

PASSION

C

HIRURGIE

PANORAMA

GESPRÄCHE AM OP-TISCH –
WER SAGT WAS?

im Fokus

ADIPOSITAS-
CHIRURGIE

02 | 2019

MITGLIEDERZEITSCHRIFT:
DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR CHIRURGIE
BERUFSVERBAND DER DEUTSCHEN CHIRURGEN





TachoSil® – ruhig Blut!

Durch die Kraft der Natur.



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 Gewebeversiegelung und zur Nahtsicherung in der Gefäßchirurgie angewendet, wenn Standardtechniken insuffizient sind, sowie zur unterstützenden Versiegelung der Dura Mater, um postoperative Liquorleckagen nach neurochirurgischen Eingriffen zu vermeiden. **Gegenanzeigen:** 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

Bundeskongress Chirurgie



Dr. med. Peter Kalbe

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

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,

Gesundheitsminister Jens Spahn arbeitet mit Hochdruck die Vorgaben aus dem Koalitionsvertrag (mehr Facharzt-Termine für gesetzlich Versicherte) und seine persönlichen Präferenzen (z. B. die rasche Digitalisierung des Gesundheitswesens) ab.

Der Entwurf des „Terminservice und Versorgungsgesetzes“ (TSVG) trifft vor allem niedergelassene Chirurgen ins Mark. Die haben nämlich schon immer ihre Praxen für Unfälle und Notfälle offengehalten und sollen nunmehr gezwungen werden, zusätzliche „offene Sprechstunden“ anzubieten. Die Ärzteschaft fühlt sich vor allem dadurch dupiert, dass durch Politik und Krankenkassen der öffentliche Eindruck erweckt wird, die Arbeitszeit der Niedergelassenen müsse von 20 auf 25 Stunden angehoben werden, um die gefühlte Terminknappheit zu beheben. Dabei wissen alle Beteiligten ganz genau, dass die meisten niedergelassenen Fachärzte bereits jetzt mehr als 50 Stunden pro Woche und damit am Limit arbeiten. Es ist nicht verwunderlich, dass dieser massive Eingriff in die Struktur und Organisation der Praxen zu massiven Protesten in einzelnen Regionen führt, die vom BDC unterstützt werden. Immerhin hat Spahn bei der KBV-Dialog-Veranstaltung am 18. Januar 2019 signalisiert, konstruktive Änderungsvorschläge in das weitere Gesetzgebungsverfahren einfließen zu lassen. Es ist noch nicht zu spät für Änderungen, auch wenn das Gesetz zum 01. Mai 2019 in Kraft treten soll.

Die Kritik an diesem weiteren Eingriff in die Freiberuflichkeit und hin zur Staatsmedizin verstellt leider den Blick auf einige durchaus positive Inhalte des TSVG. Dazu gehört der Einstieg in die Entbudgetierung und die durchaus sinnvolle Modifikationen der Bedarfsplanung, die zukünftig für die Arztgruppen Chirurgie und Orthopädie gemeinsam erfolgen wird.

Diese und andere aktuelle gesundheitspolitische Themen erwarten Sie neben der kompakten fachlichen Fortbildung beim Gemeinsamen Bundeskongress Chirurgie vom 22. bis 23. Februar 2019 in Nürnberg. **Der BDC ist dort nicht nur für persönliche Beratungen, sondern auch mit Vortragssitzungen zum Strukturwandel der chirurgischen Praxen und zu den Problemen der Haftpflichtversicherung für Beleg- und Kooperationsärzte präsent.** Der BDC-Journalistenpreis wird zu Beginn der Eröffnungsveranstaltung für einen Zeitschriftenbeitrag vergeben.

Kommen Sie also zum Gemeinsamen Bundeskongress nach Nürnberg, es lohnt sich! Das Programm finden Sie im Internet unter www.bundeskongress-chirurgie.de und als Beilage in der letzten Druckausgabe der Passion Chirurgie.

Schwerpunkt-Thema dieser Ausgabe der Passion Chirurgie ist mit zwei Fachbeiträgen die Adipositas-Chirurgie. Hier schließt sich übrigens der Kreis zum aktuellen Aktionismus des Gesundheitsministers: Jens Spahn hat jüngst einen Ergänzungsantrag zum TSVG eingebracht, nach dem das Gesundheitsministerium per Rechtsverordnung und entgegen den Beschlüssen des G-BA die Krankenkassen zwingen will, die Kosten für die Liposuktion bei Lipödem zu übernehmen. In der Presse und in den sozialen Medien wird dies schon gefeiert. Ist das purer Populismus? Bitte urteilen Sie selbst. Die gesundheitlichen und finanziellen Folgen wären jedenfalls unabsehbar. Ein solcher staatlicher Eingriff würde außerdem eine weitere Schwächung der gemeinsamen Selbstverwaltung bedeuten. Erfreulicherweise stößt Spahns Initiative auf Kritik auch aus der eigenen Koalition, sodass man hoffen darf, dass dieser Vorstoß ins Leere gehen wird.

Viel Freude und Erkenntnisgewinn bei der Lektüre der aktuellen Ausgabe der Passion Chirurgie wünscht Ihnen
Peter Kalbe

Kalbe P: Editorial: Bundeskongress Chirurgie.
Passion Chirurgie. 2019 Februar; 9(02):
Artikel 01.



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

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/ByyoungJoo, 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

3 EDITORIAL

6 SCHAUFENSTER

8 CHIRURGIE

im Fokus

8

ADIPOSITASCHIRURGIE IN DEUTSCHLAND

V. Lange

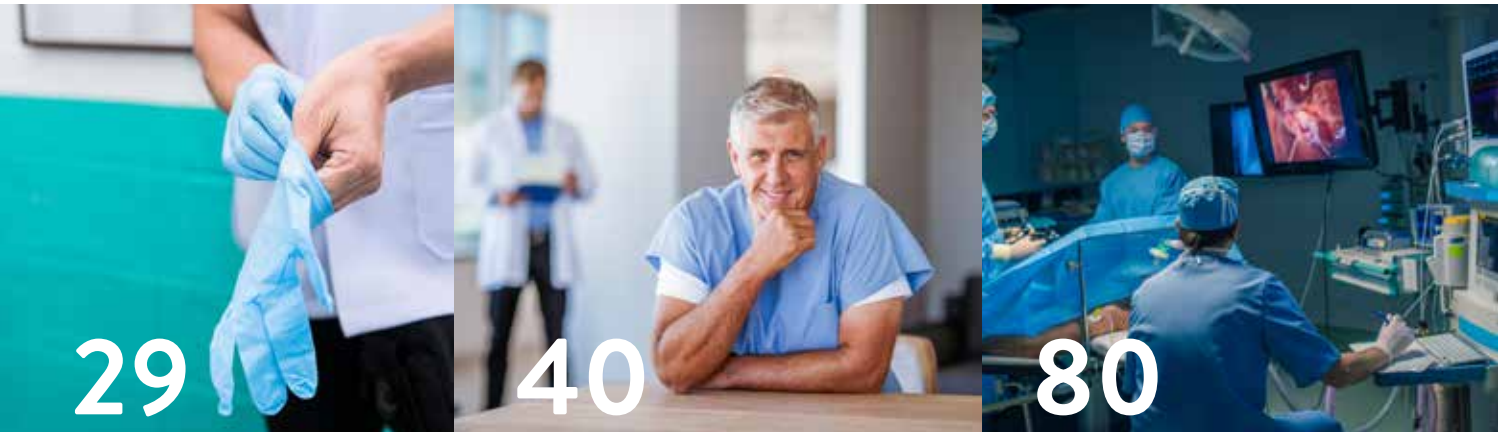
14

TRENDS IN DER ADIPOSITAS- UND METABOLISCHEN CHIRURGIE

S. Chiappetta, R. A. Weiner

21 CHIRURGIE⁺

- 21 #nurMITeinander – für gute Medizin!
B. J. Braun, I. Eckhardt, M. Faßbach
- 24 Webinar-Termin im Februar 2019:
S2k-Leitlinie „Neuroendokrine Tumore“
- 26 **Safety Clip:** Patientensicherheit für ältere
Patienten
- 29 Einrichtungsbefragung zum Hygiene- und
Infektionsmanagement
- 32 **Hygiene-Tipp:** Verbandswechsel und Wundversorgung
W. Popp, K.-D. Zastrow
- 35 Personalia



37	RECHT
37	F&A: Unbezahlten Urlaub berechnen <i>J. Heberer</i>
38	F&A: Wunddokumentation per Smartphone <i>J. Heberer</i>

40 GESUNDHEITSPOLITIK

40	Positive Signale für den Belegarzt aus der AG BeKo des BDC <i>D. Farghal</i>
42	BDC-Pressemitteilung: Chirurgen-Sprechstunde: Berufsverband wehrt sich gegen Vorwurf der „Bequemlichkeit“
43	BDC-Pressemitteilung: Bedarfsplanung: BDC begrüßt Zusammenlegung von Orthopädie und Chirurgie
44	Aktuelle Meldungen

45 INTERN

45	DGCH
45	Einladung zur DGCH-Mitgliederversammlung <i>H.-J. Meyer</i>
46	Einladung zum 136. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie <i>M. Anthuber</i>
50	Rekrutierende multizentrische chirurgische Studien in Deutschland <i>S. Tenckhoff</i>
54	DGCH: Aus Doppelmitgliedschaft wird Probemitgliedschaft <i>T. Pohlemann, J. Fuchs, H.-J. Meyer</i>
56	Spendenauf Ruf und Bausteine Langenbeck-Virchow-Haus
60	DGCH-Präsidium ab 1. Januar 2019

64	BDC
64	Einladung zur BDC-Mitgliederversammlung 2019 <i>H.-J. Meyer</i>
65	BDC-Sitzungen auf dem Chirurgenkongress 2019
67	BDC News
68	Das Referat für BDC „Niedergelassene“ stellt sich vor <i>P. Kalbe, R. W. Schmitz, D. Farghal</i>
69	Das Referat für „Oberärzte“ stellt sich vor <i>D. Vallböhmer, H. Fuchs</i>
70	BDC Landesverbände
72	BDC Pressespiegel
73	Termine BDC Akademie
77	Veranstaltungshinweise
78	Lifestyle-Angebote im Februar 2019

80 PANORAMA

80	Gespräche am OP-Tisch – wer sagt was? <i>J.-A. Rüggeberg</i>
----	--

FAMILIE UND BERUF

Vereinbarkeitspreis 2018 für Familienfreundlichkeit im OP

Die Leitung der Universitätsmedizin Göttingen hat Prof. Dr. Jochen Gaedcke den Vereinbarkeitspreis UMG 2018 verliehen. Begründung: Sein Einsatz für Familienfreundlichkeit im OP.

Ausführlicher heißt es, Gaedcke erhalte die Auszeichnung für „besonderes Engagement zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen im OP für Beschäftigte mit Familien-Verantwortung“, teilt die UMG mit.

In der Begründung heißt es, Gaedcke habe die Leitlinie „Schwanger im OP“ mitentwickelt. „Die UMG hat damit als eine von wenigen Kliniken bundesweit eine verbindliche Leitlinie vorliegen, die schwangeren Chirurgeninnen deren operative Arbeit weiterführen lässt“, so Weller. Gaedcke habe außerdem aktiv dazu beigetragen, diese Leitlinie im OP-Alltag „tatsächlich umzusetzen und mit dieser innovativen Lösung die Arbeitssituation von schwangeren Chirurgeninnen zu verbessern“. Die neuen Regelungen der Leitlinie erlaubten es Chirurgeninnen, „auf deren ausdrücklichen Wunsch hin und unter Einhaltung aller notwendigen Schutzmaßnahmen“, auch während einer Schwangerschaft zu operieren.



[Mehr lesen...](#)

JAHRESBAND 2018

[eCME-CENTER]: WAS GIBT'S NEUES IN DER CHIRURGIE?

Wie jedes Jahr gibt es ab sofort den aktuellen Jahresband „Was gibt es Neues in der Chirurgie?“ 2018 – auch online im [eCME-Center]. Die im ecomed Medizin Verlag erschienene Druckausgabe entsteht jährlich in Zusammenarbeit mit der DGCH und dem BDC.

Renommierte Chirurgen skizzieren fortlaufend die Entwicklung ihres Spezialgebietes, sichten aktuelle Literatur, werten Kongressberichte aus, spüren Trends auf und beschreiben anschaulich neueste Verfahren. Außerdem wird bei allen relevanten Themen darauf eingegangen, wie sich Komplikationen vermeiden lassen.

Bis zu 60 CME-Punkte möglich! Selbstverständlich sind auch in diesem Jahr wieder CME-Fragen dabei, mit denen wichtige Fortbildungspunkte zu erwerben sind. Zu vielen Kapiteln dieses Buches wurden Fragen zur Wissensüberprüfung formuliert. Sie finden die Fragen und Multiple-Choice-Antworten im Buch und haben im [eCME-Center] die Möglichkeit, die Fragen online zu beantworten. Bei korrekter Beantwortung werden die erreichten CME-Fortbildungspunkte (zwei pro zertifiziertem Kurs) automatisiert an Ihre Landesärztekammer übermittelt. Die Zertifizierung der Kurse ist gültig bis zum 14.12.2019.

[Mehr Informationen...](#)

Aktuelle BDC|Umfrage

Assistentenumfrage 2018/2019: 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...](#)

Schnittstellenmanagement zwischen Chefärzten und Geschäftsleitungen 2018/2019

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

[Zur Umfrage...](#)



KBV IM ÜBERBLICK

Neuerungen und Änderungen 2019



Mit dem neuen Jahr gehen auch einige Veränderungen für niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten einher. Wesentliche Neuerungen hat das Redaktionsteam der PraxisNachrichten zusammengestellt.

Die Übersicht fasst vor allem Änderungen und Neuerungen zusammen, über die im vergangenen Jahr in den PraxisNachrichten berichtet wurde. Die Liste stellt insofern nur eine Auswahl dar.

[Zur Übersicht...](#)

Stiftung Oskar Helene Heim: Medizin-Preis 2018

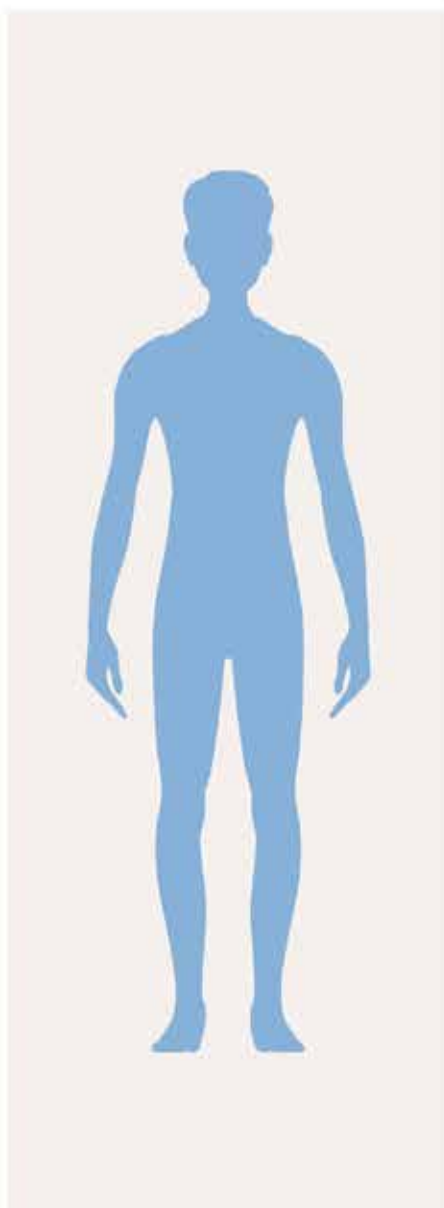
Die Berliner Stiftung Oskar-Helene-Heim fördert die Wissenschaft und Forschung auf verschiedenen Gebieten der Medizin. Im Rahmen einer besonderen Fördermaßnahme verleiht die Stiftung jährlich den mit 50.000 Euro dotierten Oskar Medizinpreis, einen der höchstdotierten Medizinpreise in Deutschland. Mit diesem Medizinpreis sollen in diesem Jahr hervorragende Leistungen gewürdigt und die Weiterführung von Forschungen unterstützt werden, die sich mit der Behandlung der Krankheit Adipositas befassen.

Adipositas stellt ein globales Problem dar: Weltweit ist derzeit jeder dritte Mensch übergewichtig oder fettleibig, auch in Deutschland. Damit ist das krankhafte Übergewicht international zu einer gesamtgesellschaftlich relevanten, gesundheitlichen Bedrohung geworden.

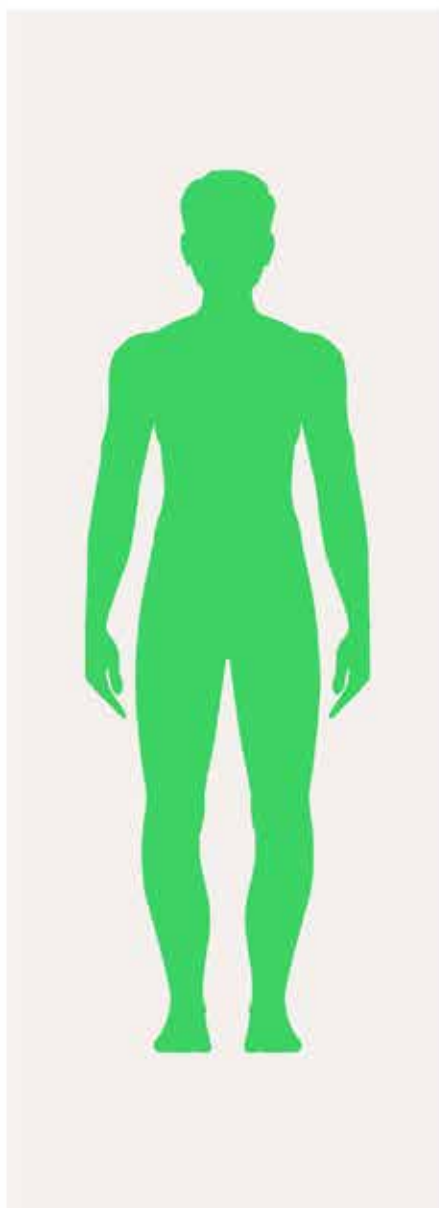
Den Oskar-Medizinpreis 2018 erhält Herr PD Dr. med. Felix Nickel für wegweisende wissenschaftliche Arbeiten und medizinische Leistungen im Bereich der effektiven und nachhaltigen Behandlung der Krankheit Adipositas.

[Mehr Informationen...](#)

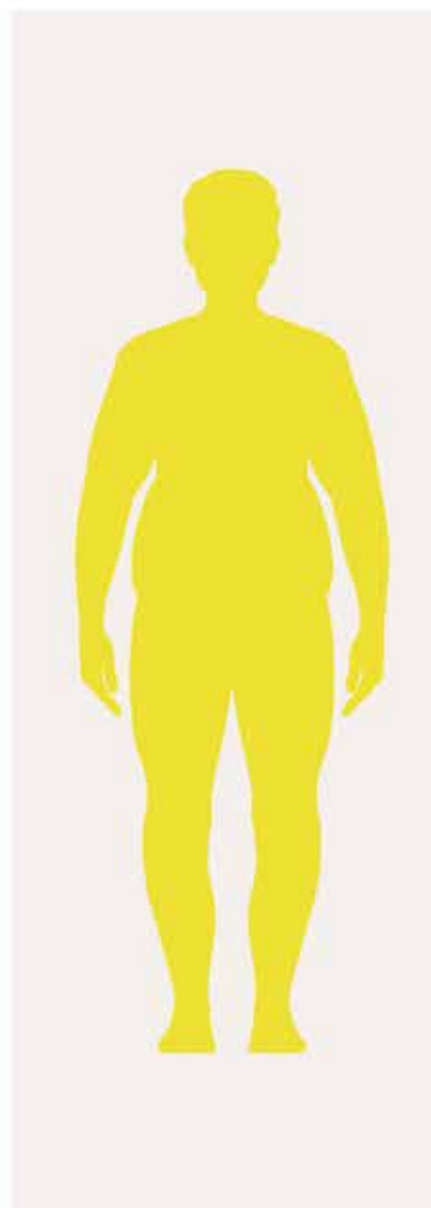
BODY MASS



UNDERWEIGHT
<18,5



NORMAL
18,5-24,9



OVERWEIGHT
25-29,9

INDEX

IM FOKUS

”

Adipositaschirurgie



OBESE
30-34,9



EXTREMELY OBESE
35<



Prof. Dr. med. Volker Lange
Senior Consultant
Department Adipositas und
Metabolische Chirurgie,
Helios Klinikum Berlin Buch
Schwanebecker Chaussee 50
13125 Berlin
Volker.Lange2@helios-gesundheit.de

Adipositaschirurgie in Deutschland

Wenige Bereiche in der Viszeralchirurgie haben in den letzten Jahren eine derart spannende Entwicklung erfahren wie das bisher überwiegend noch als „bariatrische Chirurgie“ bezeichnete Segment. Die Gründe hierfür sind augenfällig. Zum einen nehmen Übergewicht und Adipositas weltweit kontinuierlich zu, d. h. die „Verfettung“ der Weltbevölkerung schreitet unaufhaltsam voran. Zum anderen wachsen die medizinischen Erkenntnisse zu den physiologischen, psychologischen und sozialen Ursachen dieser chronischen, progredienten und zum Rezidiv neigenden Erkrankung rasant an. Klar ist, dass bei unveränderten Finanzierungsmodellen die Gesundheitssysteme für die Behandlung dieses Krankheitsbildes in absehbarer Zeit an ihre Grenzen stoßen werden.

