

PASSION

CHIRURGIE

PANORAMA

**GLÜCK IST EIN
SCHMETTERLING ...**

im Fokus

**AKUTSCHMERZ-
THERAPIE**

01 | 2019

MITGLIEDERZEITSCHRIFT:
DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR CHIRURGIE
BERUFSVERBAND DER DEUTSCHEN CHIRURGEN





© iStock/AndreyPopov

Editorial: Verschiedene Themen – Verschiedene Referate

Um die vielfältigen Sachfragen des BDC zukünftig für seine Mitglieder noch effizienter und zielführender zu gestalten, gibt es acht Themen-Referate. Die neue Struktur (**siehe Tab. 1**) wurde bei der Mitgliederversammlung mit einer Satzungsänderung beschlossen. Gleichzeitig wird mit der Referatearbeit das Ziel verfolgt, die Attraktivität des BDC (neben den Service- und Dienstleistungen) für die Mitglieder, unter Berücksichtigung eines ganzheitlichen Ansatzes, überzeugend darzustellen. Dieser ganzheitliche Anspruch – also begleitend in allen Phasen des chirurgischen Berufslebens – beinhaltet die Berücksichtigung der Interessen der BDC-Mitglieder

von der jüngsten Assistentin und dem jüngsten Assistenten bis zum Berufsende, wobei auch die Nachwuchsgenerierung („Studierende für die Chirurgie zu gewinnen“) Berücksichtigung findet. Im Herbst 2018 wurde in der PASSION CHIRURGIE eine Artikelserie begonnen und wird 2019 fortgesetzt, in der sich die Referate inhaltlich und personell vorstellen – um inhaltliche Transparenz zu schaffen, aber auch, um interessierte BDC-Mitglieder an der Referatearbeit zu beteiligen. In dieser Ausgabe stellen die Referatsleiter den Bereich „Leitende Krankenhauschirurgen“ vor. Bereits vorgestellte bzw. künftige Beiträge der Referate finden Sie auf BDC|Online (www.bdc.de).



Prof. Dr. med. Michael Betzler
Koordinator der Themen-Referate
im BDC
michael.betzler@hotmail.de

Tab. 1: Leiter und Stellv. Leiter der Themen-Referate im BDC

Themen-Referate	Leiter	Stellv. Leiter
Chirurgie, Ökonomie u. Zukunftsfragen	M. Krüger, Quersfurt	C. Tonus, Hamburg
Familie und Beruf	K. Schlosser, Gießen	F. Fritze-Büttner, Berlin
Presse und Öffentlichkeitsarbeit	J.-A. Rüggeberg, Berlin	H.-J. Meyer, Berlin
Akademie	W. Schröder, Köln	J. M. Rueger, Hamburg
Leitende Krankenhauschirurgen	C. Krones, Aachen	N. Hennes, Duisburg
Niedergelassene	P. Kalbe, Rinteln	R.W. Schmitz, Kiel; D. Farghal, Schweinfurt
Oberärzte	D. Vallböhmer, Duisburg	H. Fuchs, Köln
Nachwuchsförderung	A. Kirschniak, Tübingen	B. Braun, Homburg
Medizinische Dokumentation Klinik- und Leistungsmanagement	T. Auhuber, Berlin	-

Die mir übertragene Koordination der Referate im Sinne von „Programmatische Strukturen verbessern und entwickeln“ beinhaltet unter anderem:

- Inhaltlicher projekt- und zielgruppenbezogener Austausch zwischen den einzelnen Referaten,
- Abstimmung gleichgelagerter Interessen zwischen DGCH und BDC (z. B. Nachwuchsförderung, Digitalisierung) und
- Integration in das Akademieangebot (z. B. Seminare, Webinare)

Um diese Ziele zu erreichen, fanden 2018 bereits zwei Treffen aller Referate unter Workshop-Charakter statt, wie sie auch zukünftig geplant sind.

Neben den BDC-Gremien (Vorstand, Präsidium, Landesvertretungen) wurde mit der

programmatisch orientierten Neugestaltung der BDC-Referate eine Struktur geschaffen, die gewährleisten soll, dass der BDC den gegenwärtigen und zukünftigen Herausforderungen in Klinik und Praxis adäquat gewachsen ist.

Wir hoffen, dass wir Ihnen mit der Vorstellung der einzelnen Referate, die Arbeit des BDC noch besser zeigen können. Wir freuen uns über Ihre Rückmeldung zu den Beiträgen.

In dieser Ausgabe PASSION CHIRURGIE finden Sie wie immer interessante Themen wie beispielsweise „Organisation einer Akut-schmerztherapie in der Chirurgie“ oder „Beste Karrierechancen in der Viszeralchirurgie und in der Thoraxchirurgie“.

Ihr
Michael Betzler



Betzler M: Editorial. Verschiedene Themen –
Verschiedene Referate. Passion Chirurgie. 2019 Januar;
9(01): Artikel 01.



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

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
V.i.S.d.P.
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
Katrín Kammerer (Tel.: +49 (0) 30 28004-202 |
passion_chirurgie@bdc.de)
Julia Weibach

VERLAG

schaefermueller publishing GmbH
Ifenpfad 2-4, 12107 Berlin
info@schaefermueller.de | Tel. +49 (0)30 76180 625

DESIGN

Nina Maria Küchler, Berlin

ANZEIGEN

Sabine Bugla
PassionChirurgie@t-online.de
+49 (0) 5632 966147

ABBILDUNGSHINWEISE

Cover-Foto von iStock/michellegibson, 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

6 SCHAUFENSTER

8 CHIRURGIE

im Fokus

8

ORGANISATION EINER AKUTSCHMERZ- THERAPIE IN DER CHIRURGIE

S. M. Freys

- 15 Chirurgie ohne Grenzen: Ausländische Chirurgen in
Deutschland – Deutsche Chirurgen im Ausland
R. Lorenz, E. Grogro, A. Caletti, L. Koch, A. Weskott

19 CHIRURGIE⁺

- 19 Webinar-Termin im Januar 2019: S2k-Leitlinie
„Spezifischer Kreuzschmerz“
- 20 Beste Karrierechancen in der Viszeralchirurgie
und in der Thoraxchirurgie W. Martin
- 23 Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) – Ein Blick auf
die Absicherung von IT- und Datenrisiken F. Schultz
- 27 Safety Clip: Risikomanagement in der Luftfahrt und
im Krankenhaus N. Manig-Kurth
- 32 Hygiene-Tipp: Waschbecken als Quelle von
Infektionen W. Popp, K.-D. Zastrow
- 35 Personalien



23



27



63

36 RECHT

- 36 F&A: Formular der Datenschutzauskunft-Zentrale ist „Abzocke“ *J. Heberer*
- 38 F&A: Befundübermittlung via Fax nach DSGVO zulässig *J. Heberer*

40 GESUNDHEITSPOLITIK

- 40 Qualitätssicherungsverfahren für Durchgangsarztberichte (Peer Review)
- 43 Aktuelle Meldungen

44 INTERN

44 DGCH

- 44 Einladung zur DGCH-Mitgliederversammlung *H.-J. Meyer*
- 45 Einladung zum 136. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie *M. Anthuber*
- 49 Rekrutierende multizentrische chirurgische Studien in Deutschland *S. Tenckhoff*
- 53 DGCH: Aus Doppelmitgliedschaft wird Probemitgliedschaft *T. Pohlemann, J. Fuchs, H.-J. Meyer*
- 55 Spendenaufruf und Bausteine Langenbeck-Virchow-Haus
- 59 DGCH-Präsidium ab 1. Januar 2019

63 BDC

- 63 Bericht von der 4. Herbsttagung des Landesverbands BDC|Berlin *R. Lorenz*
- 65 Das Referat für „Leitende Krankenhauschirurgen“ stellt sich vor *C. Krones, N. Hennes*
- 66 Einladung zur BDC-Mitgliederversammlung 2019 *H.-J. Meyer*
- 68 BDC|News
- 69 BDC|Pressespiegel
- 70 BDC|Landesverbände
- 72 Termine BDC|Akademie
- 76 Veranstaltungshinweise
- 77 Lifestyle-Angebote im Januar 2019

78 PANORAMA

- 78 Glück ist ein Schmetterling ... *G. Al-Halabi*

OPS 2019



DIMDI VERÖFFENTLICHT ENDGÜLTIGE FASSUNG

Das DIMDI hat die endgültige Fassung der Version 2019 des Operationen- und Prozedurschlüssels (OPS) veröffentlicht. Eingeflossen sind 264 Vorschläge und zusätzliche Anforderungen aus der Weiterentwicklung der Entgeltsysteme für Krankenhausleistungen. Vorschläge kamen dabei zumeist von den Fachgesellschaften sowie von Fachleuten aus Ärzteschaft, Krankenkassen und Kliniken. Viele Prozeduren können mit der neuen

Version präziser und differenzierter verschlüsselt werden.

Einige wichtige inhaltliche Änderungen im OPS 2019

- Aufnahme neuer Codes für die Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese
- Konkretisierung der Hinweise und Mindestmerkmale bei den Codes für die geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung und für die neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls
- Aufnahme neuer Codes für die Beatmungsentwöhnung [Weaning]
- Streichung der Codes zur Anrechnung von Therapieeinheiten, die von Pflegefachpersonen und im Rahmen einer Gruppentherapie von Spezialtherapeuten im Bereich der Psychiatrie/Psychosomatik erbracht werden

[Mehr Information ...](#)

LOHFERT-PREIS 2019

Mehr Zeit für den Patienten – digitale Konzepte zur Entlastung der Pflege



Der Lohfert-Preis prämiert im Jahr 2019 erneut praxiserprobte und nachhaltige Konzepte, die den stationären Patienten im Krankenhaus, seine Bedürfnisse und Interessen in den Mittelpunkt rücken. Die Senatorin für Gesundheit und Verbraucherschutz der Freien und Hansestadt Hamburg, Cornelia Prüfer-Storcks, übernimmt erneut die Schirmherrschaft für den mit 20.000 Euro dotierten Förderpreis. Bewerbungsschluss ist der 28. Februar 2019.

Bewerben können sich alle Teilnehmer der stationären Krankenversorgung im deutschsprachigen Raum sowie Management- und Beratungsgesellschaften, Krankenkassen oder sonstige Experten. Die Bewerbung muss in deutscher Sprache verfasst und online

eingereicht werden. Eine hochrangig besetzte Jury mit namhaften Akteuren aus dem Gesundheitswesen entscheidet über die Vergabe des Preises. Bewerbungen werden ausschließlich über das Online-Bewerbungsformular unter www.christophlohfert-stiftung.de angenommen. Informationen und Bewerbungsunterlagen finden sich ebenfalls dort.

[Mehr lesen...](#)

Aktuelle BDC|Umfrage

Assistentenumfrage 2018: Chirurgische Weiterbildung in Deutschland

Der Berufsverband der Deutschen Chirurgen führt seit 1998 regelmäßige Assistentenumfragen zur Qualität der chirurgischen Weiterbildung durch. Die letzte Erhebung fand 2014/15 statt und zeigte leichte Trends zur Besserung auf. In diesem Jahr wird die Umfrage gemeinsam mit dem Perspektivforum Junge Chirurgie durchgeführt.

Die Beantwortung des Fragebogens nimmt ca. 15 Minuten Zeit in Anspruch. Die Auswertung erfolgt selbstverständlich anonym, d. h. ein Rückschluss auf den Absender ist nicht möglich.

Zur Umfrage:
www.surveymonkey.de/r/Assistenten-2018



MWBO

BUNDESÄRZTEKAMMER BESCHLIESST NEUE (MUSTER-) WEITERBILDUNGSORDNUNG FÜR ÄRZTINNEN UND ÄRZTE IN DEUTSCHLAND

Der Vorstand der Bundesärztekammer hat einstimmig die Gesamt-Novelle der (Muster-)

Weiterbildungsordnung (MWBO) für Ärztinnen und Ärzte beschlossen. Er gab damit den Startschuss für eine vollständige Neuausrichtung der ärztlichen Weiterbildung. Kompetenzbasiert und flexibel, Inhalte statt Zeiten – dafür steht das neue Regelwerk, auf dessen Grundlage sich künftig Ärztinnen und Ärzte in ganz Deutschland zur Fachärztin beziehungsweise zum Facharzt weiterbilden lassen können.

[Mehr Informationen ...](#)

Hygienebeauftragter Arzt

Abschlusscolloquium auf dem Bundeskongress Chirurgie



Am **22. Februar 2019** findet ein **HBA-Abschlusscolloquium** im Rahmen des Bundeskongress Chirurgie in Nürnberg statt und es sind noch Plätze frei. Die BDC|Akademie bietet auch 2019 die Zusatzqualifikation „Hygienebeauftragter Arzt“ als Blended-Learning-Kurs an: 20-stündiger E-Learning-Teil und 20 Stunden Präsenzveranstaltung.

Jede ambulant operierende Praxis und jedes Krankenhaus muss mindestens einen Hygienebeauftragten Arzt berufen. In Behandlungszentren mit mehreren organisatorisch getrennten Abteilungen mit speziellem Risikoprofil sollte jede Fachabteilung einen Hygienebeauftragten Arzt ernennen.

Da die geforderte personelle Ausstattung nicht zeitnah umgesetzt werden kann, wurde eine Übergangsfrist bis zum **31. Dezember 2019** gesetzt. Die Frist gilt auch für den Erwerb der Qualifikation „Hygienebeauftragter Arzt“. Melden Sie sich noch heute an!

Termine & Anmeldung ...

IM FOKUS

Akutschmerz- therapie

© iStock/amygdala_imagery

Organisation einer Akutschmerztherapie in der Chirurgie

In jedem chirurgischen Fachgebiet spielt neben der operativen Kernleistung eine adäquate Schmerztherapie eine zentrale Rolle. Das Wissen um einen vorbestehenden, krankheitsbegleitenden oder durch die notwendige Intervention ausgelösten Schmerz, die Qualifizierung und Quantifizierung eines solchen Schmerzes und die adäquate Therapie gehören somit zu den grundsätzlichen Aufgaben jeglichen ärztlichen und pflegerischen Handelns im operativen Umfeld.

Eine didaktisch strukturierte und für alle Aspekte des Behandlungsprozesses durchorganisierte Akutschmerztherapie erlaubt:

- nahezu gleichwertig unmittelbar eine Verbesserung der Lebensqualität,
- mittelfristig eine Absenkung der Morbidität,
- langfristig eine Verhinderung der Chronifizierung von Schmerzen und
- begleitend einen ökonomischen Vorteil durch beschleunigte Mobilisation, redu-



zierte Morbidität und Mortalität sowie Reduktion der Krankenhausverweildauer und Beschleunigung des Ausscheidens aus dem Krankenstand.

Diese vier Aspekte bilden die Grundsäulen der Motivation und gleichermaßen die ethische Grundlage jeder Akutschmerztherapie.

HINTERGRUND UND ETHISCHE GRUNDLAGEN

„Chirurgie ist mehr als Operieren“, mit diesem Grundgedanken versuchen die Chirurgische Arbeitsgemeinschaft Akutschmerz (CAAS) und die Chirurgische Arbeitsgemeinschaft für perioperative Medizin (CAPM) der DGCH seit einigen Jahren das Bewusstsein vorrangig operativ tätiger Ärztinnen und Ärzte auf die Notwendigkeit und Wichtigkeit des Beherrschens perioperativer Maßnahmen hinzuweisen. Der „traditionell geprägte Chirurg“ fokussierte im Wesentlichen seine

operative Leistung und das Management etwaiger Komplikationen. Antibiotika-Regime, Physiotherapie, Kostaufbau, Mobilisation, Antikoagulation und Schmerztherapie wurden eher als lästige, denn als wesentliche Begleiterscheinungen „nebenbei organisiert“.



In den letzten Jahren hat sich hier jedoch schrittweise ein neues Bewusstsein ergeben: Angeregt durch die Diskussion um eine Qualitätssicherung in den unterschiedlichen operativen Fachdisziplinen wurde das Thema Schmerztherapie Bestandteil zahlreicher Qualitätssicherungsmaßnahmen. Simultan zeigten die Ergebnisse zahlreicher

Patientenumfragen, dass eine adäquate Schmerztherapie mehr und mehr als Entscheidungsfaktor bei Arzt- und Krankenhauswahl fungiert.

Eine formale Reaktion auf diese Entwicklungen ist ein Antrag des Deutschen Ärztetags aus dem Jahr 2014, in dem unter anderem eine Verbesserung der Akutschmerztherapie in den Krankenhäusern erfasst wurde.

Präzisierend wurde festgeschrieben, dass die Implementierung eines strukturierten Akutschmerzmanagement in die Qualitätsmanagement-Systeme der Krankenhäuser mit einem flächenübergreifenden Qualitätsindikator „Schmerz“ analog den infektiologischen Qualitätsindikatoren „Nosokomiale Pneumonie“ oder „Dekubitus-Prophylaxe“ die Grundlage einer dauerhaften Verbesserung der schmerzmedizinischen Versorgung im Krankenhaus darstellen. Gleichzeitig wurde die ärztliche Aus-, Weiter- und Fortbildung



Prof. Dr. med. Stephan M. Freys

Vorsitzender der Chirurgischen
Arbeitsgemeinschaft Akutschmerz
(CAAS) der DGCH
Chirurgische Klinik
DIAKO Ev. Diakonie-Krankenhaus
Bremen
Gröpelinger Heerstr. 406-408
28239 Bremen
chirurgie@diako-bremen.de

Freys SM: Organisation einer Akutschmerztherapie
in der Chirurgie. Passion Chirurgie. 2019 Januar,
9(01): Artikel 03_01.



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

hinsichtlich der Berücksichtigung einer Schmerztherapie gestärkt: Im Jahr 2012 erfolgte die Verankerung der Schmerzmedizin als Pflichtlehr- und Prüfungsfach in der ärztlichen Approbationsordnung (Querschnittsfach 14). Eine systemische Berücksichtigung schmerzmedizinischer Kompetenz mit Kenntnissen, Erfahrungen und Fertigkeiten in der allgemeinen Schmerzmedizin unter Berücksichtigung gebietspezifischer Ausprägung ist bereits seit 2003 in der (Muster-) Weiterbildungsordnung in allen patientenversorgenden Fachgebieten verankert [1]. Darüber hinaus wurden die wesentlichen Grundlagen jeder Schmerztherapie in Form von neun Thesen in der Ethik-Charta der Deutschen Schmerzgesellschaft fixiert [2].

Grundlage und zugleich Spiegelbild dieser Bestrebungen sind zwei wesentliche Publikationen zur Lage der Akutschmerztherapie in deutschen Krankenhäusern. Zum einen konnte in einer Umfrage aufgezeigt werden, dass mehr als die Hälfte der befragten Patienten in operativen wie auch in nicht-operativen Fachgebieten über nicht-akzeptable Schmerzen im Rahmen ihrer Krankenhausbehandlung berichteten (55,3 Prozent operierter Patienten vs. 57,3 Prozent „konservativ“ therapierter Patienten) [3]. Zum anderen zeigte eine Auswertung von mehr als 50.000 Patientendaten [4] aus dem QUIPS-Projekt (Qualitätssicherung in der postoperativen Schmerztherapie) [5] für 179 unterschiedlich operative Eingriffe ein überraschendes Ergebnis: Die postoperativ gemessene Schmerzintensität ist nicht analog zur vermeintlichen „Größe des Eingriffs“. Gerade nach vermutlich „kleineren Eingriffen“ wie Tonsillektomie und Appendektomie wurden deutlich höhere Schmerzintensitäten als nach großen abdominal-chirurgischen oder thoraxchirurgischen Eingriffen registriert. Dies zeigt deutlich, dass eine flächendeckend strukturierte Akutschmerztherapie bei allen operativen Maßnahmen vorrangig ist.

ORGANISATION AKUTSCHMERZTHERAPIE

In Zeiten strukturierter Prozesse, oft vor dem Hintergrund eines organisierten Qualitätsmanagements, ist das Selbstverständnis, medizinische Entscheidungsbäume auf der

Basis klar gefasster Leitlinien zu organisieren nicht mehr bloße Kür, sondern Pflicht.

Die Basis einer solchen **Organisation** der Akutschmerztherapie sind acht Elemente, die mit unterschiedlicher Wertigkeit, quasi das Gerüst für Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität darstellen (**Abb. 1**). Eine Umsetzung dieser formalen Strukturen zielt im Wesentlichen auf drei miteinander verbundene Vorteile:

- eine nachhaltige und objektivierbare Verbesserung des Schmerzempfindens der Patienten,
- Sicherheit bei der Akutschmerztherapie, sodass die Pflege unabhängig von ärztlicher Präsenz agieren kann und
- spürbare Entlastung der Ärzte bei gleichzeitiger Optimierung des Therapieregimes.

VEREINBARUNG ZWISCHEN BERUFSGRUPPEN UND FACHGEBIETEN

Eine wesentliche Voraussetzung für eine funktionierende Akutschmerztherapie sind feste und im besten Fall schriftlich fixierte **Vereinbarungen** zwischen den beteiligten Berufsgruppen und medizinischen Fachgebieten auf der Basis etablierter Leitlinien. Nur die ausgesprochene und idealerweise schriftlich fixierte Kooperation der jeweiligen End-Verantwortlichen der eine Akutschmerztherapie durchführenden Einheiten, Abteilungen, Kliniken und/oder Fachgebiete garantiert einen tatsächlichen Erfolg. Hierbei ist es wichtig, dass alle Beteiligten lokal oder grundsätzlich bestehende Eitelkeiten überwinden, um einen gemeinschaftlichen Organisationsprozess zu ermöglichen. Ausmaß und Größe einer solch gemeinschaftlichen Organisationsstruktur hängen dabei von Ausmaß und Größe der zugrundeliegenden Abteilungen und Kliniken ab. Seit 1992 existiert eine Mustervereinbarung zwischen dem Berufsverband der Chirurgen und dem Berufsverband der Anästhesisten [6]. Diese wird momentan aktualisiert und steht 2019 in modernisierter Form zur Verfügung.

ZERTIFIZIERUNG

Letztendlich wird nur eine gemeinschaftlich von allen Berufsgruppen und ärztlichen

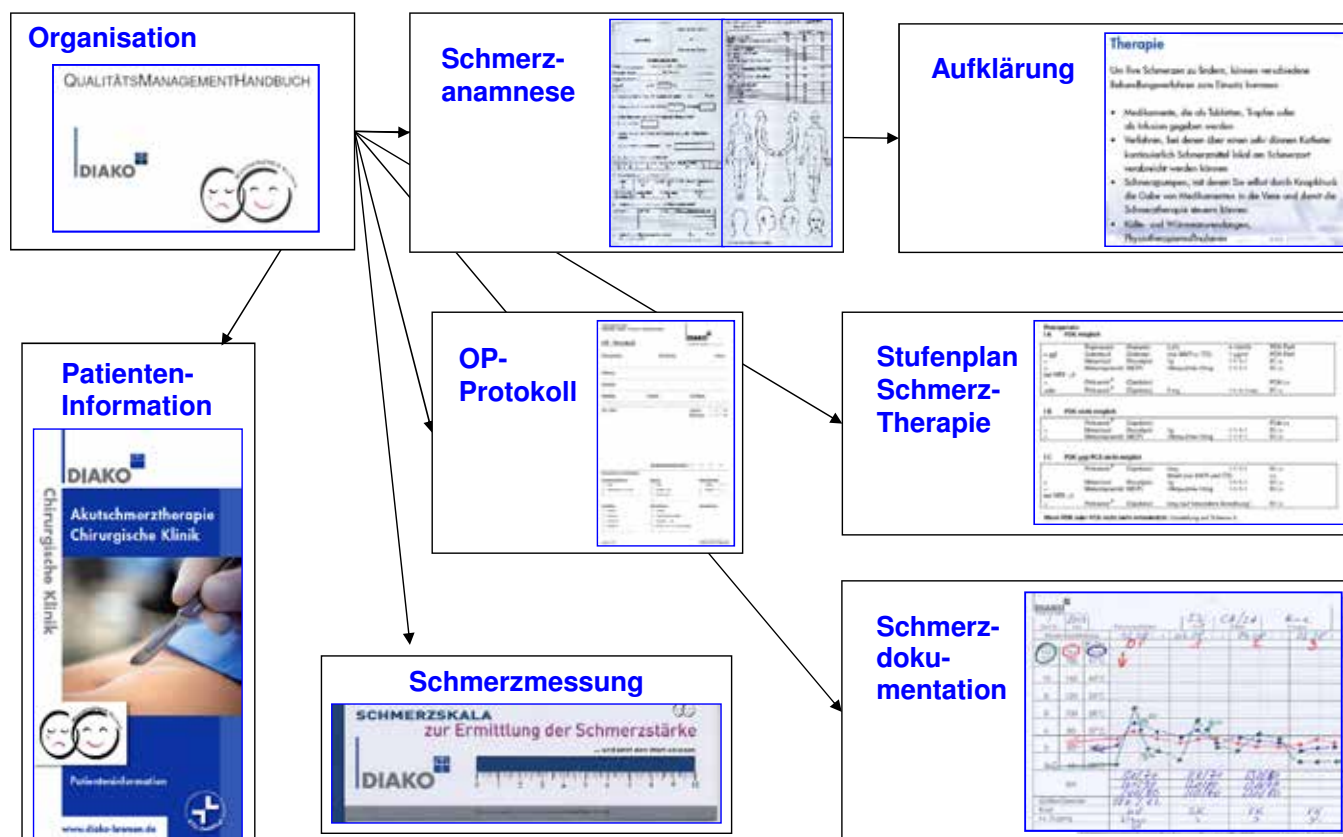


Abb. 1: Organigramm Akutschmerztherapie (gültig für: Chirurgische Klinik DIAKO Bremen)

Disziplinen konzertierte und schriftlich fixierte Verabredung bei einem solchen interdisziplinären Projekt zielführend sein. Idealerweise kann diese in Form eines Qualitätsmanagement-Handbuches gestaltet sein, dies erlaubt die Organisation des Themas Akutschmerztherapie in gemeinschaftlicher Form analog dem Qualitätsmanagement „Hygiene“, wie es nahezu in allen deutschen Krankenhäusern existiert. In positiver Wechselwirkung kann ein solches Qualitätsmanagement Akutschmerztherapie durch eine gemeinschaftlich durchzuführende **Zertifizierung** profitieren, wie sie die Projekte „Schmerzfreie Klinik“ mit der Zertifizierung „Qualitätsmanagement Akutschmerztherapie“ durch den TÜV Rheinland [7] und das Projekt „Schmerzfreies Krankenhaus“ mit der Zertifizierung „Qualifizierte Schmerztherapie“ durch die CertCom e.V. [8] bieten. Eine solche Zertifizierung bietet den Vorteil, dass das individuelle Ziel (des Arztes, für den Patienten) zu einem gemeinschaftlichen Ziel aller Beteiligten wird.

