

PASSION

CHIRURGIE

Passion Chirurgie 03/I/2019

NACHRUF



ZU EHREN
VON PROF.
DR. K. HEMPEL

im Fokus

SCHWANGER
IM OP

03 | I | 2019

MITGLIEDERZEITSCHRIFT:
DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR CHIRURGIE
BERUFSVERBAND DER DEUTSCHEN CHIRURGEN



BDC  Berufsverband der
Deutschen Chirurgen e.V.

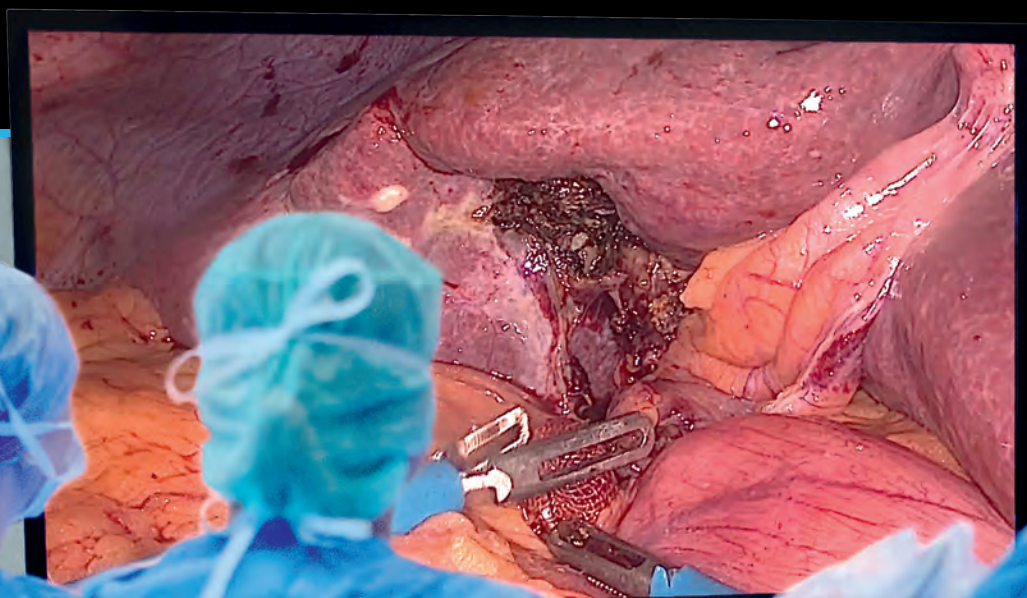
Synergy^{UHD4}

Maximale Auflösung. Maximale Farben. Maximales Ergebnis.

Kombiniertes, ultra-hochauflösendes Kamerasystem,
LED-Lichtquelle und Bildmanagementsystem in einem
Gehäuse mit intuitivem Tabletcontroller

- Scharfe und detaillierte Darstellung mit über
1 Milliarde Farben
- Monitorgrößen bis zu 55"
- Interdisziplinäre Lösungen

4K
ULTRA HD



www.arthrex.com

© Arthrex GmbH, 2018. Alle Rechte vorbehalten.

Arthrex[®] 

Kongress-Hochsaison



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



Prof. Dr. med. Matthias Anthuber
Präsident der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie e.V. (DGCH)
Vorsitzender Landesverband BDC|Bayern
Allgemein-, Viszeral- u. Transplantationschirurgie
Klinikum Augsburg
Stenglinstr. 2
86156 Augsburg

Sehr geehrte Frau Kollegin,
sehr geehrter Herr Kollege,

in diesen Tagen findet der 136. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie in München statt. Hochkarätige Referenten aller chirurgischen Fachgesellschaften stellen die aktuellen Entwicklungen in unserem Fachgebiet vor und geben dabei die Gelegenheit für einen intensiven wissenschaftlichen Austausch. Wir freuen uns, Chirurgeninnen und Chirurgen aus aller Welt mit dem Sultanat Oman als Gastnation bei dem Kongress begrüßen zu dürfen.