Es besteht ein grundsätzliches Problem in der Wahrnehmung von Übergewicht und Adipositas in allen Bereichen der Gesellschaft. Vorherrschend wird die kulturell und religiös begründete Ablehnung der Fettleibigkeit [1] als Problem des betroffenen Einzelnen gesehen, der als undiszipliniert, faul und willensschwach klassifiziert wird. Damit wird die Verantwortung für das „Dicksein“ auf das Verhalten des Individuums reduziert, die Einflüsse der im weitesten Sinne „adipogenen Umwelt“ werden nicht berücksichtigt. Das Prinzip des Eigenverschuldens erlaubt Stigmatisierung und Diskriminierung der Betroffenen, die in gleichem Maße bei medizinischen Heilberufen wie in der Gesellschaft angetroffen werden [2].

Die Einteilung der Adipositas in Grade (I–III) beschreibt lediglich einen Gewichtszustand, der aus dem BMI (Body Mass Index) errechnet wird. Über den Gesundheitszustand des Patienten gibt diese Zuordnung keine Auskunft. Mit steigendem Gewicht und Dauer der Erkrankung treten jedoch eine Vielzahl von sogenannten Begleitkrankheiten auf. Der

Begriff „Begleitkrankheit“ bagatellisiert aus unserer Sicht das Krankheitsbild. Es handelt sich doch vielmehr um ein Fortschreiten der Adipositaskrankheit mit anfangs reversiblen bis dann irreversiblen Organschäden. Der Edmonton Gesundheitsscore trägt dieser Überlegung Rechnung und sollte dem Adipositasgrad stets beigelegt werden.

Basierend auf dieser Einordnung der Adipositas als einer nahezu alle Fachbereiche der Medizin betreffenden Erkrankung wird der Begriff „bariatrische Chirurgie“ – also lediglich eine das Gewicht reduzierende Operation – inzwischen ersetzt durch die Termini „Adipositaschirurgie“ oder „metabolische Chirurgie“ – letzteres wenn ganz im Vordergrund der Indikation die Beeinflussung von metabolischen Störungen steht. Daraus ergibt sich aber auch, dass sich die Indikation für eine Operation der Adipositas nur nachgeordnet vom BMI herleitet. Ebenso kann Adipositaschirurgie nicht mehr als „ultima ratio“ der Adipositasbehandlung bezeichnet werden, wie dies im Begutachtungsleitfaden des MDS von 2017 immer noch geschieht. Wegen der dauerhaften Verbesserung des Gesundheitszustandes durch Chirurgie sollte Adipositaschirurgie wesentlich früher als bisher erfolgen, um irreversible Organschäden zu vermeiden. Die Empfehlungen der Amerikanischen Diabetesgesellschaft von 2017 tragen dem Rechnung, es wird die operative Intervention bei Adipositas und Diabetes Typ II spätestens ab einem BMI > 40 kg/m empfohlen [3].

Außer in England sind in keinem europäischen Land die Barrieren zur Erlangung einer Adipositasoperation so hoch wie in Deutschland. Entsprechend niedrig sind im europäischen Vergleich die Operationszahlen in der Bundesrepublik. Jede Adipositasoperation bedarf bisher einer Einzelfallüberprüfung für eine Kostenzusage durch die Krankenkasse.

Lange V: Adipositaschirurgie in Deutschland. *Passion Chirurgie*. 2019 Februar, 9(02): Artikel 03_01.



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

Voraussetzung ist eine mindestens sechsmonatige, medizinisch überwachte, multimodale Vorbehandlung innerhalb der letzten zwei Jahre vor dem Antrag. Keine der dort aufgestellten Anforderungen ist evidenzbasiert. Weder die Dauer der Vorbehandlung noch die in dieser Zeit zu erreichende Gewichtsentwicklung haben einen Einfluss auf die Langzeit-Behandlungsergebnisse [4]. Die Kostenübernahmeanträge verlieren schon jetzt zunehmend an Bedeutung vor dem Hintergrund der diesbezüglich herbeigeführten Sozialgerichtsurteile, die bisher stets zu Gunsten der Patienten ausgefallen sind [5]. Wünschenswert ist allerdings eine zeitnahe grundsätzliche Klärung des Vorgehens, um für alle Beteiligten eine sichere Entscheidungsgrundlage zu schaffen. Unbestritten sollten aber alle Operationswilligen einer präoperativen Evaluation unterzogen werden, um medizinisch und psychologisch zu klären, ob eine Operation indiziert ist.

Das restriktive Bewilligungsverhalten der Kostenträger basiert auf der Befürchtung, dass bei weiter steigender Zahl von Adipösen, eine Flut von Operationen auf die Kassen zurollt. Diese Befürchtung ist unbegründet. Selbst in „Adipositaschirurgie-affinen“ Ländern (Belgien, Schweden) beträgt die Rate der operierten Adipösen nicht mehr als ein Prozent. In den USA haben 70 Prozent der adipösen Patienten Kenntnis von einer chirurgischen Behandlungsoption, 85 Prozent entscheiden sich jedoch gegen einen Eingriff [6]. Kein Adipöser lässt sich aus einer Laune heraus operieren, in der Regel geht diesem Entschluss ein langer Entscheidungsprozess voraus. Wer allerdings für den Eingriff geeignet erscheint und die Operation durchführen lassen möchte, sollte diese nach Evaluation ohne unsinnige Hürden erlangen können.

Eine Schlüsselrolle in der Behandlung der Adipositas kommt den Allgemein- und Hausärzten zu [7]. Adipositas findet aber im Medizinstudium als komplexes Krankheitsbild keinen Niederschlag und auch in der alltäglichen Versorgungsmedizin wird Fettleibigkeit in der Regel nicht angesprochen. Eine Umfrage bei englischen Hausärzten ergab, dass sie Übergewicht und Adipositas ihrer Patienten aus drei Gründen

nicht thematisieren: Sie haben keine Zeit für ein derartiges Gespräch; sie befürchten, ihre Patienten zu verprellen und ein Gespräch würde sowieso nichts nützen [8]. In Australien fordert die Leitlinie für Allgemeinärzte, BMI und Hüftumfang eines jeden Patienten zu dokumentieren. Der BMI wird bei 22 Prozent, der Hüftumfang bei 4 Prozent der Patienten festgehalten. Es wird gefolgert, dass Adipositas nicht als eigenständige bedrohliche Erkrankung von den Hausärzten angesehen wird [9]. In den USA haben 60 Prozent der Adipösen nie mit einem Arzt über ihr Gewicht gesprochen. Nur 12 Prozent der Hausärzte informieren ihre adipösen Patienten über die Möglichkeit einer chirurgischen Behandlungsoption [10].

In Deutschland ergab eine Studie aus Leipzig ein sehr ähnliches Bild: 48 Prozent der Hausärzte empfehlen manchmal, 34 Prozent selten eine Adipositasoperation. 18 Prozent verweisen die Patienten an einen Adipositaschirurgen. 33 Prozent glauben, dass eine Operation eine zu einfache Lösung für den Patienten sei und 60 Prozent meinen, dass fehlende Willensstärke die Ursache für die Adipositas sei [11]. Die hausärztliche Grundhaltung aus Aversion, Resignation und fehlenden Kenntnissen bezüglich der operativen Therapie stellen einen wesentlichen Faktor für die geringen Operationszahlen in Deutschland dar. Hieran wird sich absehbar in nächster Zeit nichts ändern.

Zu Zeiten, als Adipositaschirurgie allein unter dem bariatrischen Aspekt durchgeführt wurde, waren Chirurgen von den eindrucksvollen Ergebnissen der Gewichtsreduktion begeistert. Die Langzeitergebnisse fielen dann allerdings ernüchternder aus. 25 bis 45 Prozent der Patienten erfahren eine Gewichtszunahme, meist beginnend ab drei Jahre nach dem Eingriff. Diese Beobachtung trifft vor allem für Patienten zu, die nach der Operation keine Nachsorge erhalten oder wahrnehmen. B. Husemann hat treffend formuliert, dass „*ein operierter Dicker im Kopfe ein dünner Dicker bleibt*“. Die Chronizität und Rückfallneigung der Adipositas bedarf einer andauernden Begleitung, um Fehlverhalten der Patienten rechtzeitig zu bemerken und gegenzusteuern. Die chirurgisch

ausgerichteten Adipositaszentren können diese Aufgabe selbst bei kleinen Fallzahlen aus personellen und fachlichen Gründen nicht dauerhaft leisten. R. Weiner [12] fordert daher, die Hausärzte besser zu informieren und die Nachsorge in ihre Hände zu legen. Die obigen Ausführungen lassen allerdings Zweifel aufkommen, ob Hausärzte diese Aufgabe annehmen, insbesondere bei völlig inadäquater Vergütung. G. Meyer [4] schlägt eine stärkere Einbindung von Psychologen in die postoperative Nachsorge vor. Die psychotherapeutische Wirklichkeit und der Mangel an interessierten Psychotherapeuten begrenzen diese Option erheblich.

Aus eigener Erfahrung glauben wir, dass Schwerpunktpraxen für Übergewicht und Adipositas den einzigen gangbaren Weg zur Verbesserung der Betreuung dieser Patienten eröffnen. Ob dies in Einzelpraxen oder medizinischen Versorgungszentren erfolgt, ist unerheblich. Wichtig ist die ausschließliche Beschäftigung mit diesem komplexen Krankheitsbild in einer derartigen Einrichtung. In England wurde die Schaffung eines Facharztes für Adipositas erwogen. Realistischer dürfte sein, eine zertifizierte Zusatzqualifikation für interessierte Ärzte zu schaffen. Erste Ansätze hierzu bestehen im Lande. Empathie auf Seiten der Behandler für die meist über lange Zeit ausgegrenzten Patienten ist eine wesentliche Voraussetzung sowohl für eine konservativ wie operativ erfolgreiche Behandlung [7].

Die metabolische Operation verbessert in einem hohen Prozentsatz den Gesundheitszustand der Patienten, sie beseitigt jedoch die Krankheit nicht. Wenn es im Laufe der Jahre postoperativ zu einem kontinuierlichen Wiederanstieg des Gewichtes und gar zu einem erneuten Auftreten der Folgekrankheiten kommt, muss über eine Korrekturoperation nachgedacht werden. Dieser Problemkreis rückt bei steigender Zahl Operierter und immer längeren Beobachtungszeiten in den Fokus. Der MDS Begutachtungsleitfaden hat hierzu eigentlich gute Definitionen geliefert. Der Entscheidungsalltag sieht jedoch anders aus: die Kosten selbst für medizinisch gut begründete Re-Eingriffe wegen Komplikationen (z. B. Reflux nach Sleeve) werden initial

oft nicht erstattet. Gewichtszunahme oder wiederauftretender Diabetes als Indikation zum Re-Eingriff werden als bariatrische Maßnahme gewertet und die Kostenübernahme verweigert. Auch in den USA lehnen einige Versicherungen Re-Eingriffe zur weiteren Therapie der Adipositas ab nach dem Motto: der Patient hat seine Chance gehabt. Bisher ist es uns zwar immer gelungen, eine Einigung bezüglich der Kostenerstattung herbeizuführen – der bürokratische Aufwand ist jedoch ärgerlich und ganz erheblich.

Dieser kurze Überblick kann nur streiflichternd aufzeigen, wie herausfordernd die Beschäftigung mit diesem Thema ist. Ständig neue medizinische Erkenntnisse, Willkür in der Kostenerstattung sowie Variationen und Modifikationen der bisherigen Operationsverfahren unterliegen einem schnelleren Wandel als dies in anderen Bereichen der Chirurgie der Fall ist. Neben den etablierten Kongressen

zum Thema bieten die Masterclass-Kurse des BDC zur Adipositaschirurgie eine sehr gute Möglichkeit, in überschaubarem Kreis von Kolleginnen und Kollegen speziell auch handwerkliche Aspekte im Rahmen der Live-Operationen zu diskutieren.

LITERATUR

- [1] Buchwald, H: Eine kurze Geschichte der Adipositas. Wahrheiten und Illusionen. CHAZ, 2018;10:507
- [2] Sabin,JA et al: Implicit and explicit weight bias in a sample of 4732 medical students: the medical student CHANGES Study. Obesity, 2014;22(S):1201
- [3] Diabetes Care, 2017; 40(Suppl1):57
- [4] Meyer,G et al: Konservative Therapie vor bariatrischer Operation – wo kommt sie her, wo soll sie hin? CHAZ, 20118, 10:495
- [5] Lenzen-Schulte,M: Nur Hürden statt Hilfe für Adipöse. Dt.Ärzteblatt, 2018,115:B423
- [6] Hadari,I: Bariatric News, 1.7.2015
- [7] Bariatric News: Physician support key to successful weight loss. 25.8.2015
- [8] Aveyard,P et al: Screening and brief intervention for obesity in primary care: a parallel, two-arm, randomised trial. The Lancet,2016,388:2492
- [9] Turner et al: Med J Aust, 2015,202(7):370
- [10] Rosenthal,R: Obesity Week 2016
- [11] Jung,FUCE et al: Stigma and knowledge as determinants of recommendation and referral behavior of general practitioners and internists. Obes Surg,2016,26:2393
- [12] Weiner,R: Dammbruch für die Adipositaschirurgie. CHAZ2018,10:457
- [13] Funk,LM et al: Patient and referring practitioner characteristics associated with the likelihood of undergoing bariatric surgery: a systematic review. JAMA Surg, 2015, doi10.1001/jamasurg.2015.1250

BDC|SEMINAR



Viszeralchirurgie Kompakt: Adipositaschirurgie

VOM 16. – 17. MAI 2019 IN BERLIN

Der Kurs richtet sich an Chirurginnen und Chirurgen, die in den Techniken der laparoskopischen Chirurgie weit fortgeschritten sind. Im zweitägigen Kurs mit Live-Chirurgie, Vorträgen und Video-präsentationen wird profundes Wissen der Adipositaschirurgie vermittelt. Dabei werden komplexe Fälle aus der Adipositaschirurgie besprochen und OP-Techniken mit hohem Schwierigkeitsgrad erlernt.

Information und Anmeldung...

**60
CME-
Punkte!**

Kompaktkurs:

Hygiene- beauftragter Arzt (HBA)

Geeignet für alle Ärzte



Mit der Smart-Learning-Methode

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

Ein modernes Lernkonzept für flexible und individuelle Fortbildung:

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

Termine 2019

Abschlusscolloquium			
Wissenschaftlicher Leiter	Ort	Termin	Kurs-Nr.
Prof. Dr. med. Axel Kramer	Berlin	22. - 23.03.19	24706
Prof. Dr. med. Axel Kramer	Berlin	03. - 04.05.19	24707
Prof. Dr. med. Axel Kramer	Berlin	18. - 19.10.19	24708



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





Trends in der Adipositas- und metabolischen Chirurgie

Korrespondierende Autorin:

Dr. med. Sonja Chiappetta

Leitende Oberärztin

Klinik für Adipositas- und metabolische Chirurgie

Sana Klinikum Offenbach

Starkenburgring 66

63069 Offenbach am Main

sonja.chiappetta@sana.de

Prof. Dr. med. Rudolf Weiner

Erstpublikation in *Chirurgische*

Allgemeine, 19. Jahrgang, 10. Heft, 2018.

Chiappetta S, Weiner RA: Trends in der Adipositas- und metabolischen Chirurgie. *Passion Chirurgie*. 2019 Februar, 9(02): Artikel 03_02.



Weitere Artikel zum Thema

„Adipositaschirurgie“ finden Sie auf BDC|Online (www.bdc.de, Rubrik Wissen | Fachgebiete | Viszeralchirurgie).

Die Adipositas- und metabolische Chirurgie gilt als junge Entwicklung in der Chirurgie. Der Dammbbruch datiert in das Jahr 1992, als das erste Magenband minimal-invasiv implantiert wurde. Die Durchführung des ersten laparoskopischen Roux-Y-Magen-Bypass (RYGB) durch Alan Wittgrove erfolgte 1994 [1], die Etablierung des Schlauchmagens (SG) vom First-stage- (Michel Gagner) zum Stand-alone-Verfahren im Jahr 2012 [2] – mittlerweile setzt sich langsam der durch Robert Rutledge 1997 eingeführte Mini gastric bypass und One anastomosis gastric bypass (MGB/OAGB) weltweit als dritthäufigster Primäreingriff durch [3]. Diese drei Verfahren haben sich in den letzten Jahren als Standardverfahren etabliert und sind auch in Deutschland die am häufigsten durchgeführten Eingriffe. 2017 wurden hierzulande 3.655 SG (48,6 %), 2.220 RYGB (29,5 %) und 1.044 MGB/OAGB (13,9 %), durchgeführt (StuDoQ|MBE – Studien-, Dokumentations- und Qualitätszentrum Metabolische und Bariatrische Erkrankungen).

Hat sich die Zahl der übergewichtigen und adipösen Menschen seit 1980 weltweit verdoppelt und die Zahl der an Diabetes mellitus erkrankten Menschen vervierfacht, steigt analog die Zahl der adipositaschirurgischen Eingriffe. Wurden 1997 weltweit noch 40.000 adipositaschirurgische Eingriffe durchgeführt [4], so waren es 2016 bereits 685.874 [5].

HISTORISCHER RÜCKBLICK: PROBLEME DER MALNUTRITION FÜHRTEN RECHT SCHNELL ZUR FESTSTELLUNG, DASS ADIPOSITASCHIRURGIE IMMER MAGENCHIRURGIE IST

Victor Henriksson beobachtete erstmals 1952 eine Gewichtsabnahme bei Patienten mit

massiver Dünndarmresektion und berichtete über den ersten Einsatz des Dünndarm-Bypasses in der Adipositaschirurgie. Die Probleme der Malnutrition führten recht schnell zu der Feststellung, dass Adipositaschirurgie immer Magen- und Darmchirurgie ist [6, 7]. Anfang der 1960er-Jahre entwickelten Edward E. Mason und Chikashi Ito auf der Basis negativer Erfahrungen mit dem Dünndarm-Bypass den Magen-Bypass [8]. Aufgrund von Ulzerationen und Mangelzuständen führte Mason die Gastroplastik als Alternative zum Magen-Bypass ein, der erste restriktive Eingriff entstand. Die Einführung der minimalinvasiven Chirurgie führte zur Renaissance des Magen-Bypass.

Alan Wittgrove (USA) publizierte 1994 erstmals den laparoskopischen Magen-Bypass, damals noch mit einem alimentären Schenkel von 75 Zentimeter und einem biliopankreatischen Schenkel von zehn bis 12 Zentimeter [1]. Der laparoskopische Roux-Y-Magen-Bypass verbesserte die Frühergebnisse aufgrund einer Reduktion der postoperativen Komplikationen Platzbauch und Lungenembolie. Nicola Scopinaro (Italien) war der Erste, der die biliopankreatische Diversion (BPD) mit dem Zweck der induzierten Malabsorption in Europa einführte [9]. Eine Fortentwicklung in die Richtung kombinierter restriktiver und malabsorptiver Eingriffe war die biliopankreatische Diversion mit Duodenal-Switch in Nordamerika. Die Schlauchmagenbildung entstand aus diesem Verfahren und zeigte im Stufenkonzept eine erfolgreiche Gewichtsabnahme als alleiniges Verfahren [7]. In der Entwicklung ist sie aktuell die am häufigsten durchgeführte Operation weltweit.