Unabhängig von der vom Krankenhaus individuell zu wählenden Form der „Organisation

Akutschmerztherapie“ sollten folgende Aspekte inhaltlich gesichert sein:

- Therapiekonzepte für unterschiedlich zu erwartende Schmerzstadien,
- Monitoring und Therapiekontrolle,
- Festlegung individueller Interventionsgrenzen,
- Verfahrensanweisungen bei Nebenwirkungen oder Komplikationen und
- Festlegung der personellen Zuständigkeiten (Berufsgruppen/Fachdisziplinen).

Eine klar definierte Zuordnung schmerztherapeutischer Maßnahmen auf pflegerischem wie ärztlichem Sektor ist der wesentliche Vorteil einer organisierten Akutschmerztherapie. Die schriftlich fixierte antizipierende Anordnung einer Schmerztherapie mit festgelegten Therapiealgorithmen erlaubt es, dem Pflegepersonal innerhalb eindeutig festgelegter Leitplanken schmerztherapeutisch tätig zu werden. Hierdurch kann sichergestellt werden, dass eine adäquate Schmerztherapie unabhängig von der „Ressource Arzt“ dem Patienten zugute kommt. Dies fördert wesentlich die Kompetenz des gesamten Behandlungsteams.

PATIENTENINFORMATION

Ein adäquat informierter Patient kann aktiv in die für ihn geltende Akutschmerztherapie einbezogen werden, er wird zum Mitgestalter.

In Zeiten existierender Patientenleitlinien für eine adäquate Schmerztherapie [9] ist es wichtig, Patienteninformation von Patientenaufklärung formal zu trennen. Bei der Patientenaufklärung geht es um medizinische Inhalte der Schmerztherapie, um Risiken und Nebenwirkungen. Die Patienteninformation soll das grundsätzliche Verständnis des Patienten fördern, dass Ärzte und Pflegenden sich um eine maximale Schmerzlinderung bemühen, dass die bestehenden oder entstehenden Schmerzen individuell unter Beteiligung des Patienten selbst gemessen werden und dass der Patient hierdurch selbst Einfluss auf die Ausgestaltung der Schmerztherapie hat.

Der gut informierte Patient realisiert eine deutlich bessere Akzeptanz und Verarbeitung des für ihn vordergründig bedrohlichen Schmerzereignisses, als der

schlecht-informierte. Die aktuell zur Verfügung stehenden Studien zur Wechselwirkung zwischen Art und Umfang einer Information über postoperative Schmerzen und dem tatsächlich postoperativ notwendigen Analgetika-Verbrauch sind uneinheitlich. Einerseits konnte nachgewiesen werden, dass eine gezielte Patienteninformation zu einer Optimierung des Schmerzverlaufes postoperativ führte, andererseits konnte kein Einfluss auf den Schmerzmittelverbrauch dargestellt werden. Einheitlich wird jedoch deutlich, dass eine strukturierte Patienteninformation zu einer deutlichen Verbesserung der Patientenzufriedenheit führt.

Das Wesen einer Patienteninformation ist, den Patienten als Zielvorgabe zu vermitteln, dass eine weitestgehende Schmerzfreiheit angestrebt wird, jedoch auch dass schon die Reduktion der Schmerzen auf ein erträgliches Maß als positives Ziel verständlich gemacht wird. Idealerweise wird eine solche Patienteninformation in Form eines Flyers in sehr allgemein verständlicher Sprache nahegebracht.

So kann der aktiv in den Prozess seiner Akutschmerztherapie einbezogene Patient ein für ihn individuell förderliches Verständnis der durchzuführenden Maßnahmen entwickeln und „Teil des Behandlungsteams“ werden.

SCHMERZANAMNESE

Die Anamneseerhebung im Rahmen der Akutschmerztherapie verfolgt zwei wesentliche Ziele: Zum einen sollten akute von chronischen Schmerzen unterschieden werden, zum anderen geht es um die exakte Darstellung des bestehenden Akutschmerzes.

Die Unterscheidung von akuten und chronischen Schmerzen ist deshalb so wichtig, da bei deren Therapie unterschiedliche Prinzipien zum Einsatz kommen:

Akute Schmerzen im Rahmen akut aufgetretener Erkrankungen, z. B. bei Tumorerkrankungen, im Rahmen von Unfallereignissen und grundsätzlich im Rahmen interventioneller oder operativer Maßnahmen können weitgehend unmittelbar und/oder

vorausschauend medikamentös kontrolliert werden. Das Therapieprinzip ist hier eine schrittweise Titration, bis der individuelle Bedarf ermittelt ist.

Chronische Schmerzen bedürfen einer deutlich komplexeren Therapie. Die Anamneseerhebung beinhaltet hier die Einbeziehung von Vorbefunden und/oder bereits stattgehabten Therapien: schmerzauslösende, -verstärkende und -aufrechterhaltende Faktoren müssen berücksichtigt werden. Die Therapie chronischer Schmerzen beschränkt sich häufig nicht allein auf eine alleinige Medikation, hier kommen vielmehr multimodale Therapiekonzepte, oft in Kombination mit Selbstkontrolltechniken, zum Einsatz.

SCHMERZAUFKLÄRUNG

Analog der Aufklärungspflicht zu einem geplanten operativen oder interventionellen Vorgehen besteht in gleichem Maße eine Aufklärungspflicht zur Durchführung einer Akutschmerztherapie. Da eine Akutschmerztherapie im Großteil der Fälle vorrangig durch medikamentöse Verfahren durchgeführt wird, fokussiert die Aufklärung im Wesentlichen auf die anzuwendenden pharmakologischen Maßnahmen und die hierbei angewendeten Applikationsformen. Die Aufklärung beinhaltet somit das Wirkungs- und Nebenwirkungsprofil der eingesetzten Medikamente, gleichzeitig aber auch die Risiken und möglichen Komplikationen des Zugangsweges. Da die patientenkontrollierte Analgesie (PCA) zunehmend zu einem festen Bestandteil im Spektrum der Akutschmerztherapie geworden ist, muss der Patient über Vor- und Nachteile einer oralen, parenteralen oder Katheter-assoziierten Applikation aufgeklärt werden.

SCHMERZMESSUNG UND -DOKUMENTATION

Das zentrale Instrument einer Akutschmerztherapie ist die **Schmerzmessung**. Instrumentelles Korrelat einer Schmerzmessung ist der „Schmerzschieber“. Mit Hilfe eindimensionaler Skalen kann die, durch den Patienten gegebene, subjektive Information

zur Schmerzintensität sehr gut „objektiviert“ werden.

Es stehen gegenwärtig drei Skalensysteme zur Verfügung, die unterschiedliche Vor- und Nachteile beinhalten:

- Die **visuelle Analogskala** (VAS) besteht aus einer Linie, deren Endpunkte links „keinen Schmerz“ und rechts „maximalen Schmerz“ repräsentieren. Der Patient kann nun durch einen vertikalen Strich auf der Skala sein individuelles Schmerzempfinden angeben, dieses wird dann als Prozentwert kommuniziert. Aufgrund der hohen Bandbreite (0 bis 100) ergibt sich hier eine relative Unschärfe, was besonders bei visuell und motorisch eingeschränkten Patienten zum Tragen kommt.
- Die **visuelle Rating-Skala** (VRS) ist demgegenüber mit unterschiedlichen Symbolen recht einfach strukturiert, hat jedoch den Nachteil, dass analog der verwendeten Symbole eher große Erfassungseinheiten vorliegen. Ein weiterer Nachteil dieser Skala ist die Tatsache, dass geringe Schwankungen nicht gut abgebildet werden können.
- Die **numerische Rating-Skala** (NRS) ist das derzeit am häufigsten verwendete Instrument. Mit Hilfe einer 11-stufigen Skala kann die Schmerzintensität dargestellt werden. In den routinemäßigen Anwendungen erlaubt diese Skala eine sehr geringe Fehlerquote, eine gute Akzeptanz durch die Patienten und eine hohe Sensitivität. Wie in **Abb. 2** dargestellt, wird diese NRS auf ihrer Rückseite oft mit einer VAS kombiniert, dies erlaubt gerade bei Kindern eine gute Korrelation mit den NRS-Daten.

Bei stark kognitiv und/oder kommunikativ eingeschränkten Patienten kann eine Messung der Schmerzintensität auf Basis nicht-verbaler Schmerzäußerungen oder mit Hilfe von Beobachtungs-Skalen erfolgen. Diese berücksichtigen Faktoren wie Gesichtsausdruck, Körpersprache, Reaktion auf Trost, Atmung oder negative Lautäußerungen (Beispiel: BESD-Skala (Beurteilung von Schmerzen bei Demenz), deutsche Fassung der

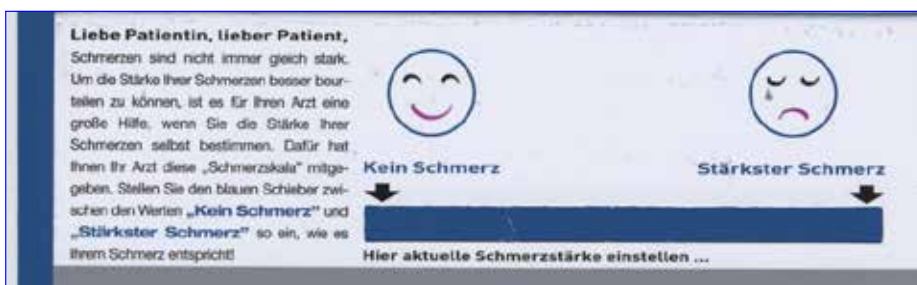


Abb. 2: Numerische Rating Skala (oben), kombiniert mit einer Visuellen Analog Skala bzw. Gesichterskala für Kinder auf der Rückseite (unten), gültig für: Chirurgische Klinik DIAKO Bremen

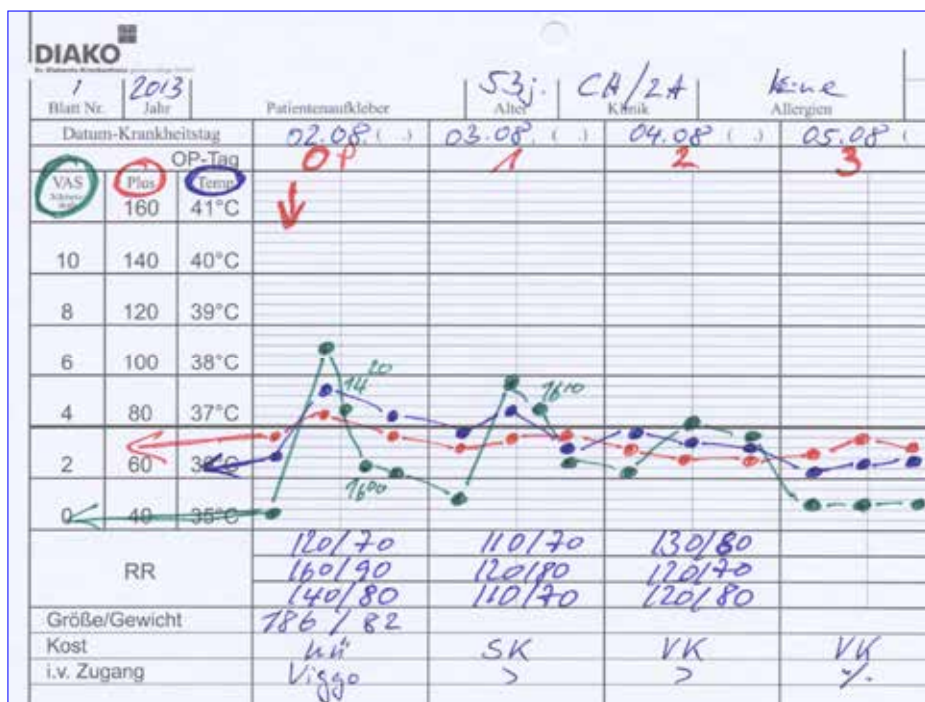


Abb. 3: Patientenkurve mit blauer Temperatur-, roter Pulsfrequenz- und grüner Schmerzscore-Verlaufskurve

Pain-AD-Skala (Pain Assessment in Advance Dementia)).

Die **Dokumentation der Schmerzintensität** sollte sowohl in Ruhe als auch bei spezifischen Aktivitäten wie Mobilisation, Atmung

oder Husten durchgeführt werden. Die ermittelten Skalenwerte dienen einerseits als Ausgangswert bei der Anamneserhebung, andererseits als Verlaufparameter im Rahmen der Durchführung einer Akutschmerztherapie. Eine Abfrage sollte dabei in stets

festgelegten Zeitintervallen (z. B. bei Erhebung der Vitalparameter) durch die Pflege erfolgen. Ebenso sollte standardisiert eine Messung bei neu auftretenden oder stärker werdenden Schmerzen erfolgen und dann ebenso in einem festgelegten Zeitintervall nach Durchführung einer schmerzlindernden Intervention. Die erhobenen Schmerzwerke können analog der Dokumentation von Körpertemperatur und Pulsfrequenz in der Patientenverlaufsdocumentation abgebildet werden, sodass sich im longitudinalen Verlauf neben der „Fieberkurve“ und der „Pulskurve“ eine „Schmerzkurve“ ergibt (Abb. 3). Eine solche visuelle Dokumentation der NRS-Daten ist Grundlage jeder individuellen Steuerung einer Akutschmerztherapie, bei der eine gute Korrelation zu den anderen dokumentierten Daten im Therapieverlauf ersichtlich wird.

QUALITÄTSSICHERUNG

Nur eine von allen an der Akutschmerztherapie beteiligten Pflegenden und Ärzten gleichermaßen durchgeführte Dokumentation der Akutschmerztherapie erlaubt die Möglichkeit einer patientenorientierten Qualitätssicherung. Die nach festgelegten Intervallen durchgeführte Schmerzmessung, die grundsätzlichen Therapiealgorithmen und möglicherweise hiervon abweichende Maßnahmen müssen in der laufenden Patientendokumentation fixiert und somit nachvollziehbar werden. Eine solche systematische Schmerzdokumentation visualisiert die Schmerzintensität des Patienten, liefert die Möglichkeit einer Erfolgskontrolle der durchgeführten Maßnahmen und erlaubt so eine individualisierte Akutschmerztherapie.

Ob nun auf der Basis einer selbst gewählten Qualitätsüberprüfung oder im Rahmen einer möglichen Zertifizierung, die Teilnahme an einer validierten und externen Überprüfung der eigenen Akutschmerztherapie-Maßnahmen erlaubt es für Patienten und Therapeuten gleichermaßen, „gefühlte Temperaturen“ zu überführen. Die derzeit im deutschsprachigen Raum einzige und seit Jahren erfolgreich funktionierende Initiative zur Qualitätssicherung in

der Schmerztherapie stellt das QUIPS-Projekt (Qualitätsverbesserung in der postoperativen Schmerztherapie) dar: dieses national elektronisch zugängliche multizentrische und interdisziplinäre Benchmark-Projekt erlaubt einen Vergleich der Qualität der postoperativen Schmerztherapie zwischen verschiedenen operativen Zentren und Krankenhäusern. Mithilfe einer standardisierten Datenerhebung, weniger Qualitätsindikatoren, einer zeitnahen Datenanalyse und einem webbasierten Feedback kann eine systematisierte Kontrolle der Ergebnisqualität erfolgen. Durch eine solche Einbindung einer systematisierten Kontrolle der Ergebnisqualität kann die individuell gestaltete Organisation einer Akutschmerztherapie zu einem für den Arzt wie auch für den Patienten „lernenden System“ werden.

FAZIT

- Chirurgie ist mehr als Operieren: Der perioperative Prozess wird im Wesentlichen durch den verantwortlichen Chirurgen geprägt, in puncto Akutschmerztherapie muss sich der Chirurg als Schmerzmanager verstehen.

- Akutschmerztherapie hat eine direkte Relevanz hinsichtlich Lebensqualität, Morbidität, Schmerzchronifizierung und Ökonomie.
- Eine wesentliche Voraussetzung für eine funktionierende Akutschmerztherapie sind schriftlich fixierte Vereinbarungen zwischen den beteiligten Berufsgruppen und medizinischen Fachgebieten auf der Basis etablierter Leitlinien.
- Ein adäquat informierter Patient kann aktiv in die für ihn geltende Akutschmerztherapie einbezogen werden, er wird zum Mitgestalter
- Die Unterscheidung von akuten und chronischen Schmerzen ist deshalb so wichtig, weil bei deren Therapie unterschiedliche Prinzipien zum Einsatz kommen.
- Eine insuffiziente Akutschmerztherapie kann als Komplikation die Ausbildung chronifizierter Schmerzen nach sich ziehen.
- Das zentrale Instrument einer Akutschmerztherapie ist die Schmerzmessung. Mit Hilfe eindimensionaler Skalen kann die durch den Patienten gegebene subjektive Information zur Schmerzintensität „objektiviert“ werden.

LITERATUR

- [1] www.dgss.org/kerncurriculum
- [2] www.dgss.org/ethik-charta
- [3] Maier C, Nestler N, Richter H et al (2010) Qualität der Schmerztherapie in deutschen Krankenhäusern. Dtsch Arztebl Int 107(36):607-14
- [4] Gerbershagen HJ, Aduckathil S, van Wijck AJ et al (2013) Pain intensity on the first day after surgery: a prospective cohort study comparing 179 surgical procedures. Anesthesiology 118(4):934-44
- [5] www.quips-projekt.de
- [6] [www.bdc.de/bdc/bdc.nsf/0/80fbee746fd24364c1256e6a00341abe/\\$FILE/BDC-BDA_Schmerztherapie_1992.pdf](http://www.bdc.de/bdc/bdc.nsf/0/80fbee746fd24364c1256e6a00341abe/$FILE/BDC-BDA_Schmerztherapie_1992.pdf)
- [7] www.tuv.com/de/deutschland/gk/managementsysteme/medizin_gesundheitswesen/qm_akutschmerztherapie/qm_akkutschmerztherapie.jsp
- [8] www.schmerzfreies-krankenhaus.de
- [9] „Schmerzbehandlung bei Operationen“ Eine Patienten-Leitlinie zur S3-Leitlinie „Behandlung akuter perioperativer und posttraumatischer Schmerzen“ (AWMF-Register Nr. 041/001) 



© iStock-savany

Chirurgie ohne Grenzen: Ausländische Chirurgen in Deutschland – Deutsche Chirurgen im Ausland

BERICHT VON DER 4. HERBSTTAGUNG DES LANDESVERBAND BDC|BERLIN UND DER ANC BERLIN

Im Rahmen der 4. Herbsttagung des BDC|Berlin wurde am 21.11.2018 ein durchaus aktuelles und brisantes Thema im Rahmen einer im wahrsten Sinne des Wortes grenzüberschreitenden Podiumsdiskussion erörtert. Die Teilnehmer der internationalen Podiumsdiskussion waren:

- Dr. med. Eva Grogro, Fachärztin für Viszeralchirurgie, Vivantes Klinikum Neukölln, 1,5 Jahre Dänemark
- Dr. med. Andrea Caletti, Facharzt für Chirurgie, plastische Chirurgie, Zentrum für Brandverletzte, Unfallkrankenhaus Berlin, 3 Jahre in Italien
- Lutz Koch, FRCS Ed., Consultant Orthopaedic Surgeon, Spire Elland Hospital, West Yorkshire (United Kingdom) seit 15 Jahren in England (via Zoom-Videokonferenz aus England)



Korrespondierender Autor:
Dr. med. Ralph Lorenz

1. Vorsitzender Landesverband
BDC|Berlin
Berufsverband der Deutschen
Chirurgen e.V. (BDC)
Praxis 3CHIRURGEN
Klosterstrasse 34/35, 13581 Berlin
lorenz@3chirurgen.de

Dr. med. Eva Grogro

Assistenzärztin bei Sana Kliniken AG

Dr. med. Andrea Caletti

Facharzt für plastische und ästhetische
Chirurgie Berlin

Lutz Koch, FRCS Ed.

Consultant Orthopaedic Surgeon
Spire Elland Hospital
West Yorkshire/UK

Dr. med. Andreas Weskott

Facharzt für Chirurgie und
Viszeralchirurgie
Jönköpings län, Schweden

- Dr. med. Andreas Weskott, FA für Chirurgie und Viszeralchirurgie Jönköpings län (Schweden), seit 7 Jahren in Schweden (via Zoom-Videokonferenz aus Schweden)

- Ukraine (+ 149)
- Russland (+ 134)

In der Gesamtheit kommt die größte Zahl ausländischer Ärzte in Deutschland derzeit aus:

- Rumänien (4.505)
- Syrien (3.632)
- Griechenland (3.147)
- Österreich (2.642)

Seit 2015 gibt es bundesweit verpflichtend einen Sprachtest für alle Ausländer, die in Deutschland arbeiten wollen. Laut Medienberichten gibt es dabei jedoch eine nicht unerhebliche Durchfallquote von bis zu 36 % (Sachsen-Anhalt 2017).

Der entgegengesetzte Strom der Abwanderung deutscher Ärzte wird seit 2005 durch die Bundeärztekammer statistisch erfasst. Die Zahlen stagnieren derzeit bzw. sind leicht rückläufig. Im Jahr 2017 sind insgesamt 1.965 Ärzte aus Deutschland abgewandert, wovon der Anteil deutscher Ärzte 59,3 % beträgt. Die derzeitigen Abwanderungszahlen liegen derzeit auf dem Niveau von 2003. Zu den beliebtesten Auswanderungsländern gehörten 2017 erwartungsgemäß die Schweiz (- 641), Österreich (- 268) und die USA (- 84).

Die größte Zuwanderung kam 2017 aus Europa (66,8 %), gefolgt von Asien (22,7 %) und von Afrika (6,8 %). Die wenigsten kamen aus Amerika mit 3,2 %. Dabei kam der größte Zustrom im Jahr 2017 aus:

- Syrien (+ 737)
- Rumänien (+ 220)
- Serbien (+ 177)
- Ägypten (+ 177)

Lorenz R, Grogro E, Caletti A, Koch L, Weskott A:
Chirurgie ohne Grenzen: Ausländische Chirurgen in
Deutschland – Deutsche Chirurgen im Ausland. Passion
Chirurgie. 2019 Januar, 9(01): Artikel 03_02.



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

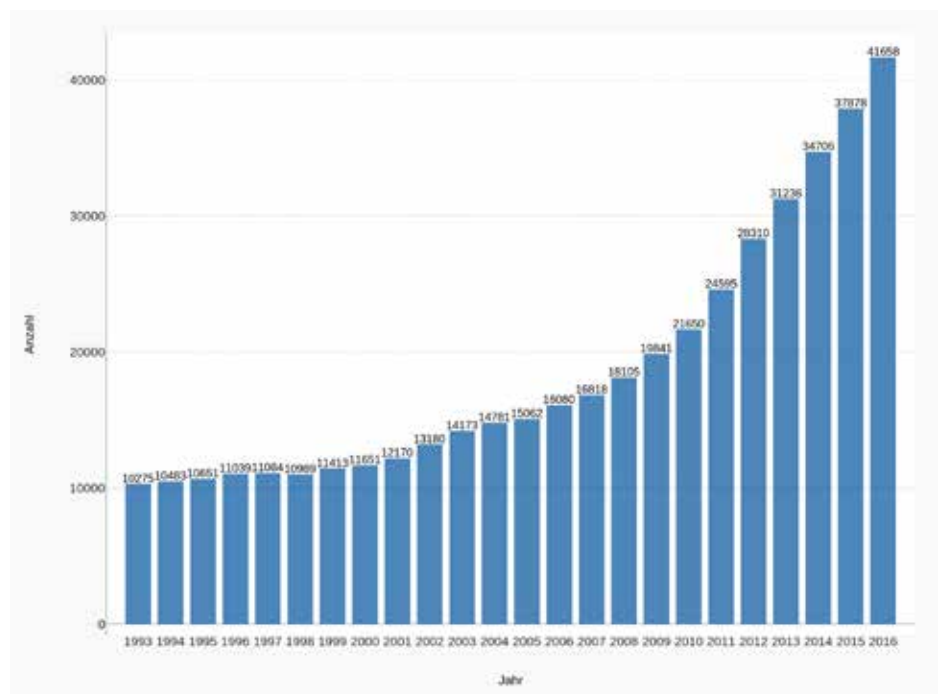


Abb. 1: Entwicklung der ausländischen Ärzte in Deutschland (Quelle: Bundesärztekammer).

VOR WELCHEM HINTERGRUND FINDET DER WECHSELSEITIGE ABWANDERUNGSSTROM STATT?