Der diesjährige Kongress steht unter dem Motto: „Volle Kraft voraus – mit Herz, Hand und Verstand!“ Dieses Leitthema liegt uns im wahrsten Sinne des Wortes am Herzen, denn unabhängig von allen Innovationen bei den Operationsverfahren, in Leitlinien oder Medizintechnik, stets muss der Patient und auch die ärztliche Empathie im Vordergrund stehen. Um die zweifelsfrei vorhandene Faszination und Leidenschaft unseres Berufs – auch im Umgang mit den anvertrauten Patienten – weiter zu erhalten und zudem junge Mediziner dafür zu begeistern, müssen wir nicht zuletzt auch die sich abzeichnenden politischen Rahmenbedingungen sehr genau und kritisch beobachten.

Die aktuelle Gesundheitspolitik stand vor Kurzem beim Bundeskongress Chirurgie in Nürnberg im Fokus, die sowohl „Kliniker“ als

auch den Alltag von niedergelassenen Chirurgeninnen und Chirurgen entscheidend treffen kann. Sitzungen und Workshops zu unfallchirurgischen Themen, Hygiene und vieles mehr standen außerdem auf dem Programm. In der Juni-Ausgabe werden wir auf die Highlights beider Kongresse ausführlicher eingehen.

Im vorliegenden Heft geht es unter anderem um das wichtige Thema „Operieren in der Schwangerschaft“. Der BDC hatte gemeinsam mit der DGCH und der Initiative OpidS eine Umfrage durchgeführt, die hier detailliert dargestellt wird. Im Anschluss werden die Änderungen des Mutterschutzrechts zusammengefasst. Jede schwangere Ärztin soll schließlich den Schutz erhalten, der für sie und das ungeborene Leben stets erforderlich ist. Es muss in der freien Entscheidung der Kolleginnen bleiben, inwieweit sie auch in der Schwangerschaft operativ/interventionell tätig sein möchten.

Weitere Beiträge zur Kommunikation innerhalb des Teams, zur DRG-Kodierung 2019 – ICD-10-GM und OPS u. v. m. finden Sie zudem in dieser ersten Printausgabe 2019.

Wir wünschen Ihnen viel Freude bei der Lektüre!

Prof. Dr. med.
Matthias Anthuber
Präsident der DGCH

Prof. Dr. med. Dr. h.c.
Hans-Joachim Meyer
Präsident des BDC



Meyer HJ, Anthuber M: Editorial: Kongress-Hochsaison. *Passion Chirurgie*. 2019 März; 9(Q1): Artikel 01.



Alle Ausgaben der **PASSION CHIRURGIE** finden Sie auf BDC|Online (www.bdc.de, Rubrik Passion Chirurgie).



Dr. rer. pol. Ronny Dittmar
(*11.04.1977 – † 26.02.2019)

Am 26. Februar 2019 ist nach langer, tapfer ertragener Krankheit Dr. Ronny Dittmar, unser hoch geschätzter Geschäftsführer des BDC, kurz vor Erreichen seines 43. Lebensjahres verstorben.

Dr. Dittmar hat erste Erfahrungen in der medizinischen Versorgung als ausgebildeter Altenpfleger gesammelt, bevor er sich an der Universität Bayreuth dem Studium der Gesundheitsökonomie zugewandt hat. Dort hat er den Hochschulabschluss sowie die Promotion zum Thema „Informationstechnologische Innovationen im Gesundheitswesen“ erreicht. Im Mai 2012 hat Dr. Dittmar als Referent für Projektentwicklung und Neue Medien im BDC unter der innerbetrieblichen Leitung der damaligen Geschäftsführung seine umfassenden Kenntnisse und Fähigkeiten einsetzen können. Ab November 2015 übernahm er die Position des alleinverantwortlichen Geschäftsführers, die er bis zu seinem tragischen krankheitsbedingten Ausfall im Frühjahr 2018 voller Einsatz ausgefüllt hat.

Dr. Dittmar hat im BDC maßgeblich an der Entwicklung neuer Projekte gearbeitet, unter anderem an der neuen Webinar-Plattform, an der Weiterentwicklung des BDC-eigenen E-Learnings zur chirurgischen Fort- und Weiterbildung sowie im Management der Deutschen Akademie für chirurgische Fort- und Weiterbildung. Die dort neu eingeführten Strukturen tragen wesentlich seine Handschrift. Ebenfalls herausragenden Verdienst gebührt ihm für die Weiterentwicklung der Homepage, des Mitgliederverwaltungssystems,

die Neustrukturierung unserer Verbandszeitschrift *PASSION CHIRURGIE* und viele neue webbasierte Angebote für unsere Mitglieder. Sein Fachwissen auf dem Gebiet der Informationstechnologie ist Grundlage für den Aufbruch des BDC in ein neues Zeitalter der Kommunikation und Dienstleistung.