JEDER ADIPOSITASCHIRURGISCHE EINGRIFF HAT VOR- UND NACHTEILE SOWIE KURZ- UND LANGZEITKOMPLIKATIONEN

Parallel zu diesen Entwicklungen führte Robert Rutledge (USA) 1997 den Mini-Gastric-Bypass ein [3]. Dieser unterscheidet sich grundsätzlich von dem von Edward Mason im Jahr 1967 beschriebenen Omega-Loop-Magen-Bypass. Der kurze horizontale Pouch, der mit einer Schlinge anastomosiert war, führte zu schwerstem Gallereflux in den Ösophagus. Aus diesem Grund gilt der Mason-Bypass heute als obsolet. Um Verwirrung zu vermeiden, sollten die alten Bezeichnungen Omega-Loop-Magen-Bypass und BII-Magen-Bypass nicht mehr verwendet werden. Trotz anfänglich starker Kritik weltweit hat sich der MGB/OAGB aufgrund seiner vielen Vorteile mittlerweile als eines der Standardverfahren etabliert.

Die Geschichte der Adipositaschirurgie zeigt unterschiedliche vielversprechenden Verfahren. Die Historie demonstriert aber auch die Notwendigkeit für Variationen und Weiterentwicklungen. Jeder adipositaschirurgische Eingriff hat Vor- und Nachteile sowie Kurz- und Langzeitkomplikationen. Die Verfahrenswahl soll deshalb individuell den medizinischen, psychosozialen und allgemeinen Lebensumständen des Patienten angepasst werden (S3-Leitlinie Chirurgie der Adipositas und metabolischer Erkrankungen Version 2.3 [Februar 2018] AWMF-Register Nr. 088-001 [Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften]). Ein lebenslanges Follow-up der operierten Patienten muss bei allen adipositaschirurgischen Eingriffen erfolgen, um die chronische Krankheit Adipositas regelmäßig zu kontrollieren und die Komorbiditäten, die Lebensqualität der Patienten sowie mögliche Langzeitfolgen der Operation zu evaluieren.

DIE WISSENSCHAFTLICHE EVIDENZ FÜR DIE HEUTIGEN STANDARDVERFAHREN SG, RYGB UND MGB/OAGB NIMMT BESTÄNDIG ZU

Dieses Jahr konnten zudem zwei wichtige prospektive Vergleichsstudien, welche die Eingriffe RYGB und SG bis zu einem

Fünffjahres-Follow-up (FU) gegenüberstellen, publiziert werden. Ralph Peterli et al. (Schweiz) zeigten in ihrem SM-BOSS Trial [10] und Paulina Salminen et al. (Finnland) in ihrem SLEEVEPASS Trial [11] die Vor- und Nachteile des jeweiligen Verfahrens. Beide Studien hatten den Gewichtsverlust als primären Endpunkt ausgedrückt als prozentualer Excess weight loss (EWL %) (SLEEVEPASS, n = 240) und prozentualer excess BMI loss (EBMIL %) (SM-BOSS, n = 217). Das Fünffjahres-FU betrug 80,4 Prozent (SLEEVEPASS) und 94,5 Prozent (SM-BOSS). Der mittlere BMI betrug $45,9 \pm 6$ kg/m² (SLEEVEPASS) und $43,9$ kg/m² (SM-BOSS). Fünf Jahre postoperativ zeigte sich ein EBMIL von 61,1 Prozent in der SG- und 68,3 Prozent in der RYGB-Gruppe (p = 0,22) in der Schweizer Gruppe sowie eine EWL von 49 Prozent nach SG und 57 Prozent nach RYGB in der finnischen Gruppe. Im SLEEVEPASS Trial zeigte sich mit 57 Prozent statistisch signifikant ein größerer EWL fünf Jahre postoperativ. Diese Signifikanz ist klinisch aber nicht relevant, da die Differenz von neun im Konfidenzintervall lag. Somit sind die beiden Operationsverfahren SG und RYGB in Bezug auf den Gewichtsverlust fünf Jahre postoperativ als gleichwertig anzusehen.

Die sekundären Endpoints im SLEEVEPASS Trial waren die Besserung der Komorbiditäten, die Besserung der Lebensqualität sowie Morbidität und Mortalität. Fünf Jahre postoperativ zeigte sich kein Unterschied in der Diabetesremission (p > 0,99). Eine komplette Diabetes-mellitus-Typ-2(DM2)-Remission zeigte sich nach fünf Jahren bei 12 Prozent der SG-Patienten und 25 Prozent der RYGB-Patienten. Eine Remission der Dyslipidämie zeigte sich bei 20 Prozent der SG-Patienten und 40 Prozent der RYGB-Patienten. Die Besserung der LDL-C-Werte (p = 0,02) und der arteriellen Hypertonie (29 % SG vs. 51 % RYGB, p = 0,02) waren statistisch signifikant stärker in der RYGB-Gruppe im Vergleich zur SG-Gruppe. Die Lebensqualität (Moorehead-Ardelt Quality of Life) zeigte sich bei beiden Verfahren fünf Jahre postoperativ signifikant verbessert (p < 0,001), aber ohne einen statistischen Unterschied zwischen den Verfahren (p = 0,7). Es zeigte sich kein statistischer Unterschied in der 30-Tages-Morbidität in Bezug auf die Major-Komplikationen

(Clavien-Dindo IIIb). Ebenso zeigte sich kein statistischer Unterschied in Bezug auf die Minor- und Major-Langzeitkomplikationen im Langzeitverlauf (SG 19 % vs. RYGB 26 %, p = 0,19). Die 30-Tages-Minor-Morbidität (Clavien-Dindo I–IIIa) war in der RYGB-Gruppe statistisch höher (SG 7,4 vs. RYGB 17,1 %, p = 0,02). Die Mortalität lag bei null Prozent.

MIT ANSTIEGENDER ZAHL VON SCHLAUCHMAGENOPERATIONEN WERDEN DIE REVISIONSEINGRIFFE ZUNEHMEN

Die sekundären Endpoints im SM-BOSS Trial waren die Besserung der Komorbiditäten und die Komplikationen. Fünf Jahre postoperativ zeigte sich eine signifikante Besserung der gastroösophagealen Refluxkrankheit (GERD) in der RYGB-Gruppe (p = 0,002) und eine signifikante Verschlechterung in der SG-Gruppe (p = 0,006). In der RYGB-Gruppe zeigte sich ebenso eine statistisch signifikante Besserung der Cholesteroll/HDL-C Ratio (p = 0,02) und des LDL-C (p = 0,008). Die Lebensqualität zeigte sich in beiden Gruppen signifikant verbessert, ohne statistischen Unterschied zwischen den beiden Gruppen (GIQLI Score p = 0,42 und BAROS Score p = 0,2). Die perioperative Morbidität war in beiden Gruppen ohne signifikanten Unterschied (p = 0,66), ebenso die Spätkomplikationen (SG 14,9 % vs. RYGB 17,3 %) waren statistisch ohne signifikanten Unterschied (p = 0,77). Die Rate an Re-Operationen betrug 15,8 Prozent in der SG-Gruppe (Umwandlung in RYGB n = 9, Trokarhernie n = 1, unzureichende Gewichtsabnahme n = 5) und 22,1 Prozent in der RYGB-Gruppe (Ileus n = 2, innere Hernie n = 9, Trokarhernie n = 1, Dumping n = 3, diagnostische Laparoskopie mit Gastroskopie des Restmagens n = 1, unzureichende Gewichtsabnahme n = 2) (Abb. 1). Da in der RYGB-Gruppe bei nicht allen Patienten die Defekte des Mesenteriums verschlossen wurden (Supplement 2: Verschluss des Mesenteriums bei zirkulärer Anastomose, kein Verschluss des Mesenteriums bei linearer Anastomose), bleibt offen, ob die inneren Hernien vermehrt bei den Patienten ohne Verschluss des Mesenteriums aufgetreten sind.

Diskutiert wird somit aktuell die Gleichwertigkeit der SG im Vergleich zum RYGB. Die



Abb. 1: Im SM-BOSS trial ist die innere Hernie die häufigste Langzeitkomplikation nach RYGB. Die Abbildung zeigt eine innere Hernie im Peterson Space.

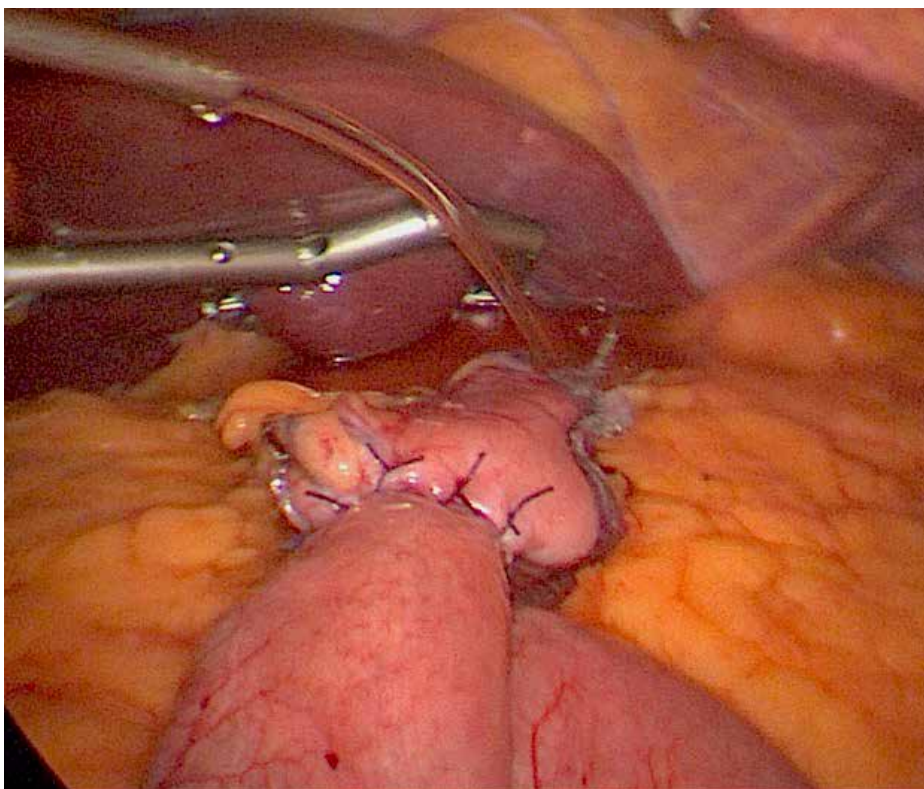


Abb. 2: Der Mini-Gastric Bypass (MGB) besteht aus einem langen, breiten, schlauchförmigen Magen-Pouch. Dieser beginnt zwei bis drei Zentimeter distal vom Krähfuß/der Incisura angularis und reicht nach proximal bis zum His-Winkel. Die Gastroenterostomie erfolgt antekolisch als vertikale, dorsale Anastomose und sollte drei bis fünf Zentimeter weit sein.

Vorteile des RYGB liegen eindeutig in der Refluxtherapie und der Besserung der LDL-C-Werte. Da das LDL einer der Risikofaktoren für kardiovaskuläre Erkrankungen darstellt, ist der Vorteil des RYGB bei Patienten mit

kardiovaskulären Erkrankungen nachvollziehbar. Die Rate an Re-Operationen im Langzeitverlauf aufgrund von inneren Hernien und Dumping-Syndrom darf hierbei nicht unterschätzt werden. Die Zukunft wird zudem

auch aufzeigen, ob die Rate an Re-Operationen nach SG aufgrund von Reflux und unzureichender Gewichtszunahme ansteigen wird. Die Arbeiten von Felsenreich et al. [12] mit einer Konversionsrate der SG von 36 Prozent und die Arbeit von Arman et al. [13] mit einer Konversionsrate von 25 Prozent in den ersten zehn Jahren postoperativ zeigen, dass in Zukunft mit ansteigender Zahl der Schlauchmagenoperationen auch, die Zahl der Revisionsoperationen zunehmen wird. Zudem muss man bedenken, dass die Patienten der prospektiven Studien SM-BOSS und SLEEVEPASS einen mittleren BMI von nur 43,9 kg/m² und 45,9 kg/m² aufweisen. Da der mittlere BMI in Deutschland bei der Primäroperation bei 49,4 kg/m² (männlich 50,4 kg/m², weiblich 49 kg/m², Quelle: StuDoQ|MBE 2015 - 2017, n = 16.212) liegt, gilt kritisch zu hinterfragen, ob die Studienergebnisse auf unser Patientengut übertragbar sind.

VORTEILE DES MGB/OAGB SIND DIE NIEDRIGE PERIOPERATIVE MORBIDITÄT, DIE GERINGE KONVERSIONSRATE UND DIE SIMPLE REVERSIBILITÄT

Der MGB/OAGB ist mittlerweile von der International Federation for the Surgery of Obesity and Metabolic Disorders (IFSO) akzeptiert, auch die wissenschaftliche Evidenz nimmt zu [14] (Abb. 2). In einer von uns durchgeführten systematischen Literaturanalyse (35 Publikationen eingeschlossen) konnten wir zeigen, dass der MGB/OAGB kurzfristig Vorteile hinsichtlich der Gewichtsreduktion und der antidiabetischen Wirkung im Vergleich zum RYGB und SG aufweist. Die perioperative Morbidität (3,2 - 10,8 %) und Mortalität (0 - 0,9 %) sind zudem gering [15]. Prospektiv randomisierte Studien, die den MGB mit den Standardeingriffen SG und RYGB vergleichen, sind indes rar. Zu unterstreichen ist, dass aktuell fast nur drittgradige Evidenz in Bezug auf den MGB/OAGB existiert. Die Zukunft wird hier sicher mehr Aufschluss geben [15]. Trotzdem es ein junges Verfahren ist, existieren Langzeitdaten mit bis zu einem Follow-up von zehn Jahren für den MGB/OAGB.

Alkhalifah et al. wiesen bei 1.731 Patienten nach, dass ein, fünf und zehn Jahre postoperativ (FU-Rate 89,3 %, 52,1 % und 43,6 %)

der total weight loss 32,7, 32,2 und 29,1 Prozent betrug. Die Daten wurden retrospektiv gematcht mit RYGB- und SG-Patienten; hier war der Gewichtsverlust zwei bis sechs Jahre postoperativ statistisch signifikant am größten nach MGB/OAGB. Die Effektivität des MGB/OAGB wird zudem durch die niedrige Rate an Revisionsoperationen (OAGB 4 % vs. RNYGB 5,1 % vs. SG 5,2 %) unterstrichen [16]. Somit scheinen aktuell die Vorteile des Verfahrens in der niedrigen perioperativen Morbidität, der geringen Konversionsrate und letztendlich auch der simplen Reversibilität zu liegen. Die Daten des StuDoQIMBE von 2017 bestätigen die niedrige Rate an registrierten Revisionsoperationen nach MGB (MGB 0,1 % vs. RNYGB 0,6 % vs. SG 4,5 %) [15].

METABOLISCHE CHIRURGIE: NICHT NUR GEWICHTSVERLUST, SONDERN AUCH EINE ALLEN KONSERVATIVEN THERAPIEN WEIT ÜBERLEGENE BESSERUNG ADIPOSITAS-ASSOZIIERTER ERKRANKUNGEN

Einen großen Wendepunkt in der Anerkennung und der Indikationsstellung der einstmals bariatrischen Chirurgie (griechisch βαρος: Schwere, Gewicht), also der Chirurgie des Übergewichts, brachte im Jahr 2016 die finale Umsetzung der metabolischen Chirurgie in den amerikanischen und letztlich auch in der deutschen Leitlinie (S3-Leitlinie Chirurgie der Adipositas und metabolischer Erkrankungen Version 2.3 [Februar 2018] AWMF-Register Nr. 088-001). Die Tatsache, dass die Adipositaschirurgie nicht nur mit einem Gewichtsverlust, sondern auch mit einer allen medikamentösen und konservativen Therapien weit überlegenen Verbesserung der Adipositas-assoziierten Erkrankungen einhergeht, unterstreicht die Stärke der Adipositas- und metabolischen Chirurgie zur Therapie der chronischen Erkrankung Adipositas und ihrer assoziierten Erkrankungen [17].

Den Grundstein für die Entwicklung der metabolischen Chirurgie legten Henry Buchwald und Walter Pories in den 1990er Jahren. Buchwald belegte mit seinem POSCH Trial (Program on the Surgical Control of the Hyperlipidemias) nicht nur den positiven Effekt des ilealen Bypass auf die Hyperlipidämie,

sondern auch eine Reduktion der Morbidität hinsichtlich einer bestehenden koronaren Herzerkrankung. Pories hingegen beschrieb als erster die Normalisierung des Glukosemetabolismus nach Magen-Bypass bei Patienten mit DM2 [18].

Die prospektiv randomisierten Studien von Phil Schauer (USA) [19] und Gertrude Mingrone (Italien) [20] wiesen die imponierende Wirkung der adipositaschirurgischen Eingriffe auf den DM2 und das signifikant bessere Outcome der Operationen im Vergleich zur intensivierten konservativen Therapie nach. Die Arbeiten zeigen eine deutliche Überlegenheit der metabolischen Chirurgie hinsichtlich der Blutzuckerkontrolle, des mittelfristigen Gewichtsverlusts und der Lebensqualität gegenüber konservativen Therapieprogrammen.

SEIT 2016 GILT DIE ADIPOSITASCHIRURGIE ALS THERAPIE DER WAHL BEI DIABETIKERN MIT ADIPOSITAS GRAD III, IMMER HÄUFIGER AUCH BEI GRAD I UND II

Somit wurde 2016 auf der 2nd Diabetes Surgery Summit (DSS-II), einer internationalen Konsensuskonferenz mit 48 internationalen und führenden Diabetologen, Endokrinologen, Gastroenterologen, Ernährungsmedizinern und Chirurgen ein revolutionierendes Statement entwickelt. Basierend auf der wissenschaftlichen Evidenz, dass die Adipositas- und metabolische Chirurgie eine exzellente Kontrolle des Glukosestoffwechsels erreicht, ist die Chirurgie die Therapie der Wahl bei Diabetikern mit Adipositas Grad III und bei Patienten mit einer Adipositas Grad II und I, wenn die diabetesspezifischen individuellen Zielwerte nicht durch Lifestyle-Veränderungen und optimale medikamentöse Therapie kontrolliert werden können [21]. Die diabetesspezifischen individuellen Zielwerte sind neben der Erhaltung bzw. Wiederherstellung der Lebensqualität, die Behandlungszufriedenheit, die Reduktion des Risikos für kardiale, zerebrovaskuläre und sonstige makroangiopathische Folgekomplikationen, die Vermeidung und Behandlung mikrovaskulärer Folgekomplikationen (Erblindung, Dialyse, Neuropathie), die Vermeidung und Behandlung des diabetischen Fußsyndroms,

die Vermeidung und Behandlung von Symptomen durch die Verbesserung der Stoffwechseleinstellung, die Behandlung und Besserung von Begleitkrankheiten und natürlich die Reduktion von Morbidität und Mortalität. Zur Prävention von Folgekomplikationen wird empfohlen einen HbA_{1c}-Wert von 6,5 bis 7,5 Prozent unter Berücksichtigung der individualisierten Therapieziele anzustreben (Nationale Versorgungsleitlinie Therapie des Typ-2-Diabetes, AWMF-Register Nr.: nvl-001g).

PROSPEKTIVE STUDIEN SOLLTEN ZUKÜNFTIG DIE STANDARDEINGRIFFE SG, RYGB UND MGB MIT NICHT-OPERIERTEN PATIENTEN HINSICHTLICH DER REDUKTION HARTER ENDPUNKTE VERGLEICHEN

Die deutsche S3-Leitlinie Chirurgie der Adipositas und metabolischer Erkrankungen hat die internationalen Empfehlungen umsetzen können. Grundlegend ist, dass zur Stellung der Operationsindikation bei diesen Patienten der Nachweis einer ausgeschöpften konservativen Therapie im Sinne der Adipositaschirurgie nicht erforderlich ist, da als Behandlungsziel die Besserung der glykämischen Stoffwechsellaage im Vordergrund steht. Zur Indikationsstellung bei Adipositas Grad I und II muss ein Diabetologe hinzugezogen werden und metabolische Eingriffe sollen nur an einem Zentrum mit besonderer Expertise vorgenommen werden (Kompetenz-, Referenz- und Exzellenzzentrum).

Bis sich die metabolische Chirurgie in Deutschland durchsetzt, wird es noch ein paar Akzeptanzjahre brauchen, sie ist jedoch bereits jetzt eine effektive Primärprävention zur Vermeidung von Folgekomplikationen des DM2. In Zukunft sollten aus diesem Grund prospektive Studien angelegt werden, welche die heutigen Standardeingriffe SG, RYGB und MGB mit nicht-operierten Patienten in Bezug auf die Reduktion der harten Endpunkte Erblindung, Dialyse und Amputation vergleichen. Das Verhindern und Aufschieben der diabetischen Retinopathie, diabetischen Nephropathie, diabetischen Neuropathie und die Vermeidung von Herz-Kreislaufkrankungen, zuvorderst Herzinfarkt und Apoplex, kann als Revolution in der Medizin gewertet werden.