Beim Vergleich des Studiums und der Weiterbildung in verschiedenen europäischen Ländern fallen bereits erhebliche Unterschiede auf. In fast allen europäischen Ländern bestehen Zulassungsbeschränkungen zum Medizinstudium [1]. Bereits bei den Studiengebühren gibt es erhebliche Unterschiede. Während in einigen Ländern wie Frankreich, Griechenland und Deutschland seit 2015 keine Studiengebühren erhoben werden, gibt es andere Länder, die zum Teil erhebliche Studiengebühren (Großbritannien, Schweiz) erheben. In Griechenland korreliert die höchste Arbeitslosenquote an Ärzten in Europa mit der größten Abwanderung aus Griechenland ins Ausland. In Polen scheint das Studium komplett privat finanziert zu sein, sodass eine chirurgische Weiterbildung sogar als unbezahltes Volontariat möglich und üblich scheint. Das Modell des Common Trunks als Basisweiterbildung ist nur in einigen Ländern umgesetzt. In Deutschland besteht sichtlich ein einzigartiges chirurgisches Weiterbildungssystem mit insgesamt acht chirurgischen Säulen nach dem Common Trunk. Diese scheint in keinem weiteren europäischen Land zu bestehen. Die chirurgische Weiterbildung kann demnach zwischen vier und zehn Jahren betragen.

Dr. Andrea Caletti, plastischer Chirurg aus dem Brandverletztzentrum des Unfallkrankenhauses Berlin, berichtet, dass in Italien während der gesamten chirurgischen Weiterbildungszeit an allen Orten gleichermaßen ein Festgehalt von lediglich 1.700 Euro pro Monat gezahlt wird. Die Facharztweiterbildung ist grundsätzlich bis auf wenige Ausnahmen in universitärer Hand. Die Verteilung der Weiterbildungsstätten erfolgt nach einem festgelegten Leistungsprinzip im Land. Besonders herausragende Studenten haben die erste Wahl. Ärzte mit unterdurchschnittlichen Leistungen müssen am Ende das nehmen, was an Weiterbildungsstätten übrig bleibt. Die chirurgische Weiterbildung ist in der Regel nach spätestens sechs Jahren abgeschlossen. In Italien gibt es jedoch keine Facharztprüfung wie bei uns üblich.

Tab. 1: Vergleich des Studiums und der Weiterbildung in ausgewählten Ländern Europas [1]

	D	CH	Austria	UK	F	Ita	Gr	NL	Pol
Studiengebühren	Keine seit 2015	1000-8000 CHF/a	727 €/a	10.000 €/a	keine	850-1000 €/a	keine	1951 €/a	Privat finanziert
WB Dauer	6 J.	6 J.	6 J.	10 J.	4-5 J.	4-6 J.	6 J.	4 J.	6 J.
Common Trunk	+	+	+	+	-	-	-	-	-

Frau Dr. Eva Grogro, Fachärztin für Viszeralchirurgie aus dem Vivantes Klinikum Neukölln, berichtete über ihre anderthalbjährige Erfahrung in Dänemark. Sie erlebte dort sehr wertschätzende und kollegiale Arbeitsbedingungen. Auch bezüglich der Sprache ist man es in Dänemark gewohnt, mit Ausländern zu kommunizieren, die nicht perfekt dänisch sprechen. Sie wurde dort rasch in das bestehende Team integriert. Besonderes Interesse fand die Tatsache, dass es in Dänemark keine Aufklärung gibt, wie wir es in unseren Kliniken und Praxen alltäglich kennen.

Beim Vergleich der Hierarchiestrukturen berichtete Lutz Koch, Unfallchirurg aus Berlin, der seit 15 Jahren in England lebt und arbeitet, dass in England ein Kollegialsystem besteht. In seiner Klinik in West Yorkshire arbeiten ca. 15 Consultants in der Regel fachspezialisiert. Der Job eines Klinikleiters scheint in England prinzipiell eher unbeliebt zu sein, da dieser meist nur noch administrative Aufgaben erfüllen muss und in der Regel patientenfern arbeitet. Dr. Andreas Weskott, früherer Chefarzt aus Berlin, berichtete aus Schweden über eine ähnliche Situation. Auch in Schweden scheint demnach ein Kollegialsystem mit Teamleitern zu bestehen, die in der Regel fachspezialisiert arbeiten. Der administrative Klinikleiter wird dort sogar nicht selten von Krankenschwestern besetzt. In beiden Ländern scheint die Karriere Möglichkeit somit tendenziell nachrangig zu sein, da es kein starres Hierarchiesystem gibt. Besteht möglicherweise auch ein Zusammenhang zwischen niedrigem Krankenstand der Mitarbeiter in den schwedischen Kliniken und einer höheren Wertschätzung ihrer Arbeit?

Die Verdienstmöglichkeiten waren in England schon vor Jahren sehr gut und mit 110.000

Pfund gegenüber deutschen Einkommensmöglichkeiten überdurchschnittlich. Viele Kollegen in England haben zudem neben ihrer angestellten Tätigkeit sichtlich eine private Praxis als Nebentätigkeit. Auch in Schweden sind die Verdienstmöglichkeiten trotz hoher Steuersätze gut, da es beispielsweise keinerlei Krankenversicherungsbeiträge gibt. Die Krankenversicherung ist in Schweden zu 100 % staatlich finanziert ohne Zuschüsse von Arbeitnehmer und Arbeitgeber. Jeder Arztbesuch kostet in Schweden ca. 25 Euro, bei chronisch Kranken entfallen allerdings diese Gebühren.

Die Dienstbelastung scheint sowohl in Schweden als auch in Großbritannien deutlich geringer zu sein als vergleichsweise in Deutschland. In England wird in der Regel im Dienst tatsächlich nur bei vital bedrohlichen Situationen nachts operiert. Selbst eine frische Unterschenkelfraktur wird normalerweise zunächst nur ruhiggestellt und am nächsten Tag im Tages-OP-Programm definitiv operativ versorgt.

Dr. Weskott berichtete auch darüber, dass in schwedischen Krankenhäusern ein elektronisches Zeiterfassungssystem besteht. Nach seiner Einschätzung gehen schwedische Ärzte damit grundsätzlich sehr achtsam um und ein Missbrauch scheint tendenziell eher ausgeschlossen zu sein.

In Schweden besteht seit Jahren ein nahezu papierfreier Arbeitsalltag. Patientenakten existieren lediglich elektronisch. Die Schwester auf Station ist dann nur noch mit einem Tablet unterwegs. Für nahezu alles gibt es in Schweden spezielle Teams, sodass die ärztliche Tätigkeit auf die Kernkompetenz beschränkt ist. Verwaltungsaufgaben werden

dort auch in der Regel vollständig delegiert. Auch in England scheint man sehr effektiv den Arbeitsalltag über spezialisierte Teams zu gestalten, wie Herr Koch berichtete.

England ist seit Jahrzehnten ein Einwanderungsland. Viele Schwestern und Ärzte kommen dabei aus afrikanischen Ländern, vor allem aus Südafrika, aber auch aus Indien und Pakistan. In Schweden und Dänemark ist man es ebenso seit Jahrzehnten gewohnt, ausländische Kollegen zu haben. Nach Dr. Weskotts Eindruck scheinen auch in Schweden ebenso wie in Deutschland die meisten ausländischen Ärzte aus Rumänien zu kommen. In Schweden gibt es offenbar professionelle Agenturen, sogenannte Rekrutierungsgesellschaften, die für Ausländer Arbeitsplätze vorwiegend in skandinavischen Ländern vermitteln. Die ca. zehnfachen Verdienst- und Einkommensmöglichkeiten in Schweden und die deutlich bessere soziale Absicherung bieten dabei eine starke Verlockung.

ZUSAMMENFASSEND IST DER TENOR DER TEILNEHMER DER PODIUMSDISKUSSION:

1. Die Work-Life-Balance scheint in vielen europäischen Ländern besser zu sein als in Deutschland.
2. Die alltägliche Arbeits- und Dienstbelastung ist offenbar in anderen europäischen Ländern geringer als in Deutschland.
3. Aufgehobene Hierarchiestrukturen im Sinne eines Consultant-Modells, wie sie in vielen europäischen Ländern inzwischen üblich sind, führen durchaus zu einer höheren Zufriedenheit bei den Chirurgen und werden auch vom Patienten geschätzt.

An dieser Stelle sei eine recht politische Frage gestattet: Wie sieht die medizinische Versorgung nach Weggang der Ärzte aus Ländern wie beispielsweise Rumänien aus? Besteht nicht bereits

jetzt dort eine eklatante Unterversorgung? Das Thema „Brain Drain“, der Weggang der Akademiker aus geringer entwickelten und vermögenden Ländern, wurde bisher vorwiegend nur für Afrika diskutiert, sichtlich scheint es aber inzwischen ein innereuropäisches Problem zu werden. Bei aller in Deutschland geschätzten Internationalisierung und Globalisierung muss man sich am Ende fragen, welche Mitverantwortung haben wir für dieses globale und auch europäische Ungleichgewicht?

LITERATUR

- [1] Seifert J et al. Chirurgische Aus- und Weiterbildung bei uns und unseren Nachbarn *Passion Chirurgie* 04/2017
- [2] www.bundesärztekammer.de (Zugriff 20.11.2018) 

Auch in diesem Jahr bieten wir alle von der **Berufsgenossenschaft geforderten Fortbildungsveranstaltungen** (Kindertraumatologie, Gutachterwesen sowie Reha-Management und Reha-Medizin) an.

Anmeldung zum Kongress unter:
www.bundeskongress-chirurgie.de

Informationen zum Kongress:

MCN Medizinische Congress-organisation Nürnberg AG
Neuwieder Str. 9, 90411 Nürnberg
Tel.: 0911/3931625, Fax: 0911/3931620
E-Mail: bch@mcnag.info

BUNDESKONGRESS CHIRURGIE 2019

BNC · BDC · BAO
GEMEINSAM STARK

22.02. – 23.02.2019, Nürnberg Convention Center



**Dauerkarten für Mitglieder
ab 85,00 €**



Bundesverband für
Ambulantes Operieren e.V.



Webinar-Termin im Januar 2019: S2k-Leitlinie „Spezifischer Kreuzschmerz“

**Webinar S2k-Leitlinie
„Spezifischer Kreuzschmerz“
24.01.2019, 18:00 Uhr
www.bdc-webinare.de**



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

Seit September 2017 gibt es die BDC|Webinare (www.bdc-webinare.de). Bisher wurden auf der Plattform insgesamt 14 Leitlinien von Experten erfolgreich vorgestellt und besprochen. Jeden Monat wird von einem 45-minütigem Webinar eine chirurgisch relevante Leitlinie in ihren Grundlagen vorgestellt. Anschließend kann mit dem Referenten und anderen Teilnehmern via Chat diskutiert werden, selbstverständlich kostenfrei für alle BDC-Mitglieder. Und

jede Teilnahme wird in der Regel mit zwei CME-Punkten zertifiziert.

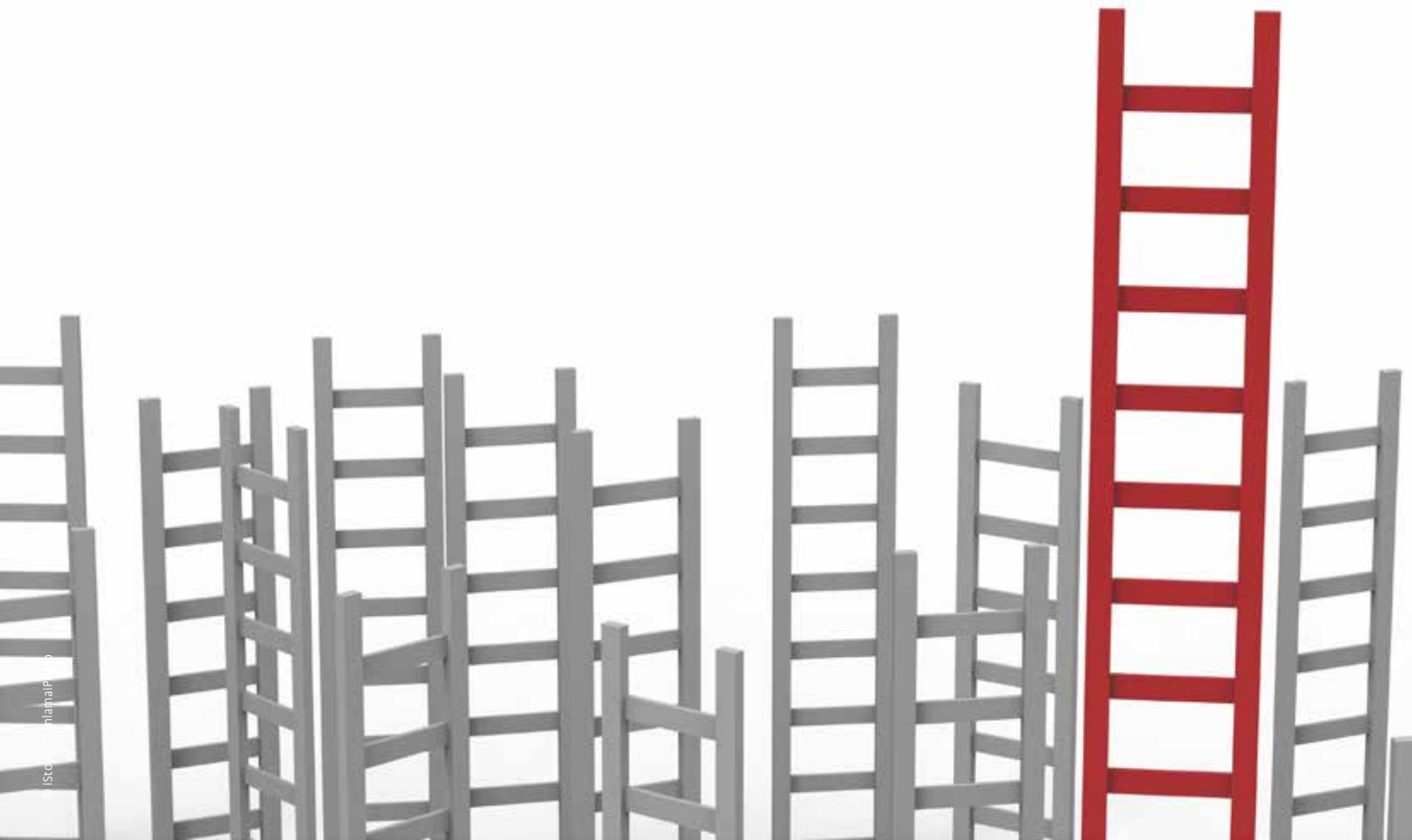
WEBINARE IM ARCHIV ABRUFEN

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

GEPLANTE WEBINARE 2019

- S2k-Leitlinie „Neuroendokrine Tumore“, 21.02.2019, 18:00 Uhr
- S3-Leitlinie „Chirurgie der Adipositas und metabolischer Erkrankungen“, 21.03.2019, 18:00 Uhr
- S3-Leitlinie „Magenkarzinom“, 27.06.2019, 18:00 Uhr

www.bdc-webinare.de



Beste Karrierechancen in der Viszeralchirurgie und in der Thoraxchirurgie

Die Schwierigkeiten, ärztliche Führungspositionen zu besetzen, nehmen zu. Wollen Krankenhäuser heutzutage eine Oberarztstelle besetzen, brauchen sie häufig einen langen Atem. Dass Vakanzen auf der zweiten Führungsebene länger als ein Jahr bestehen bleiben, ist keine Seltenheit mehr. Und auch Chefarztbesetzungen laufen in einigen Bereichen nicht mehr ganz reibungslos.

Trotzdem kann man von günstigen Voraussetzungen für karriereorientierte Ärztinnen und Ärzte sprechen. In welchen Fachgebieten

bieten sich nun die besten Aufstiegschancen? Und wie stehen im Vergleich die chirurgischen Fächer da? Dazu liegen jetzt neue Zahlen vor.

Um die Aufstiegschancen in den verschiedenen Fachgebieten abschätzen und miteinander vergleichen zu können, hat die Personalberatung mainmedico eigene Berechnungen angestellt. Dazu wurden die Arztzahlen des Statistischen Bundesamtes und die Stellenanzeigen im Deutschen Ärzteblatt herangezogen. Im Jahr



Dr. Wolfgang Martin
mainmedico GmbH
consulting & coaching
Eschersheimer Landstr. 69
60322 Frankfurt am Main
www.mainmedico.de

2017 waren dies 422 Chefarzt- und 1.635 Oberarztausschreibungen.

CHEFARTZ-INDEX

Beim Chefarzt-Index wurde für jedes Fachgebiet die Zahl der auf Oberarztebene tätigen Ärztinnen und Ärzte zur Zahl der ausgeschriebenen Chefarztpositionen ins Verhältnis gesetzt. Wird auf diese Weise ein niedriger Indexwert ermittelt, können Oberärztinnen und Oberärzte mit vergleichsweise wenig Mitbewerbern bei einer Chefarztausschreibung rechnen. Den Krankenhäusern wiederum wird signalisiert, dass sie hier aller Voraussicht nach besondere Anstrengungen unternehmen müssen, um geeignete Kandidaten zu gewinnen.

In **Abbildung 1** sind die Fachgebiete mit den niedrigsten Indexwerten aufgeführt; diese liegen zum Teil deutlich unter dem Durchschnittswert aller Fachgebiete (105), wobei in der Spitzengruppe auch zwei chirurgische Fachgebiete vertreten sind: Viszeralchirurgie und Thoraxchirurgie. Hier ist die Bewerberdecke also besonders dünn.

Die Werte des Chefarzt-Index erlauben einen Vergleich der Nachfragesituation in den verschiedenen Fachgebieten, lassen sich aber nicht unbedingt 1:1 auf konkrete Besetzungsverfahren übertragen. Die Zahl der real eingehenden Bewerbungen wird in jedem Fall unter

den betreffenden Indexwerten liegen, da ja nur ein Bruchteil der im Krankenhaus tätigen Oberärztinnen und Oberärzte tatsächlich aktiv auf Stellensuche ist. Und von diesen wird sich nicht jeder auf jede theoretisch in Frage kommende Chefarztposition bewerben.

Zwar wird es unter den erstplatzierten Fachgebieten, also auch in der Viszeralchirurgie und in der Thoraxchirurgie, immer noch Chefarztausschreibungen geben, auf die sich mehr als eine Handvoll Oberärztinnen und Oberärzte bewerben – dies gilt vor allem für größere Häuser und solche in großstädtischen Regionen –, es steigt aber auch die Wahrscheinlichkeit, dass in einzelnen Besetzungsverfahren die Bewerbungen aus dieser Zielgruppe gegen null gehen.

Leicht überdurchschnittliche Indexwerte, nämlich zwischen 140 und 175, wurden für die Fachgebiete Orthopädie und Unfallchirurgie, Gefäßchirurgie sowie Plastische Chirurgie und Neurochirurgie ermittelt. Etwas aus dem Rahmen fielen die Kinderchirurgie und die Herzchirurgie: Da hier im Jahr 2017 nur jeweils eine Chefarztposition ausgeschrieben wurde, lagen die ermittelten Indexwerte mit 225 bzw. 434 sehr hoch.

OBERARTZT-INDEX

Für den Oberarzt-Index wurde die Zahl der auf der „einfachen“ Facharztebene tätigen

Martin W: Beste Karrierechancen in der Viszeralchirurgie und in der Thoraxchirurgie. *Passion Chirurgie*. 2019 Januar, 9(01): Artikel 04_02.



„Nehmen wir jetzt jeden?“ – Eine Umfrage in deutschen chirurgischen Kliniken (Artikel in **PASSION CHIRURGIE**)



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

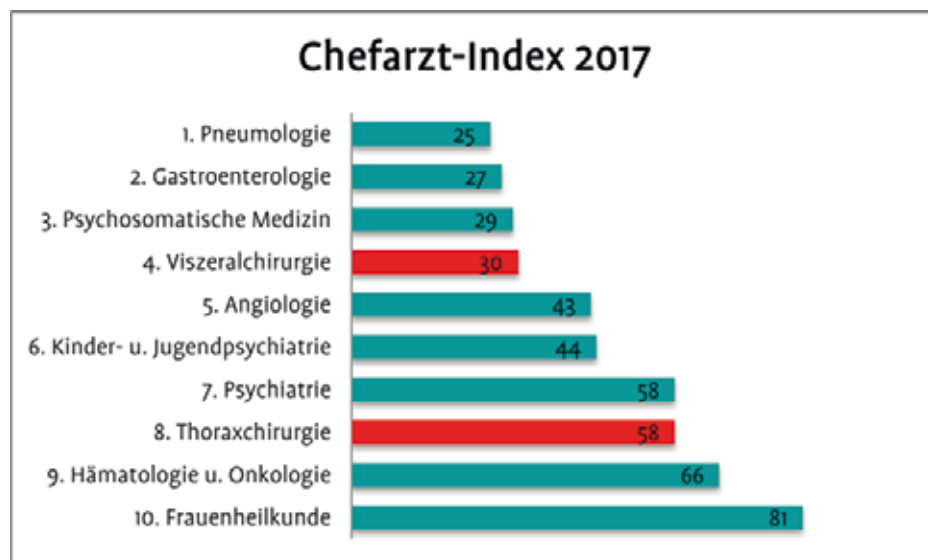


Abb. 1: Zahl der im Krankenhaus tätigen Oberärztinnen und Oberärzte (Quelle: Statistisches Bundesamt, Stand 31.12.2016) in Relation zur Zahl der im Deutschen Ärzteblatt ausgeschriebenen Chefarztpositionen (Quelle: Auswertung mainmedico 2017).

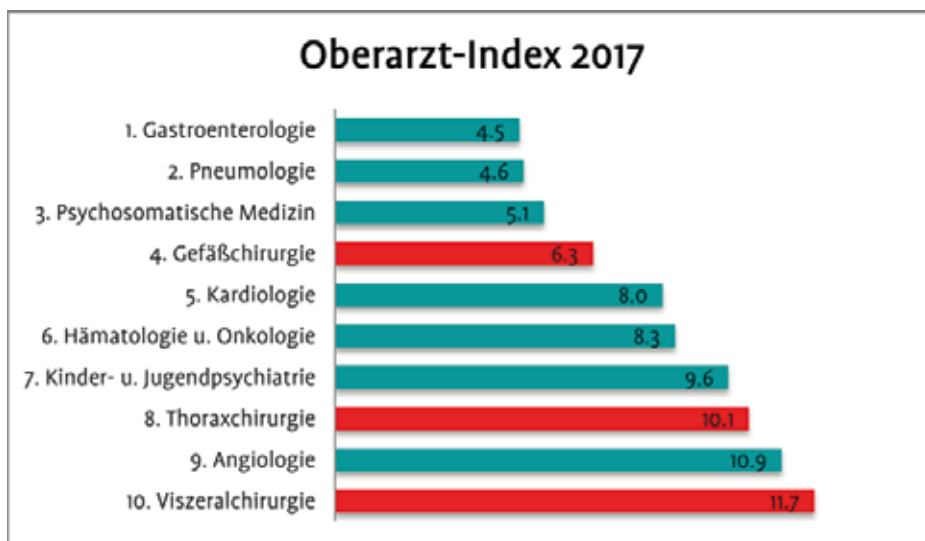


Abb. 2: Zahl der im Krankenhaus tätigen nachgeordneten Fachärztinnen und Fachärzte (Quelle: Statistisches Bundesamt, Stand 31.12.2016) in Relation zur Zahl der im Deutschen Ärzteblatt ausgeschriebenen Oberarztpositionen (Quelle: Auswertung mainmedico 2017).

Ärztinnen und Ärzte zur Zahl der ausgeschriebenen Oberarztpositionen ins Verhältnis gesetzt. In **Abbildung 2** sind wieder die Fachgebiete mit den niedrigsten Indexwerten aufgeführt. Diese liegen ganz klar unter dem Durchschnittswert aller Fachgebiete (24), wobei in der Spitzengruppe auch wieder die Viszeralchirurgie und die Thoraxchirurgie vertreten sind. Mit einem besonders niedrigen Indexwert taucht aber noch die Gefäßchirurgie auf.

Wie nicht anders zu erwarten, ist die Bewerberdecke bei Oberarztzuschreibungen deutlich dünner als bei Chefarztzuschreibungen. Die äußerst niedrigen Indexwerte signalisieren, dass die Nachwuchssituation in den Fachgebieten der Top Ten bereits sehr prekär ist. Sicher wird es immer noch Oberarztzuschreibungen geben, auf die sich einige Ärztinnen und Ärzte nach abgeschlossener Weiterbildung bewerben, die

Wahrscheinlichkeit ist aber größer, dass überhaupt keine Bewerbung aus dieser Zielgruppe eingeht.

Auch für die Fachgebiete Plastische Chirurgie (13,5), Kinderchirurgie (17,0) sowie Orthopädie und Unfallchirurgie (18,8) wurden noch Indexwerte ermittelt, die unter dem Durchschnittswert aller Fachgebiete liegen. Während die Neurochirurgie mit 24,5 fast exakt den Mittelwert erreichte, rangierte die Herzchirurgie aufgrund der geringen Ausschreibungszahlen wieder am Ende der Skala (57,8).

FAZIT

Es kann also festgehalten werden, dass für Bewerbungen auf eine Oberarztstelle in fast allen chirurgischen Fachgebieten gute Erfolgschancen (Gefäßchirurgie, Thoraxchirurgie, Viszeralchirurgie) bestehen. Und in der Viszeralchirurgie sowie in der Thoraxchirurgie bieten sich Oberärztinnen und Oberärzten zudem überdurchschnittlich gute Aufstiegsmöglichkeiten in eine Chefarztposition. Daher erhalten diese beiden Fächer insgesamt die Bestnoten für Karrierechancen. ○

Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) – Ein Blick auf die Absicherung von IT- und Datenrisiken

Seit dem 25.05.2018 gilt in Deutschland die Datenschutzgrundverordnung (DSGVO). In den letzten Wochen und Monaten wurde sehr viel berichtet, was nach der neuen Gesetzeslage beim Umgang mit Daten zu beachten ist, und wie die neuen gesetzlichen Regelungen bestmöglich in die Praxis umgesetzt werden können. Was passiert aber im Fall der Fälle, sei es, dass jemand mit der Verarbeitung

und Speicherung seiner persönlichen Daten nicht einverstanden ist oder gar persönliche Daten in die Hände von Unbefugten gelangen? Bieten hier üblicherweise bestehende Versicherungsprodukte eine ausreichende Absicherung?

