtechniken (nauffällig) sind, sowie zur unterstützenden Versiegelung der Dura Mater, um postoperative Liquorleakagen nach neurochirurgischen Eingriffen zu vermeiden. **Gegenanzeigen:** Intraokuläre 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, Fieber, generisierte Mykosen, Kopfschmerz, Nasenblut, Hypotension, Lethargie, Übelkeit, Ruhelosigkeit, tachykardie Eingefühl in der Brust, Rötchen, Gefässen, akute Atmung), die in Unregelmäßigkeiten zur schweren Anaphylaxie führen. Derartige Reaktionen können insbesondere bei wiederholter Anwendung oder bei Patienten mit bekannter Überempfindlichkeit gegenüber einem der Bestandteile des Präparates auftreten. Möglicherweise gegen Komponenten von Eitrückführprodukten können in seltenen Fällen auftreten. Häufigkeit nicht bekannt: Anaphylaktischer Schock, Überempfindlichkeit, Bronchitis, Darmverschluss (in der Bauchchirurgie), Allergien. **Wechselwirkungen sowie weitere Hinweise:** siehe Fachinformation. **Verschreibungspflichtig, Chargendokumentationspflichtig, EU-Zulassungsinhaber:** Takeda Austria GmbH, A-4030 Linz, Österreich. **Kontaktadresse d. pharm. Unternehmens in Deutschland:** Takeda GmbH, Byt-Olden St. 7, 79647 Koblitz, Tel.: 0800 6250325, mail: info@takeda.de, Stand: 03/2016.