Abb. 3: Das Treitz-Band (Lig. suspensorium duodeni) hat als Leitstruktur die V. mesenterica inferior und ist der Beginn des biliopankreatischen Schenkels.



Abb. 4: Die Nachblutung ist die häufigste postoperative Komplikation.

DIE BILIOPANKREATISCHE SCHLINGE: SIGNIFIKANT HÖHERER GEWICHTSVERLUST NACH LONG BPL-LIMB RYGB

Der biliopankreatische Schenkel (biliopancreatic limb – BPL) nimmt immer mehr an Bedeutung zu. Es gilt die Rolle des BPL hinsichtlich der Gewichtsabnahme und des metabolischen Impacts zu erörtern. Neergard et al. hatten schon 2014 in einer prospektiv randomisierten Studie das Outcome der Patienten untersucht, die einem Standard-RYGB (alimentäre Schlinge [alimentary limb AL] 150 cm, BPL 60 cm) und einem Long BPL-limb RYGB (AL 60 cm, BPL 200 cm) unterzogen wurden. Das Fünfjahres-FU betrug 85 Prozent. Der Gewichtsverlust war

statistisch signifikant besser nach Long BPL-limb RYGB. Nach sieben Jahren betrug der Excess BMI loss (EBMIL) 78,4 Prozent in der Long BPL-limb-Gruppe im Vergleich zu 67,1 Prozent in der Standard-RYGB-Gruppe ($p < 0,001$). Die additive Gabe von Supplementen war statistisch signifikant höher in der Long BPL-limb-RYGB-Gruppe ($p < 0,001$), vor allem die Supplementation von Vitamin D und Eisen. Die Parameter Vitamin D, Eisen, Ferritin, Hämoglobin und Parathormon waren signifikant niedriger in der Long BPL-limb-Gruppe. Im Hinblick auf die Remission der Komorbiditäten DM2, arterielle Hypertonie, Schlafapnoe, Gelenkbeschwerden und Reflux zeigte sich kein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den beiden Gruppen. Die

Stuhlfrequenz nach Long BPL-limb war erhöht [22]. Eine prospektiv randomisierte Studie der Arbeitsgruppe Inabnet et al. konnte bei einem Vergleich des Standard-RYGB (AL 100 cm, BPL 50 cm) mit einem Long BPL-limb RYGB (AL 150 cm, BPL 100 cm) postoperativ eine höhere Rate an inneren Hernien 12 Monate nachweisen ($p = 0,029$) [23]. Es stellt sich die Frage, ob der Long BPL-limb RYGB oder der MGB/OAGB die besseren Langzeitergebnisse hat.

KLINIKINTERN FÜHREN WIR DEN MGB ADAPTIERT AN DEN PRÄOPERATIVEN BMI MIT EINEM BPL ZWISCHEN 150 UND 200 ZENTIMETER DURCH

Die Ausschaltung des biliopankreatischen Schenkels führt auch nach MGB/OAGB zu einer bekannten Malnutrition (Albuminämie $< 30 \text{ g/l}$) (0,1 - 1,3 %), Eisenmangelanämie (3,9 - 12,7 %), und zu einem Vitamin-D-Mangel (32 %) [15]. Über die obligate Substitution und regelmäßige postoperative Kontrollen müssen diese Patienten aus diesem Grund zwingend aufgeklärt werden. Der biliopankreatische Schenkel sollte beim MGB/OAGB beginnend vom Treitz-Band gemessen, 150 bis 200 Zentimeter lang sein [24] (Abb. 3).

Robert Rutledge empfiehlt angehenden MGB-Chirurgen die biliopankreatische Schlinge aufgrund der Gefahr des exzessiven Gewichtsverlustes und der Gefahr der Malnutrition mit 150 Zentimeter zu wählen. Klinikintern führen wir den MGB adaptiert an den präoperativen BMI mit einem BPL zwischen 150 und 200 Zentimeter durch. Super-obese-Patienten ($\text{BMI} > 50 \text{ kg/m}^2$) erhalten eine Schlingenlänge von 180 Zentimeter. Bei einem $\text{BMI} < 50 \text{ kg/m}^2$ und jüngerem Lebensalter beträgt der BPL 150 Zentimeter, um die möglichen Nebeneffekte einer Mangelernährung zu limitieren. Bei Revisions-eingriffen, d. h. nach Versagen eines restriktiven Eingriffs, muss der BPL auf 200 Zentimeter potenziert werden. Ahuja et al. untersuchten retrospektiv 101 Patienten, die einem MGB/OAGB unterzogen wurden und teilten die operierten Patienten je nach Länge des BPL in 150, 180 und 250 Zentimeter ein. Der %TWL war höher, je länger der BPL war ($21,77 \pm 7,620$ vs. $36,55 \pm 18,248$ vs. $43,74 \pm 18,84$). Es zeigte sich ein signifikanter Unterschied zwischen 150 und 180 sowie 150 und 250 Zentimeter ($p < 0,001$).

Hinsichtlich der Remission des DM2 und der arteriellen Hypertonie zeigte sich kein statistisch signifikanter Unterschied.

DIE GEFAHR DER MALNUTRITION BEI SEHR LANGER BPL WIRD NICHT DURCH VORTEILE BEIM GEWICHTSVERLUST AUFGEWOGEN

Hervorzuheben ist die Malnutrition an Vitamin D3 und B12, die statistisch signifikant höher in der 250-cm-BPL-Gruppe war. Ein Eisen- und Ferritinmangel war statistisch signifikant höher in der BPL-250-cm- im Vergleich zur BPL-150-cm-Gruppe. Ebenso waren der Protein- und Albuminmangel statistisch signifikant am höchsten in der BPL-250-cm-Gruppe. Zusammenfassend unterstreichen die Autoren das Einhalten einer Schlingenlänge von 150 Zentimeter für den BPL [25]. Mahawar kritisiert die Studiengruppen als ungleich, da der Ausgangs-BMI in dieser Studie unterschiedlich war und somit die Beurteilung der Gewichtsabnahme zu hinterfragen sei. Er unterstreicht jedoch auch die hohe Gefahr der 250-cm-BPL-Länge und die daraus resultierende erhöhte Mortalität [26]. Somit sind laut aktueller Evidenz bei einem verlängerten BPL weder die Besserung der Komorbiditäten noch der bessere Gewichtsverlust so prägnant, dass man die Gefahren der Malnutrition und die daraus resultierende erhöhte Morbidität in Kauf nehmen sollte.

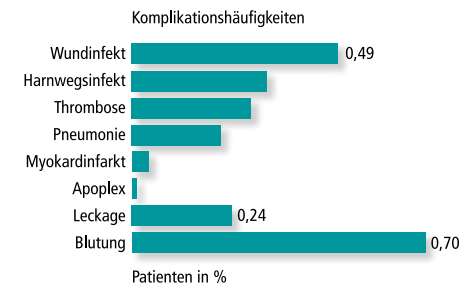
Erneut zu unterstreichen ist auch das erhöhte Risiko der Malnutrition nach Distalisierung eines proximalen Roux-Y-Magen-Bypass bei Patienten mit Therapieversagen. Eine

Verlängerung der alimentären Schlinge oder der biliopankreatischen Schlinge mit einem Common Channel unter 200 Zentimeter führt weder zu einer Besserung der Komorbiditäten, noch zu einer verbesserten Gewichtsabnahme. Lediglich das Risiko der Malnutrition steigt und birgt ein erhöhtes Mortalitätsrisiko [27]. Von der Distalisierung eines proximalen RYGB ist deshalb nach heutigem Stand der Dinge abzuraten. In seinem Review konnte Mahawar aufzeigen, dass die optimal ausgeschaltete Schlingenlänge, kombiniert beim RYGB oder einzeln beim MGB/OAGB, bei Patienten mit einem BMI bis 50 kg/m² 100 bis 200 Zentimeter beträgt. Ein Common Channel von mindestens 300 Zentimeter sollte immer gewahrt werden.

EINE AKTUELLE LISTUNG DER PROZEDUREN IN AMERIKA BELEGT DIE ZUNEHMENDE RATE AN REVISIONSOPERATIONEN

Das perioperative Risiko hat sich in der Adipositas- und metabolischen Chirurgie immer weiter verringert. Eine Auswertung von 135.413 Patienten von Daigle et al. ergab die Blutung (Abb. 4) mit einer Inzidenz von 0,7 Prozent und die Leckage mit 0,24 Prozent als häufigste chirurgische Major-Komplikationen [28] (Tab. 1). Im Komplikationsmanagement spielt mittlerweile die endoskopische Therapie neben der Chirurgie eine grundlegende Rolle. Vor allem die Therapie der SG-Leckage mittels Endo-VAC wird international immer häufiger eingesetzt und ergänzt die bis dato durchgeführte evidenzbasierte endoskopische Therapie der Leckage mittels Stent oder Pigtail-Katheter [29].

Tab. 1: Die häufigsten postoperativen Komplikationen in der Adipositas- und metabolischen Chirurgie nach Daigle et al. [28].



Eine aktuelle Listung der Prozeduren in Amerika belegt die zunehmende Rate an Revisionsoperationen. Betrug die Anzahl der Revisionen in den Jahren 2011 bis 2013 standhaft sechs Prozent, so zeigt sich 2016 ein Anstieg der Revisionsoperationen auf 13,9 Prozent [30]. Ob die Anzahl der Revisionsoperationen auf die gesteigerte Anzahl durchgeführter Schlauchmagenoperationen in den letzten Jahren zurückzuführen ist und welches der Standardverfahren die größte Rate an Revisionsoperationen birgt, bleibt zu erörtern. Grundsätzlich muss man sich davon distanzieren, die chronische Erkrankung Adipositas mit nur einem – nicht kausalen – adipositaschirurgischen Therapieverfahren beheben zu können. Lediglich flächendeckende Präventionsmaßnahmen können die chronische Krankheit Adipositas tatsächlich zurückdrängen.

Die Literaturliste erhalten Sie auf Nachfrage via passion_chirurgie@bdc.de.



© Istock/Cecile Accurs

#nurMITeinander – für gute Medizin!

BERICHT VOM BÜNDNIS JUNGER ÄRZTE: DIE NEUE KAMPAGNE

Das Bündnis Junge Ärzte ist eine 2013 gegründete Interessenvertretung, die sich aus Mitgliedern der verschiedenen medizinischen Fachgesellschaften und Berufsverbände zusammensetzt und vorrangig an der generellen Gestaltung der ärztlichen Berufsbedingungen arbeitet. Auch die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie, wie auch der Berufsverband der Deutschen Chirurgen senden eine Vertretung zu den Treffen des Bündnisses und gestalten die Projekte und Arbeiten mit. Aktuell werden die Treffen durch Benedict Braun und die entsprechenden Vertreter bei der Deutschen Gesellschaft wahrgenommen. Dabei wird in der PASSION

CHIRURGIE zu Anfang des Jahres über neue Projekte des Bündnisses Junger Ärzte berichtet, die auch für Chirurgen von Belang sind und entsprechend Beachtung finden sollten.

Kernprojekt ist dabei im Frühjahr die Kampagne „#nurMITeinander – für gute Medizin“ (**Abb.1**), deren Ziel es ist, Aufmerksamkeit und Bewusstsein für einen höflichen Umgang und ein gutes Miteinander im medizinischen Alltag zu schaffen. Im besonderen Fokus steht dabei eine Themenwoche, geführt vom Bündnis, die vom 04. bis 10. Februar 2019 stattgefunden hat. Nähere Informationen dazu werden zu gegebener Zeit auf den Webseiten des Bündnisses, aber auch des BDC und des Perspektivforums Junge Chirurgie verfügbar sein. Grundsätzlich ist die Aktion angelehnt

Braun BJ, Eckhardt I, Faßbach M:
#nurMITeinander – für gute Medizin! Passion
Chirurgie. 2019 Februar, 8(02): Artikel 04_01.



Weitere Artikel zum Thema „Junge Chirurgie“ finden Sie auf BDC|Online (www.bdc.de, Rubrik Wissen | Aus-, Weiter- und Fortbildung).



Korrespondierender Autor:

Dr. med. Benedikt J. Braun, MBA

Vertreter Perspektivforum Junge
Chirurgie der DGCH
Stellv. Leiter Themen-Referat
Nachwuchs im BDC
Universitätsklinikum des Saarlandes
Klinik für Unfall-, Hand- und
Wiederherstellungschirurgie
Kirrberger Straße, Gebäude 57; 66421
Homburg
benedikt.braun@uks.eu



Dr. med. Iris Eckhardt

Oberarzt der Klinik für Anästhesiologie,
Vertreterin der Jungen DGKJ im
Bündnis Junge Ärzte
Sprecherin der AG Vernetzung der
Jungen DGKJ
Angestellte Fachärztin für Kinder- und
Jugendmedizin, Veitsbronn
junge-dgkj@dgkj.de



Mira Fassbach

Sprecherin des Bündnis Junge Ärzte
BJÄ-Vertreterin der GeSRU e.V
GeSRU NRWU Team
GeSRU4students Verantwortliche
Klinik für Urologie
Helios Klinikum Duisburg
m.fassbach@gesru.de



Abb. 1: Logo der Kampagne #nurMITeinander

an das von Chris Turner und Kollegen in Großbritannien gegründete Projekt „Civility Saves Lives“, welches aktiv gegen Unhöflichkeit und schlechten Umgang im Krankenhaus wirbt. Legen Studien doch nahe, dass ein schlechter Umgang nicht nur die Stimmung im Versorgungsteam beeinträchtigt, sondern insgesamt auch zu weniger Hilfsbereitschaft und Kooperation, aber insbesondere auch zu reduzierter diagnostischer und prozeduraler Behandlungsqualität führt [1]. Auch die besondere Relevanz dieser nicht technischen Fähigkeiten für die Chirurgie und die chirurgische Versorgungsqualität gegenüber unseren Patienten wird in der Literatur bereits jetzt hervorgehoben [2].

In der ersten Februarwoche wird daher jeder Tag unter einem speziellen Motto stehen. Dieses soll alle an der Patientenversorgung Beteiligten motivieren, bewusst darauf zu achten, wie wir miteinander kommunizieren und umgehen. So richtet sich die Aktion nicht nur an alle ärztlichen Kollegen vom Assistenz- bis zum Chefarzt, sondern auch an alle anderen Berufsgruppen, die in unserem Gesundheitssystem zusammenarbeiten. Auch das Bündnis

Junge Ärzte konnte kürzlich in einer gemeinsamen Studie mit der Jungen Pflege und der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) zeigen, dass 70 Prozent der jungen angestellten Ärzte und Pflegekräfte gefährdet sind ein Burnout zu erleiden, ca. 20 Prozent nehmen regelmäßig Medikamente aufgrund von Arbeitsstress ein und 73 Prozent wurden im letzten Jahr häufiger als viermal Opfer verbaler und 42 Prozent Opfer von körperlicher Gewalt. Außerdem wurde deutlich: Je besser die Zusammenarbeit zwischen Pflege und Ärzteschaft, desto höher die Versorgungsqualität. Eklatant ist, dass sich mit zunehmendem Arbeitstempo die Zusammenarbeit zwischen den beiden Berufsgruppen massiv verschlechtert. Diese Burnout-Gefährdung, mitbedingt durch unser Verhalten und unsere Arbeitsbedingungen auch im Team, betrifft insbesondere auch Chirurgen, wie eine große Umfrageanalyse des Berufsverbandes der Deutschen Chirurgen unlängst bestätigen konnte [3].

All das ist auch von betriebs- und volkswirtschaftlicher Relevanz und somit für Arbeitgeber und politische Akteure im Gesundheitswesen

von besonderer Bedeutung. So wirkt sich ein schlechter Gesundheitszustand aller medizinischer Fachkräfte direkt auf die Personalfuktu- ation und -kosten aus. Darüber hinaus konnte belegt werden, dass überlastete Ärzte und Pflegekräfte eine nachweislich schlechtere Patientenversorgung leisten [1, 4]. Auch international wird immer mehr Aufmerksamkeit auf das persönliche Risiko der Arbeitnehmer im Gesundheitswesen im Sinne des Burnouts und der Suizidalitätsrate gelegt [1, 5, 6].

Das Fazit muss also sein: Durch ein gutes Mit- einander können wir Ärzte und alle in der Pati- entenversorgung Tätigen und Verantwortlichen in Zeiten der zunehmenden Arbeitsverdichtung und trotz des massiven Drucks durch Ökono- misierung einen wichtigen Beitrag für eine qualitativ hochwertige Patientenversorgung leisten! Für uns und unsere Patienten!

Das Bündnis Junge Ärzte, das Perspektivforum Junge Chirurgie, wie auch das Nachwuchs- referat des Berufsverbandes der Deutschen

Chirurgen laden Sie alle daher herzlich ein, sich über die Kampagne zu informieren und diese zu unterstützen. Insbesondere gilt aber unser Appell im Kleinen und Großen, jeden Tag an einer kontinuierlichen Verbesserung des inter- disziplinären Umganges vor Ort zu arbeiten und damit aktiv unseren Arbeitsalltag und unsere Patientenversorgung zu optimieren.

In Kürze werden Teile dieser Veröffentlichung auch als Pressmeldung wie auch in weiteren Printme- dien veröffentlicht. Wir werden Sie über den Ter- min informieren, wenn er bekannt ist.

LITERATUR

- [1] RISKIN, A, et al. The impact of rudeness on medical team performance: A ran- domized trial. *Pediatrics*, 2015, S. peds. 2015-1385.
- [2] YOUNGSON, GG.; FLIN, R. Patient safety in surgery: non-technical aspects of safe surgical performance. 2010.

- [3] KERN, M; BUIA, A; TONUS, C; WEIGEL, TF; DITTMAR, R; HANISCH, E; ZAPF, D: BDC|Umfrage: Hohe Burnout-Raten bei deutschen Chirurgeninnen und Chirurgen. *Passion Chirurgie*. 2018 Dezember, 8(12): Artikel 04_08
- [4] WEST, CP; HUSCHKA, MM; NOVOTNY, PJ; et al: Association of perceived medical errors with resident distress and empa- thy: a prospective longitudinal study. *JAMA* 2006; 296: 1071-8.
- [5] THOMAS, LP; RIPP, JA; WEST CP: Charter on physician well-being *JAMA* 2018
- [6] SHANAFELT, T; GOH, J; SINSKY, C: The business case for investing in phy- sician well-being. *JAMA Intern Med*. 2017;177(12):1826-1832.. ○

CHIRURGISCHE ALLGEMEINE

**Konzentration
auf das
Wesentliche**

Die CHIRURGISCHE ALLGEMEINE ZEITUNG wendet sich mit 10 Ausgaben im Jahr an Chirurgen aller Fachrichtungen.

→ zertifizierte Fachbeiträge → Nachrichten → Personalia → Kongresse → Berufspolitik
→ Abrechnungsfragen → Klinik- und Praxismanagement → Entwicklungen aus Technik und Pharmazie
→ Personalanzeigen → Medizingeschichte

Bestellen Sie jetzt die CHAZ (als Print-Ausgabe oder als App) und erhalten Sie kostenfrei das Buch „Chirurgie im Norden“.

Der Jahresbezugspreis für 10 Ausgaben (Print) beträgt EUR 92,00*, für 10 digitale Ausgaben EUR 76,99. Abonnenten der Print-Ausgabe der CHAZ erhalten die CHAZ App ein Jahr lang für nur EUR 12,00 zusätzlich.

Der schnellste Weg zu Ihrem persönlichen CHAZ-Abo → chazabo@kaden-verlag.de

www.chirurgische-allgemeine.de

* zzgl. EUR 18,00 Inland, EUR 20,00 Ausland Versandkosten. Abonnementpreis Print für Assistenzärzte (bitte Bescheinigung des Arbeitgebers an die Faxnummer 06221-29910 faxen oder per Post an den Verlag senden) EUR 46,00 zzgl. Versandkosten.