Die Einführung des DSGVO bedeutet aber nicht, dass es bisher keine gesetzliche



Frank Schultz

NAV-Wirtschaftsdienst GmbH
Klingenbergstr. 4
32758 Detmold
frank.schultz@medicura-online.de

Regelung zum Datenschutz gab. Schon vor dem 25.05. wurde dem Schutz von (persönlichen) Daten vom Gesetzgeber ein hoher Stellenwert eingeräumt. In den ganzen Veröffentlichungen und Vorbereitungen zur Datenschutzgrundverordnung ist daher stellenweise in Vergessenheit geraten, dass es schon ein Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) gab. Gleichwohl hat sich durch die Datenschutzgrundverordnung eine neue Dynamik ergeben, was nicht zuletzt auf die doch relativ scharfen Sanktionen bei entsprechender Rechtsverletzung zurückzuführen sein dürfte. Auch wenn die vorgesehenen Maximalsanktionen von 10 Mio. Euro bzw. 20 Mio. Euro bzw. 2 oder 4 Prozent des Jahresumsatzes für viele einen finanziellen Supergau darstellen würden, bleibt abzuwarten, wie tatsächlich durch entsprechende Rechtsprechung mögliche Fehlverhalten der Höhe nach sanktioniert werden.

Keinesfalls sollte und darf man sich ausschließlich auf die Bußgelder konzentrieren. Deutlich höher ist das Risiko zu bewerten, wenn es aufgrund der Verletzung einzelner Rechtsvorschriften zu Schadenersatzforderungen des oder der Betroffenen kommt.

HAFTPFLICHTVERSICHERUNGSSCHUTZ – DAS ALLHEILMITTEL FÜR ANSPRÜCHE DRITTER?

Eigentlich sollte man davon ausgehen, dass bei Bestehen einer Haftpflichtversicherung eine umfassende Absicherung für alle möglichen Ansprüche gegeben ist. Ein Blick hinter die Kulissen, oder hier konkret in die Versicherungsbedingungen, macht relativ schnell deutlich, dass diese Vermutung bzw. Unterstellung schnell zur Ernüchterung führt.

PERSONEN-, SACH- UND VERMÖGENSSCHADEN

Kann man eine beschädigte Hose oder ein beschädigtes Handy sehr schnell einem Sachschaden zuordnen, funktioniert das mit den Ansprüchen einer verunfallten Person, die Schmerzensgeldansprüche wegen eines Halswirbelsäulen-Syndroms (HWS-Syndrom) geltend macht, mit der Zuordnung zu

einem Personenschaden, sicherlich genauso unkompliziert. Allerdings ist die Einordnung eines „Datenschadens“ dann schon nicht mehr so trivial.

Für jeden Einzelfall ist die Frage zu klären, ob ein immaterieller Schaden einen Personen- oder Vermögensschaden darstellt. Nach der einschlägigen Rechtsauffassung ist davon auszugehen, dass es sich bei einer Verletzung des Persönlichkeitsrechts in den überwiegenden Fällen um einen Vermögensschaden handeln dürfte.

Gerade im Bereich des Gesundheitswesens spielte die Absicherung von Vermögensschäden im Rahmen von Haftpflicht-Versicherungsverträgen bisher eine untergeordnete Rolle. Dies zeigt sich schon allein darin, dass es auch heute noch durchaus üblich ist, dass in entsprechenden Haftpflichtversicherungspolicen Versicherungssummen für Vermögensschäden noch auf 50.000 oder 100.000 Euro limitiert sind.

STANDARDVERSICHERUNGSBEDINGUNGEN VS. INDIVIDUELLE VERSICHERUNGSKONZEPTE

Nach den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Haftpflichtversicherung (AHB) sind unter anderem Haftpflichtansprüche wegen Schäden aus Persönlichkeits- oder Namensrechtsverletzungen (Ziffer 7.16 AHB) vom Versicherungsschutz ausgeschlossen. Ebenfalls besteht kein Versicherungsschutz für Haftpflichtansprüche wegen Schäden aus dem Austausch, der Übermittlung und der Bereitstellung elektronischer Daten (Ziffer 7.15 AHB). Zu diesen Ausschlüssen kommt hinzu, dass die Absicherung von Vermögensschäden nicht obligatorisch gegeben ist, sondern die AHB hier vorsehen, dass Vermögensschäden nur dann unter Versicherungsschutz stehen, wenn hierzu eine besondere Vereinbarung getroffen wurde.

In der Regel liegen einer Haftpflichtversicherung aber nicht nur die Allgemeinen Versicherungsbedingungen zugrunde, sondern der Versicherungsschutz wird durch Besondere Bedingungen und Risikobeschreibungen

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



Schultz F: Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) - Ein Blick auf die Absicherung von IT- und Datenrisiken. Passion Chirurgie. 2019 Januar, 9(01): Artikel 04_03.

(BBR) erweitert. Zu prüfen gilt, ob durch mögliche Erweiterungen in den BBR dennoch ein umfassender Versicherungsschutz gewährleistet ist. Die Problematik liegt hier darin, dass durch die BBR die in den AHB deklarierten Ausschlüsse durch entsprechende Klauselvereinbarungen wieder eingeschlossen werden. In diesen Wiedereinschlüssen finden sich dann aber wiederum eigene Ausschlussbestände, so dass nicht von vornherein davon ausgegangen werden kann, dass tatsächlich eine ausreichende Absicherung gegeben ist.

Hier empfiehlt es sich dringend, die eigene Absicherung fachkundig prüfen zu lassen. Die Ecclesia Gruppe verfügt hier über das notwendige Know-how derart komplexe Bedingungsbeziehungen zu prüfen und mögliche Versicherungslücken zu identifizieren.

DIE LÖSUNG – OUTSOURCING?

Um sich dem schier undurchdringlichen Versicherungsdschungel zu entziehen, könnte man das „Problem“ ja auch einfach verlagern. Vielfach bedient man sich der Unterstützung von Dienstleistern, die einem die umfassende Pflege und Wartung des IT-Systems abnehmen. Häufig wird die Aussage getroffen, dass man selbst bei möglichen „Datenpannen“ kein Problem hat, da man ja einen externen Dienstleister beauftragt hat, der sich um alles kümmert.

Ein Blick in die DSGVO zeigt, dass gerade hier besondere Anforderungen an die sogenannte Auftragsdatenverarbeitung gestellt werden, die keinesfalls den eigentlichen Verwender der Daten aus seiner Verantwortung entlassen. Weiterhin basiert die Zusammenarbeit mit externen IT-Dienstleistern überwiegend auf einer vertraglichen Grundlage. Losgelöst von der Tatsache, dass derjenige, der die Daten erhebt und verarbeitet (egal, ob im Hintergrund jemand anders mit der (technischen) Abwicklung beauftragt ist), grundsätzlich die Verantwortung, und somit die Konsequenzen trägt, sind Verträge mit IT-Dienstleistern kein Freibrief. Regelmäßig wird in diesen Verträgen die Haftung des Dienstleisters sehr stark eingeschränkt. Durch diese vertraglichen Regelungen wird es dann sehr schwer, wenn nicht

gar unmöglich, gegen den IT-Dienstleister einen Regress zu führen, zumal ohnehin erst einmal ein Fehler des Dienstleisters nachgewiesen werden muss.

Outsourcing ist somit ganz bestimmt nicht das Allheilmittel – im Gegenteil, vielfach wird bei einer genauen Prüfung sehr schnell offensichtlich, dass die vermeintliche Sicherheit mit der Realität nicht mehr ganz so viel gemeinsam hat.

VERSICHERUNGSLÜCKEN EFFEKTIV SCHLIESSEN

Die Haftpflichtversicherung schützt den Versicherungsnehmer, wenn gegen diesen von Dritten Ansprüche erhoben werden. Nicht unter diese Ansprüche Dritter fallen Strafen und Bußgelder, die z. B. im Rahmen einer Verletzung einer Bestimmung der DSGVO verhängt werden. Derzeit ist es in Deutschland nicht möglich, Strafen und Bußgelder allumfassend unter Versicherungsschutz zu stellen.

Das finanzielle Risiko einer Bußgeld- bzw. Strafzahlung trägt somit der Verursacher selbst.

Weiterhin können neben den oben ausgeführten Ansprüchen Dritter aber auch erhebliche eigene Kosten entstehen. Nicht zu unterschätzen sind hier z. B. die Kosten für notwendige Informationspflichten (z. B. in Printmedien) oder eigene Rechtsberatungskosten. Diese Kosten entstehen dem Versicherungsnehmer selbst, und sind somit als Eigenschaden zu deklarieren. Für derartige Eigenschäden bietet eine Haftpflichtversicherung keinen Versicherungsschutz.

Nicht zu unterschätzen sind auch mögliche finanzielle Auswirkungen, wenn Daten z. B. aufgrund eines Hackerangriffs nicht mehr zur Verfügung stehen. Zum einen verursacht die Wiederherstellung der Daten einen erheblichen Aufwand und somit Kosten, zum anderen kann je nach Komplexität der Daten die Wiederherstellung einen längeren Zeitraum in Anspruch nehmen, was zu Einnahmeausfällen führen kann. Ein nicht zu

unterschätzender Zeitfaktor ist auch die notwendige Prüfung des IT-Systems.

Diese gesamten Kosten sind nicht durch eine Haftpflichtversicherung abgedeckt, so dass für eine mögliche finanzielle Absicherung ggf. der Abschluss anderer Versicherungsprodukte geprüft werden sollte.

„ANDERE“ VERSICHERUNGSPRODUKTE – ABER WELCHE?

Wenn es um die bedarfsgerechte Absicherung von IT-Risiken geht, wird sehr schnell auf die am Markt erhältlichen „Cyber-Policen“ verwiesen. Unbestritten bieten Cyber-Policen eine gute Absicherung – fraglich ist nur – wie man eben diese gute Absicherung für sich selbst definiert. Die derzeit am Markt angebotenen und erhältlichen Cyber-Policen sind inhaltlich sehr unterschiedlich strukturiert und lassen sich daher kaum aussagekräftig miteinander vergleichen. Um hier nicht am eigenen Bedarf vorbei eine Versicherung abzuschließen, empfiehlt sich, wie bei allen anderen Versicherungslösungen, die Beratung und Betreuung durch Spezialisten.

Die Ecclesia hat schon vor vielen Jahren das Risiko bei „IT-Schäden“ erkannt und ein Spezialprodukt entwickelt. Die Absicherung zielt hier nicht nur auf reine Cyber-Attacken ab, sondern erfasst auch Schadenfälle, die durch andere Ursachen ausgelöst wurden.

Wer eine reine Absicherung von Cyber-Risiken wünscht, erhält ebenfalls von der Ecclesia eine bedarfsgerechte Lösung, über ein eigens für unsere Kunden entwickeltes Spezialkonzept.

Sprechen Sie uns an – wir beraten Sie gern zu Ihrer individuellen Situation und bieten passgenaue Lösungsvorschläge.

FAZIT

Durch die DSGVO hat sich nicht generell ein neuer Sachverhalt ergeben, den es zwingend durch neue Versicherungslösungen abzudecken gilt. Gleichwohl sollte gerade durch die weitreichenden Regelungen der DSGVO

die bereits vorhandene Absicherung genau geprüft und ggf. bedarfsgerecht an die individuelle Situation angepasst werden.

Empfehlenswert ist für eine Absicherung von IT- und Datenrisiken eine Prüfung des gesamten Versicherungsportfolios. Nur so lassen

sich gesamtheitlich mögliche Versicherungslücken identifizieren und passgenaue Lösungen erarbeiten und ungeplante finanzielle Folgen vermeiden.

Für dieses komplexe Thema ist die Unterstützung eines von Versicherungsgesellschaften

unabhängigen Spezialisten empfehlenswert. Die Ecclesia Gruppe verfügt hier über die notwendige Expertise und Erfahrung. Nicht nur in der Prüfung und Bewertung von Risiken und Versicherungskonzepten, sondern auch aus langjähriger Begleitung unserer Kunden in Schadenfällen. 

Schicken Sie Ihre PJ'ler und Famulanten zum Nachwuchs-Kongress ›Staatsexamen & Karriere‹ !

Optimale Vorbereitung auf die 3. Ärztliche Prüfung in Chirurgie und Innerer Medizin mit Vorträgen, Fallbeispielen und Videositzungen.

Wissenschaftliche Leitung:

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

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

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

Prof. Dr. med. Carsten J. Krones, Aachen, BDC e. V.





© Stock AndreyPopov

Safety Clip: Risikomanagement in der Luftfahrt und im Krankenhaus

VERGLEICHENDE BETRACHTUNG ZUM STAND DER UMSETZUNG

Die Gewährleistung der Patientensicherheit stellt nach wie vor eine der wichtigsten Aufgaben für das Krankenhausmanagement dar. Dabei ist es von entscheidender Bedeutung, den Reifegrad des klinischen Risikomanagements mittels geeigneter Kennzahlen messbar und somit transparent zu machen. Ist der Reifegrad bekannt, kann rechtzeitig mit geeigneten Maßnahmen den potenziellen Gefahren für die Patientensicherheit entgegen gewirkt werden. In den letzten 20 Jahren ist die Patientensicherheit in den Krankenhäusern immer mehr in den Fokus der

handelnden Akteure gerückt. Die Krankenhäuser sind von Gesetzgeber verpflichtet, ein Qualitätsmanagementsystem zu etablieren, einschließlich der Instrumente des Risikomanagements [1].

In diesem Artikel vergleicht die Autorin ausgewählte Instrumente bzw. Methoden des Risikomanagements, die in der Luftfahrt wie auch im Krankenhaus angewendet werden. Es wird dargestellt, welcher Grad der Umsetzung dieser Instrumente in den Krankenhäusern erreicht ist. Der Beitrag ist aus Sicht einer Risikoberaterin geschrieben, die als Flugbegleiterin und Gesundheits- und Krankenpflegerin tätig war.



Nicole Manig-Kurth

Risiko-Beraterin

GRB Gesellschaft für Risiko-Beratung

mbH

Klingenbergstr. 4

32758 Detmold

nicole.manig-kurth@grb.de

www.grb.de

Manig-Kurth N: Safety Clip: Risikomanagement in der Luftfahrt und im Krankenhaus. Passion Chirurgie. 2019 Januar, 9(01): Artikel 04_04.



Weitere Artikel zum Thema

Patientensicherheit finden Sie auf

BDC|Online (www.bdc.de, Rubrik Wissen |

Qualität & Patientensicherheit).

ENTWICKLUNG RISIKOMANAGEMENT

„In den Kindertagen der Luftfahrt bestand das Risikomanagement- und Frühwarnsystem des Piloten (neben dem Kompass) im Wesentlichen aus drei Instrumenten: Schal, Krawatte und Brille. An der Art, wie der Schal flatterte, konnte der Pilot Geschwindigkeit und Seitenwind abschätzen“ [2]. Die Flugbegleiterinnen mussten aus „gutem Haus“ und unverheiratet sein. Neben einem ansprechenden Äußeren sollten sie auch die Qualitäten von guten Gastgeberinnen besitzen.

In der Luftfahrt wie auch im Gesundheitswesen gab es auslösende Ereignisse, die sichtbar machten, wie wichtig es ist, ein funktionierendes Risikomanagementsystem, inkl. der Anwendung von geeigneten Instrumenten, zu etablieren. Das Datum 27. März 1977 markiert eines von mehreren katastrophalen Ereignissen in der Luftfahrt. An diesem Tag kollidierten auf dem Flugfeld von Santa Cruz de Tenerife (Kanaren) zwei Flugzeuge vom Typ Boeing 747, eine KLM- und eine Pan American-Maschine, und gingen in Flammen auf. 583 der 644 Insassen beider Flugzeuge kamen ums Leben.

Im Gesundheitswesen war solch ein auslösender Moment die Veröffentlichung des Berichts „To Err Is Human – Building a Safer Health System“ des Institute of Medicine (IOM) 1999. Der Bericht stellte auf Basis mehrerer Studien dar, wie viele Patienten im amerikanischen Gesundheitssystem aufgrund von „Adverse Events“ (unerwünschten Ereignissen) starben. Von da an wurde Patientensicherheit ein immer wichtigerer Faktor in der Behandlung von Patienten in den USA wie auch in Europa.

Die Beschäftigung mit dem Aufbau des klinischen Risikomanagements führt automatisch in die Luftfahrt. Nicht nur, weil es verschiedene Angebote zu Fort- und Weiterbildungen unter der Leitung erfahrener Piloten gibt, sondern weil in der Luftfahrt nützliche Instrumente für ein aktives wie proaktives Risikomanagement gut und stringently implementiert sind und konsequent, im

Cockpit wie auch in der Kabine, angewendet werden.

Im Folgenden werden ausgewählte Instrumente des Risikomanagements verglichen.

CHECKLISTEN UND STANDARDISIERTE PROZESSE

„Checklisten beinhalten eine festgelegte Abfrage von sicherheitsrelevanten Prüfpunkten.“ Voraussetzung für die Entwicklung guter Checklisten ist das Standardisieren und Kennen von Prozessen. Das Anwenden von Checklisten, z. B. zur Vorbereitung auf den Start bzw. die Landung oder auf eine Notlandung, sind aus dem Cockpit nicht mehr wegzudenken.

Im Krankenhaus kommen Checklisten u. a. bei Operationen zum Einsatz, z. B. OP-Vorbereitungsscheckliste im stationären Bereich, OP-Sicherheitscheckliste bei Einschleusen in den OP (oft angelehnt an die OP-Sicherheitscheckliste der WHO). Im Rahmen von Sicherheits- und Risikoanalysen in Krankenhäusern zeigt sich jedoch, dass die Durchdringung und Durchführung der Abarbeitung der Checklisten oft mangelhaft ist. Patienten werden immer noch mit unvollständigen Unterlagen oder fehlender Seitenmarkierung in den OP eingeschleust. Gleiches gilt für die Kontrolle des Patientenidentifikationsarmbandes. Zudem sind die Checklisten nicht immer vollständig ausgefüllt.

Notfallsituationen, insbesondere Reanimationssituationen, stellen immer eine besondere Herausforderung dar. Für diese Situationen bieten sich Checklisten in Form eines Ablaufschemas an, um den Algorithmus der jeweiligen Notfall-/Reanimationssituation zu durchlaufen. Die Praxis zeigt jedoch, dass diese in den seltensten Fällen verwendet werden. Als Gesundheits- und Krankenpflegerin auf Intensivstationen habe ich an vielen Reanimationen teilgenommen. Dabei zeigte sich, dass die Notfall-/Reanimationsbehandlungen, bei denen der Teamleader aktiv das Ablaufschema mit dem jeweiligen Algorithmus zu Hilfe nahm, durchgängig die

strukturiertesten Notfall-/Reanimationssituationen waren.

STANDARDISIERUNG

Mit Standardisierung ist meist das Etablieren von Standard Operating Procedures (SOPs) und pflegerischer/multidisziplinärer Behandlungsstandards gemeint. Darüber hinaus geht es auch um die Standardisierung der Arbeitsumgebung. Jedes Flugzeug eines bestimmten Typs (Boeing 737, Airbus A380) ist nach den Vorgaben der jeweiligen Airline standardisiert eingerichtet. So ist z. B. explizit festgelegt, wo sich das Notfallequipment befindet, einschließlich Kennung durch Piktogramm. Jeder Trolley oder jede Box ist entsprechend der Bestimmung gleich beladen und wird immer an der gleichen Stelle im Flieger aufbewahrt. Dieses Vorgehen vereinfacht das Arbeiten, dient der Flexibilität der Mitarbeiter und fördert die Sicherheit.

In den Krankenhäusern findet man eine Standardisierung der Arbeitsumgebung nur im OP-Bereich, in größeren Endoskopie-Einheiten und in den Behandlungsräumen der Notfallambulanzen. Die stationären Bereiche sind in der Regel nicht standardisiert – bis auf die Definition der Nutzung jedes Raumes und der Einrichtung der Fäkalienräume. In Anbetracht der Tatsache, dass aufgrund von Personalmangel oft Poolkräfte zum Einsatz kommen oder Mitarbeiter auf anderen Stationen aushelfen müssen, sollte zur Steigerung der Patientensicherheit in diesen Bereichen zwingend eine Standardisierung erfolgen. So könnten Medikationsschränke bzw. die Bevorratung der Medikamente einschließlich der Infusions- und Ernährungslösungen in den gleichen Räumlichkeiten und an den gleichen Stellen stehen und einheitlich bestückt sein (z. B. nach Handelsnamen oder Wirkstoff).

Das Notfallequipment ist im stationären Bereich zwar oft standardisiert, doch erfolgt die Aufbewahrung uneinheitlich. Sicherheits- und Risikoanalysen zeigen immer wieder, dass es oftmals keine Kennung der Räumlichkeit gibt, wo das Notfallequipment aufbewahrt wird. Häufig wissen ärztliche

Mitarbeiter nicht, wo das Notfallequipment zu finden ist. Daher besteht ein hohes Risiko, dass im Notfall erst nach dem Notfallequipment gesucht oder gefragt werden muss und lebensrettende Erstmaßnahmen verzögert eingeleitet werden.

Eine Standardisierung der Arbeitsumgebung im klinischen Umfeld würde also die Patientensicherheit markant erhöhen. Zugleich würde Zeit gespart. Mitarbeitende, die auf anderen Stationen aushelfen, müssten nicht gesondert in die Örtlichkeiten eingeführt werden.

FEHLERMANAGEMENT/CRITICAL INCIDENT REPORTING SYSTEM (CIRS)

„Ein Critical Incident Reporting System (CIRS) (deutsch: Berichtssystem über kritische Vorkommnisse) ist ein Berichtssystem zur anonymisierten Meldung von kritischen Ereignissen (englisch: critical incident) und Beinahe-Schäden (englisch: near miss) in Einrichtungen des Gesundheitswesens und der Luftfahrt.“^[3] „Der Ursprung der systematischen Erfassung und strukturierten Fehleranalyse im Sinne eines CIRS findet sich Ende des zweiten Weltkrieges in der Fliegerei (Flanagan 1954)“^[4].

„In Deutschland wurden Mitte der 90er Jahre erste CIRS-Systeme, damals noch „papiergestützt“, durch die Gesellschaft für Risiko-Beratung mbH (GRB) in verschiedenen Krankenhäusern implementiert.“ Jahre später hat der G-BA in der sektorenübergreifenden Qualitätsmanagementrichtlinie Vorgaben definiert, die ein CIRS erfüllen muss (z. B. Anonymität, Sanktionsfreiheit).

Die durch CIRS gewonnenen Erkenntnisse über fehlerhafte Prozesse, Schwachstellen und mangelnde Verantwortlichkeiten dienen dazu, Verbesserungsmaßnahmen abzuleiten. Diese erhöhen die Sicherheit von Prozessen sowie der Organisation. Im Ergebnis führen die Maßnahmen zu einer Steigerung der Patientensicherheit und dem Aufbau einer Sicherheitskultur – im Sinne einer lernenden Organisation. Dabei geht es in erster Linie um den sachlichen Inhalt der

Meldung, nicht um die meldende bzw. beteiligte Person.

Während in der Luftfahrt das CIRS ein etabliertes Instrument ist, das konsequent genutzt wird, stellt sich die Situation in den deutschen Krankenhäusern differenzierter dar. In der Regel haben alle Krankenhäuser ein CIRS installiert, ob nun elektronisch oder in Papierform. Beobachtungen zeigen aber, dass die Akzeptanz dieses wertvollen Instruments insbesondere bei den ärztlichen Mitarbeitern schlecht ist. Die Ursachen sind vielschichtig: Die Zurückhaltung reicht von einer schlechten Vorbildfunktion des Vorgesetzten bis hin zum Vorwurf der Nestbeschmutzung in Verbindung mit der Weigerung des Verantwortlichen für den risikobehafteten Prozess, an der Entwicklung von Verbesserungsmaßnahmen teilzunehmen. Aber auch die Unkenntnis darüber, dass es ein solches Instrument im Haus überhaupt gibt und was meldewürdige Ereignisse sind, tragen zur mangelnden Nutzung bei. Hinzu kommt eine mangelnde Rückmeldung der Ergebnisse aus bearbeiteten CIRS-Meldungen, was die Akzeptanz weiter schwächt.

FAZIT

In der Luftfahrt wie auch im Krankenhaus können Menschen zu Schaden kommen. In beiden Bereichen ist es daher wichtig, auf einem hohen Sicherheitsniveau zu arbeiten und eine Sicherheitskultur zu etablieren. Dies kann durch die Implementierung eines Risikomanagementsystems erreicht werden. Im direkten Vergleich ausgewählter Instrumente des Risikomanagementsystems zeigt sich, dass die Umsetzung bzw. die Durchdringung in deutschen Krankenhäusern im Vergleich zur Luftfahrt bei weitem nicht ausreichend ist und daran weiter intensiv gearbeitet werden muss.

Das kann etwa durch regelmäßige Schulungsmaßnahmen, z. B. themenspezifisch, erfolgen. Zudem sollte klinisches Risikomanagement Teil der Ausbildung sein, also z. B. in das Medizinstudium integriert werden. Wichtig für ein erfolgreiches klinisches Risikomanagement ist, dass jeder Einzelne den

Wert erkennt und verinnerlicht. Klinisches Risikomanagement ist Teamarbeit und geht alle an, denn niemand ist frei von Fehlern.