Viele innovative Ideen hat Herr Dr. Dittmar dem Vorstand vortragen können. Kaum jemals gab es dabei ein negatives Votum. Ohne seinen unermüdlichen Einsatz ist es nicht vorstellbar, dass der BDC die heutige starke Position in der Verbändelandschaft gefunden hätte. Wir verlieren in Dr. Dittmar einen schwer zu ersetzenden Motor und werden täglich an ihn erinnert durch die vielen laufenden Projekte, die seine Handschrift tragen.

Der eigentliche Verlust betrifft aber natürlich den Menschen Ronny Dittmar. Es ist unfassbar tragisch, dass ein so junger Mann noch vor der vollen Entfaltung seiner Möglichkeiten aus dem Leben gerissen wird. Es ist ungerecht, dass er die Früchte seiner Arbeit nicht hat ernten dürfen. Umso bewundernswerter ist es, dass er in voller Kenntnis seines ihm drohenden Schicksals niemals sich selbst aufgegeben hat und solange es möglich war, ohne Klagen an seinem Arbeitsplatz geblieben ist.

Ronny Dittmar war im BDC vom gesamten Team hochgeschätzt und mit den meisten freundschaftlich verbunden. Trotz der hierarchischen Stellung als Vorgesetzter hat er sich immer als Teil eines Gesamtwerks verstanden

und stand allen jederzeit mit Rat und Tat zur Seite. Auch gegenüber dem Vorstand des BDC hat er in der ihm eigenen bescheidenen Art stets die Sache über die Person gestellt. Wir alle konnten ihm bedingungslos vertrauen und haben seine Anregungen immer gerne aufgenommen.

Ronny Dittmar hat für den BDC gelebt, ja gebrannt. Jeder, der ihn auch außerhalb der Geschäftsräume, z. B. bei Seminareröffnungen erleben durfte, hat spüren können, dass hier ein Mensch seine Idealvorstellungen verwirklicht. Nur so ist der große Erfolg seiner Arbeit möglich geworden.

Wir verlieren mit Dr. Ronny Dittmar einen im Auftreten bescheidenen und zurückhaltenen lieben Menschen, der in seiner Arbeit unermüdlich den Fortschritt im Blick hatte und nachhaltige Verbesserungen für alle Mitglieder des BDC bewirkt hat.

Unser Mitgefühl gilt in dieser schweren Zeit seinen Angehörigen, insbesondere seinen Eltern, seiner Frau und seinen Kindern. Der persönliche Verlust wiegt immer schwerer und ist durch nichts zu begleichen.

Der Berufsverband der Deutschen Chirurgen wird das Andenken an Dr. Dittmar mit großer Dankbarkeit bewahren.

Prof. Dr. med. Dr. h.c. Hans-Joachim Meyer
Dr. med. Andreas Rüggeberg
Dr. med. Peter Kalbe
Prof. Dr. med. Julia Seifert

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
Geschäftsführerin: Dr. med. Friederike Burgdorf

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. med. Friederike Burgdorf
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 S. Donner, 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

ISSN 2194-5586

BDC IM WEB 2.0:



INHALT

1 EDITORIAL

1 Kongress-Hochsaison *H.-J. Meyer, M. Anthuber*

6 SCHAUFENSTER

8 CHIRURGIE

8

BDC-UMFRAGEERGEBNISSE: OPERIEREN IN DER SCHWANGERSCHAFT

*F. Fritze- Büttner, B. Toth, A. Bühren, K. Schlosser,
St. Schierholz, B. Rumpel, P. C. Helm,
U. M. M. Bauer, R. Dittmar, M. Niethard, S. Prediger*