Webinar-Termin im Februar 2019: S2k-Leitlinie „Neuroendokrine Tumore“

**Webinar S2k-Leitlinie
„Neuroendokrine Tumore“
21.02.2019, 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 15 Leitlinien von Experten erfolgreich vorgestellt und besprochen. Jeden Monat wird von einem 45-minütigem Webinar eine chirurgisch relevante Leitlinie in ihren Grundzügen vorgestellt. Anschließend kann mit dem Referenten und anderen Teilnehmern via Chat diskutiert werden, selbstverständlich kostenfrei für alle BDC-Mitglieder. Und jede Teil-

nahme 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

- 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

BUNDESKONGRESS CHIRURGIE 2019

BNC · BDC · BAO

GEMEINSAM STARK

22.02. – 23.02.2019, Nürnberg Convention Center



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

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

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





© iStock/GeorgeRudy

Safety Clip: Patientensicherheit für ältere Patienten

Der demographische Wandel wird das künftige Behandlungsangebot und damit die Organisationsstrukturen unserer Krankenhäuser verändern. Auch die Patientensicherheit muss und wird sich an der Gesellschaft der alten Menschen orientieren. Das Statistische Bundesamt rechnet in etwa 50 Jahren mit rund 10 Millionen Menschen über 80 Jahre im Land (2013 waren es 4,4 Millionen) und mit einem Gesamtbevölkerungsanteil der über 65-Jährigen von 32 Prozent.

Durch eine systematische Auswertung und Analyse von Schadenereignissen in der ambulanten und stationären Patientenversorgung wissen wir, dass bestimmte Versorgungsbereiche durch Risiken gekennzeichnet sind, die mit geeigneten Präventionsmaßnahmen kompensierbar sind. International werden beispielsweise die Geburtshilfe, die Traumatologie oder die Anästhesiologie als Hochrisikodisziplinen klassifiziert. In diesen Fächern wurden



Dr. Peter Gausmann

Geschäftsführer
GRB Gesellschaft für Risiko-Beratung
mbH
Honorarprofessor für
Patientensicherheit und klinisches
Risikomanagement an der Donau-
Universität Krems
Klingenbergstr. 4
32758 Detmold
peter.gausmann@grb.de, www.grb.de

in den vergangenen Jahren zahlreiche wirkungsvolle Sicherheitsmaßnahmen für perioperative Prozesse oder für die Notaufnahme von Patienten installiert.

Demgegenüber ist das Risikomanagement im Versorgungsbereich alter Menschen weniger erforscht und steht nicht in gleichem Maße im Fokus der systematischen Prävention. Die Auswertung einer umfangreichen Schadendatenbank zu Behandlungsfehlern aus Deutschland zeigt (Quelle: Ecclesia Versicherungsdienst 2018), dass Patienten höheren Alters häufiger Opfer eines Behandlungsfehlers werden, die Schadenersatzsummen mit zunehmendem Alter allerdings abnehmen. Hierfür sind verschiedene Faktoren verantwortlich. Für die Entwicklung von Präventionsmaßnahmen sind die qualitative Auswertung der Schadenereignisse und die Identifizierung der Ursachen von entscheidender Bedeutung.

Der Anteil der über 75-Jährigen an den Krankenhauspatienten betrug 2017 27,6 Prozent. Aber 55 Prozent der Patienten, die während des Krankenhausaufenthaltes einen Schaden durch einen Sturz davontrugen, waren älter als 75 Jahre. Schäden durch eine unzureichende Druckentlastung verteilten sich zu 44 Prozent auf die Gruppe der über 75-Jährigen und von folgenreichen Überwachungsfehlern waren 29 Prozent dieser Patientengruppe betroffen.

Auf der Grundlage der zitierten Schadendatenbank sind vor allem die folgenden Präventionsbereiche relevant:

- Vermeidung von Sturzereignissen,
- Vermeidung von Druckulzerationen,

- Arzneimitteltherapiesicherheit, insbesondere die Vermeidung der Risiken einer Polypharmazie,
- Orientierungshilfen für Patienten mit dementiellen Erkrankungen,
- Infektionsprävention,
- Vermeidung von Diagnosefehlern bei erhöhter Multimorbidität betagter Patienten und
- Überwachung alter Menschen im perioperativen Prozess mit einem besonderen Schwerpunkt auf die Delirprophylaxe.

Aufgrund von häufig auftretenden Mehrfacherkrankungen sind hochbetagte Patienten eine besondere Risikogruppe in der komplexen, aber auch sehr stark zergliederten Gesundheitsversorgung. Im Risikomanagement alter Menschen fällt neben den Therapeuten insbesondere den Angehörigen eine besondere Rolle als Sicherheitsagenten zu. Diese Funktion muss vom therapeutischen Team aktiv unterstützt werden.

Grundsätzlich gelten patientenorientierte Prinzipien für die Weiterentwicklung der Patientensicherheit, nach denen in Einrichtungen der Gesundheitswirtschaft eine systemorientierte Perspektive die fehlerorientierte Sicht bei der Prävention abgelöst hat. Für ältere Patienten ist insbesondere ein transsektoraler Sicherheitsansatz notwendig, da häufiger ein Wechsel innerhalb verschiedener Einrichtungen notwendig wird (ambulante Pflege, Krankenhaus, Rehabilitation...). Und schließlich sollte sich die sicherheitsfördernde Unterstützung an den Stärken und Potenzialen hochbetagter Patienten und weniger an den Defiziten orientieren. ○

Gausmann P: Safety Clip: Patientensicherheit für ältere Patienten. *Passion Chirurgie*. 2019 Februar, 9(02): Artikel 04_03.



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

**RECHT &
VERSICHERUNG**

Versicherungs- angebote des BDC



Diese Leistungen sind in Ihrem BDC-Mitgliedsbeitrag erhalten:

- ✓ Berufs-Rechtsschutz
- ✓ Praxisvertreter-Haftpflicht
- ✓ Gastarzt-Haftpflicht

Weitere Versicherungsangebote für BDC-Mitglieder über Rahmenverträge

Über Ihre Mitgliedschaft im BDC hinaus können Sie Sonderkonditionen und besondere Versicherungslösungen in folgenden Bereichen erhalten:

NEU Versicherungsschutz für Berufseinsteiger

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

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

BDC-VERSICHERUNGSMAKLER ECCLESIA VERSICHERUNGSDIENST GMBH

BDC-Versicherungsservice

Klingenbergstr. 4, 32758 Detmold

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

E-Mail: bdc-versicherungsservice@ecclesia.de

Einrichtungsbefragung zum Hygiene- und Infektionsmanagement

Die Vermeidung von Wundinfektionen nach chirurgischen Eingriffen ist das Ziel des zweiten sektorenübergreifenden Qualitätssicherungsverfahrens in Praxen und Kliniken, das zum 01. Januar 2017 gestartet ist. Ab dem 1. Januar 2018 dokumentieren operierende Ärzte sowohl in Praxen als auch in Kliniken jährlich das Hygiene- und Infektionsmanagement ihrer Einrichtung.

EINRICHTUNGSBEFRAGUNG WIRD VERGÜTET

Für Vertragsärzte gilt, dass der Aufwand für die Dokumentation extrabudgetär vergütet

wird. Der Bewertungsausschuss hat dafür die Gebührenordnungsposition (GOP) 01650 in den EBM aufgenommen. Die neue GOP ist mit 47 Punkten bewertet. Sie wird als Zuschlag zu den Leistungen der EBM-Kapitel 31 und 36 gezahlt, die dokumentationsauslösende Leistungen beinhalten können. Als Höchstwert je Praxis pro Quartal hat der Bewertungsausschuss 704 Punkte (rund 70 Euro) festgelegt.

ANZAHL DER ÜBERMITTELTEN DOKUMENTATIONEN

Die Anzahl aller übermittelten Dokumentationen (Praxen, MVZ, Krankenhäuser,



Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)

Dezernat Versorgungsqualität
Herbert-Lewin-Platz 2
10623 Berlin
sqqs@kbv.de

Belegärzte sowie ermächtigte Ärzte) lag im ersten Erfassungsjahr bereits bei über der Hälfte der erwarteten Dokumentationen.

BELEGÄRZTLICHE DOKUMENTATION AKTUELL AUSGESETZT

Die QS-Dokumentation wird derzeit vom Institut für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) mit dem Ziel weiterentwickelt, dass sich Belegärzte ab dem Erfassungsjahr 2021 der Dokumentation ihres kooperierenden Krankenhauses anschließen oder Fragen gezielt für das eigene Hygiene- und Infektionsmanagement beantworten können.

Aus diesem Grund wurde vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) aktuell die Dokumentationsverpflichtung für Belegärzte bis einschließlich 2020 ausgesetzt.

Krankenhäuser mit einer Zulassung nach § 108 SGB V müssen weiterhin eine Dokumentation für ihre Einrichtung abgeben, ebenso Einrichtungen, die ambulante Eingriffe erbringen.

SO KÖNNEN SIE SICH AUF DIE BEFRAGUNG VORBEREITEN

Um Sie möglichst gezielt bei der Vorbereitung auf die nächste Einrichtungsbefragung zu unterstützen, haben wir Hinweise und unterstützende Materialien für Sie zusammengestellt, die wir Ihnen im Folgenden vorstellen.

Hinweis: Die nächsten Einrichtungsbefragungen, die sich auf das Hygiene- und Infektionsmanagement 2018 beziehen, sind der Datenannahmestelle Ihrer Kassenärztlichen Vereinigung im Zeitraum vom 1. Januar bis 28. Februar 2019 zu übermitteln.

AUSFÜLLHILFE ZUR EINRICHTUNGSBEFRAGUNG

Um Sie bestmöglich auf die jährliche Einrichtungsbefragung zum Hygiene- und Infektionsmanagement vorzubereiten, haben die KBV und KVen gemeinsam mit dem Kompetenzzentrum Hygiene (CoC) eine **Ausfüllhilfe**

mit Erläuterungen, Musterdokumenten und Linktipps zur jährlichen Einrichtungsbefragung bereitgestellt. Auf der Internetseite finden Sie zahlreiche Informationen rund um die Einrichtungsbefragung wie FAQ, PraxisInfos und den Selbsttest „Mein PraxisCheck: Prävention Wundinfektion“.

VORLAGEN ZUR PERIOPERATIVEN ANTIBIOTIKA- PROPHYLAXE SOWIE ZUR ANTIBIOTIKA- INITIALTHERAPIE

Die diversen Servicedokumente zum Thema Hygiene werden zudem in übersichtlicher und kompakter Form nochmals auf der **Themensseite Hygiene der KBV** zum Download bereitgestellt.

Beachten Sie hier besonders die Vorlagen zur perioperativen Antibiotika-Prophylaxe sowie zur Antibiotika-Initialtherapie, welche die Empfehlungen zur Antibiotikagabe von der Indikationsstellung bis zur Dosierung enthalten. Ziel ist es, die Patienten vor postoperativen Wundinfektionen zu schützen und Antibiotika nicht unnötig einzusetzen. Bitte ergänzen Sie die Vorlagen nach Ihren praxis-eigenen Gegebenheiten.

VORLAGE ZUR ERSTELLUNG EINES HYGIENEPLANS FÜR DIE ARZTPRAXIS

Das Kompetenzzentrum Hygiene hat eine detaillierte Vorlage zur Erstellung eines **Hygieneplans** für die Arztpraxis herausgegeben. Die Regelungen beschreiben allgemeine, aber auch spezielle Hygienemaßnahmen (insbesondere die korrekte Haarentfernung) und berücksichtigen die normativen Vorgaben sowohl zum Patienten- als auch zum Mitarbeiterschutz. Wer bereits einen Hygieneplan hat, kann die Materialien abgleichen und den eigenen Plan aktualisieren.

FORTBILDUNGEN ZUR VERMEIDUNG POSTOPERATIVER WUNDINFEKTIONEN

Die KBV bietet auf ihrem Fortbildungsportal im Sicherem Netz eine ärztliche Fortbildung zum Thema „Vermeidung postoperativer Wundinfektionen: Antibiotikaresistenzlage und -therapie“ an, welche mit drei CME-Punkten zertifiziert wurde.

KBV: Einrichtungsbefragung zum Hygiene- und Infektionsmanagement. Passion Chirurgie. 2019 Februar, 8(02): Artikel 04_04.



BDC-Webinar „Prävention postoperativer Wundinfektion“



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

Zudem finden Sie auf der Website des Berufsverbands der Deutschen Chirurgen (BDC) ein Webinar zur KRINKO-Empfehlung 2018: „**Prävention postoperativer Wundinfektion**“ von Prof. Dr. med. Axel Kramer, das mit zwei CME-Punkten zertifiziert wurde. Das Webinar ist für BDC-Mitglieder kostenfrei.

Bitte beachten Sie, dass in der Dokumentation kein Nachweis für erbrachte CME-Punkte

notwendig ist. Daher ist es ebenso ausreichend, eine interne Besprechung mit einem Hygieniker oder dem zuständigen Labor zu dieser Thematik zu führen und entsprechend zu dokumentieren.

INFORMATIONSVANSTALTUNGEN FÜR DAS PRAXISPERSONAL ZUM THEMENBEREICH HYGIENE

Eine fundierte Unterweisung zu Beginn des Arbeitsverhältnisses sowie eine jährliche interne Schulung (z. B. zum Hygieneplan) ist eine Voraussetzung für alle Praxismitarbeiter

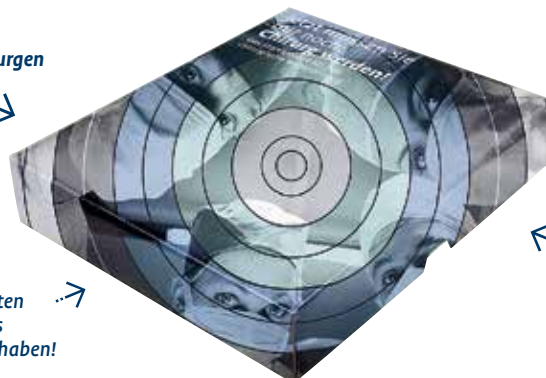
für die Vermeidung von Infektionsrisiken. Eine mindestens einmal jährlich stattfindende Weiterbildung des gesamten Praxispersonals ist nach den meisten Länderhygieneverordnungen gesetzlich gefordert und unterstützt die Beschäftigten, die Herausforderungen der Hygiene im Alltag wirksam umzusetzen. Bitte beachten Sie diese Vorgaben und schulen Sie Ihre Mitarbeiter in regelmäßigen Abständen zu den Themenfeldern Hygiene und Infektionsvermeidung. ○

Gute Anreize für neue Chirurginnen*!

* Und für Chirurgen natürlich auch.

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

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



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

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

Mit dem guten
Gefühl, alles
bedacht zu haben!



Hygiene-Tipp: Verbandswechsel und Wundversorgung

Im April 2018 erschien eine neue Empfehlung der KRINKO zur Prävention postoperativer Wundinfektionen. Detaillierte Aussagen zum postoperativen Verbandwechsel fehlen. Deshalb entstand dieser aktuelle Tipp:

Septische Wunden sind mit der gleichen hygienischen Sorgfalt zu behandeln wie aseptische Wunden. Bei der Verband-Visite ist die Reihenfolge aseptischer, möglicherweise infizierter septischer Wunden einzuhalten.

Patienten mit infizierten Wunden müssen in anderen Zimmern untergebracht werden als Patienten mit aseptischen Wunden.

Die Benutzung unterschiedlicher Verbandswagen für septische und aseptische Wunden ist nicht erforderlich. Wesentlich ist, den Wagen vor Kontamination zu schützen.

Benutztes Instrumentarium muss deshalb unmittelbar nach dem Gebrauch trocken abgelegt werden.



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



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

Abfälle sollen in einen Behälter (möglichst per Fußbedienung zu öffnen) entsorgt werden, der separat vom Verbandwagen steht.

Der Verbandwechsel wird grundsätzlich von zwei Personen (durchführende/assistierende Person) vorgenommen (z. B.: Arzt, Schwester, Student, Famulus). Beide müssen vor Beginn des Verbandwechsels eine hygienische Händedesinfektion vornehmen.

Verbandwechsel können in Untersuchungs-räumen oder in Patientenzimmern entweder mit Tablett oder mit dem Verbandwagen stattfinden. Vorzugsweise sollte der Verbandwagen eingesetzt werden, da der Verbandwechsel mit Tablett organisatorisch schwieriger ist (z. B. falsch eingeschätztes Material, fehlende Abstellfläche) und dadurch Infektionsrisiken entstehen können.

Während des Verbandwechsels sollen möglichst keine anderen Mitarbeiter in den Räumen beschäftigt sein.

Langärmelige Berufskleidung (z. B. Arztkittel) ist beim Verbandwechsel abzulegen.

Von der durchführenden Person muss Schutzkleidung (Kittel/Schürze, Mund-Nasen-Schutz) getragen werden. Der Schutzkittel (Schürze) muss bei jedem Patienten mit einer septischen Wunde und bei jeder Kontamination mit erregerehaltigem Material gewechselt werden.

Die assistierende Person soll das Sprechen in der Nähe des sterilen Materials vermeiden.

Der erste und wiederholte Verbandwechsel ist aus hygienischer Sicht sinnvoll nach 48 bis 72 Stunden. Kürzere Zeitspannen erhöhen das Infektionsrisiko.

Infizierte Wunden sind täglich frisch zu verbinden.

Bei Auftreten der klinischen Zeichen einer Infektion, bei Durchfeuchtung oder

Verschmutzung muss der Verband sofort gewechselt werden.

VAC-Wechsel sind immer im OP oder Eingriffsraum durchzuführen!

DURCHFÜHRUNG

- Eine Person führt den Verbandwechsel am Patienten durch, die zweite Person bleibt am Verbandwagen und reicht Material an
- Hygienische Händedesinfektion (durchführende und assistierende Person)
- Durchführende Person legt Schutzkleidung an (Schutzkittel/Schürze, Mund-/Nasen-Schutz, ggf. keimarme Handschuhe)
- Entfernen des alten Verbandes mit desinfizierten Händen oder mit keimarmen Handschuhen (je nach Zustand des Verbandes)
- Verband und Handschuhe direkt im Abwurfbehälter entsorgen
- Händedesinfektion wiederholen
- Aseptischer Teil des Verbandwechsels mit neuen sterilen Handschuhen oder mit sterilem Instrumentarium (Non-Touch-Technik)
- Wundinspektion,
- ggf. Wundbehandlung Wundreinigung bzw. Wundantiseptik: Wunde / Haut satt benetzen, Einwirkzeit beachten
- Instrumentarium sachgerecht entsorgen und zur Aufbereitung geben
- Handschuhe ablegen und entsorgen
- Abschließend Händedesinfektion durchführen
- Verbandwagen aufräumen und wischdesinfizieren
- Die Wundreinigung darf ausschließlich mit sterilen Flüssigkeiten oder sterilem Wasser (Filter) durchgeführt werden
- Hinsichtlich der Haltbarkeit angebrochener Spüllösungen müssen die Herstellerangaben berücksichtigt werden

Der Kurz Tipp gibt die Meinung der Autoren wieder. ○

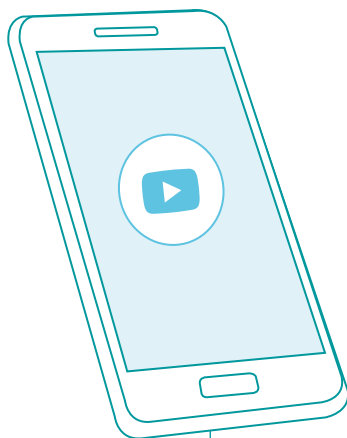
Popp W, Zastrow KD: Verbandwechsel und Wundversorgung. *Passion Chirurgie*. 2019 Februar; 9(02): Artikel 04_05.



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.

FEBRUAR 2019

Dr. med. Stephan Bergmann Paslat, Facharzt für Chirurgie, Viszeralchirurgie und Rettungsmedizin, ist seit Oktober 2019 in der Zentralen Notaufnahme (ZNA) des DIAKO Ev. Diakonie-Krankenhaus in Bremen tätig.

Dr. med. Jörg Bindewald wechselte innerhalb der Lahn-Dill-Kliniken den Standort von Wetzlar nach Dillenburg. Dort ist er jetzt Sektionsleiter der Gefäßchirurgie am Zentrum für Allgemeine, Viszerale und Onkologische Chirurgie.

Dr. med. Ivanka Glavina ist seit Januar 2019 Chefarztin der Orthopädie und Unfallchirurgie der Hattinger ambulante Rehabilitationsklinik GmbH. Die Fachärztin für Chirurgie und Orthopädie und Unfallchirurgie war dort zuvor als Oberärztin beschäftigt.

PD Dr. med. René Hennig hat zum 07.01.2019 die Leitung der Allgemein- Viszeral- und Gefäßchirurgie der Krankenhäuser des Landkreises Freudenstadt und Horb übernommen. Der Facharzt für Chirurgie und Viszeralchirurgie (Schwerpunkt spezielle Viszeralchirurgie) war zuvor Oberarzt im Klinikum Stuttgart Krankenhaus Bad Cannstatt.