LITERATUR

- [1] Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die grundsätzlichen Anforderungen an ein einrichtungsin-
ternes Qualitätsmanagement für nach
§ 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser
(Qualitätsmanagement-Richtlinie
Krankenhäuser - KQM-RL)“ 2014 und
Richtlinie des Gemeinsamen Bun-
desausschusses über grundsätzliche
Anforderungen an ein einrichtungs-
internes Qualitätsmanagement für
Vertragsärztinnen und Vertragsärzte,
Vertragspsychotherapeutinnen und Ver-
tragspsychotherapeuten, medizinische
Versorgungszentren, Vertragszahnärz-
tinnen und Vertragszahnärzte sowie
zugelassene Krankenhäuser (Qualitäts-
management-Richtlinie/QM-RL) 2016
- [2] Romeike, F. (2018): Risikomanagement.
Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH,
Seite 218
- [3] https://www.google.de/search?rlz=1C1GGRV_enDE751DE751&q=cirs+definition&sa=X&ved=0ahUKewju-1a6Uhr3dAhXrpYsKHR2BAdQQ1QII-cigA&biw=1920&bih=894
- [4] Meilwes, M. (2015): Patientensicher-
heitsmanagement. Walter de Gruyter
GmbH, Berlin/Boston, Seite 317

eAKADEMIE

Wissen Bit für Bit

WEBINARE

MEDIATHEK

eCME-
CENTER

[eCME-CENTER]



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

www.ecme-center.org

**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



© iStock/tirc83

Hygiene-Tipp: Waschbecken als Quelle von Infektionen

Siphons in Waschbecken enthalten grundsätzlich Biofilme, in denen Bakterien gut wachsen können. Daher findet man immer in Siphons typische Wasserkeime wie z. B. *Pseudomonas aeruginosa*. Dies ist auch der Grund, warum der Wasserstrahl aus dem Hahn nicht direkt in den Abfluss gerichtet sein soll, da es dann zu einer massiven Aerosolbildung kommen kann mit Verschleppung von potenziell pathogenen Keimen in die Luft sowie an Kleidung und Hände des Personals.

Auf Intensivstationen haben sich Siphons von Waschbecken nicht selten als Quelle von

Ausbrüchen nosokomialer Infektionen erwiesen. Dies gilt ganz besonders für Ausbrüche mit multiresistenten Erregern. Ursache dürfte sein, dass das Wasser, das zum Waschen der Patienten benutzt wurde, in der Vergangenheit meist in diese Waschbecken entsorgt wurde, sodass vom Patienten stammende multiresistente Erreger sich dort vermehren konnten. Ein Austausch der Siphons ist keine dauerhafte Lösung, da eine Rekontamination aus den Fallrohren erfolgt. Allenfalls aufheizbare Siphon-Ummantelungen können das Problem beseitigen, sie sind aber teuer und teilweise technisch störanfällig. Daher sollten



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



Prof. Dr. med. Klaus-Dieter Zastrow
Chefarzt des Hygiene-Instituts
der REGIONMED-Kliniken Bayern/
Thüringen
Deutsche Gesellschaft für
Krankenhaushygiene e.V. (DGKH)
Joachimsthaler Str. 10
10719 Berlin
hygiene@drzastrow.de

bei Neubau oder Renovierung von Intensivstationen in den Patientenzimmern keine Waschbecken mehr installiert werden.

Im Zusammenhang mit Waschbecken kommt es darüber hinaus auch oft zu Verhaltensfehlern auf Intensivstationen, siehe **Abbildung 1**.

Wenn die Zimmer sehr klein sind und Ablagemöglichkeiten fehlen, werden häufig Bettdecken und Kissen beim Waschen des Patienten auf dem Waschbecken zwischengelagert. Dies ist unbedingt zu vermeiden, da es so zur Verschleppung von z. B. Pseudomonas spp. und anderen Wasserkeimen auf die Patienten kommen kann.

Bidets sollten im Krankenhaus überhaupt nicht mehr vorhanden sein. 10 Prozent der Bevölkerung sind Träger von multiresistenten



Abb. 1: Abgelegte Decken und Kissen auf dem Waschbecken

gramnegativen Keimen im Darm, die leicht über Bidets verteilt werden können. Ein Ausspülen von Wunden darf darüber hinaus nur mit sterilem Wasser erfolgen. ○

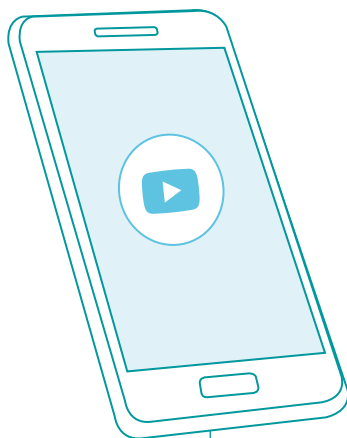
Popp W, Zastrow KD: Waschbecken als Quelle von Infektionen. *Passion Chirurgie*. 2019 Januar; 9(01): Artikel 04_05.



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)

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.

JANUAR 2019

Prof. Dr. med. Ernst von Dobschütz F.E.B.S., bislang Sektionsleiter am Krankenhaus Reinbek, leitet seit November 2018 als neuer Chefarzt das Albertinen Zentrum für Endokrine Chirurgie am Ev. Amalie Sieveking-Krankenhaus in Hamburg.

Prof. Dr. med. Otto Kollmar wechselt als interimistischer Chefarzt der Abteilung für Allgemein-, Viszeral- und Gefäßchirurgie und der Gesamtleitung Chirurgie der Klinik Rothenburg o.d.T., wo er die Abteilung stabilisierte und neu aufbaute, zum 01.01.2019 als Leitender Arzt mit Leitung der Hepatobiliären Chirurgie an das Universitäre Bauchzentrum Basel (Clarunis).

PD Dr. med. Carolina Pape-Köhler wechselte im Oktober 2018 von Köln nach Paderborn an das St. Vincenz-Krankenhaus. Als Oberärztin der Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Kinderchirurgie baut sie dort den Bereich der Adipositaschirurgie auf und übernimmt auch dessen Leitung.

Dr. med. Siegfried Shah ist seit Oktober 2018 neuer Chefarzt der Chirurgie am St. Marien-Hospital Düren-Birkensdorf. Der Facharzt für Chirurgie und Viszeralchirurgie war zuvor über neun Jahre Oberarzt der Chirurgischen Klinik und des Transplantationszentrums am Universitätsklinikum Knappschaftskrankenhaus Bochum.

CG LYMPHA

Fachklinik für Operative Lymphologie

Fachklinik für operative Lymphologie in Köln – CG LYMPHA GmbH – sucht Facharzt aus dem Gebiet Chirurgie, plastische Chirurgie oder operative Dermatologie

Die CG LYMPHA ist die weltweit erste und bisher einzige Fachklinik für operative Lymphologie. Wir sind mit zwei Standorten in Köln lokalisiert: im *Gereonshaus* werden Patienten mit lymphologischen Erkrankungen diagnostiziert und über konservative und operative Therapien umfangreich beraten. Für die ambulant durchgeführte operative Therapie bei Lipödem und Sek. Lymphödem (Lymphologische Liposculpture) stehen moderne Räumlichkeiten in unserer Klinik am St. Hildegardis Krankenhaus zur Verfügung. Ausführliche Informationen finden Sie unter www.cg-lymph.de.

Sie sind Facharzt (m/w) mit chirurgischer Erfahrung und interessieren sich oder haben bestenfalls Erfahrung auf dem Gebiet der Lymphologie/Dermatologie- **keine Voraussetzung**. Sie verfügen über eine ausgeprägte soziale Kompetenz und ein hohes Maß an Verantwortungsbewusstsein. Sie sind dynamisch und hoch motiviert eine rasant wachsende Fachklinik tatkräftig zu unterstützen.

Wir suchen zum nächstmöglichen Eintrittstermin chirurgische Unterstützung für unsere Klinik für operative Lymphologie in Köln-Lindenthal.

Es erwartet Sie

- eine interessante und anspruchsvolle Tätigkeit in einem dynamischen, eingespielten Team
- eine Anstellung in Vollzeit oder Teilzeit
- sehr gute Vergütung
- geregelte Arbeitszeiten, keine Nachtdienste

Haben wir Ihr Interesse geweckt? Dann senden Sie bitte Ihre vollständigen Bewerbungsunterlagen mit Ihrer Gehaltsvorstellungen per Mail an Frau Katharina Legros: k.legros@cg-lymph.de oder auf dem Postweg an CG LYMPHA GmbH z.Hd. Frau K.Legros Gereonstrasse 18-32, 50670 Köln



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

Frage & Antwort



Formular der Datenschutzauskunft-Zentrale ist „Abzocke“



Antwort von Dr. jur. Jörg Heberer:
Justitiar BDC
Rechtsanwalt und Fachanwalt für
Medizinrecht
justitiar@bdc.de

Heberer J. F+A: Formular der Datenschutzauskunft-Zentrale ist „Abzocke“. 2019 Januar; 9(01): Artikel 04_07.



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

FRAGE:

Ein niedergelassener Chirurg fragt an, ob es sich bei dem ihm per Fax zugesandten Formular der Datenschutzauskunft-Zentrale um eine amtliche Anfrage oder um eine „Abzockemasche“ handelt.

ANTWORT:

Nach Ansicht des Verfassers handelt es sich bei dem Formular der Datenschutzauskunft-Zentrale, Postanschrift: DAZ Zentrale Postverteilstelle, Lehnitzstraße 11, 16515 Oranienburg um keine amtliche Anfrage, sondern um eine reine „Abzocke“. Das hier vorliegende Formular bzw. die Fallgestaltung ist nach Einschätzung des Verfassers vergleichbar mit den vor einigen Jahren gegebenen Sachverhalten der Eintragung in Branchen- bzw. Ärzteverzeichnisse.

Denn die Aufmachung des Formulars ist so gestaltet, dass davon ausgegangen werden soll, dass es sich um eine reine Ergänzung oder Korrektur von Daten handele, um der Datenschutzpflicht nach der DSGVO nachzukommen, und das Formular „kostenfrei“ zurückgesandt werden könne. Bereits vorausgefüllt sind der Betriebsname, die Rechtsform, die Adresse sowie Telefon- und

Faxnummer. Ergänzt werden sollen Branche, Email und Internet sowie die Angaben, ob es sich um eine Haupt- oder Zweigniederlassung handelt, ob mehr als 10 Beschäftigte vorhanden sind und, ob der Betrieb aufgelöst wurde. Im Fließtext rechts wird darauf hingewiesen, dass nur vollständige und aktuelle Firmen- und Betriebsdaten die Einhaltung des Datenschutzes gewährleisten und deshalb die Daten zum Basisschutz überprüft und bei Annahme zwecks Bearbeitung und Vervollständigung binnen einer bestimmten Frist zurückgesandt werden sollen.

Allerdings findet sich dann ein weiterer, kleingedruckter Absatz im Fließtext, indem deutlich wird, dass mit unterzeichneter Rücksendung des Formulars eine kostenpflichtige Dienstleistung für die Laufzeit von drei Jahren zu einem Preis von jährlich netto 498,00 Euro bestellt wird.

Nach Ansicht des Verfassers ist die kleingedruckte Klausel über die Zahlungspflicht und Vertragslaufzeit überraschend im Sinne der höchstrichterlichen Rechtsprechung und damit unwirksam. Denn auch ein gewerblicher Vertragspartner braucht mit einer Entgeltabrede dieser Art nicht zu rechnen. Dies

nach Ansicht des Bundesgerichtshofs, der in einem vergleichbaren Fall so entschieden hatte, selbst dann nicht, wenn in einer schmalen Spalte auf dem Formular Vertragskosten und –laufzeit im Text der Längsspalte vorgestellt würden (vgl. BGH, Urteil vom 26.07.2012 – VII ZR 262/11). Die Bezeichnung des Formulars „Erfassung Gewerbebetriebe zum Basisdatenschutz nach EU-DSGVO“ und als „Datenschutzangebot zur Wahrung Ihrer Pflichten“ macht aus Sicht des Verfassers und nicht hinreichend deutlich, dass es sich um ein Angebot zum Abschluss eines entgeltlichen Vertrages handelt. Der Hinweis auf die Vergütungspflicht und die Laufzeit des Vertrages in dem eigenen Absatz unter der Überschrift „Leistungsübersicht/Leistungs-darstellung Basisdatenschutz“ gehen nach Meinung des Verfassers aufgrund der genannten BGH-Rechtsprechung im sie umgebenden Fließtext ohne Zweifel unter. Die in diesem Absatz mitgeteilte Entgeltspflicht ist gegenüber der restlichen Gestaltung des Formulars aus Sicht des Verfassers drucktechnisch so angeordnet, dass eine Kenntnisnahme durch den durchschnittlich aufmerksamen gewerblichen Adressaten nicht zu erwarten ist.

Dementsprechend kann nach Auffassung des Verfassers die ständige Rechtsprechung zu den Sachverhalten der Branchenbuch-/Ärzteverzeichniseinträgen vergleichbar

herangezogen werden, wonach Entgeltklauseln, die nach der drucktechnischen Gestaltung eines Formulars so unauffällig in das Gesamtbild eingefügt sind, dass sie von dem Vertragspartner des Verwenders nicht vermutet werden, nach § 305 c Abs. 1 BGB nicht Vertragsbestandteil werden (vgl. BGH, a. a. O., LG Rostock, NJW-RR 2008, 1450, LG Flensburg, NJOZ 2011, 1173, LG Düsseldorf, NJOZ 2009, 391, LG Berlin, NJW-RR 2012, 424, LG Saarbrücken, NJW-RR 2002, 915). Folglich würde deshalb wegen Unwirksamkeit dieser Klauseln schon kein Vertrag zu Stande kommen, der eine Entgeltspflicht begründen könnte.

Das vorliegende Vertragsformular erfüllt nach den Anforderungen in der ständigen Rechtsprechung in der Gesamtschau aus Sicht des Verfassers auch den Tatbestand der arglistigen Täuschung gemäß § 123 BGB. Die hier gegebene Nennung der Faktoren, aus denen sich die Kostenpflichtigkeit des Angebotes ergibt, ändert daran nichts. Das hier verwendete Formular ist nach Meinung des Verfassers aufgrund der Anforderungen der Rechtsprechung darauf gerichtet, die Kunden gezielt in die Irre zu führen und arglistig zu täuschen. Es wird nicht deutlich genug herausgestellt, dass hier eine kostenpflichtige Leistung angeboten werden soll, deren Vertragsabschluss bereits mit Ausfüllen der Daten und Rücksendung erfolgt.

Zudem besteht nach Auffassung des Verfassers ein weiterer Anfechtungsgrund gemäß § 123 BGB wegen arglistiger Täuschung, da durch die Verwendung des vorliegenden Formulars unlautere Wettbewerbsmethoden, insbesondere durch irreführende Werbung gemäß § 5 Abs. 1 des Gesetzes gegen den unlauteren Wettbewerb (UWG) sowie ein Verstoß gegen das Verschleiervorbot gemäß § 4 Nr. 3 UWG vorliegen.

Zusammenfassend ist deshalb aus juristischer Sicht zu sagen, dass höchste Vorsicht bei Erhalt dieses Formulars geboten ist und dieses keinesfalls unterzeichnet zurückgesandt werden sollte. Zwar bestehen nach derzeitiger Einschätzung des Verfassers gute Chancen, sich im Falle einer Rücksendung des unterzeichneten Formulars gegen die Geltendmachung der Zahlungsforderung zu wenden. Allerdings setzt man sich zunächst unangenehmen Zahlungsaufforderungen aus. Zwingend anzuraten ist in diesem Fall, keinerlei Zahlung zu leisten, da sich eine Rückforderung äußerst schwierig gestalten könnte. Der Verfasser empfiehlt grundsätzlich, sich aktiv gegen diese unberechtigte Forderung zur Wehr zu setzen, was zu einem zusätzlichen Arbeitsaufwand oder bei Beauftragung eines Rechtsanwalts zu Kosten führt. ○

Frage & Antwort



Befundübermittlung via Fax nach DSGVO zulässig



Antwort von Dr. jur. Jörg Heberer:

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

Heberer J. F+A: Befundübermittlung via Fax nach
DSGVO zulässig. 2019 Januar; 9(01): Artikel 04_08.



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

FRAGE:

Ein Oberarzt fragt an, ob er ärztliche Befundberichte aufgrund der Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) überhaupt noch, wie bisher üblich, an vor-, mit- oder nachbehandelnde Ärzte oder auch an den Patienten selbst per Fax übermitteln dürfe oder ob dies mittlerweile unzulässig sei.

ANTWORT:

Eine Übermittlung von Daten, insbesondere sensibler Gesundheitsdaten, per Telefax ist aus datenschutzrechtlicher Sicht zwar nicht unzulässig, aber sehr riskant. Denn hierbei erfolgt eine offene, d. h. unverschlüsselte Übertragung. Zudem enthält der Übertragungsweg über das Telefonnetz keine Sicherheitsmaßnahmen, sodass ein Abhören möglich ist. Ferner ist das Risiko der Fehlleitung stets gegeben, beispielsweise durch ein Vertippen bei Eingabe der Faxnummer oder wenn beim zwar richtigen Adressaten ein Unbefugter das Fax in die Hände bekommt. Dies alles kann unter Umständen zu erheblichen Beeinträchtigungen beim Betroffenen führen, weshalb

u. a. durch nachfolgende Maßnahmen ein datenschutzgerechter Umgang gewährleistet werden sollte.

Nach Auffassung des Verfassers muss bei einer Faxübermittlung zwingend darauf geachtet werden, dass vor Absendung des Faxes kontrolliert wird, ob die richtige Faxnummer und der richtige Adressat ausgewählt werden. Diese Kontrolle sollte auch während des Übersendungsvorgangs erfolgen, sobald das Empfangsgerät die Kennung abgibt, um die Übertragung ggf. unverzüglich abbrechen zu können. Ferner muss sichergestellt werden, dass bei dem jeweiligen Empfänger eine Kenntnisnahme der Daten nur durch Berechtigte erfolgt. Hierzu ist aus rechtlicher Sicht des Verfassers zu empfehlen, dass man sich vor Absendung des Faxes mit dem Empfänger, ggf. telefonisch, über den Sendzeitpunkt abstimmt, damit das Fax direkt von einem Berechtigten entgegengenommen werden kann und somit die Einsichtnahme unbefugter Dritter vermieden werden kann. Selbstverständlich sollte sein, dass das Faxgerät so in der Klinik oder einer Arztpraxis aufgestellt wird, dass die Kenntnisnahme durch Unbefugte vom Inhalt ein- oder ausgehender Faxe ausgeschlossen wird. Ebenso sollten die in den Faxgeräten in der Regel vorhandenen Sicherheitsmaßnahmen, wie zum Beispiel die Anzeige der störungsfreien Übertragung, genutzt werden und diese regelmäßig überprüft werden. Folglich ist festzustellen, dass gewisse Sicherungsmaßnahmen aus datenschutzrechtlicher Sicht ergriffen werden müssen, um Verstöße gegen das Datenschutzrecht bei der aus Sicht des Verfassers dem Grunde nach weiterhin zulässigen Übermittlung von Befundberichten per Fax auszuschließen. ○

eAKADEMIE

Wissen Bit für Bit

WEBINARE

MEDIATHEK

eCME-
CENTER

WEBINARE



Namhafte Experten *live* direkt in Ihrem Arbeitszimmer.

Live-Webinare setzen neue Maßstäbe für eine zeitgerechte, interaktive Fortbildung. Nehmen Sie teil an Live-Seminaren mit Chats, nutzen Sie Vorträge aus dem Archiv und die korrespondierenden CME-Tests online auf der neuen BDC-Plattform.

BDC|WEBINAR

www.bdc-webinare.de

MEDIATHEK



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

Von Chirurgen für Chirurgen – praxisnäher lässt sich Fortbildung nicht darstellen. Es können auch eigene Fortbildungsfilme eingereicht werden!

mediathek
DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR CHIRURGIE
ÖSTERREICHISCHE GESELLSCHAFT FÜR CHIRURGIE

www.mediathek-dgch.de

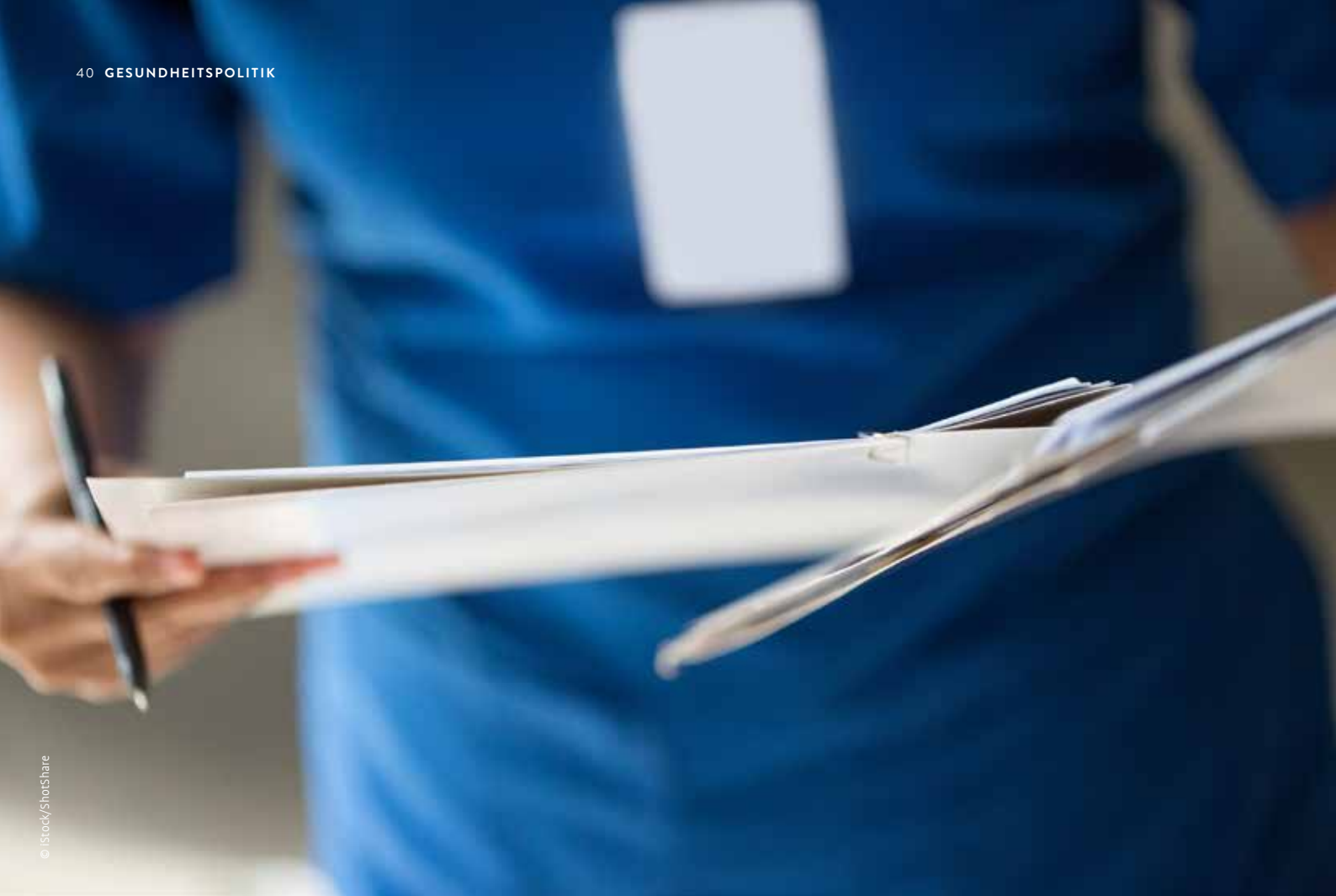
[eCME-CENTER]



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

eCME-center.org
Continuing Medical Education

www.ecme-center.org



Qualitätssicherungsverfahren für Durchgangsarztberichte (Peer Review)

INFORMATION FÜR D-ÄRZTINNEN UND D-ÄRZTE

Die DGUV hat im Rahmen ihrer Qualitätssicherung ein Projekt zur Evaluation von Durchgangsarztberichten (D-Arztberichten) durchgeführt. In diesem bundesweiten Projekt wurden die D-Arztberichte von rund 1.100 D-Ärzten und D-Ärztinnen durch ein Peer-Review-Verfahren geprüft. Die eingeschlossenen Ärztinnen und Ärzte haben Anfang Oktober 2018 einen individuellen Qualitätsbericht erhalten.

Die Information aller Durchgangsarztinnen und Durchgangsarzte über das Projekt erfolgte Ende des Jahres 2016 durch die regional zuständigen Landesverbände.

HINTERGRUND

Der Durchgangsarzt oder die Durchgangsarztin entscheidet mit dem D-Arztbericht über die Heilbehandlung zu Lasten eines Unfallversicherungsträgers und über die weiteren Maßnahmen im Heilverfahren. Diese Berichte haben deshalb eine Schlüsselfunktion für die

Daniel Szcotkowski

Universitätsmedizin Greifswald
Institut für Community Medicine
daniel.szcotkowski@uni-greifswald.de

Marion Wittwer

DGUV Berlin
Referat Heilbehandlung
marion.wittwer@dguv.de

Leistungspflicht der Unfallversicherungsträger und für die Steuerung des Heilverfahrens. Gerade bei schweren Verletzungen ist es wichtig, dass schon zu Beginn des Heilverfahrens die richtigen Entscheidungen getroffen werden. Sind die Angaben in den D-Arztberichten nicht schlüssig oder vollständig, müssen die Unfallversicherungsträger nachfragen und weitere Informationen einholen. Damit entsteht zusätzlicher Aufwand für die Verwaltungen und für die Ärztin oder den Arzt. Zudem vergeht weitere Zeit, bis auf der Grundlage der späteren Antwort, über die Heilverfahrenssteuerung und mögliche Leistungsansprüche der verletzten Person entschieden werden kann.

dazugehörigen Ergänzungsberichten, von erfahrenen Durchgangsärzten (Peers) bewertet werden. Auf der Basis dieser Bewertungen wurde ein individueller Qualitätsbericht erstellt.

Unabhängig von den Bewertungen der Peers wurde für die einbezogenen Ärzte die durchschnittliche Berichtslaufzeit aller D-Berichte mit Besonderer Heilbehandlung aus dem Jahr 2017 ermittelt. Ausgewertet wurde, wie viele Werkzeuge vom Eintreffen der verletzten Person in der D-Arztpraxis oder Klinik bis zum Eingang des elektronisch versendeten Dokuments bei der zentralen Datenannahmestelle der DGUV vergangen sind.

ZUM PROJEKT

Ziel des Projektes ist es, Verbesserungsmöglichkeiten in der Dokumentation in D-Arztberichten aufzudecken. Den im Projekt einbezogenen D-Ärzten und D-Ärztinnen wird ein Vergleich ihrer eigenen Dokumentationsqualität mit der Vergleichsgruppe ermöglicht, indem sie eine transparente und übersichtliche Einschätzung der eigenen Berichtsqualität erhalten.

In diesem ersten bundesweiten Qualitätssicherungsverfahren wurden zunächst nur die niedergelassenen D-Ärztinnen und D-Ärzte bzw. D-Arztpraxen einbezogen, die hohe Fallzahlen hatten, sowie die D-Ärzte und D-Ärztinnen aus den SAV-Kliniken. Für jede einbezogene Arztpraxis bzw. für jeden einbezogenen Arzt mussten mindestens 25 D-Berichte aus dem Jahr 2017 mit besonderer Heilbehandlung, gegebenenfalls mit den

ERGEBNISSE

849 Durchgangsarztpraxen und 108 D-Ärzte und D-Ärztinnen aus SAV-Kliniken haben Anfang Oktober 2018 einen individuellen Qualitätsbericht erhalten. Mit der Durchführung des Projektes einschließlich der Ergebnisauswertung wurde das Institut für Community Medicine der Universitätsmedizin Greifswald betraut. Dieses hat auch die Qualitätsberichte versendet.

Die vorliegenden Ergebnisse lassen insgesamt auf eine gute durchschnittliche Dokumentationsqualität schließen, gleichzeitig zeigen sich auf der Ebene der einzelnen Ärzte jedoch zum Teil deutliche Unterschiede.

Zur Einschätzung der allgemeinen Qualität eines D-Arztberichtes vergaben die Peers Noten nach dem Schulnotenprinzip (1 = „sehr gut“ bis 6 = „ungenügend“). Mehr als die

DGUV. Qualitätssicherungsverfahren für Durchgangsarztberichte (Peer Review). *Passion Chirurgie*. 2019 Januar, 9(01): Artikel 05_01.



Weiterführende Informationen zum Hintergrund und zur Methodik des Qualitätssicherungsverfahrens



Veröffentlichung zum Thema der Zeitschrift „Trauma und Berufskrankheit“



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

Tab. 1: Stichproben der Auswertungen für die Qualitätsberichte

	Niedergelassener Bereich	SAV Bereich
Anzahl bewerteter D-Arzt-Praxen/Kliniken mit mind. 25 Bewertungen durch Peers	849	108
Anzahl beurteilter D-Berichte (Besondere Heilbehandlung)	25.371	3.240
Anzahl, der für die Ermittlung der Berichtslaufzeiten berücksichtigten D-Berichte (Besondere Heilbehandlung)	145.662	84.046

Hälfte aller D-Arztberichte erhielten die Note 1 oder 2. In rund 14 Prozent der Fälle wurde der D-Arztbericht von dem Peer als nicht mehr „ausreichend“ (Note 5 oder 6) eingeschätzt.

Darüber hinaus kam eine validierte Checkliste mit einheitlichen, standardisierten Kriterien zum Einsatz, anhand derer die Peers die D-Arztberichte zusätzlich in neun verschiedenen Beurteilungskriterien bewerteten. Hierbei ergab sich, dass die häufigsten Mängel bei den Angaben zum Unfallort, Unfallhergang und zur Tätigkeit der/des Versicherten zum Unfallzeitpunkt auftraten.

Die Unvollständigkeit dieser Angaben wurde bei jedem dritten D-Arztbericht bemängelt.

Im Bereich der niedergelassenen Ärzte fielen außerdem bei jedem vierten D-Arztbericht Defizite bei der Dokumentation der klinischen Befunde auf. Bei jedem fünften D-Arztbericht wurde überdies die Einleitung der Besonderen Heilbehandlung infrage gestellt.

Bei den durchschnittlichen Berichtslaufzeiten zeigte sich, dass bei den niedergelassenen Praxen im Mittel zwei Werkzeuge vergingen, bis die D-Berichte bei der zentralen

Datenannahmestelle der DGUV (DALE-UV) eintrafen. Jeder dritte D-Bericht wurde noch am selben Tag, an dem die verletzte Person eingetroffen ist, abgesendet. Die D-Berichte aus den SAV-Kliniken benötigten nach dem Eintreffen einer verletzten Person im Durchschnitt vier Werkzeuge, bis sie an die zentrale Datenannahmestelle der DGUV gesendet wurden. Bei diesen Werten handelt es sich um Durchschnittswerte. Einzelne Praxen oder Kliniken weichen zum Teil deutlich von diesen Werten ab. ○



Genossenschaft Niedergelassener Ärzte Operativer Fachgebiete Hessen e.G.

www.gnoh.de

**Spaß haben an Beruf und Berufung
- und die work-life-balance stimmt auch**

**Einladung zum
Tag der offenen Tür am 9.3.2019: 11-14 h**

Die Genossenschaft Niedergelassener Ärzte Operativer Fachgebiete Hessen e.G (GNOH) informiert unter Mitwirkung des Hessischen Chirurgenverbandes (HCV), des BDC-Landesverbandes Hessen (BDC) und der Apotheker- und Ärztebank Frankfurt/M

Chirurgische Kollegen/-innen mit Interesse an einer Niederlassung

über:

- Chancen und Risiken der Niederlassung
- wirtschaftliche Darstellbarkeit unter aktuellen Verhältnissen
- Organisation des chirurgischen Praxisalltags
- Kollegenstarthilfe
- Formen der Kooperationen und Kommunikationen der Niedergelassenen Chirurgen
- Wichtiges und Unwichtiges im chirurgischen Praxisalltag

Veranstaltungsort: Praxismgemeinschaft Dres med. Blum und Kranz mit angeschlossener Operationseinheit im Ärztezentrum in der Rowntastraße 2; 63071 Offenbach

Die für die Teilnahme erforderliche Anmeldung erfolgt telefonisch oder per Mail über das Sekretariat der GNOH: www.gnoh.de bis zum 28.2.2019

AKTUELLE MELDUNGEN



18.12.2018

BDC⁺ NEUE LANGWIRKSAME GENTHERAPIEN

Die Behandlung schwerwiegender Erkrankungen durch Gentherapien stellt seit Jahrzehnten eines der großen Ziele der medizinischen Forschung dar.



17.12.2018

ANHANG 2 DES EBM WIRD ZUM 1. APRIL 2019 AKTUALISIERT

Der Anhang 2 des EBM wird zum 1. April 2019 an die aktuelle Version des Operationen- und Prozedurenschlüssels angepasst. Bis dahin verschlüsseln Ärzte ihre Operationen und Prozeduren weiterhin mit der ...



14.12.2018

TSVG: GESETZGEBER KONTERKARIERT SEINE EIGENEN GUTEN ANSÄTZE

„In Politik und Medizin gilt gleichermaßen: Nur wenn die Diagnose stimmt, kann die Therapie anschlagen. Leider ist beim geplanten Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) schon die Grundannahme falsch, ...



13.12.2018

QUALITÄT IN DER MEDIZIN DURCH ÖKONOMISIERUNG BEDROHT

Ökonomische Ziele dürfen medizinische Entscheidungen nicht unangemessen beeinflussen. Die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. (AWMF) forderte im Rahmen ihres ...



12.12.2018

ÄRZTLICHE ZWEITMEINUNG ZU EINER EMPFOHLENE OPERATION

Die Verfahrensregeln des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA), nach denen Patientinnen und Patienten eine zweite ärztliche Meinung zur Notwendigkeit einer empfohlenen Operation einholen können, sind ...



11.12.2018

AKTUELLER QUALITÄTSMONITOR DER AOK: DEFIZITE IN DER VERSORGUNG

Die Qualitätsvorgaben des Krankenhaus-Strukturgesetzes (KHSG) werden viel zu langsam und halbherzig umgesetzt. Darauf hat der AOK-Bundesverband aus Anlass der Veröffentlichung des „Qualitätsmonitors ...

Einladung zur DGCH-Mitgliederversammlung

AUS DER
DGCH



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

Im Auftrag des Präsidenten lade ich hiermit alle Mitglieder der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie zur Mitgliederversammlung anlässlich des 136. Kongresses der DGCH 2019 in München sehr herzlich ein.

Die Mitgliederversammlung inkl. Wahlen findet am Donnerstag, den 28.03.2019, 12.30 bis 14.00 Uhr im Saal 1 statt.

TAGESORDNUNG

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

ZU TOP 2: WAHLEN

In Vollzug der gültigen Satzung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie sind folgende Positionen des Präsidiums ab 01. Juli 2019 neu zu besetzen:

1. Dritter Vizepräsident 2018/2019, dann Präsident 2020/2021
2. Chirurg aus dem deutschsprachigen Ausland
3. Niedergelassener Arzt für Chirurgie
4. Vertreter der Sektion Chirurgische Forschung

Nach § 15.1 der Satzung erhält die Mitgliederversammlung für die von ihr zu bestätigenden

Kandidaten (hier 1.) zum Präsidium bzw. Vorstand jeweils einen Namensvorschlag vom Präsidium. (Darüber hinaus unterbreitet das Präsidium Wahlvorschläge für die weiteren Mitglieder des Präsidiums (§13.2))

zu 1.: Als Dritter Vizepräsident 2019/2020 und Präsident 2021/2022 wird der Mitgliederversammlung Herr Prof. Dr. Hauke Lang aus Mainz, vorgeschlagen.

Zu 2.: Als Chirurg aus dem deutschsprachigen Ausland ab 2019 wird der Mitgliederversammlung Herr Prof. Dr. Raffaele Rosso aus Comano vorgeschlagen.

Zu 3.: Als niedergelassener Arzt für Chirurgie ab 2019 wird der Mitgliederversammlung Herr Dr. Ralph Lorenz aus Berlin vorgeschlagen.

Zu 4.: Als Vertreter der Sektion chirurgische Forschung wird der Mitgliederversammlung Frau Prof. Dr. Christiane Bruns aus Köln vorgeschlagen.

Berlin, im November 2018
Prof. Dr. Dr. h.c. Hans-Joachim Meyer

BITTE AN ALLE CHEF- UND OBERÄRZTE

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

CHIRURGENKONGRESS 2019 EINLADUNG ZUM 136. KONGRESS VOM 26. – 29. MÄRZ 2019 IM ICM (MÜNCHEN)

136.

EINLADUNG ZUM 136. KONGRESS DER DEUTSCHEN GESELLSCHAFT FÜR CHIRURGIE

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

zum 136. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie dürfen mein Organisationsteam und ich Sie ganz herzlich nach München einladen. Wir freuen uns, dass die Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie (DGAV) und die Deutsche Gesellschaft für Kinderchirurgie (DGKCH) durch ihre Jahrestagungen den Kongress aufwerten und thematisch bereichern. Die Deutsche Gesellschaft für Gefäßchirurgie und Gefäßmedizin (DGG), die Deutsche Gesellschaft für Thoraxchirurgie (DGT) und erstmals auch die Deutsche Gesellschaft für Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie bringen sich mit ihren Frühjahrstagungen aktiv ein und leisten dadurch einen wichtigen Beitrag zur Steigerung der Attraktivität dieses traditionsreichen Kongresses. Selbstverständlich werden auch wieder der Berufsverband der Deutschen Chirurgen, die Bundeswehr, der Berufsverband für Pflegeberufe und die Rettungsdienste mit eigenen sowie interdisziplinären bzw. interprofessionellen Veranstaltungen mit dabei sein.

In Zeiten wieder zunehmender nationalistischer Bestrebungen in der Weltpolitik möchten wir unsere Kolleginnen und Kollegen aus den deutschsprachigen Nachbarländern und aus der Gemeinschaft der Chirurgen aller Länder herzlich zu uns nach Deutschland

einladen und zum fachlichen Meinungsaustausch auffordern. Kommen Sie nach München zum Kongress der DGCH und lassen Sie uns gemeinsam mit Ihnen ein Zeichen für grenzüberschreitenden Wissensaustausch und vertrauensvolle Kooperation zum Wohle der uns anvertrauten Patienten setzen!

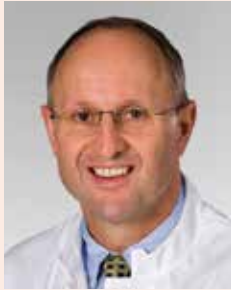
Erstmals werden wir mit dem Sultanat Oman ein Partnerland aus dem arabischen Kulturkreis zu Gast haben. Seit Jahrzehnten werden in klinischen Spitzeneinrichtungen unseres Landes arabische Patienten erfolgreich behandelt. Aber auch die Expertise deutscher Chirurgen wird in den eigenen Kliniken vor Ort hoch geschätzt. Darüber hinaus haben mittlerweile viele Kolleginnen und Kollegen aus arabischen Ländern in unserem Land erfolgreich eine chirurgische Weiterbildung abgeschlossen und weitere werden kommen. Deshalb freuen wir uns auf die Weiterentwicklung einer vielschichtigen Kooperation mit den chirurgischen Kollegen aus diesen fernen Ländern.

Den Kongress 2019 begleitet das Motto:

**„VOLLE KRAFT VORAUS
– MIT HERZ, HAND UND
VERSTAND!“**

Warum dieses Motto? Fortschritte in der Chirurgie und ganz besonders die bahnbrechenden Neuentwicklungen wurden nicht durch Zögern und Zaudern erreicht. Denken Sie nur an die Transplantationschirurgie, die Endoprothetik oder die endovaskulären OP-Verfahren, die durch grenzgängerische, furchtlose

CHIRURGENKONGRESS 2019 EINLADUNG ZUM 136. KONGRESS VOM 26. – 29. MÄRZ 2019 IM ICM (MÜNCHEN)



Prof. Dr. med. Matthias Anthuber

Präsident der DGCH 2018/2019

Vorsitzender des Landesverbandes

BDC|Bayern

Klinikum Augsburg

Allgemein-, Viszeral- und

Transplantationschirurgie

Stenglinstr. 2

86156 Augsburg

anthuber@klinikum-augsburg.de

und entscheidungsfreudige Persönlichkeiten Quantensprünge in der Chirurgie ermöglichen. Die optimistische Grundeinstellung und der mutige Blick nach vorne haben seit jeher den Beruf des Chirurgen, egal in welchem Teilgebiet, geprägt. Gerade auch nach enttäuschenden Behandlungsverläufen sich immer wieder aufzuraffen und nach Verbesserungen zu streben ist Bestandteil unserer „chirurgischen DNA“.

Dabei darf aber niemals ungerichteter Aktionismus in Diagnostik, Indikationsstellung und OP-Durchführung unser Handeln prägen. Grundlage von allem ist unsere Empathie. Dafür steht das Herz. Chirurgie ohne eine emotionale Bindung zum Patienten entbehrt der unverzichtbaren Vertrauensgrundlage im Verhältnis zwischen Patient und Arzt und verbreitet Kälte. Für das Verbindende in dieser Patienten-Arzt-Beziehung steht in zweierlei Hinsicht die Hand. Wir nehmen den Kranken in seiner Hilflosigkeit und in seiner Erwartung von uns Hilfe zu erhalten, emotional an die Hand. Und schließlich legen wir im wahrsten Sinne des Wortes Hand an den Patienten, um ihn Kraft unserer manuellen Fähigkeiten und erlernter OP-Techniken zu heilen. Dies ist wiederum nur möglich auf der Grundlage von Wissen und Erfahrung. Dafür steht der Verstand. Das kontinuierliche Streben nach Wissensvermehrung durch Grundlagenforschung und klinische Studien entwickelt nur dann das Potenzial für wahren Fortschritt, wenn dieses Faktenwissen reflektiert im Spiegel der eigenen Erfahrungswelt in der individuellen Situation jedes einzelnen Patienten zum Tragen kommt. Verstehen ist eben nicht gleich Verstand! Das Verstehen von Fakten bedarf der Modulation, der kritischen Einordnung durch den Chirurgen, um der Individualität des Patienten gerecht zu werden und um am Ende zu Entscheidungen zu gelangen, die vom Verstand und

vom Verständnis für den kranken Menschen geleitet sind. Diese Vorstellungen von zupackender und zuversichtlicher, Menschenzugewandter und wissenschaftlicher Chirurgie hoffen wir in den Kongresstagen in München in jeder wissenschaftlichen Sitzung und in jedem persönlichen Gedankenaustausch vermitteln zu können!

Der Kongress wird inhaltlich und strukturell bewährte Formate nicht verlassen. So erfolgt die Programmgestaltung gemeinsam und in Absprache mit den Präsidenten der teilnehmenden chirurgischen Fachgesellschaften. Viel Raum soll wieder den interdisziplinären Sitzungen gegeben werden, weil diese am besten die klinische Realität in unseren Krankenhäusern und Kliniken widerspiegeln und den Gedankenaustausch über Fachgrenzen hinweg fördern. „Sitzungs-Triple“, die sich den Schwerpunkten „Leitliniengerechte Therapie“, „Tipps und Tricks“ und „Komplikationsmanagement“ widmen, sollen kompakt, evidenzbasiert, aber gleichzeitig auch erfahrungsmoduliert aktuelle Themen darstellen. Video- und Postersitzungen, Kurse, Workshops, Satellitensymposien, das Chirurgische Trainingslabor und das Studentenforum werden in bewährter Manier die verschiedenen Interessen aller Teilnehmerinnen und Teilnehmer ansprechen.

In zunehmend unsicheren Zeiten durch den weltumspannenden Terrorismus und Großschadensereignisse benötigen wir mehr denn je die Unterstützung der Kolleginnen und Kollegen der Bundeswehr und freuen uns auf deren aktive Mitgestaltung des Kongresses. Schließlich wird es auch wieder ein in den Kongress integriertes Programm für Pflegeberufe geben, das vom Deutschen Berufsverband für Pflegeberufe eigenständig gestaltet und interprofessionelle Sitzungen ergänzen wird.

CHIRURGENKONGRESS 2019

EINLADUNG ZUM 136. KONGRESS

VOM 26. – 29. MÄRZ 2019 IM ICM (MÜNCHEN)

Damit wir auch in Zukunft das Gesundheitswesen aktiv mitgestalten können, bleibt es unverzichtbar auch Themen abseits des kurativen chirurgischen Tagesgeschehens aufzugreifen, um in einem Gedankenaustausch und Schulterschluss mit politisch Verantwortlichen, den Administrationen von Kliniken, Berufsverbänden und den Partnern aus der Pharma- und Medizinprodukteindustrie den aktuellen Herausforderungen zu begegnen.

Ein besonderer Höhepunkt des Kongresses soll der Organspendelauf sein. Sie alle wissen um die besorgniserregenden Entwicklungen der Organspende in Deutschland. Wir wollen dieser gesamtgesellschaftlichen Aufgabe mit diesem Lauf und der Beteiligung nicht nur von Kongressteilnehmern, sondern auch prominenten Persönlichkeiten aus dem

Leistungssport, der Politik, der Gesellschaft und der laufinteressierten Öffentlichkeit eine unüberhörbare Stimme geben.

Am Donnerstag der Kongresswoche wird die DGCH gemeinsam mit der DGAV, der DGKCH, der DGG und der DGT zum gemeinsamen Festabend an einen Veranstaltungsort einladen, den Sie so in München noch nicht kennengelernt haben. Wir sind uns sicher, dass Ort und Rahmen des Festabends Ihnen in idealer Form ausreichend Gelegenheit geben werden, abseits des wissenschaftlichen Programms in entspannter Atmosphäre Kontakte zu pflegen und neue Freundschaften zu schließen.

Freundschaft ist in allen Lebensbereichen die Grundlage eines vertrauensvollen Miteinanders. Deshalb lade ich Sie im Namen der

Deutschen Gesellschaft für Chirurgie und freundschaftlicher Verbundenheit zu allen beteiligten chirurgischen Fachdisziplinen und deren Präsidenten zum 136. Kongress der DGCH ein. Kommen Sie zahlreich nach München und geben Sie unserem Motto „Volle Kraft voraus – mit Herz, Hand und Verstand“ einen hörbaren, vielstimmigen Widerhall!

Es grüßen Sie herzlich
Ihr

Prof. Dr. med. Matthias Anthuber
Präsident der DGCH 2018/2019

mit Dr. med. Bernd Geißler, Dr. med. Florian Sommer, Dr. med. Bernadette Kriening und Dr. med. Matthias Schrempp (Organisationsteam)



136. Kongress Deutsche Gesellschaft für Chirurgie

Präsident:
Prof. Dr. med. Matthias Anthuber

26. bis 29. März 2019
ICM, München

CHIRURGIE 2019

Zusammen mit

21. Jahreskongress der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie

Präsident: Prof. Dr. med. Jörg C. Kalff, Bonn
Kongresspräsident: Prof. Dr. med. Albrecht Stier, Erfurt

57. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Kinderchirurgie

Präsident: Prof. Dr. med. Peter P. Schmittenbecher, Karlsruhe
Kongresspräsident: Prof. Dr. med. Stephan Kellnar, München

7. Frühjahrstagung der Deutschen Gesellschaft für Gefäßchirurgie und Gefäßmedizin

Präsident: Prof. Dr. med. Dittmar Böckler, Heidelberg
Tagungspräsident: Prof. Dr. med. Markus Steinbauer, Regensburg

5. Frühjahrstagung der Deutschen Gesellschaft für Thoraxchirurgie

Präsident: Prof. Dr. med. Erich Stoelben, Köln

2. Frühjahrstagung der Deutschen Gesellschaft der Plastischen, Rekonstruktiven und Ästhetischen Chirurgen

Präsident: Prof. Dr. med. Riccardo Giunta, München

Kongresssekretariat der DGCH

Dr. med. Bernd Geißler
E-Mail: dck2019@klinikum-augsburg.de

Veranstalter, Information und Organisation

MCN Medizinische Congress-
organisation Nürnberg AG
E-Mail: veith@mcn-nuernberg.de
Internet: www.mcn-nuernberg.de

www.chirurgie2019.de
info@chirurgie2019.de



Rekrutierende multizentrische chirurgische Studien in Deutschland

Ab sofort veröffentlichen wir regelmäßig eine Auflistung „Klinische Studien“, die rekrutierende multizentrische chirurgische Studien vorstellt. Details und Hintergrund dazu im Beitrag: Wente MN et al. (2007) Rekrutierende multizentrische chirurgische Studien in Deutschland. Chirurg 78: 362–366.

Die Tabelle enthält Informationen über laufende Studien, die aktuell rekrutieren und daher zur Teilnahme von interessierten Chirurgen offen sind. Die Liste hat selbstverständlich nicht den Anspruch auf Vollständigkeit. Neuregistrierungen sind über das Studienzentrum der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (SDGC) möglich.

KONTAKT

Dr. Solveig Tenckhoff
Studienzentrum der Deutschen
Gesellschaft für Chirurgie
T: 06221/56-36839
F: 06221/56-6988
Solveig.Tenckhoff@med.uni-heidelberg.de
www.sdgc.de

MULTIZENTRISCH RANDOMISIERT KONTROLLIERTE STUDIEN				
STUDIENLEITER	PATIENTEN/OP.-VERFAHREN	FIRST PATIENT IN/ STATUS DER STUDIE	FINANZIERUNG DER STUDIE/FALLGELD	ANSPRECHPARTNER/ KONTAKT
Studientitel: 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 574 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/m ² und mit mindestens einer assoziierten Begleiterkrankung sowie Patienten mit einem BMI von 40–60 kg/m ² Experimentelle Gruppe: Magenschlauch-OP Kontrollgruppe: Magenbypass-OP	FPI: 27.11.2013 97 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 104 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 257 von 257 Patienten Rekrutierung beendet	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 254 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 208 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: iPEP₁ Registrierungsnummer: NCT02478996				
Prof. Dr. Ines Gockel, MBA	histologisch gesichertes Adenokarzinom des Ösophagus oder des gastroösophagealen Über- gangs Typ I und II nach Siewert-Klassifikation bei männlichen Patienten im Alter von 18-75 Jahren mit geplanter abdomino-thorakaler Ösophagusresektion mit Schlauchmagenhochzug und intrathorakaler oder zervikaler Anastomose Interventionsgruppe: Web-basiertes perioperatives Trainingsprogramm 8-12 Wochen vor und bis 12 Wochen nach der OP Kontrollgruppe: Standardtherapie	07.08.2015 29 von 80 Patienten	Barrett-Initiative e.V. Kein Fallgeld	Prof. Dr. Ines Gockel, MBA Klinik und Poliklinik für Viszeral-, Transplantations-, Thorax- und Gefäßchirurgie Universitätsklinikum Leipzig AöR 04103 Leipzig 0341/97-17200 0341/97-17209 chi2@medizin.uni-leipzig.de
Studientitel: PONIY₁ Registrierungsnummer: DRKS00006199				
Dr. med. Rebekka Schirren	Elektiver offener kolorektaler Eingriff Experimentelle Gruppe: Abdeckung der Opera- tionswunde 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 41 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: RELY₁₀ Registrierungsnummer: NCT01073358				
PD Dr. N. N. Rahbari	Patienten zur geplanten R0-Resektion von kolorekta- len Lebermetastasen Experimentelle Gruppe: Resektion der kolorektalen Lebermetastasen mit hilärer Lymphadenektomie Kontrollgruppe: Resektion der kolorektalen Leberme- tastasen 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

MULTIZENTRISCH RANDOMISIERT KONTROLLIERTE STUDIEN				
STUDIENLEITER	PATIENTEN/OP.-VERFAHREN	FIRST PATIENT IN/ STATUS DER STUDIE	FINANZIERUNG DER STUDIE/FALLGELD	ANSPRECHPARTNER/ KONTAKT
Studientitel: WOPP_„ Registrierungsnummer: NCT01855464				
Prof. Dr. T. Walles, FETCS Prof. Dr. J. Neudecker (Stellvertreter-Studienleiter)	Patienten (15–40 Jahre) mit Rezidiv eines primären Spontanpneumothorax (PTX) oder therapierefraktärem PTX Erstereignis Experimentelle Gruppe: Lungenkeilektomie mit parietaler Pleurektomie Kontrollgruppe: Alleinige parietale Pleurektomie	FPI: 19.11.2013 273 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] Internet-based Perioperative Exercise Program in Patients With Barrett's Carcinoma Scheduled for Esophagectomy

[9] Postoperative negative pressure incision therapy following open colorectal surgery: a randomized-controlled trial

[10] Eine randomisierte, kontrollierte Studie zur Lymphknotenentfernung bei Resektion kolorektaler Lebermetastasen

[11] 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: Oktober 2018

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 Chirurginnen 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:

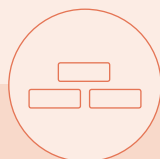
Treten auch Sie ein, unterstützen Sie die DGCH und werben Sie aktiv um weitere Mitglieder zu Stärkung unserer „Solidargemeinschaft“. Für weitere Fragen stehen wir Ihnen über unsere Geschäftsstelle jederzeit zur Verfügung. Darüber hinaus informieren Sie die DGCH-Newsletter zeitnah über weitere Entwicklungen.