Dr. med. Burghard Jenert übernimmt zum 01.01.2019 die cheftätliche Leitung der Abteilung für Allgemein-, Viszeral- und Minimal-invasive Chirurgie des Landkreis Mittweida Krankenhaus. Er kommt von der Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Gefäßchirurgie des DRK Krankenhauses Lichtenstein, wo er als Leiter der Oberarzt den Aufbau eines Darmzentrums und eines Refluxzentrums begleitet hat.

Dr. med. Michael Kierspe ist neuer Chefarzt der Orthopädie und Unfallchirurgie der HELIOS Klinik Wipperfurth.

Dr. med. Karsten Knizia, ehemals Oberarzt der Orthopädie des Klinikums Dortmund, ist seit Dezember 2018 Chefarzt der

Wirbelsäulenchirurgie der Paracelsus-Klinik Hemer.

PD Dr. med. Duran Mansur wechselte von der Klinik für Gefäß- und Endovaskularchirurgie des Universitätsklinikums Düsseldorf, an der er als Oberarzt tätig war, nach Wuppertal an das HELIOS Universitätsklinikum Wuppertal, wo er als Chefarzt die Klinik für Gefäßchirurgie leitet.

Dr. med. Wilfried Mündges leitet seit Januar 2019 die Unfallchirurgie des Städtischen Krankenhauses Nettetal GmbH.

Prof. Dr. med. Prof. h.c. Dr. h.c. Edmund Neugebauer ist seit 01.09.2016 Dekan der Medizinischen Hochschule Brandenburg Theodor Fontane (MHB) und wurde zum 01.01.2019 zum Präsidenten der Hochschule ernannt. Die MHB ist eine staatlich anerkannte Universität in kommunaler und gemeinnütziger Trägerschaft mit inzwischen zwei Fakultäten (Medizin & Psychologie/Psychotherapie sowie Gesundheitswissenschaften).

Prof. Dr. med. Gunnar Ochs wechselte vom Universitätsklinikum Freiburg, wo er Oberarzt der Orthopädie und Unfallchirurgie war, zum 01.01.2019 an die Vincentius Orthopädische Fachklinik am Klinikum Konstanz, die er als Chefarzt leitet.

PD Dr. med. Gerhard Preissler leitet seit dem 01.01.2019 die Thoraxchirurgie am Robert-Bosch-Krankenhaus, Standort Schillerhöhe, in Gerlingen. Der Facharzt für Chirurgie mit den Schwerpunkten Thoraxchirurgie und Viszeralchirurgie war zuvor Oberarzt am Klinikum der Universität München-Großhadern.

Dr. med. Klaus-Peter Thiele löste Dr. med. Thomas Beck als Chefarzt der Unfallchirurgie und Orthopädischen Gelenkchirurgie der Pleißenberg-Klinik Werdau ab. Thiele war dort zuvor jahrelang als Oberarzt tätig. ○



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

App.in.den.OP®!



App.in.den.OP®

Chirurgischer Stellenmarkt als kostenlose App für Smartphones und Tablets

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



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

Erhältlich im App Store



Kostenlos im App Store und auf Google Play erhältlich!

Jetzt installieren!

GET IT ON Google play



Frage & Antwort



Unbezahlten Urlaub berechnen



Antwort von Dr. jur. Jörg Heberer:

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

FRAGE:

Ein Assistenzarzt fragt an, wie man den Wert eines Urlaubstages berechnet, wenn man unbezahlten Urlaub erhält.

ANTWORT:

Der Wert eines Urlaubstages bei der Urlaubsabgeltung errechnet sich danach, wie hoch der Quartalsverdienst ist. Da das Kalendervierteljahr bzw. das Quartal 13 Wochen hat, würde der Wert einer Arbeitswoche

errechnet, in dem man das Monatsgehalt mal drei nimmt (= Quartalsverdienst) und dann durch 13 teilt. Dies ergibt dann den Wochenverdienst. Dieses wiederum wird durch fünf geteilt, wenn man vollzeitig tätig ist. Dieser Wert ergibt dann den Wert eines Urlaubstages. Dieser Wert des Urlaubstages ist dann wiederum maßgeblich dafür, was man vom Gehalt abziehen darf, wenn der Arbeitgeber einen unbezahlten Urlaub gewährt. ○

Heberer J. F+A: Unbezahlten Urlaub berechnen.
2019 Februar; 9(02): Artikel 04_07.



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

Frage & Antwort



Wunddokumentation per Smartphone



Antwort von Dr. jur. Jörg Heberer:

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

FRAGE:

Ein Chefarzt fragt an, ob der Datenschutzbeauftragte der Klinik ihm untersagen dürfe, im Rahmen seiner Nebentätigkeit zur ambulanten Behandlung von GKV-Patienten (KV-Ermächtigung vorhanden) die Wunddokumentation per Foto mit seinem alten Smartphone durchzuführen, obwohl dies keinerlei Verbindung mehr zum Internet und keine Apps installiert habe und nur noch zur Fotodokumentation aufgrund der Kamerafunktion verwendet werde.

ANTWORT:

Bei der Beurteilung legt der Verfasser zunächst die Aussage des Chefarztes zu Grunde, dass die Tätigkeit im Rahmen seiner KV-Ermächtigung keine Dienstaufgabe nach dem Dienstvertrag sei, sondern ausschließlich seinem genehmigten Nebentätigkeitsbereich zuzuordnen sei.

Sofern diese Nebentätigkeit des Chefarztes vollumfänglich und strikt von der Diensttätigkeit getrennt wäre, also keinerlei Zusammenhang hergestellt und hiervon völlig unabhängig wäre, wäre nach Auffassung des Verfassers dieser allein rechtlich verantwortlich dafür, welche Geräte er zur

Wunddokumentation verwendet und damit auch für die Einhaltung des Datenschutzes. Denn der Behandlungsvertrag kommt dann lediglich zwischen Patient und dem Chefarzt zu Stande. Der Datenschutzbeauftragte des Klinikums wäre aus Sicht des Verfassers folglich im Rahmen dieser Tätigkeit auch nicht weisungsberechtigt gegenüber dem Chefarzt. Abschließend beurteilen kann der Verfasser dies jedoch nicht, da es hierfür auf die konkreten Regelungen im Dienstvertrag und in der für die Nebentätigkeit geltende Nutzungsvereinbarung ankommt, deren Inhalt hier maßgeblich wäre.

Das Problem sieht der Verfasser nämlich derzeit darin, dass eine vollständige Trennung der Bereiche möglicherweise deshalb nicht vorliegen könnte, da der Chefarzt in den Räumen des Klinikums im Rahmen der Ermächtigung vermutlich auch Patienten des Klinikums behandelt sowie – wie üblich – die Klinik im Rahmen der Nutzungsvereinbarung dem Chefarzt Geräte hierfür zur Verfügung stellt. Eine vollständige Trennung wäre deshalb nach Meinung des Verfassers eher unüblich. Insofern könnte man dann arbeitsrechtlich durchaus ein Mitsprache- und Weisungsrecht des Klinikums und damit auch

Heberer J. F+A: Wunddokumentation per Smartphone.
2019 Februar; 9(02): Artikel 04_08.



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

des Datenschutzbeauftragten im Rahmen der Ermächtigungstätigkeit bezüglich der Frage, welche Geräte benutzt werden dürfen, annehmen. Allerdings müsste der Krankenhausträger dann nach Ansicht des Verfassers auch die notwendigen Mittel für eine ordnungsgemäße Foto-Wunddokumentation bereitstellen.

Zwingend darauf hinzuweisen ist aber, dass die Weigerung den datenschutzrechtlichen Anforderungen des Klinikums bzw. des Datenschutzbeauftragten nachzukommen, ein rechtlich haltbarer Grund für den Widerruf der Nebentätigkeitserlaubnis für die Ermächtigungstätigkeit sein kann.

Unabhängig hiervon müssen nach Auffassung des Verfassers bei der Verwendung eines privaten Smartphones zur Wunddokumentation jedenfalls datenschutzrechtlich zwingend folgende technischen und organisatorischen Schutzmaßnahmen sichergestellt werden können, um etwaige Datenschutzverstöße zu vermeiden:

Erforderlich ist eine angemessene Sicherheitsausstattung. Hierzu zählen insbesondere eine Sicherheitssoftware und Schutzvorrichtungen für die Schnittstellen. Eine zu installierende Sicherheitssoftware muss an Mindestanforderungen eine Verschlüsselung des Speichermediums bzw. mindestens eine verschlüsselte Abspeicherung

der sensiblen Daten, ein Zugangskontrollsystem (mindestens Benutzerkennungs- und Passwortabfrage) sowie eine verschlüsselte Speicherung von Passwörtern aufweisen. Sollte das Smartphone zeitweise mit PCs oder Servern des Klinikums verbunden werden, so sollten auch hier Sicherheitsmechanismen eingesetzt werden.

Es muss zudem jeglicher Zugriff und Zugang durch unberechtigte Dritte vermieden bzw. ausgeschlossen werden. Wenn das Smartphone in der Klinik verbleibt, muss es in einem verschließbaren Schrank eingeschlossen werden können. Sofern das Smartphone mit nach Hause genommen wird, muss ein unbefugter Zugang/Zugriff ebenfalls ausgeschlossen werden können.

Hieran ändert auch eine vorliegende datenschutzrechtliche Einwilligung der Patienten nichts. Es müsste im Übrigen auch geprüft werden, inwieweit diese wirksam wäre, denn aus Sicht des Verfassers müssten diese vollumfänglich informiert sein. Dies bedeutet nach Meinung des Verfassers, dass diese möglicherweise auch darüber informiert werden müssten, dass ein unbemerkter Zugriff von Dritten über das Smartphone nie gänzlich ausgeschlossen werden kann. Denn ein solcher Ausschluss ist nach Ansicht des Verfassers nämlich fraglich, wobei sich dies mangels technischer Kenntnis dem Einschätzungsvermögen entzieht.

Inwieweit also bei einem zur Wunddokumentation verwendeten alten Smartphone, auch wenn sich darauf keine Apps befinden sollten, tatsächlich gewährleistet werden kann, dass ein (auch unbemerkter) Zugriff von dritter Seite, beispielsweise schon allein durch das Mobilbetriebssystem, vollumfänglich ausgeschlossen werden kann, sodass die Nutzung datenschutzrechtlich völlig unbedenklich wäre, kann der Verfasser als Jurist nicht beurteilen. Sofern sich jedoch auch nur eine App darauf befindet, ist das Datenschutzproblem in jedem Fall gegeben, da Apps auch unbemerkt Zugriff auf andere Daten des Smartphones nehmen können.

Zusammenfassend ist deshalb zu sagen, dass bei der Fotodokumentation mit einem privaten Smartphone durchaus datenschutzrechtliche Bedenken bestehen. Inwieweit der Chefarzt im Rahmen seiner Ermächtigungstätigkeit frei und von den Weisungen des Datenschutzbeauftragten unabhängig ist, kann nicht abschließend beurteilt werden, da es hier auf die vertragliche Ausgestaltung des Dienstvertrages und der Nebentätigkeitserlaubnis ankommt. Ebenso ist dem Verfasser hierzu bislang keine Rechtsprechung bekannt, sodass abzuwarten bleibt, ob und wie die Gerichte sich zukünftig positionieren werden. ○



© iStock/HRAUN

Positive Signale für den Belegarzt aus der AG BeKo des BDC

Beim Bundestreffen der Arbeitsgemeinschaft der Beleg- und Kooperationsärzte im BDC am 08. Dezember 2018 in Würzburg tagten erstmalig Ärzte zusammen mit Geschäftsführern aus einigen Belegkrankenhäusern. Die Veranstaltung war gut besucht und das Interesse groß.

Besonders das von der AG BeKo entwickelte Modell „Belegarzt neu Denken“ mit Einbeziehung der Hausärzte in der Geriatrie, Palliativ- und Hospizmedizin ist für die Geschäftsführer sehr interessant. Auch die Modelle der interdisziplinären Belegabteilung und der Mischung von Beleg- und

Hauptabteilung wurden von diesen positiv aufgenommen.

Herr Krüger, Geschäftsführer des Marien-Krankenhauses Lübeck, kritisierte das neue Stufenkonzept der Krankenhausnotfallversorgung und dessen Folgen für die Belegkrankenhäuser. Bei einem Abschlag von vermutlich 60 Euro je Fall wird dies eine Budgetkürzung zwischen 1,5 und 3,7 Prozent bedeuten. Herr Kuhlmann vom Jerusalem-Krankenhaus Hamburg stellte den Zusammenschluss der „9B-Krankenhäuser“ und deren Initiative zur Stärkung des Belegarztes vor.


Dirk Farghal

Leiter der Arbeitsgemeinschaft der Beleg- und Kooperationsärzte (AG BeKo)
Stellv. Leiter des Themen-Referates „Niedergelassene“ im BDC
Chirurgische Praxis am Hauptbahnhof
Bahnhofplatz 9
97424 Schweinfurt
dirk.farghal@t-online.de

Herr Dr. Mütsch und Frau Dr. Hahn berichteten von positiven Signalen von der KBV und aus dem BMG und das deutlich positive Votum im Wasem-Gutachten zum Belegarztwesen, welches deutlich gestärkt und ausgebaut werden solle. Wesentlich sei, dass Herr Prof. Wasem den Erlaubnisvorbehalt durch den Verbotsvorbehalt ersetzen wolle, zumindest wenn der Vertragsarzt als Belegarzt im Krankenhaus tätig ist. Hier sollen gleiche Rechte für Belegärzte und Krankenhausärzte gelten. Auch die Differenzierung von Hauptabteilungs-DRG und Belegabteilungs-DRG sei entbehrlich.

Es wurde weiter berichtet, dass Herr Dr. Gibis von der KBV zugesagt hat, sich mehr für die belegärztliche Versorgung einzusetzen, insbesondere für eine Erweiterung des OPS-Katalogs für die belegärztlichen Operationen. Herr Dr. Orlowski vom BMG wurde zum Verbotsvorbehalt zitiert: „Aus der Logik der Sache ergibt es sich, den Erlaubnisvorbehalt durch den Verbotsvorbehalt zu ersetzen. Im Krankenhaus gilt dann eben immer der Verbotsvorbehalt.“

Innovationen kommen beim Belegarzt sonst erst nach zehn Jahren oder nie an.“ Orlowski habe als Hindernisse die für Belegkrankenhäuser geringere DRG, fehlende Privatliquidation für Belegärzte und die Konkurrenz durch belegärztersetzende Beschäftigungsverhältnisse genannt. Ziel müsse vor allem mehr Effizienz sein. Weniger staatliche Regelungen könne er sich eher nicht vorstellen, allenfalls weniger Einfluss des G-BA. Er beurteile die belegärztliche Versorgung als einen „intermediären Sektor“, der komplett neu geregelt werden müsse. Bezüglich der Kooperationsärzte sieht Orlowski positiven Handlungsbedarf, er spricht hier von belegärztersetzenden Beschäftigungsverhältnissen.

Es wurde bei der Sitzung der AG BeKo festgestellt, dass bisher kein einziges staatsanwaltliches Ermittlungsverfahren nach dem Antikorruptionsgesetz bei Kooperationsärzten bekannt sei. Die Krankenhausträger hätten die Gesetzesverschärfung vielmehr dazu genutzt, um die Vergütungen nach unten zu drücken. ○

BDC|UMFRAGE



HAFTPFLICHTPRÄMIEN BEI NIEDERGELASSENEN CHIRURGEN, BELEGÄRZTEN UND KOOPERATIONSÄRZTEN 2018

Aus der Arbeitsgemeinschaft Beleg- und Kooperationsärzte (AG BeKo) im Referat Niedergelassene Chirurgen des BDC kam die Initiative, unsere BDC-Mitglieder zu Erfahrungen und Problemen mit den **Haftpflichtversicherungen zu befragen**.

Wir danken allen Niedergelassenen Chirurginnen und Chirurgen, die an der Befragung teilgenommen haben. In Kürze veröffentlichen wir in PASSION CHIRURGIE die Ergebnisse dieser Umfrage.

Farghal D: Positive Signale für den Belegarzt aus der AG BeKo des BDC. *Passion Chirurgie*. 2019 Februar, 9(02): Artikel 05_01.



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



Chirurgen-Sprechstunde: Berufsverband wehrt sich gegen Vorwurf der „Bequemlichkeit“

**SPITZENVERBAND DER KRANKENKASSEN
FORDERT LÄNGERE ÖFFNUNGSZEITEN**

Berlin, Januar 2019 – Mit Nachdruck weist der Berufsverband der Deutschen Chirurgen e.V. (BDC) den Vorwurf einer laxen Arbeitsmoral zurück. Der stellvertretende Vorstandsvorsitzende des Spitzenverbandes der Krankenkassen Johann-Magnus von Stackelberg sagte kürzlich „Krankheiten richten sich nicht nach den Lieblingsöffnungszeiten der niedergelassenen Ärzte“. Er unterstellt damit, dass kranke Menschen nicht behandelt würden, weil Fachärzte zu bequem für längere Öffnungszeiten seien. Hintergrund ist die Diskussion um einen Gesetzesentwurf, der einerseits 25 Prozent mehr Praxisöffnungszeiten und andererseits eine Öffnung der Praxen für Notfallpatienten vorsieht.

Niedergelassene Chirurgen und Chirurginnen sprechen sich entschieden gegen diese bössartigen und polemischen Unterstellungen aus. Gerade in der Chirurgie ist es eine Selbstverständlichkeit, frisch Verletzte oder akut Erkrankte ohne Verzug sofort – auch ohne Termin – zu behandeln. „Wer kommt schon auf den Gedanken, sich Tage vor einem Unfall vorsorglich einen Termin beim Arzt zu besorgen“, hinterfragt Dr. Jörg-A. Rüggeberg, Vizepräsident des BDC. Es sei eine völlig realitätsferne Sichtweise des Kassenvertreters, denn die meisten niedergelassenen Chirurgen

seien als Durchgangsarzte für die Berufsgenossenschaften tätig und hielten ihre Praxen ganztags von 8–18 Uhr, auch mittwochs und freitags, vielerorts auch am Samstag für Notfälle offen. „Chirurgen betreuen selbstverständlich auch ihre operierten Patienten am Wochenende“, so Rüggeberg.

Untersuchungen haben ergeben, dass niedergelassene Chirurgen im Durchschnitt mehr als 50 Stunden arbeiteten. „Derartige Arbeitszeiten sind ohne Mittwoch- und Freitagnachmittage gar nicht vorstellbar“, widerspricht der Chirurgenvertreter Stackelbergs Vorwürfen, dass viele niedergelassene Fachärzte an diesen Tagen nicht geöffnet hätten. „Im Grunde kann uns die Diskussion um Öffnungszeiten und offene Sprechstunden egal sein. Der eigentliche staatlich geplante und von den Kassen als Trittbrettfahrer unterstützte Angriff gilt der Autonomie der Ärzte als Freiberufler, zu dessen wesentlichem Merkmal die freie Gestaltung der Arbeitszeit gehört“, so Rüggeberg.

Letztlich ginge es darum, niedergelassene Ärzte zu Angestellten zu machen. Um dieses Ziel zu erreichen, würde nicht davor zurückgeschreckt, populistische und die Wirklichkeit verleugnende Aussagen in die Öffentlichkeit zu bringen. „Man kann gerne eine offene Diskussion führen, aber Beleidigungen und haltlose Vorwürfe sind schlicht ein schlechter Stil.“



Presse-Kontakt BDC: Julia Weilbach,
Telefon 030/28004-200,
presse@bdc.de

Alle Pressemitteilungen und das Medienecho
finden Sie auf BDC|Online (www.bdc.de)
im Bereich Presse



Bedarfsplanung: BDC begrüßt Zusammenlegung von Orthopädie und Chirurgie

Berlin, November 2018: Am 20. September 2018 hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) beschlossen, die Arztgruppen Chirurgie und Orthopädie bei der Bedarfsplanung zusammenzulegen. Dieser Beschluss wurde jetzt vom Bundesministerium für Gesundheit geprüft und bestätigt. Die Zusammenlegung hat erhebliche Auswirkungen auf die Nachbesetzung von chirurgischen Praxen. „Damit hat der G-BA endlich eine langjährige Forderung des Berufsverbandes der Deutschen Chirurgen e.V. (BDC) – zumindest teilweise – umgesetzt“, so Dr. med. Peter Kalbe, BDC-Vorstandsmitglied.

Durch die Inkongruenz zwischen der Weiterbildungsordnung, die ein gemeinsames Fach Chirurgie unter Einschluss der Orthopädie und Unfallchirurgie vorsieht, und den Bestimmungen zur Nachbesetzung von chirurgischen Arztsitzen sei es bisher zu erheblichen Verlagerungen in den Bereich Orthopädie gekommen. „Das führt einerseits zu nicht erwünschten Entsperrungen für Chirurgen und macht andererseits eine Nachfolgeregelung für chirurgische Kollegen ohne Zusatzweiterbildung „Unfallchirurgie“ schwierig bis unmöglich“, erklärt Kalbe.

hatte der BDC gefordert, die Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie und die Fachärzte für Allgemein- und Viszeralchirurgie, also die „Grundversorger“, auf der Landkreisebene und damit kleinräumig zu beplanen und die übrigen sechs spezialisierten chirurgischen Fächer auf der Ebene der Raumordnungsregionen“, so Kalbe. Eine solche Differenzierung sei mit dem Beschluss leider nicht geregelt worden. Das bedeute, zukünftig wäre theoretisch denkbar, dass ein Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie mit einer Spezialisierung in Kinderorthopädie einen ausgeschriebenen chirurgischen Arztsitz mit der Spezialisierung auf Proktologie übernehmen könnte. Der G-BA hat zwar eine vierjährige Beobachtungsphase beschlossen, um derartige Verwerfungen der Versorgungslandschaft zu beobachten und ggfs. gegen zu steuern, der BDC hat aber erhebliche Zweifel, dass dies ausreichen würde, um eine Ausdünnung der chirurgischen Grundversorgung zu verhindern. Hier sei zunächst die Verantwortung der regionalen Zulassungsausschüsse gefordert. Darüber hinaus seien weitere Verbesserungen der Honorierung der Grundleistungen in der chirurgischen Praxis vonnöten, um diese Tätigkeiten wieder für alle niedergelassenen Chirurgen attraktiver zu machen.



Der Beschluss des G-BA zum
Nachlesen.



Presse-Kontakt BDC: Julia Weilbach, Telefon
030/28004-200,
presse@bdc.de

Alle Pressemitteilungen und das Medienecho
finden Sie auf BDC|Online (www.bdc.de) im
Bereich Presse.

Der BDC begrüßt daher im Grundsatz den längst fälligen G-BA-Beschluss. „Allerdings

AKTUELLE MELDUNGEN



25.01.2019

ARZTZEIT: KNAPPE UND WERTVOLLE RESSOURCE

Die Herausforderung ist klar: Vor dem Hintergrund eines zunehmenden Fachkräftemangels in Praxen, Kliniken und der Kranken- und Altenpflege muss die Versorgung der Patienten effizient organisiert werden. ...



24.01.2019

BDC+ KV-NOTDIENST KEINE PFLICHT FÜR ERMÄCHTIGTE KLINIKÄRZTE

Ermächtigte Krankenhausärzte müssen nicht am Notdienst der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) teilnehmen. Das hat das Bundessozialgericht (BSG) am 12. Dezember entschieden...



23.01.2019

OFFENER BRIEF ZU EBM UND OPS

Mit Unverständnis und Verärgerung haben die unterzeichnenden Verbände die Beschlüsse des Bewertungsausschusses aus der 430. Sitzung vom 12.12.2018 zur Anpassung des Anhangs 2 zum Einheitlichen Bewertungsmaßstab ...



22.01.2019

SCHUSS VOR DEN BUG

Der Bundesgesundheitsminister will in bestimmten Fällen, in denen es um innovative, für die Patienten wichtige Leistungen geht, selbst entscheiden, ob sie von den Krankenkassen übernommen werden müssen. ...



18.01.2019

BDC+ HERZCHIRURGIN WIRD NEUE PATIENTENBEAUFTRAGTE

Das Bundeskabinett hat die Bundestagsabgeordnete und Medizinprofessorin Claudia Schmidtke (CDU) am 16. Januar für die Position der Patientenbeauftragten der Bundesregierung bestätigt. Das Ehrenamt war ...



17.01.2019

ANGEHENDE ÄRZTINNEN UND ÄRZTE SIND KEINE KOSTENLOSEN STATIONSHILFEN

„Ärztliche Nachwuchsförderung fängt im Medizinstudium an und muss vernünftige Rahmenbedingungen für das Praktische Jahr (PJ) mit einschließen. Deshalb unterstützen wir die Forderungen der PJ-Studierenden ...

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 2019/2020, dann Präsident 2021/2022
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 Januar 2019
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:

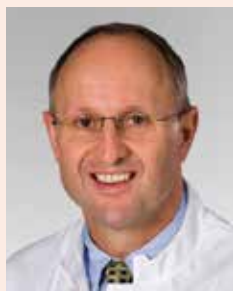
**„VOLLE KRAFT VORAUS
– MIT HERZ, HAND UND
VERSTAND!“**

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 lauffinteressierten 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 Schrempf (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: CoCStom₃ 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-Studie₃ 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: ESOPEC₃ 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 Übergangs Typ I und II nach Siewert-Klassifikation bei männlichen Patienten im Alter von 18–75 Jahren mit geplan- ter 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 Chirurgeninnen und Chirurgen als Einzelmitglieder in die DGCH aufzunehmen und durch das volle Stimmrecht mehr Verantwortung für die Ausrichtung der DGCH zu geben. Dazu erfolgte 2017 die notwendige DGCH-Satzungsänderung, um den Weg zur Doppelmitgliedschaft zu ermöglichen.

ZIEL IST DIE STARKE INTERESSENVERTRETUNG MIT EINER STIMME!

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

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



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



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



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

Gestaltung übergeordneter Belange der Chirurgie einzubringen.

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

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

An dieser Stelle appellieren wir an Sie:

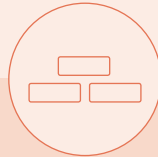
Treten auch Sie ein, unterstützen Sie die DGCH und werben Sie aktiv um weitere Mitglieder zu Stärkung unserer „Solidargemeinschaft“. Für weitere Fragen stehen wir Ihnen über unsere Geschäftsstelle jederzeit zur Verfügung. Darüber hinaus informieren Sie die DGCH-Newsletter zeitnah über weitere Entwicklungen.

Kontakt DGCH-Geschäftsstelle:

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

SPENDENAUFRAF

Langenbeck-Virchow-Haus



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

sich mit einem Spendenaufruf an die Mitglieder zu wenden.

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

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

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



Prof. Dr. med. 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
 Herr Prof. Dr. med. T. Grundmann, Burghausen
 in memoriam Margarethe Grundmann, Burghausen
 Herr Prof. Dr. med. Helmut Witzigmann
 von seinen Mitarbeitern der Chirurgischen Klinik Dresden-Friedrichstadt

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. Izicki, Hamburg

Herr Prof. Dr. med. Hans Zwipp, Dresden
 Herr Dr. med. Dusan Dragojevic, Isernhagen
 Herr Prof. Dr. med. G. Heinz Engelhardt,
 Wuppertal
 Proktologische Praxis Kiel,
 Herr Dr. med. Johannes Jongen,
 Herr Dr. med. Hans-Günter Peleikis,
 Herr Dr. med. Volker Kahlke
 Herr Dr. med. Wolfgang Hermes, Bremen
 Herr Dr. med. Wolf-Dieter Hirsch, Grimma
 Herr Dr. med. Holger Herzing, Höchstadt/
 Aisch
 Herr Dr. med. Michael-Alexander Reinke,
 Plettenberg
 Herr Dr. med. Winfried Hölter, Monheim
 Herr Dr. med. Matthias Becker, Possendorf
 Frau Dr. med. Martina Mittag-Bonsch,
 Crailsheim
 Zur Erinnerung an den Virchow-Schüler Paul
 Langerhans, Berlin und Madeira. Seine
 Familie
 Herr Prof. Dr. med. Stefan Riedl, Göppingen
 Herr Dr. med. Gerwin Alexander Bernhardt,
 Voitsberg/Österreich

Herr Dr. med. Georgios Adamidis, Pirmasens
 Herr Dr. med. Orhan Özdemir, Herborn
 Herr Dr. med. Marcus Giebelhausen,
 Paderborn
 Herr Prof. Dr. med. Matthias Richter-Turtur,
 Münsing
 Herr Dr. med. Michael Eckert, Speyer
 in memoriam
 Prof. Dr. med. Kurt Spohn
 Herr Prof. Dr. med. Rudolf Bedacht,
 München
 Herr Dr. med. Hans-Joachim Wigro,
 Bielefeld
 Herr Dr. med. Ingolf Hoellen, Backnang
 Herr Dr. med. Konrad Prenner, Salzburg
 Herr Dr. med. Radovan Stojanovic, Kassel
 Herr Dr. med. Jörg Kluge, Erfurt
 in memoriam Dr. med. habil Werner
 Kluge, Dresden
 Herr Dr. med. Roland Kluge, Dresden
 in memoriam Dr. med. habil. Werner
 Kluge, Dresden
 Frau Dr. med. Ricarda E. Sieben,
 Braunschweig

Herr Dr. med. Peter Gilsdorf, Mainz
 Herr PD Dr. med. Friedrich Thielemann,
 Villingen-Schwenningen
 Herr Dipl.-Ing. H. - F. Bär, Werl
 Herr Dr. med. Albert Schreiber, Neumarkt
 in memoriam Dr. med. Claus Wiedmann
 Frau Dr. med. Waltraud von Kothen,
 Tegernsee
 Herr Dr. med. Jürgen Friedrich, Essen
 Herr Dr. med. Arnd Siegel, Stade
 in memoriam Prof. Dr. med. Rudolf Nissen
 Herr Dr. med. Michael-Alexander Reinke,
 Plettenberg
 in memoriam Prof. Dr. med. E.H.
 Farthmann
 Saarländische Chirurgenvereinigung e.V.,
 Saarbrücken
 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

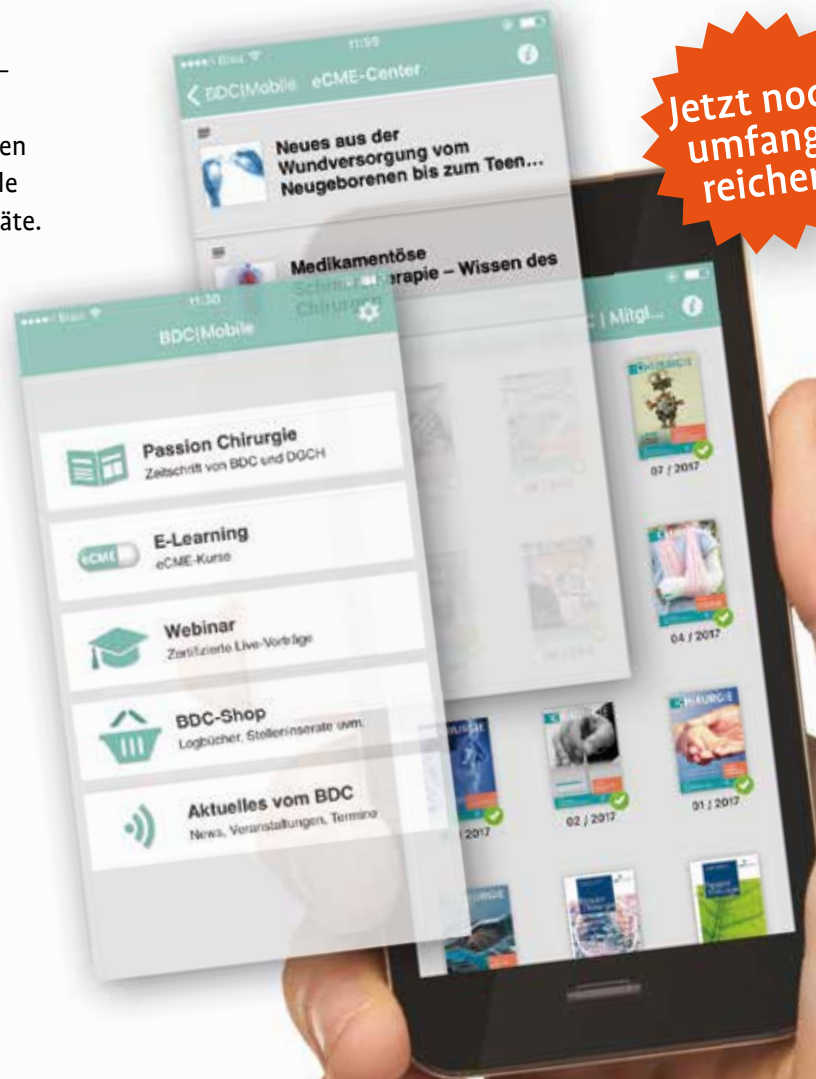
Die schnellsten Infos für
Chirurginnen und Chirurgen

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.





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).

BDC-Sitzungen auf dem Chirurgenkongress 2019

Auch 2019 wird der BDC einige Sitzungen auf dem 136. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie anbieten, die wir Ihnen hier auf einen Blick zusammengestellt haben.

Denken Sie vor allem auch an die BDC-Mitgliederversammlung im Rahmen des Kongresses: Freitag, 29. März 2019, 11.45 bis 12.30 Uhr in Saal 2.

MITTWOCH, 27.03.2019

Uhrzeit	Thema	Ort
10.30–12.00 Uhr	Sektorübergreifende Versorgung – Konsequenzen aus veränderter Bedarfsplanung	EG - Saal 2
13.30–15.00 Uhr	(Alters-)Grenzen chirurgischer Aktivitäten	1. OG - Saal 14c
15.30–17.00 Uhr	Sicherheitskultur in Klinik und Praxis	EG - Saal 2

FREITAG, 29.03.2019

Uhrzeit	Thema	Ort
08.30–09.30	Wundmanagement in Klinik und Praxis	EG - Saal 2
10.00–11.00	Proktologie für die Praxis	EG - Saal 2
11.45–12.30	Mitgliederversammlung BDC	EG - Saal 2
12.30–14.00	Varizenchirurgie – State of the art	EG - Saal 2
14.30–15.30	OP-Management	EG - Saal 2



Informationen und Anmeldung zum
Chirurgenkongress 2019 in München

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!

COMMON TRUNK



Basischirurgie für Berufseinsteiger

Das Basisseminar in **Bochum vom 21.–23.03.2019** vermittelt Berufseinsteigern das nötige Grundwissen und die chirurgischen Basisfertigkeiten, die für den Berufsalltag auf der Station, im Nachtdienst und in der Notaufnahme notwendig sind. Nach der Teilnahme an einem Seminar zur Basischirurgie und an einem weiterführenden Seminar, verleiht die BDC|Akademie das BDC-Zertifikat Basischirurgie.

Anmeldung und Information...

CURRICULUM BASISCHIRURGIE



Notfallmanagement im Bereitschaftsdienst

Das Seminar für Berufseinsteiger am **08.–09.03.2019 in Leipzig** vermittelt interdisziplinäre Basisfertigkeiten und Kenntnisse für eine sichere Bewältigung von Bereitschaftsdiensten. Die Teilnehmer lernen an zwei Tagen zudem die Grenzen der eigenen Kompetenz kennen, lernen wann sie einen Facharzt hinzuziehen müssen und wie die Zeit bis Hilfe eintrifft zu überbrücken ist. Das Seminar gehört zum Curriculum Basischirurgie.

Anmeldung und Information...



Neuigkeiten aus dem BDC finden Sie auf BDC|Online (www.bdc.de, Rubrik BDC|News).

Das Referat für „Niedergelassene“ stellt sich vor



Dr. med. Peter Kalbe
Leiter des Themen-Referates
„Niedergelassene“ im BDC
Praxis am Wall in Rinteln
Gelenkzentrum Schaumburg
Kalbe@bdc.de



Dr. med. Ralf Wilhelm Schmitz
Stellv. Leiter des Themen-Referates
„Niedergelassene“ im BDC
MVZ Chirurgie Kiel
schmitz@chirurgie-kiel.de



Dirk Farghal
Stellv. Leiter des Themen-Referates
„Niedergelassene“ im BDC
Leiter der Arbeitsgemeinschaft der

Das Referat „Niedergelassene“ Chirurgen setzt sich aus mehr als 30 Regionalvertretern zusammen, die sich zwei- bis dreimal jährlich treffen, um berufspolitische Entwicklungen zu diskutieren sowie Erfahrungen auszutauschen. Dabei kommt der regionalen Gliederung eine hohe Bedeutung zu, weil sich die Rahmenbedingungen für chirurgische Praxen deutlich unterscheiden, je nachdem welche Kassenärztliche Vereinigung und welche Ärztekammer zuständig ist. Der Referatsleiter ist gemäß der BDC-Satzung Mitglied im erweiterten Vorstand. Das Referat hat sich in den letzten Jahren maßgeblich in die Reformen des EBM und der GOÄ eingebracht. Die niedergelassenen BDC-Mitglieder werden bei Bedarf individuell sowie in Seminaren und in Vortragsveranstaltungen auf den chirurgischen Kongressen beraten. Besondere Schwerpunkte sind dabei u. a. die D-ärztliche Tätigkeit, Fragen der Abrechnung, der KV-Zulassung und der betriebswirtschaftlichen Praxisführung.

Es bestehen projektbezogene Kooperationen mit den anderen chirurgischen und orthopädischen Berufsverbänden. Gerade die über Jahre gewachsene vertrauensvolle Zusammenarbeit mit diesen Verbänden ist hilfreich bei der anstehenden Zusammenlegung von Orthopädie und Chirurgie im Rahmen der Abrechnung und der Bedarfsplanung.

Ein wichtiges Zukunftsprojekt ist die Verbesserung der sektorenübergreifenden Versorgung. Hier bringt sich das Referat mit Modellprojekten zur Ausgestaltung der chirurgischen Weiterbildung, der Implementierung von sektorenübergreifenden Fallpauschalen oder auch der Neustrukturierung der Notfallversorgung ein.

Der niedergelassene Chirurg ist das klassische Beispiel für gelebte sektorenübergreifende Versorgung. So ist er oft nicht nur ambulant vertragsärztlich oder als D-Arzt tätig, sondern häufig auch stationär als Beleg-, Honorar- oder Kooperationsarzt.

Die von Dirk Farghal geleitete Arbeitsgemeinschaft der Beleg- und Kooperationsärzte (AG BeKo) innerhalb des Referats „Niedergelassene“ versucht, eine Öffnung des Kapitels 36 im EBM für weitere belegärztliche Operationen zu erreichen und mittelfristig die Regelung des SGB V mit dem Erlaubnisvorbehalt im Belegarztwesen durch den Verbotsvorbehalt (wie im Krankenhaus) zu ersetzen. Weiterhin werden gemeinsam mit anderen Berufsverbänden, Geschäftsführern von Belegkrankenhäusern und mit der KBV neue Perspektiven für das Belegarztwesen gesucht. Ein weiterer Schwerpunkt ist die rechtssichere Vertragsgestaltung für die Kooperationsärzte aufgrund des Antikorruptionsgesetzes.

Beleg- und Kooperationsärzte (AG BeKo)
Chirurgische Praxis am Hauptbahnhof
dirk.farghal@t-online.de

Kalbe P, Schmitz RW, Farghal D: Das Referat für „Niedergelassene“ stellt sich vor. *Passion Chirurgie*. 2019 Februar, 9(02): Artikel 07_03.



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

Das Referat für „Oberärzte“ stellt sich vor



Prof. Dr. med. Daniel Vallböhmer
Leiter Themen-Referat Oberärzte im BDC
Chefarzt der Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie
Evangelisches Klinikum Niederrhein gGmbH
Fahrnerstraße 133
47169 Duisburg
daniel.vallboehmer@evklin.de



PD Dr. med. Hans Fuchs
Stellv. Leiter Themen-Referat Oberärzte im BDC
Leiter Roboter-assistierte minimal invasive Chirurgie
Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Tumorchirurgie
Universitätsklinikum Köln (AöR)
Kerpener Str. 62
50937 Köln
hans.fuchs@uk-koeln.de

Die im April 2018 neu in Kraft getretene Satzung des BDC sieht Themenreferate vor, um die vielfältigen Sachfragen des Berufsverbandes für seine Mitglieder noch effizienter und zielführender zu strukturieren.

Seit Mitte 2018 wurde das Referat für Oberärzte des BDC personell erweitert: Herr PD Dr. med. Hans Fuchs wird Herrn Prof. Dr. med. Daniel Vallböhmer in diesem Referat unterstützen. Gemeinsam werden wir als Vertreter der Oberärzte im Berufsverband der Deutschen Chirurgen sowohl die Interessen des sogenannten „Mittelbaus“ innerhalb der chirurgischen Kliniken Deutschlands vertreten, aber auch als Vermittler auf dem Karriereweg in der chirurgischen Krankenhausmedizin fungieren. Darüber hinaus ist uns eine enge Kooperation mit den einzelnen Themen-Referaten von größter Wichtigkeit, da nur auf diesem Weg erfolgreiche Projekte umgesetzt werden können.