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
Herr Prof. Dr. med. Jürgen Ennker und
Frau PD Dr. med. Ina Carolin Ennker, Berlin

BAUSTEIN IN SILBER

Herr Prof. Dr. med. Leonhard Schweiberer,
München
Herr Prof. Dr. med. Klaus Junghanns,
Ludwigsburg
Herr Prof. Dr. med. Hartwig Bauer, Neuötting

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

Herr Prof. Dr. med. Karl-Joseph Paquet, Bad Kissingen
 Herr Prof. Dr. med. Dr. h.c. Volker Schumpelick, Aachen
 Herr Prof. Dr. med. Yoshiki Hiki, Tokio/Japan
 Herr Prof. Dr. med. Hans-Bernd Reith, Konstanz
 Herr Dr. med. Goswin von Mallinckrodt, München
 Herr Prof. Dr. med. Lothar Kinzl, Ulm
 Frau Ingrid und Herr Dr. med. Robert Raus, Riedlingen
 Frau Dr. med. Ursula Engel, Hamburg
 Enddarm-Zentrum Bietigheim,
 Herr Dr. med. Wolfgang Pfeiffer,
 Herr Dr. med. Markus Piro-Noack,
 Herr Dr. med. Edgar Kraft
 Herr Prof. Dr. med. Thomas Rüedi, Maienfeld/Schweiz
 in memoriam Prof. Dr. med. Martin Allgöwer, Chur/Schweiz
 Herr Prof. Dr. med. Gert Specht, Berlin
 Herr Prof. Dr. med. Henning Weidemann, Berlin
 Herr Prof. Dr. med. Otto Scheibe, Stuttgart
 in memoriam Prof. Dr. med. Helmut Remé, Lübeck
 Herr Prof. Dr. med. Stephan Langer, Mönchengladbach
 Herr Dr. med. José Luis Narro, Köln
 Herr Prof. Dr. med. Wolfgang Ulf Wayand, Linz
 Herr Prof. Dr. med. Werner Grill, Starnberg
 Herr Prof. Dr. med. Fritz Kümmerle, Mainz
 Herr Prof. Dr. med. Dr. h.c. mult. Friedrich Stelzner, Bonn
 Herr Prof. Dr. med. Günther Vetter, Bad Vilbel
 in memoriam Prof. Dr. med. Hans-Bernhard Sprung, Dresden
 Frau Dr. med. Eva Böhlau, Bad Soden
 1991–2011 DGT in memoriam
 Prof. Dr. med. Ingolf Vogt-Moykopf zum 80. Geburtstag
 Herrn Prof. Dr. med. Gerhard Krönung, Wiesbaden
 in memoriam Prof. Dr. med. Johannes Christian Dobroschke, Regensburg
 Herr Prof. Dr. med. Alois Fürst
 Herr Dr. med. Arthur Heiligensetzer
 Herr Dr. med. Peter Sauer
 Herr Dr. med. Bernfried Pikal

Herr Dr. med. Johannes Winfried Pruy
 in memoriam Prof. Dr. med. Johannes Christian Dobroschke, Regensburg
 Herr Prof. Dr. med. Christian Müller, Hamburg
 Herr Dr. med. Friedrich Klee, Heidelberg
 Herr Prof. Dr. med. Karl Dinstl, Wien
 in memoriam Prof. Dr. med. K. Keminger
 Herr Prof. Dr. med. Axel Richter, Hildesheim
 Herr Prof. Dr. med. Ernst Teubner, Göppingen
 Herr Prof. Dr. med. Martin Büsing, Recklinghausen
 Herr Dr. med. Helge Hölzer, Stuttgart
 in memoriam Prof. Dr. med. Gerhard Köveker, Sindelfingen und Böblingen
 Herr Dr. med. Friedemann Schreiter, Hamburg
 Herr Prof. Dr. med. Dr. h.c. Hans-Joachim Meyer, Hannover
 Herr Prof. Dr. med. Konrad Schwemmle, Linden
 Herr Dr. med. Frank U. Zittel, Frankenthal
 in memoriam Prof. Dr. med. Richard Xaver Zittel
 Herr Prof. Dr. med. Wulf Brands, Karlsruhe
 in memoriam Dr. med. Hartmut Wirth, Mannheim
 Herr Prof. Dr. med. habil. Dieter Bokelmann, Essen
 in memoriam Dr. med. Ottmar Kohler, Idar-Oberstein
 Herr Prof. Dr. med. Hermann Bünthe, Münster
 Frau Dr. Eva Appel, Frankfurt/Main
 in memoriam Prof. Dr. med. Alexander Appel
 Herr Prof. Dr. med. Gerhard Schönbach, Freiburg
 Frau Prof. Dr. med. Dorothea Liebermann-Meffert, Freiburg
 in memoriam Prof. Dr. med. Martin Allgöwer, Basel
 Herr Dr. med. Andreas Dörmer, Frankfurt/Main
 Herr PD Dr. med. habil. Klaus H. Fey, Berlin
 in memoriam Prof. Dr. med. Fritz Linder, Heidelberg, Prof. William P. Longmire Jr., Los Angeles
 Herr Prof. Dr. med. Dr. h.c. Wolfgang Köle, Graz
 in memoriam Prof. Dr. med. Adolf Winkelbauer und Prof. Dr. med. Franz Spath

Herr Prof. Dr. med. Dr. h.c. Helmut Wolff, Berlin
 Deutsche Gesellschaft für Kinderchirurgie e.V.
 in memoriam Prof. Dr. med. Fritz Rehbein
 Herr Prof. Dr. med. E. Ulrich Voss, Karlsruhe
 in memoriam Herr Prof. Dr. med. Jörg F. Vollmar
 Herr Dr. med. Christoph Bubb, Landshut
 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
 Dres. med. Hermann und Beate Sons, Kassel
 in memoriam Dr. med. Paula Rotter-Pool, Berlin
 Herr Prof. Dr. med. Rolf Schlumpf, Zürich

BAUSTEIN IN BRONZE

Herr Dr. med. Holger Barenthin, Celle
 Herr Prof. Dr. med. Gernot Feifel, Homburg
 Herr Prof. Dr. med. Alfred Lamesch, Gotzingen/Luxemburg
 Herr Prof. Dr. med. Dr. h.c. Jakob R. Izbicki, Hamburg
 Herr Prof. Dr. med. Hans Zwipp, Dresden
 Herr Dr. med. Dusan Dragojevic, Isernhagen
 Herr Prof. Dr. med. G. Heinz Engelhardt, Wuppertal
 Proktologische Praxis Kiel,
 Herr Dr. med. Johannes Jongen,

Herr Dr. med. Hans-Günter Peleikis,
Herr Dr. med. Volker Kahlke
Herr Dr. med. Wolfgang Hermes, Bremen
Herr Dr. med. Wolf-Dieter Hirsch, Grimma
Herr Dr. med. Holger Herzing, Höchststadt/
Aisch
Herr Dr. med. Michael-Alexander Reinke,
Plettenberg
Herr Dr. med. Winfried Hölter, Monheim
Herr Dr. med. Matthias Becker, Possendorf
Frau Dr. med. Martina Mittag-Bonsch,
Crailsheim
Zur Erinnerung an den Virchow-Schüler Paul
Langerhans, Berlin und Madeira. Seine
Familie
Herr Prof. Dr. med. Stefan Riedl, Göppingen
Herr Dr. med. Gerwin Alexander Bernhardt,
Voitsberg/Österreich
Herr Dr. med. Georgios Adamidis, Pirmasens
Herr Dr. med. Orhan Özdemir, Herborn
Herr Dr. med. Marcus Giebelhausen,
Paderborn

Herr Prof. Dr. med. Matthias Richter-Turtur,
Münsing
Herr Dr. med. Michael Eckert, Speyer
in memoriam
Prof. Dr. med. Kurt Spohn
Herr Prof. Dr. med. Rudolf Bedacht,
München
Herr Dr. med. Hans-Joachim Wigro,
Bielefeld
Herr Dr. med. Ingolf Hoellen, Backnang
Herr Dr. med. Konrad Prenner, Salzburg
Herr Dr. med. Radovan Stojanovic, Kassel
Herr Dr. med. Jörg Kluge, Erfurt
in memoriam Dr. med. habil Werner
Kluge, Dresden
Herr Dr. med. Roland Kluge, Dresden
in memoriam Dr. med. habil. Werner
Kluge, Dresden
Frau Dr. med. Ricarda E. Sieben,
Braunschweig
Herr Dr. med. Peter Gilsdorf, Mainz
Herr PD Dr. med Friedrich Thielemann,
Villingen-Schwenningen

Herr Dipl.-Ing. H. - F. Bär, Werl
Herr Dr. med. Albert Schreiber, Neumarkt
in memoriam Dr. med. Claus Wiedmann
Frau Dr. med. Waltraud von Kothén,
Tegernsee
Herr Dr. med. Jürgen Friedrich, Essen
Herr Dr. med. Arnd Siegel, Stade
in memoriam Prof. Dr. med. Rudolf Nissen
Herr Dr. med. Michael-Alexander Reinke,
Plettenberg
in memoriam Prof. Dr. med. E.H.
Farthmann
Saarländische Chirurgenvereinigung e.V.,
Saarbrücken
Herr Dr. med. Johannes Zeller, Laufenburg
in memoriam Prof. Dr. med. Manfred
Schmolke, Düsseldorf
Herr Prof. Tomislav Stojanovic
Dr. med. Radovan Stojanovic, Wolfsburg
in memoriam Prof. Dr. med. Heinz Becker,
Göttingen

DGCH-PRÄSIDIUM

ab 1. Januar 2019



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	D. Böckler, Heidelberg
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	C. Perka, Berlin
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	P. Grützner, Ludwigshafen
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	C. Bruns, Köln

FRÜHERE PRÄSIDENTEN

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



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

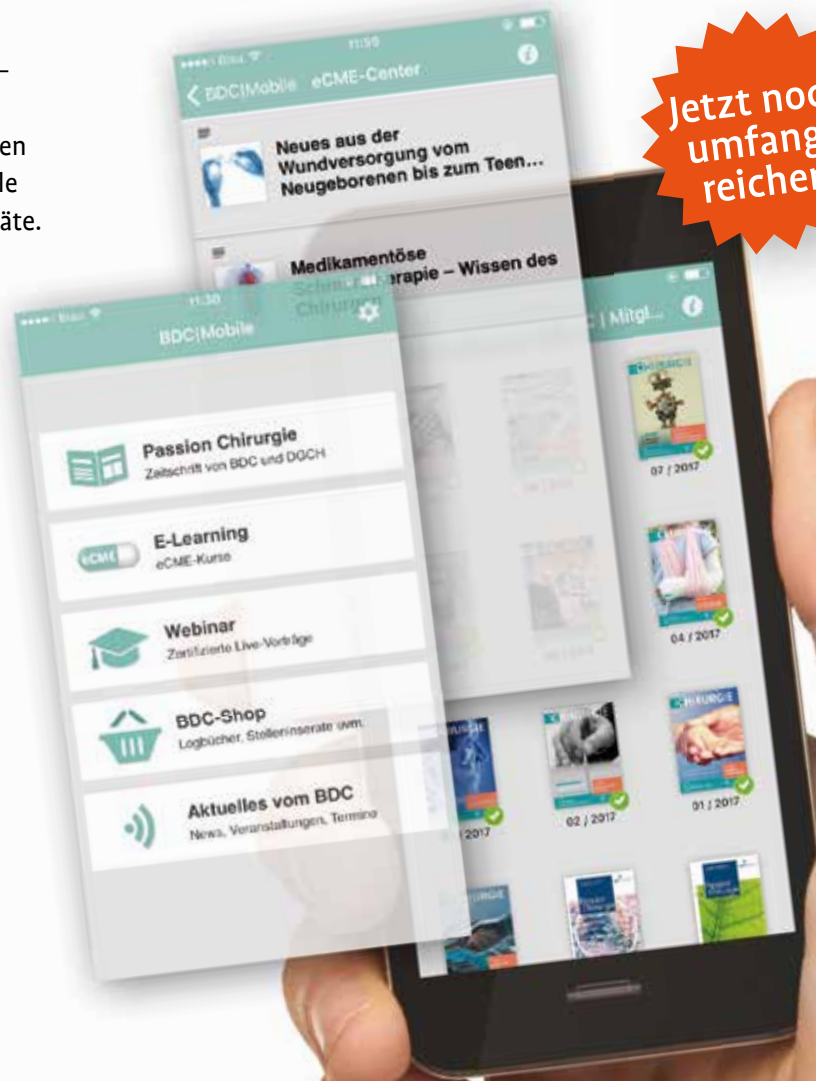
Die schnellsten Infos für
Chirurginnen und Chirurgen

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.




 AUS DEM
BDC

Bericht von der 4. Herbsttagung des Landesverbands BDC|Berlin

Die inzwischen vierte Herbsttagung des Landesverbands BDC|Berlin fand in Zusammenarbeit mit der Arbeitsgemeinschaft Niedergelassener Chirurgen Berlin am 21. November 2018 in den Räumlichkeiten des Karl-Storz-Besucher- und Schulungszentrums in Berlin statt.

Nachdem in den letzten Jahren die Themen chirurgische Weiterbildung, chirurgische Karriere und Familie sowie Arbeitsmodelle im Umbruch erörtert wurden, wurde in diesem Jahr im ersten Programnteil der Herbsttagung das Thema „**Chirurgie ohne Grenzen**“ – **Deutsche Chirurgen im Ausland, Ausländische**

Chirurgen in Deutschland im Rahmen einer Podiumsdiskussion erörtert. Einen ausführlichen Bericht über diese, im wahrsten Sinne des Wortes grenzüberschreitende, Podiumsdiskussion können Sie in dieser Ausgabe der *Passion Chirurgie* lesen!

Im zweiten Teil der Herbsttagung referierte Herr Günter Scherer, Vorstandsmitglied der KV Berlin über die aktuelle Zusammenlegung der Fachgruppen Chirurgie und Orthopädie sowie die Probleme, die damit verbunden sind. Dabei wurde auch über die Änderungen beim Honorarverteilungsmaßstab sowie über Plausibilitätsprüfungen mit dem Publikum diskutiert.



Dr. med. Ralph Lorenz

1. Vorsitzender Landesverband
BDC|Berlin
Berufsverband der Deutschen
Chirurgen e.V. (BDC)
Praxis 3CHIRURGEN
Klosterstrasse 34/35, 13581 Berlin
lorenz@3chirurgen.de

Im dritten Programmteil der Herbsttagung erfolgte die turnusgemäße Vorstandswahl des Landesverbandes BDC|Berlin. Der erste Vorsitzende Dr. Ralph Lorenz eröffnete die Wahl zunächst mit einem Rechenschaftsbericht über die vergangene Legislaturperiode von 2014 bis 2018. Der Landesverband BDC|Berlin konnte in diesem Zeitraum einen weiteren Mitgliederzuwachs vermelden. Hatte der BDC|Berlin im Jahr 2014 noch 831 Mitglieder, waren es bis zum 31.10.2018 bereits 862 Mitglieder. Die stärkste Mitgliedergruppe sind die Assistenzärzte, gefolgt von Niedergelassenen Chirurgen und den Oberärzten. Der bisherige Vorstand kandidierte erneut geschlossen und wurde auch in seinem Amt bestätigt. Zusätzlich wurden zwei weitere Kollegen in den Vorstand aufgenommen. Herr Rainer Kübke, der seine Praxistätigkeit zwischenzeitlich beendet hat, kandidierte in diesem Jahr nicht noch einmal für das Amt des stellvertretenden Referatsleiters der Niedergelassenen Chirurgen. An dieser Stelle sei Herrn Kübke für seine unermüdliche, über 20-jährige Aktivität nicht nur für den Landesverband Berlin, sondern auch für sein außerordentliches Engagement im Berliner Landesverband des BDC sehr herzlich gedankt. Er hat es in den letzten Jahren immer wieder geschafft, neue Ideen nicht nur zu entwickeln, sondern auch umzusetzen.

Der 2018 gewählte Vorstand des Landesverbandes BDC|Berlin besteht aus folgenden Chirurgen:

1. Vorsitzender: Dr. Ralph Lorenz, Facharzt für Allgemeinchirurgie, Niedergelassener Chirurg Praxis 3+CHIRURGEN und angestellter Abteilungsleiter in der Havelklinik Berlin-Spandau

2. Vorsitzende: Ira Klink, Fachärztin für Viszeralchirurgie, Oberärztin im Sana Klinikum Berlin-Lichtenberg

3. Vorsitzender: Dr. Thomas Stoffels, Facharzt für Unfallchirurgie und Orthopädie, Oberarzt im Unfallkrankenhaus Berlin, Angestellter Arzt im MVZ des Unfallkrankenhaus Berlin-Marzahn

REFERATSLEITER NIEDERGELASSENE CHIRURGEN:

Dr. Frank-J. Peter, Facharzt für Allgemeinchirurgie, Unfallchirurgie und Orthopädie, D-Arzt, Niedergelassener Chirurg Berlin – Lichtenberg Hohenschönhausen

STELLVERTRETENDE REFERATSLEITER NIEDERGELASSENE CHIRURGEN:

Dr. Max von Seebach, Facharzt für Allgemeinchirurgie, Unfallchirurgie und Orthopädie, D-Arzt, Niedergelassener Chirurg, Chirurgisch-Orthopädische Praxis Berlin-Tegel

Dr. Gunnar Peters, Facharzt für Allgemeinchirurgie, Unfallchirurgie und Orthopädie, D-Arzt, Niedergelassener Chirurg, Unfallambulanz Berlin-Köpenick

Lorenz R: Bericht von der 4. Herbsttagung des Landesverbandes BDC|Berlin. Passion Chirurgie. 2019 Januar, 9(01): Artikel 07_01.



Neuigkeiten aus den Landesverbänden
finden Sie auf BDC|Online (www.bdc.de),
Rubrik DER BDC | BDC|Landesverbände).

Das Referat für „Leitende Krankenhauschirurgen“ stellt sich vor



Prof. Dr. med. Carsten J. Krones

Leiter Themen-Referat „Leitende Krankenhauschirurgen“ im BDC
Chefarzt
Klinik für Allgemein- und
Viszeralchirurgie
Marienhospital Aachen
carsten.krones@marienhospital.de



Dr. med. Norbert Hennes

Stellv. Leiter Themen-Referat
„Leitende Krankenhauschirurgen“ im
BDC
HELIOS Klinikum Duisburg
Chirurgische Klinik
norbert.hennes@helios-kliniken.de

Das Spektrum an Aufgaben, denen sich leitende Chirurgen im Krankenhaus stellen müssen, hat sich in den letzten 20 Jahren extrem diversifiziert. Aus Operateuren wurden Leistungserbringer. Die größte außerfachliche Belastung für leitende Ärzte stellt unzweifelhaft der wirtschaftliche Druck, der politisch durchaus gewollt in die ehemals ökonomiearme Zone der stationären Medizin eingebrochen ist. Durch die Merkantilisierung der Gesundheit haben sich die Machtverhältnisse im Krankenhaus in den letzten Jahren deutlich verändert – weg von den Ärzten, hin zur Geschäftsführung. Aus Verwaltung wurde strategische Führung, aus Lebensrettung eine messbare Leistung. Dieser Prozess ist schmerzhaft und so stehen sich die führenden Protagonisten in der Regel wie Antipoden gegenüber. Medizin und Ökonomie erscheinen unvereinbar. Dabei ist der Schmerz auf beiden Seiten spürbar. Geschäftsführung wie klinische Leitung stehen jeweils unter einem hohen Druck. Die gesellschaftlichen Vorgaben – ewige Gesundheit für jeden, bei niedrigen Kosten für alle – sind einhelliger Wunsch. So divergent die Ziele auch auf den zweiten Blick imponieren, um so unabänderlicher erscheint ihr Wert in der öffentlichen Diskussion. Und auch die Vertreter der beiden streitenden Parteien – Ärzte und Wirtschaftler – rücken nur selten von ihren Positionen ab.

Lieber tauscht man sich in der eigenen Filterblase aus, als über den Tellerrand zu blicken. Divergente Sprachmuster – verstehen wir unter Gesundheit wirklich das Gleiche? – sind längst etabliert. Sie unterstützen Abschottung und Missverständnis. Eine überwiegend vorwurfsvolle Emotionalisierung tritt an die Stelle echten Austauschs.

Das Referat Leitende Krankenhauschirurgen möchte diese Blockade zum Wohle aller aufbrechen. Unsere Arbeit soll in den nächsten Jahren dafür werben, die gesellschaftlichen Vorgaben der jeweiligen Gegenseite zu verstehen und – noch wichtiger – zu akzeptieren. Mit Verständnis für Zielvorgaben und Druck ließe sich eine wichtige De-Emotionalisierung erreichen. Nur so gleicht man Sprachmuster an um in konstruktiven Gesprächen Schnittmengen zu definieren über die man gemeinsame Lösungen erreichen kann. Eine der wichtigsten Aufgaben des Referats wird sein, die Filterblasen der beiden verfeindeten Parteien aufzulösen und stattdessen breite Kontaktflächen zum gegenseitigen Austausch zu etablieren. Lösung statt Lamento lautet der Slogan unserer Arbeit – wir laden Sie ein, uns zu unterstützen.

Krones C, Hennes N: Das Referat für „Leitende Krankenhauschirurgen“ stellt sich vor. *Passion Chirurgie*. 2019 Januar, 9(01): Artikel 07_02.



Alle BDC|Referate finden Sie auf
BDC|Online (www.bdc.de, Rubrik DER BDC
| Struktur | Präsidium).

Einladung zur BDC-Mitgliederversammlung 2019



**Prof. Dr. med. Dr. h.c.
Hans-Joachim Meyer**
Präsident des Berufsverbandes der
Deutschen Chirurgen e.V. (BDC)
Luisenstr. 58/59
10117 Berlin
praesident@bdc.de

Generalsekretär der
Deutschen Gesellschaft für Chirurgie
e.V. (DGCH)
Luisenstr. 58/59
10117 Berlin
h-jmeyer@dgch.de

Sehr geehrte Frau Kollegin,
sehr geehrter Herr Kollege,

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

Termin: Freitag, 29. März 2019, 11:45 – 12:30 Uhr

Ort: Internationales Congress Center München (ICM München), Saal 2, im Rahmen des 136. Chirurgenkongresses.

Am Freitag, den 29. März 2019, 09:30 Uhr bis 12:30 Uhr, findet eine Rechtsberatung für BDC-Mitglieder mit dem BDC-Justitiar, Dr. Jörg Heberer, im Raum Büro 0.336 statt. Eine Anmeldung via justitiar@bdc.de ist erforderlich.

Ich wünsche Ihnen eine angenehme Anreise.

Ihr

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

TAGESORDNUNG

TOP 1	Bericht des Präsidenten	Meyer
TOP 2	Bericht des Schatzmeisters	Mayer
TOP 3	Antrag auf Entlastung des Vorstands	
TOP 4	Nachwahl Präsidiumsmitglieder	
TOP 5	Beschlussfassung Beitragsordnung	
TOP 6	Bericht des Justitiars	Heberer
TOP 7	Aktuelle Probleme in der Berufspolitik: Sie fragen, wir antworten	Mitglieder des Präsidiums
TOP 8	Verschiedenes	



Lesen Sie mehr über den BDC auf
BDC|Online (www.bdc.de).

KidsClub Chirurgie



Kinderbetreuung auf dem Chirurgenkongress 2019

Wann: an allen Kongresstagen, Dienstag 26.03. bis Freitag 29.03.2019, von 08:00 Uhr bis 18:00 Uhr.
Wer: Kinder im Alter von 12 Monaten bis 10 Jahre. Die Kinderbetreuung ist auf 20 Kinder täglich begrenzt.
Wo: ICM, München
Wie: Verbindliche Anmeldung* bis zum 11. März 2019 unter service@bdc.de oder Fax BDC 030/28004-159
Vorort-Anmeldungen am Tagungsschalter je nach Kapazität gegebenenfalls noch möglich.
Nähere Informationen über BDC|Online (www.bdc.de) oder über die Kongressseite unter www.chirurgie2019.de.