Wir beide haben bereits drei Jahre gemeinsam an der Kölner Uniklinik gearbeitet und uns in dieser Zeit angefreundet – damals noch in den Funktionen Oberarzt und Assistent. Für die Zukunft haben wir uns u. a. folgende Themen auf die Agenda genommen:

Unser erstes Projekt ist die Verbesserung der Weiterbildung in der Chirurgie an deutschen Kliniken. Der Bewerbermarkt in der Chirurgie wird von deutschen Klinikleitern als stark mangelhaft empfunden. In der Not unbesetzter Stellen nimmt man sogar einen unerwünschten Qualitätsverlust hin.

Dies lässt sich aus der aktuellen Umfrage, **„Nehmen wir jetzt jeden?“ – Eine Umfrage in deutschen chirurgischen Kliniken**, welche im letzten Jahr in der Passion Chirurgie [1] publiziert wurde, entnehmen. Es gibt demnach viel zu tun, um diese Situation für zukünftige Chirurgengenerationen wieder zu verbessern und die Qualität unseres Berufsstandes beizubehalten.

Unser zweites Projekt ist die Klärung von Zukunftsfragen für den „Mittelbau“. Wie bleibt man im Zuge der zunehmenden Digitalisierung in der Chirurgie up to date? Wie erhält man Zugang zu neuen Technologien, wie zum Beispiel künstlicher Intelligenz und Robotik? Wie gewinnt man Mitarbeiter, die einen auf eine (Leitende-) Chefarztposition begleiten?

Unser Ansatz ist interdisziplinär, integrativ und fachgruppenübergreifend und soll nicht nur oberärztliche Kollegen ansprechen.

Das Referat lebt von Ihren Ideen, Visionen und Expertisen! Wir benötigen dabei Ihre Unterstützung. Sprechen Sie uns an! Machen Sie in unserem Referat mit! Nur gemeinsam können wir die Zukunft gestalten!

LITERATUR

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

Vallböhmer D, Fuchs H: Das Referat für „Oberärzte“ stellt sich vor. *Passion Chirurgie*. 2019 Februar, 9(02): Artikel 07_04.



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

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



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

BDC | Nordrhein

Vorsitzender
Dr. med. Jüßen Klein

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

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

Regionalvertreter NL
Dr. med. Werner Boxberg

stellv. Regionalvertreter NL
Dr. med. Sven Gregor

Stellv. Regionalvertreter NL
Dr. med. Jürgen Klein

BDC | Hessen

Vorsitzender
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



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
Dr. Max Freiherr von Seebach

Stellv. Regionalvertreter NL
Dr. med. Gunnar Peters

BDC | Brandenburg

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

Stellv. Vorsitzender
Prof. Dr. med. Martin Kruschewski

Regionalvertreter NL
Dr. med. Christian Federlein

BDC | Sachsen-Anhalt

Vorsitzender
Prof. Dr. med. Karsten Ridwelski

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

2. Vorsitzender
Dr. med. Matthias Krüger

Regionalvertreter NL
Dr. med. Dirk Arbter

BDC | Sachsen

Vorsitzender
Dr. med. Ehrhardt Weiß

Stellv. Vorsitzender
Dr. med. Jörg Hammer

Regionalvertreter NL
Dr. med. Jörg Hammer

BDC | Thüringen

Vorsitzender
Dr. med. Uwe Bust

Stellv. Vorsitzender
Dr. med. Lutz Künanz

Regionalvertreter NL
Dr. med. Stephan Dittrich

BDC | Niedersachsen

Vorsitzender
Prof. Dr. med. Guido Schumacher

Stellv. Vorsitzender
Dr. med. Frank Siebert

Stellv. Vorsitzender
Prof. Dr. med. Ulf Culemann

Regionalvertreter NL
Dr. med. Frank Siebert

Stellv. Regionalvertreter NL
Dr. med. Ramin Barmaki Pour

Stellv. Regionalvertreter NL
Dr. med. Raymond Young

BDC | Bayern

Vorsitzender
Prof. Dr. med. Matthias Anthuber

Stellv. Vorsitzender
Dr. med. Hubert Mayer

Regionalvertreter NL
Dr. med. Axel Neumann

Stellv. Regionalvertreter NL
Dirk Farghal

Stellv. Regionalvertreter NL
Dr. med. Rainer Woischke

BDC-PRESSESPIEGEL

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

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
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
20.09.2019		Berlin	2019-21525	Workshop: Simulationstraining Notfallmanagement	Dr. med. Jan Baus	450,00	600,00
20.09.2019	21.09.2019	Aachen	2019-21514	Workshop: Chirurgische Anatomie	Prof. Dr. med. Andreas Prescher	400,00	600,00
20.09.2019		Berlin	2019-21525	Workshop: Simulationstraining Notfallmanagement	Dr. med. Jan Baus	450,00	600,00
26.09.2019	28.09.2019	Berlin	2019-21503	Praktisches Seminar – Allgemein-, Viszeral- und Gefäßchirurgie	Dr. med. Jörg Sauer	400,00	600,00

FACHARTZTVORBEREITUNG

DATUM		ORT	KURS-NR.	SEMINARTITEL	WISSENSCHAFTLICHER LEITER	PREIS MITGLIED	PREIS NICHT-MGL
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 Großerlinden	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
09.09.2019	13.09.2019	Leipzig	2019-22550	Facharztseminar Allgemeinchirurgie	Dr. med. Ehrhardt Weiß	350,00	550,00
17.09.2019	20.09.2019	Berlin	2019-23823	Facharztseminar Orthopädie/ Unfallchirurgie	Prof. Dr. med. Julia Seifert	350,00	550,00

FACHBEZOGENE SEMINARE, WORKSHOPS UND HOSPITATIONEN

DATUM		ORT	KURS-NR.	SEMINARTITEL	WISSENSCHAFTLICHER LEITER	PREIS MITGLIED	PREIS NICHT-MGL
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
05.06.2019	07.06.2019	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
6.09.2019	07.09.2019	Berlin	2019-23685	Viszeralchirurgie Kompakt: Beckenbodenchirurgie	PD Dr. med. Annett Gauruder-Burmester	300,00	500,00
19.09.2019	20.09.2019	Berlin	2019-22401	CAMIC 1	Prof. Dr. med. Ferdinand Köckerling	400,00	600,00
23.09.2019	24.09.2019	Norderstedt	2019-23617	Orthotrauma: Zugangswege untere Extremität	Prof. Dr. med. Burkhard Wippermann	800,00	1.000,00
27.09.2019	28.09.2019	Berlin	2019-23865	3. Seminar Fußchirurgie	Dr. med. Dan-H. Boack	500,00	650,00
27.09.2019	28.09.2019	Dresden	2019-23824	OP-Kurs Ellenbogenchirurgie	Prof. Dr. med. Guido Fitze; Dr. med. Jörg Nowotny, Prof. Dr. med. Wolfgang Schneiders	500,00	650,00

FACHÜBERGREIFENDE SEMINARE

DATUM		ORT	KURS-NR.	SEMINARTITEL	WISSENSCHAFTLICHER LEITER	PREIS MITGLIED	PREIS NICHT-MGL
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
22.03.2019		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
20.09.2019	21.09.2019	Köln	2019-25820	Begutachtung von Berufskrankheiten	Dr. med. Ekkehard Hierholzer	300,00	500,00

BDC|Akademie

Information und Anmeldung:

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

SPONSOREN DER BDC|AKADEMIE

Der Berufsverband der Deutschen Chirurgen e.V. (BDC) definiert traditionell chirurgische Weiter- und Fortbildung als eine seiner Kernaufgaben. Das Angebot der BDC|Akademie hat sich in den letzten Jahren stetig erweitert und folgte der karrierebedingten Gliederung vom Berufseinstieg des chirurgischen Nachwuchses bis hin zu den praxis-orientierten Anforderungen an klinisch tätige Chirurgeninnen und Chirurgen.

Die Umsetzung dieses umfassenden Programms ist ohne die finanzielle und materielle Unterstützung der medizintechnischen und pharmazeutischen Industrie heutzutage gerade unter den erschwerten Rahmenbedingungen nicht denkbar. Dieses betrifft neben dem Gesamtprogramm der Akademie auch immer wieder die gezielte Förderung ein-

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

Die BDC|Akademie dankt allen Sponsoren für die vertrauensvolle Zusammenarbeit und für ihr professionelles Engagement in der chirurgischen Weiter- und Fortbildung.



Veranstaltungshinweise

Datum		Ort	Seminartitel	Veranstalter	Preis Mitglied	Preis Nicht-Mitglied
22.02.2019	22.02.2019	Hamburg	Zertifikatskurs Fraktursonografie im Wachstumsalter	durchblicken.org	250.00	250.00
06.03.2019	08.03.2019	Gießen	42. Handchirurgischer Operationskurs mit Arthroskopie-Workshop „Die traumatisierte Hand“	Klinik und Poliklinik für Unfall-, Hand- und Wiederherstellungschirurgie, Universitätsklinikum Gießen und Marburg GmbH, Standort Gießen in Zusammenarbeit mit der AIOD Deutschland und dem Institut für Anatomie und Zellbiologie der Justus-Liebig-Universität Gießen	550.00	550.00
15.03.2019	15.03.2019	Dinslaken	Laparoskopie-Workshop Grundkurs - Trainingskurs Minimal Invasive Chirurgie für Chirurgen	Dr. med. Klaus Peitgen Chefarzt Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie -Zentrum für Minimal Invasive Chirurgie - St. Vinzenz-Hospital Dinslaken Dr.-Otto-Seidel-Straße 31 - 33 46535 Dinslaken	120.00	120.00
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
27.06.2019	29.06.2019	Salzburg	34. Jahreskongress der GOTS	Intercongress GmbH		
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 Steinfelstein	Kniegelenknahe Osteotomien	Intercongress GmbH		
11.10.2019	11.10.2019	Dinslaken	Laparoskopie-Workshop Grundkurs - Trainingskurs Minimal Invasive Chirurgie für Chirurgen	Dr. med. Klaus Peitgen Chefarzt Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie -Zentrum für Minimal Invasive Chirurgie - St. Vinzenz-Hospital Dinslaken Dr.-Otto-Seidel-Straße 31 - 33 46535 Dinslaken	120.00	120.00
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

LIFESTYLE- ANGEBOTE

im Februar 2019

%

20 %



SIXT: BIS ZU 20 % RABATT FÜR BDC-MITGLIEDER

10 %



EXPEDIA: BIS ZU 10 % RABATT FÜR BDC-MITGLIEDER

15 %



HOTELOPIA: 15 % RABATT FÜR BDC-MITGLIEDER

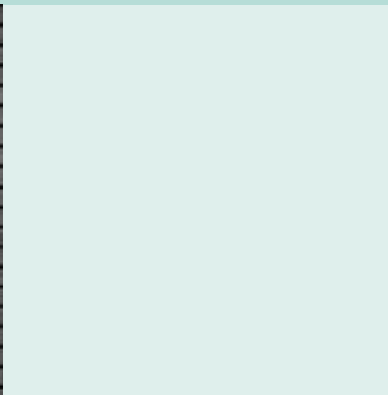
10 %



MSC: 10 % 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.



Jetzt
Mitglied
werden und
von vielen
Vorteilen
profitieren!

Willkommen in einem starken Netzwerk

Beantragen Sie jetzt Ihre Mitgliedschaft im BDC und werden Sie Teil
des größten chirurgischen Netzwerkes in Deutschland!

- ✓ Berufspolitische Interessenvertretung
- ✓ Umfangreiches Seminar- und Webinarangebot
- ✓ Breites E-Learning-Angebot
- ✓ Starkes Mitglieder-Netzwerk
- ✓ Umfassende Karriereberatung und chirurgischer Stellenmarkt
- ✓ Nachhaltige Förderung des chirurgischen Nachwuchses
- ✓ Kompetente Rechtsberatung
- ✓ Spezielle Versicherung für Chirurgen und Jungmediziner
- ✓ Aktuelle Infos rund um die Chirurgie und kostenlose Zeitschrift
- ✓ Exklusive Angebote für das Berufs- und Privatleben

**Studierende
willkommen!**

PANORAMA

Gespräche *am* OP-Tisch





Dr. med. Jörg-Andreas Rüggeberg
Vizepräsident
Berufsverband der Deutschen
Chirurgen e.V. (BDC)
Luisenstraße 58/59
10117 Berlin
dr.rueggeberg@t-online.de

Das Interview ist erschienen in „MDK
forum 4-2018“. Die Fragen stellte
Dorothee Buschhaus.

Rüggeberg JA: Gespräche am OP-Tisch –
wer sagt was? Passion Chirurgie.
2019 Februar, 9(02): Artikel 09.



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

Gespräche am OP-Tisch – wer sagt was?

Während ein Blinddarm womöglich unkompliziert in 20 Minuten raus ist, gibt es Operationen, die sich über den ganzen Tag hinziehen können. Was geschieht, während der Patient schlafend auf dem Operationstisch liegt? Worüber unterhalten sich Operateure und OP-Team? Dr. Jörg-Andreas Rüggeberg, Vizepräsident des Berufsverbandes der Deutschen Chirurgen e.V., erzählt.

Was passiert eigentlich bei einer Standard-Operation: Wie viele Menschen sind in der Regel im Operationssaal? Wie sieht das übliche OP-Team aus? Und wer übernimmt welche Aufgabe?

Das ist in Abhängigkeit des Eingriffs durchaus unterschiedlich. Klar braucht es immer den Operateur und in der Regel auch eine Assistenz am Tisch sowie einen Anästhesisten bei Narkoseeingriffen. Beide Teams brauchen jeder mindestens eine OP-Pflegekraft zum Instrumentieren und ganz wichtig einen sogenannten Springer, der von außen anreicht. Je größer der Eingriff und vor allem je technisch höher gerüstet, braucht es weitere Assistenzen am Tisch, Techniker für Herz-Lungen-Maschinen, zur Bedienung von Robotern, von intraoperativen Bildgebungen wie Röntgen oder MRT. Also von einer Skatrunde bis zu einer Fußballmannschaft inklusive Bank ist die Bandbreite ziemlich groß.

Bei einer Operation ist doch jeder Schritt genau festgelegt. Muss man da so konzentriert sein, dass man – wenn überhaupt – nur über die OP und das, was mit ihr im Zusammenhang steht, spricht? Oder gibt es die berühmten Ein-Wort-Anweisungen „Tupfer! Skalpell! Schere!“ nur im Film?

Weil die Menschen verschieden sind, sind auch Operationen individuell unterschiedlich. Deshalb ist volle Konzentration extrem wichtig, um auf Abweichungen vom geplanten

Vorgehen adäquat und vorausschauend reagieren zu können. Bei uns ist es wie im Cockpit eines Flugzeugs: Meist ist es undramatisch, aber es muss immer die Bereitschaft da sein, auf einen plötzlichen Notfall sofort zu reagieren. Es bleibt schon Raum für private Gespräche.

Ein Wort noch zu dem Image des Chirurgen im Film: Ein gutes Team braucht keine Anweisungen, da alle Beteiligten wissen, was gebraucht wird.

Wie kann man sich die Atmosphäre im OP vorstellen? Wovon hängt sie ab?

Am besten lässt sich das mit dem Begriff steril verbinden. Soll ja auch so sein, denn das Wichtigste ist die Vermeidung von Infektionen. Das bedingt dann die entsprechende „Verkleidung“ der Handelnden, aber auch bestimmte Bewegungsmuster und nicht zuletzt auch eine gewisse Schweigsamkeit. Ansonsten ist es ein technikdominierter Arbeitsplatz, der zunächst etwas abweisend wirkt, aber in dem Moment, da der Patient in die Mitte des Raums gebracht wird, urplötzlich einen Fokus bekommt, auf den sich alles konzentriert.

Wenn sich eine Operation über Stunden hinzieht, der Gesundheitszustand des Patienten stabil ist und die Situation es zulässt, redet man dann auch schon mal über Wetter, Weltpolitik und Wochenende? Darf gelacht und über Privates geredet werden?

Eins vorweg: Unter dem Gesichtspunkt der Minderung des Infektionsrisikos sollte möglichst wenig gesprochen werden, jedenfalls nicht direkt in die offene Operationswunde hinein. Aber ein Schweigegebot gibt es deswegen nicht. Je nachdem wird also schon über Dinge außerhalb der eigentlichen Operation gesprochen. Das hat gar nicht mal was mit der Dauer einer Operation zu tun. Es gibt

immer Phasen, in denen eher Routinetätigkeiten ohne großes Risiko anfallen. Da kann dann schon auch das letzte Bundesligaspiel Thema sein. Wie schon gesagt, wir sind durchaus vergleichbar mit Piloten, die auch nicht permanent den Steuerknüppel umklammern, aber jederzeit für Notfallsituationen gerüstet sind. Aus eigenem Erleben kann ich sagen, dass meine Narkoseärztin viel geredet hat. Sobald sie still wurde, wusste ich, dass es ein Problem gab, und konnte selber reagieren.

Stichwort „Patient hört mit“: Eine besondere Situation ist es doch bestimmt, wenn Patienten nicht unter Vollnarkose operiert werden und mehr oder weniger alles mitbekommen, was um sie herum passiert. Gibt es „Verhaltensregeln“ für solche Fälle?

Grundsätzlich sollte man sich so verhalten, als würde der Patient bei vollem Bewusstsein alles mitbekommen. Das ist wie im sonstigen Leben eine Grundprämisse, bei der es keine besonderen Verhaltensregeln geben muss. Wenn ich allerdings höre, was im öffentlichen Raum, zum Beispiel in Großraumwagen der Bahn, so alles ohne jede Diskretion am Handy besprochen wird, frage ich mich, ob das nicht ein allgemeines Problem der privaten Zurückhaltung ist.

Zum Schmunzeln: Wollte schon mal ein Patient mitreden? Gibt es eine Anekdote?

Anekdoten gibt es sicher. Bei mir persönlich ist es eher so, dass ich bei Eingriffen in örtlicher Betäubung mit den Patienten ganz gerne über Privates spreche, um sie ein wenig von ihren Ängsten abzulenken.

An vielen Arbeitsplätzen, an denen mehrere Menschen gemeinsam in einem Raum arbeiten, gehören diese derselben Hierarchie-Ebene an. Im OP ist das anders. Wirkt sich das auch auf die Kommunikation aus?

Ist so gar nicht zutreffend. Jedem im OP ist klar, dass ein gutes Ergebnis nur im Team möglich ist. Natürlich gibt es einen Endverantwortlichen, der andererseits gut beraten ist, die Anwesenheit weiterer Personen als das zu werten, was sie ist, nämlich eine unverzichtbare Hilfe. Es gelten also wie im wirklichen Leben auch die Grundsätze der Höflichkeit, auch wenn die gegenseitige freundschaftliche Verunglimpfung zwischen OP-Team und Anästhesie nach außen grenzwertig erscheint. Beide Partner nehmen das aber nicht ernst und nutzen so etwas auch zum Stressabbau. Nicht vergessen darf man im Übrigen, dass im OP auch Ausbildung stattfindet, die naturgemäß ein Mindestmaß an Kommunikation erfordert.

In den USA haben Psychologen untersucht, ob und wie Konflikte in Operationssälen

ausgetragen werden. Sie fanden heraus, dass Konflikte nur einen Bruchteil der Kommunikation ausmachen. Wenn, dann seien es eher die Männer, die zu Zank neigen, und häufig gingen die Streitigkeiten von der Person mit dem höheren Status aus. Lassen sich diese Ergebnisse Ihrer Erfahrung nach auf deutsche Operationssäle übertragen?

Wir haben meist gar keine Zeit im OP, um uns großartig zu zanken. Immer steht der Patient im Mittelpunkt, und wie schon gesagt, immer hat auch der Operateur die Endverantwortung. Wenn es mal unterschiedliche Meinungen geben sollte, so werden diese hinterher diskutiert. Im Extremfall, und das dann auch im Interesse des Patienten, übernimmt der Erfahrenere den Eingriff, wenn der Operateur nicht weiterkommt. Das geschieht ohne laute Worte, weil alle wissen, dass es immer und ausschließlich um das Wohl des Patienten geht.

Das Interview ist erschienen in „MDK forum 4-2018“. Die Fragen stellte Dorothee Buschhaus.