Eine Initiative von



Verbindliche Anmeldung*

Bitte bis zum 11. März 2019 an den BDC senden (service@bdc.de oder Fax 030/28004-159)

Name des Kindes _____

Geburtsdatum _____

Ich wünsche eine Betreuung am

- | | |
|---|-----------------------|
| ☐ Dienstag, 26. März | von..... bisUhr |
| ☐ Mittwoch, 27. März | von..... bisUhr |
| ☐ Donnerstag, 28. März | von..... bisUhr |
| ☐ Freitag, 29. März | von..... bisUhr |

Name des
Sorgeberechtigten _____

Adresse _____

Mobiltelefonnummer
des Sorgeberechtigten _____

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

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

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

HILFE BEI DATENSCHUTZ-FRAGEN



Datenschutzbeauftragter des BDC für Ihre Praxis

Der BDC ermöglicht seinen Mitgliedern im Rahmen von individuellen Einzelvertragsvereinbarungen gemeinsam mit dem BDC-Datenschutzbeauftragten Herrn Menge die neue Datenschutzgrundverordnung in der eigenen Praxis zu organisieren und einzuhalten.

Kontakt und Information via BDC: Tel: 030/28004-150 oder mail@bdc.de

Seminar BG-Gutachtenerstellung



Untersuchungstechniken, Tipps und Tricks

Am 02. Februar 2019 findet in Frankfurt am Main ein Seminar zu BG-Gutachtenerstellung statt und Sie sind herzlich eingeladen, daran teilzunehmen. Der Kurs ist geeignet für Ärzte in Weiterbildung und Fachärzte. Dr. med. Werner Boxberg vermittelt in diesem Seminar alles Wissenswerte zum BG-Formulargutachten und klärt auf, worauf bei der Gutachtenstellung zu achten ist.

Anmeldung und Information via BDC|Akademie: akademie@bdc.de



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

BDC-PRESSESPIEGEL

06.12.2018, MedMix

Deutschland: Aktuelle Entwicklungen in der Gesundheitspolitik

Bei allen atmosphärischen Störungen innerhalb der großen Koalition stand in den vergangenen Monaten die Gesundheitspolitik nicht völlig im Schatten der „großen“ Politik ...

03.12.2018, Thieme Verlag

Deutschen Chirurgen begrüßen Zusammenlegung von Orthopädie und Chirurgie

Am 20. September 2018 hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) beschlossen, die Arztgruppen Chirurgie und Orthopädie bei der Bedarfsplanung zusammenzulegen ...

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 ...

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

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. Jügen Klein

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

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

Regionalvertreter NL
Dr. med. Werner Boxberg

stellv. Regionalvertreter NL
Dr. med. Sven Gregor

Stellv. Regionalvertreter NL
Dr. med. Jürgen Klein

BDC | Hessen

Vorsitzender
Frank Forst

1. Stellv. 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.).

Sprecher der Landesvertreter

Dr. Ralf Wilhelm Schmitz, Kiel
Stellv.: Prof. Dr. Michael Schäffer, Stuttgart
Stellv.: Dr. med. Ralph Lorenz, Berlin

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

Termine BDC | Akademie

CURRICULUM BASISCHIRURGIE							
DATUM		ORT	KURS-NR.	SEMINARTITEL	WISSENSCHAFTLICHER LEITER	PREIS MITGLIED	PREIS NICHT-MGL
08.03.2019	09.03.2019	Leipzig	2019-21520	Seminar: Notfallmanagement im Bereitschaftsdienst	Dr. med. Ehrhardt Weiß	100,00	200,00
21.03.2019	23.03.2019	Bochum	2019-21665	Common Trunk	Prof. Dr. med. Daniel Vallböhmer; Dr. med. Jörg Sauer	350,00	550,00
09.05.2019	11.05.2019	Hamburg	2019-21666	Common Trunk	PD Dr. med. Dr. Uwe Johannes Roblick; Prof. Dr. med. Hans-Bernd Reith	350,00	550,00
09.05.2019	10.05.2019	Berlin	2019-21509	Praktisches Seminar – Orthopädie und Unfallchirurgie	Dr. med. Thomas Stoffels	300,00	500,00
10.05.2019		Berlin	2019-21525	Workshop: Simulationstraining Notfallmanagement	Dr. med. Jan Baus	450,00	600,00
24.05.2019	25.05.2019	Potsdam	2019-21512	Workshop: Intensivmedizin & Reanimation	Prof. Dr. med. habil. Frank Marusch	500,00	700,00
03.06.2019	06.06.2019	Tuttlingen	2019-21663	Common Trunk	Prof. Dr. med. Michael Schäffer	400,00	600,00

FACHARTZTVORBEREITUNG							
DATUM		ORT	KURS-NR.	SEMINARTITEL	WISSENSCHAFTLICHER LEITER	PREIS MITGLIED	PREIS NICHT-MGL
11.02.2019	15.02.2019	Berlin	2019-23691	Facharztseminar Gefäßchirurgie	Prof. Dr. med. Andreas Greiner	350,00	550,00
07.03.2019	09.03.2019	Berlin	2019-23920	Facharztseminar Plastische Chirurgie	Prof. Dr. med. Heinz-Herbert Homann; Prof. Dr. med. Ulrich Kneser	350,00	550,00
11.03.2019	15.03.2019	Berlin	2019-22570	Facharztseminar Allgemein- und Viszeralchirurgie	Prof. Dr. med. Thomas Steinmüller	350,00	550,00
06.05.2019	10.05.2019	Hamburg	2019-23820	Facharztseminar Orthopädie/ Unfallchirurgie	Prof. Dr. med. Lars Gerhard Großterlinden	350,00	550,00
20.05.2019	22.05.2019	Solingen	2019-23686	Facharztseminar Viszeralchirurgie	Prof. Dr. med. Wolfgang Schwenk	350,00	550,00
03.06.2019	07.06.2019	Erfurt	2019-23670	Facharztseminar Viszeralchirurgie	Prof. Dr. med. Albrecht Stier	350,00	550,00
05.06.2019	07.06.2019	Berlin	2019-23711	Facharztseminar Thoraxchirurgie	Dr. med. Gunda Leschber	350,00	550,00

FACHBEZOGENE SEMINARE, WORKSHOPS UND HOSPITATIONEN							
DATUM		ORT	KURS-NR.	SEMINARTITEL	WISSENSCHAFTLICHER LEITER	PREIS MITGLIED	PREIS NICHT-MGL
17.01.2019	18.01.2019	Berlin	2019-22400	CAMIC 1: Grundlagen der minimalinvasiven Chirurgie	Prof. Dr. med. Ferdinand Köckerling	400,00	600,00
23.01.2019	25.01.2019	Augsburg	2019-23610	Spezielle Unfallchirurgie Teil II	Prof. Dr. med. Dr. h.c. Edgar Mayr	300,00	500,00
24.01.2019	18:00 Uhr			Webinar: S2k-Leitlinie „Spezifischer Kreuzschmerz“	PD Dr. med. Stefan Kroppenstedt		
25.01.2019	26.01.2019	Hamburg	2019-23862	Fußchirurgie II	Prof. Dr. med. Maximilian Faschingbauer; Dr. med. Ralph Springfield	500,00	650,00

FACHBEZOGENE SEMINARE, WORKSHOPS UND HOSPITATIONEN

DATUM		ORT	KURS-NR.	SEMINARTITEL	WISSENSCHAFTLICHER LEITER	PREIS MITGLIED	PREIS NICHT-MGL
25.01.2019	26.01.2019	Hildesheim	2019-28138	Masterclass Endoprothetik 2019	Prof. Dr. med. Burkhard Wippermann; PD Dr. med. Robert Hube	220,00	275,00
14.02.2019	15.02.2019	Berlin	2019-22402	CAMIC 2: Endoskopische Hernienchirurgie	Prof. Dr. med. Ferdinand Köckerling	400,00	600,00
21.02.2019	18:00 Uhr			Webinar: S2k-Leitlinie „Neuroendokrine Tumore“	Prof. Dr. med. Peter Goretzki		
14.03.2019	15.03.2019	Berlin	2019-22404	CAMIC 3: Laparoskopische Nahttechniken	Prof. Dr. med. Ferdinand Köckerling	400,00	600,00
21.03.2019	18:00 Uhr			Webinar: S3-Leitlinie „Chirurgie der Adipositas und metabolischer Erkrankungen“	Prof. Dr. med. Arne Dietrich		
11.04.2019	13.04.2019	Hamburg	2019-23612	Osteosyntheseverfahren an der oberen Extremität	Prof. Dr. med. Peter Biberthaler	400,00	600,00
11.04.2019	12.04.2019	Berlin	2019-22406	CAMIC 4: Laparoskopische kolorektale Chirurgie	Prof. Dr. med. Ferdinand Köckerling	400,00	600,00
08.05.2019	10.05.2019	Berlin	2019-23681	Viszeralchirurgie Kompakt: Endokrine Chirurgie	Prof. Dr. med. Thomas Steinmüller; Dr. med. Mechthild Hermanns	300,00	500,00
10.05.2019	11.05.2019	Mannheim	2019-23675	Viszeralchirurgie Kompakt: Proktologie	Prof. Dr. med. Dieter Bussen; Prof. Dr. med. Alexander Herold; Dr. med. Andreas K. Joos	300,00	500,00
22.05.2019	24.05.2019	Berlin	2019-23671	Viszeralchirurgie Kompakt: Hepatobiliäre Chirurgie	Prof. Dr. med. Johann Pratschke; PD Dr. med. Moritz Schmelzle; PD Dr. med. Robert Öllinger	300,00	500,00
03.06.2019	05.06.2019	Berlin	2019-23678	Viszeralchirurgie Kompakt: Kolorektale Chirurgie	Prof. Dr. med. Martin Kreis; Prof. Dr. med. Johann Pratschke; PD Dr. med. Felix Aigner	300,00	500,00
12.06.2019	14.06.2019	Aachen	2019-23680	Spezielle Unfallchirurgie Teil I	Prof. Dr. med. Frank Hildebrand	300,00	500,00
14.06.2019	15.06.2019	Templin OT Groß Dölln	2019-23682	10. Brandenburger Viszeralchirurgisches Update	Prof. Dr. med. habil. Frank Marusch; Prof. Dr. med. Hubertus J. C. Wenisch	30,00	50,00
26.06.2019	28.06.2019	Köln	2019-23677	Viszeralchirurgie Kompakt: Oberer Gastrointestinaltrakt	Prof. Dr. med. Christiane Bruns; Prof. Dr. med. Wolfgang Schröder; Prof. Dr. med. Jessica Leers	300,00	500,00

FACHÜBERGREIFENDE SEMINARE

DATUM		ORT	KURS-NR.	SEMINARTITEL	WISSENSCHAFTLICHER LEITER	PREIS MITGLIED	PREIS NICHT-MGL
22.02.2019	23.02.2019	Nürnberg	2019-24712	Abschlusscolloquium Fortbildung für hygienebeauftragte Ärzte (HBA) beim Bundeskongress Chirurgie	Prof. Dr. med. Julia Seifert; Prof. Dr. med. Axel Kramer		
22.03.2019	23.03.2019	Berlin	2019-24706	Abschlusscolloquium Fortbildung für hygienebeauftragte Ärzte (HBA)	Prof. Dr. med. Julia Seifert; Prof. Dr. med. Axel Kramer		
03.05.2019	04.05.2019	Berlin	2019-24707	Abschlusscolloquium Fortbildung für hygienebeauftragte Ärzte (HBA)	Prof. Dr. med. Julia Seifert; Prof. Dr. med. Axel Kramer		
14.06.2019	15.06.2019	Berlin	2019-28136a	Mastertrainer für die Strukturierte Facharztweiterbildung	Prof. Dr. med. Marcus Siebolds	200,00	350,00

SOFTSKILL- & MANAGEMENTSEMINARE

DATUM		ORT	KURS-NR.	SEMINARTITEL	WISSENSCHAFTLICHER LEITER	PREIS MITGLIED	PREIS NICHT-MGL
22.02.2019	23.02.2019	Nürnberg	2019-28072	Unfallbegutachtung in der gesetzlichen Unfallversicherung (Bundeskongress Chirurgie)	Dr. med. Ekkehard Hierholzer	150,00 €	180,00 €
22.03.2019		Bonn	2019-23632	Kindertraumatologie für D-Ärzte	Dr. med. Werner Boxberg; Prof. Dr. med. Christof Burger	150,00	250,00
22.03.2019		Bonn	2019-25840	Rehabilitationsmedizin/-management	Dr. med. Werner Boxberg	150,00	250,00
28.03.2019		München (DGCH-Kongress)	2019-28101	Unfallbegutachtung in der gesetzlichen Unfallversicherung	Dr. med. Ekkehard Hierholzer	180,00	180,00
28.03.2019		München (DGCH-Kongress)	2019-28101	Unfallbegutachtung in der gesetzlichen Unfallversicherung bei besonderen Problemfällen	Dr. med. Ekkehard Hierholzer	180,00	180,00
29.03.2019		München (DGCH-Kongress)	2019-28101	Rehabilitationsmedizin/-management	Dr. med. Ekkehard Hierholzer	50,00	50,00
03.05.2019		Berlin	2019-24760	Medizinische Krisenkommunikation unter juristischen und medialen Aspekten	Dr. jur. Jörg Heberer; Holger Münsinger	200,00	400,00
25.05.2019		Berlin	2019-27706	Abrechnungsseminar EBM	Dr. med. Jörg-Andreas Rüggeberg	140,00	240,00
25.05.2019		Berlin	2019-27701	Abrechnungsseminar GOÄ und BG	Dr. med. Peter Kalbe	140,00	240,00
15.06.2019		Berlin	2019-25590	Der Chirurg als Gutachter im Behandlungsfehlerprozess	Prof. Dr. med. Heiner Wenk	250,00	400,00
28.06.2019	29.06.2019	Berlin	2019-27832	Praxis-Optimierung	Dr. med. Peter Kalbe	350,00	500,00

BDC|Akademie

Information und Anmeldung:

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

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
09.02.2019	09.02.2019	Düsseldorf	Intensivkurs Röntgenbefundung im Wachstumsalter	durchblicken.org	350.00	350.00
22.02.2019	22.02.2019	Hamburg	Zertifikatskurs Fraktursonografie im Wachstumsalter	durchblicken.org	250.00	250.00
15.03.2019	15.03.2019	München	Zertifikatskurs Fraktursonografie im Wachstumsalter	durchblicken.org	250.00	250.00
19.03.2019	19.03.2019	Köln	KV-Honorarbescheide – Richtig lesen und verstehen!	Frielingsdorf Consult GmbH	464.10	583.10
26.03.2019	29.03.2019	München	136. Kongress Deutsche Gesellschaft für Chirurgie	MCN Medizinische Congressorganisation Nürnberg AG		
01.04.2019	05.04.2019	Köln	IHK-Fortbildungsgang: „Praxismanager/in (IHK) - Arztpraxis / MVZ	Frielingsdorf Consult GmbH	2,433.35	2,677.50
09.04.2019	09.04.2019	Köln	Betriebswirtschaftliche Praxisführung: Was macht meine Praxis betriebswirtschaftlich erfolgreich?	Frielingsdorf Consult GmbH	464.10	583.10
06.05.2019	06.05.2019	Köln	Praxistag: Erfolgreich führen - Anwendbare Tipps und praktisches Knowhow für den Führungsalltag im medizinischen Kontext	Frielingsdorf Consult GmbH	464.10	583.10
11.05.2019	11.05.2019	Baden bei Wien	Zertifikatskurs Fraktursonografie im Wachstumsalter	durchblicken.org	300.00	300.00
15.05.2019	15.05.2019	Köln	GOÄ – Optimale Abrechnung: Erfahren Sie Wichtiges, Aktuelles und Bewährtes zur GOÄ-Abrechnung	Frielingsdorf Consult GmbH	464.10	583.10
02.09.2019	07.09.2019	Köln	IHK-Fortbildungsgang: „MVZ-Geschäftsführer/in (IHK)“ - Präsenzveranstaltung in Köln	Frielingsdorf Consult GmbH	3,504.55	3,867.50
03.09.2019	03.09.2019	Köln	KV-Honorarbescheide: Richtig lesen und verstehen!	Frielingsdorf Consult GmbH	464.10	583.10
06.09.2019	06.09.2019	Hannover	Zertifikatskurs Fraktursonografie im Wachstumsalter	durchblicken.org	250.00	250.00
20.09.2019	20.09.2019	Erfurt	Zertifikatskurs Fraktursonografie im Wachstumsalter	durchblicken.org	250.00	250.00
25.09.2019	25.09.2019	Köln	GOÄ: Orthopädie / Unfallchirurgie / Chirurgie - Fachgruppenspezifisches Abrechnungs-Training	Frielingsdorf Consult GmbH	464.10	583.10
09.10.2019	10.05.2019	Bad Steiffelstein	Kniegelenknahe Osteotomien	Intercongress GmbH		
22.10.2019	25.10.2019	Berlin	DKOU 2019	Intercongress GmbH		
25.10.2019	25.10.2019	Berlin	Fraktursonografie im Wachstumsalter	durchblicken.org	250.00	250.00
04.11.2019	08.11.2019	Köln	IHK-Fortbildungsgang: „Praxismanager/in (IHK) - Arztpraxis / MVZ	Frielingsdorf Consult GmbH	2,409.75	2,677.50
12.11.2019	13.11.2019	Köln	Impuls-Workshops „Führen“ im medizinischen Kontext	Frielingsdorf Consult GmbH	262.40	291.55
22.11.2019	22.11.2019	Mannheim	Zertifikatskurs Fraktursonografie im Wachstumsalter	durchblicken.org	250.00	250.00

LIFESTYLE- ANGEBOTE

im Januar 2019

%

10 %



ANKI: 10 % RABATT FÜR BDC-MITGLIEDER

25 %



YVES ROCHER: 25 % RABATT FÜR BDC-MITGLIEDER

20 %



JUNIQUE: 20 % RABATT FÜR BDC-MITGLIEDER

20 %



SALOMON: 20 % RABATT FÜR BDC-MITGLIEDER

WIE KANN ICH DIE ANGEBOTE IN ANSPRUCH NEHMEN?

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

PANORAMA

Glück ist ein Schmetterling





Dr. med. Ghassan Al-Halabi
Chirurgische Praxis Dr. M.G. Al-Halabi
Steinweg 21
26721 Emden
info@praxis-al-halabi.de

Glück ist ein Schmetterling ...

Sie, liebe Kolleginnen und Kollegen (liebe Leserin, lieber Leser), haben sicherlich gemerkt, dass der oben begonnene (aus Indien stammende) Sinnspruch einer Fortsetzung bedarf: „*Glück ist ein Schmetterling. Jag ihm nach, und er entwischt dir, setz dich hin, und er lässt sich auf deiner Schulter nieder*“. Das ließe die Vermutung zu, dass das Glück da ist, man sollte nur darauf warten und es zulassen – aber ist das so?

Ich bin wahrscheinlich der erste Chirurg, der sich mit dem Thema „Glück“ intensiv beschäftigt und ein Buch darüber schreibt. Damit sende ich eine Botschaft an die Menschen, die gerne wissen wollen, was einen glücklich macht. Vor allem möchte ich so viele Kolleginnen und Kollegen wie möglich erreichen, die – genauso wie ich – einen wunderbaren Beruf haben, der allein ein wichtiger Grund ist, jeden Tag das Glück im Arbeitsleben zu spüren.

GIBT ES SIE NOCH, DIE GLÜCKLICHEN UND IN DEUTSCHLAND ARBEITENDEN ÄRZTE?

Obwohl wir im Gegenzug oftmals feststellen, dass Ärzte sich ausgebrannt, von der Politik alleine gelassen, überfordert und unterbezahlt fühlen, bin ich der Meinung, dass jeder von uns – trotz aller widriger Umstände – glücklich sein kann. So erzähle ich aus meiner beruflichen Erfahrung, wie ich bei bestimmten Operationen die ganze Welt vergessen kann, mich wie im siebten Himmel fühle und hin und wieder den sogenannten Flow-Moment erlebe. Für mich ist die Medizin insgesamt und die Chirurgie insbesondere einer der wunderbarsten Berufe überhaupt. Diese so interessante und attraktive Tätigkeit kann im besten Fall jedem von uns eine tiefe Erfüllung und ein Gefühl erhabener Glückseligkeit geben. Einige erleben dieses Wohlgefühl ständig und regelmäßig, andere wiederum

plagt mit diesem Beruf häufiger auch Stress und Unbehagen. Weil sie im Eifer des Gefechtes gegen solche negativen Zeichen nichts unternehmen, geraten sie unweigerlich in das Gefälle der Gereiztheit und Anspannung, sogar des Unmutes bis hin zum Verlust des Spaßes an der Arbeit. Anspannung, Überlastung und sogar Burn-out-Syndrom sind dann die typischen Folgen.

WORIN BESTEHT DER UNTERSCHIED?

Der Unterschied liegt in der Art und Weise wie wir mit uns selbst kommunizieren und wie wir handeln. Das Glück ist kein Geschenk des Himmels, sondern das Ergebnis unserer inneren Einstellung, unserer Wahrnehmung und unseres bewussten Lebens. Glückliche und erfolgreiche Menschen haben nicht weniger Probleme als andere. Die einzigen Menschen, die keine Probleme haben, liegen – grob gesagt – auf den Friedhöfen. Nicht das, was mit uns geschieht, bestimmt über Glück oder Unglück, Erfolg oder Misserfolg. Es ist die Art und Weise, wie wir das Geschehene wahrnehmen und damit umgehen, die den Unterschied ausmacht.

Das wird im Buch step-by-step erläutert und die Leserinnen und Leser werden unterstützt und mit vielen Inspirationen bereichert, bis sie am Ende das nötige Selbstvertrauen gewinnen, ihre ganz persönliche Fähigkeit erkennen, letztendlich positive Veränderungen spüren und innerlich zufriedener und glücklicher werden. Hauptsächlich geht es um eine positive und optimistische Einstellung zum Leben, die unabhängig von Geld und anderen materiellen Werten ist, denn letztere sind vergänglich. Die Einstellung zu Macht, Prestige und Geld sollte man überdenken.

Schlicht und in ungeahnter Tiefe wird der Leser auf eine wunderbare Reise mitgenommen – nach innen, zu seinem Ursprung

Al-Halabi G: Glück ist ein Schmetterling. Passion Chirurgie. 2019 Januar, 9(01): Artikel 09.



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

als Mensch, in einer Welt, die sich immer schneller dreht und von der Oberflächlichkeit und vom Überfluss abgelenkt wird. Der Mensch wird begleitet und nach Hause zurück gebracht, zu seiner wahren Existenz, zur Quelle seines Lebens und seines dauerhaften Glücks.

Das Buch hat einen empirischen Charakter, d. h. auf Erfahrungen und Beobachtungen beruhend. Weiterhin verarbeitet der Verfasser u. a. philosophische Denkansätze, bringt Weisheiten und Verhaltensvorschläge und fügt Einleitungen zur Meditation und Regeln zur Bewältigung des Alltags hinzu. Symbolträchtige Bilder illustrieren die Buchseiten und Lautsprechersymbole empfehlen gelegentlich, ein beschriebenes Lied zu hören.

DAS BUCH



Dr. med. Ghassan Al-Halabi

Die Eroberung des Glückes

Romeon Verlag

1. Auflage, erschienen Dez. 2017

Lektorat: Peter Seiffert und

Samira Al-Halabi

Umschlaggestaltung: Alina
Zaslavskaya

Layout: Alina Zaslavskaya

ISBN: 978-3-96229-028-3

www.romeon-verlag.de

EUR 22,90

Das Buch umfasst 304 Seiten, ist unter der ISBN 978-3-96229-028-3 im Buchhandel für 22,90 € erhältlich und kann auch beim Autor direkt per E-Mail bestellt werden: mg.al-halabi@t-online.de.

Beim Verlag bestellen...



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

25
YEARS
TACHO
FAMILIE



TachoSil® Versiegelungsmatrix

Zusammensetzung: 1 cm² enthält: Fibrinogen vom Menschen 5,5 mg, Thrombin vom Menschen 2,01 E. Sonstige Bestandteile: Kollagen vom Pferd, Albumin vom Menschen, Riboflavin (E101), Natriumchlorid, Natriumcitrat, L-Argininhydrochlorid. **Anwendungsgebiete:** TachoSil® wird bei Erwachsenen zur unterstützenden Behandlung in der Chirurgie zur Verbesserung der Hämostase, zur Unterstützung der Gewebeersealung und zur Nahtsicherung in der Gefäßchirurgie angewendet, wenn Standardtechniken insuffizient sind, sowie zur unterstützenden Versiegelung der Dura Mater, um postoperative Liquorleackagen nach neurochirurgischen Eingriffen zu vermeiden. **Gegenanzeigen:** Intravaskuläre Anwendung, Überempfindlichkeit gegen die Wirkstoffe oder einen der sonstigen Bestandteile. **Nebenwirkungen:** In seltenen Fällen kann es zu Hypersensitivität oder allergischen Reaktionen kommen (inklusive Angioödem, Brennen und Stechen an der Applikationsstelle, Bronchospasmus, Schüttelfrost, Flush, generalisierte Urtikaria, Kopfschmerz, Nesselausschlag, Hypotonie, Lethargie, Übelkeit, Ruhelosigkeit, Tachykardie, Engegefühl in der Brust, Kribbeln, Erbrechen, keuchende Atmung), die in Einzelfällen bis zur schweren Anaphylaxie führen. Derartige Reaktionen können insbesondere bei wiederholter Anwendung oder bei Patienten mit bekannter Überempfindlichkeit gegenüber einem der Bestandteile des Präparates auftreten. Antikörper gegen Komponenten von Fibrinkleberprodukten können in seltenen Fällen auftreten. Häufigkeit nicht bekannt: Anaphylaktischer Schock, Überempfindlichkeit, Thrombose, Darmverschluss (in der Bauchchirurgie), Adhäsionen. **Wechselwirkungen sowie weitere Hinweise:** siehe Fachinformation **Verschreibungspflichtig. Chargendokumentationspflichtig. EU-Zulassungsinhaber:** Takeda Austria GmbH, A-4020 Linz, Österreich **Kontaktadresse d. pharm. Unternehmens in Deutschland:** Takeda GmbH, Byk-Gulden-Str. 2, 78467 Konstanz, Tel.: 0800 8253325, medinfo@takeda.de, Stand: 03/2016