18

NEUREGELUNG DES MUTTERSCHUTZ- RECHTS – KURZ GESAGT, WAS WICHTIG IST

F. Fritze- Büttner, M. Niethard

22 CHIRURGIE⁺

- 22 Webinar-Termin im Juni 2019: S2k-Leitlinie
„Magenkarzinom“
- 23 Schnittstellenmanagement zwischen Chefärzten und
Geschäftsleitungen 2018/2019 *C. Tonus*
- 25 **Safety Clip:** Gesagt, getan? – Kommunikation
innerhalb des Teams im Sinne der Patientensicherheit
P.-F. Büxe
- 28 Praxisvertretungen können teuer werden – Vorbeugen
ist besser als zahlen *N. Bürger*
- 31 **Hygiene-Tipp:** Luftqualität im OP-Saal
W. Popp, K.-D. Zastrow



45

106

- 33 Advertorial
- 35 **Rezenion:** Alterstraumatologie *T. Histing*
- 36 **Abrechnung:** DRG und Kodierung 2019 in der Chirurgie *T. Auhuber*
- 39 Personalia
- 41 Nachruf zum Tod von Prof. h.c. Dr. med. Karl Hempel
J.-A. Rüggeberg, J. Seifert, H.-J. Meyer
- 43 Im Gedenken an Prof. h.c. Dr. med. Karl Hempel
P. Breuer
- 45 RECHT**
- 45 Erste Bußgelder und konkrete Prüfungen nach DSGVO *J. Menge*
- 47 F&A: Bandenwerbung im Tennisclub *J. Heberer*
- 48 F&A: Patient macht Bilder von Wartezimmer und Behandlungsräumen *J. Heberer*

49 GESUNDHEITSPOLITIK

- 49 Interdisziplinäre Notfallambulanz und Portalpraxis – Erfahrungen aus Schleswig-Holstein *R. W. Schmitz*
- 54 Offener Brief an den Vorsitzenden des Vorstands der Kassenärztlichen Bundesvereinigung
J.-A. Rüggeberg, J. Flechtenmacher
- 55 Aktuelle Meldungen
- 56 BDC-Pressemitteilung

57 INTERN

- 57 DGCH**
- 57 Kommentar des Generalsekretärs *H.-J. Meyer*
- 60 Einladung zur DGCH-Mitgliederversammlung
H.-J. Meyer
- 61 Einladung zum 136. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie *M. Anthuber*

- 65 Theodor Billroth – nicht nur Chirurg *A. Haverich*
- 68 Nachruf zum Tod von Prof. Dr. med. Franz Paul Gall
H. Rupprecht
- 70 Rekrutierende multizentrische chirurgische Studien in Deutschland *S. Tenckhoff*
- 74 Spendenaufruf und Bausteine Langenbeck-Virchow-Haus
- 78 DGCH-Präsidium ab 1. Januar 2019

83 BDC

- 83 Einladung zur BDC-Mitgliederversammlung 2019
- 84 BDC-Sitzungen auf dem Chirurgenkongress 2019
- 86 Jeder braucht einen Verband
- 88 BDC|News
- 89 BDC|Sport: Wer läuft eine Staffel mit?
- 90 Das Referat für „Leitende Krankenhauschirurgen“ stellt sich vor *C. Krones, N. Hennes*
- 92 Das Referat für „Niedergelassene“ stellt sich vor *P. Kalbe, R.W. Schmitz, D. Farghal*
- 93 Das Referat für „Oberärzte“ stellt sich vor *D. Vallböhmer, H. Fuchs*
- 94 Außerberufliches Engagement von BDC-Mandatsträgern *D. Farghal*
- 96 BDC|Landesverbände
- 98 BDC|Pressespiegel
- 99 Termine BDC|Akademie
- 103 Veranstaltungshinweise
- 104 Lifestyle-Angebote im März 2019

106 PANORAMA

- 106 Mit dem Praxisausweis: In fünf Schritten ins Gesundheitsnetz *C. Schaaf*
- 112 Bilderrätsel

WORK-LIFE-BALANCE

Angehende Ärztinnen und Ärzte wissen, was sie wollen – Familie und Beruf vereinbaren



Im Rahmen des „Berufsmonitorings Medizinstudierende“ gaben gut 13.000 Nachwuchsmediziner an, was sie von ihrer beruflichen Zukunft und den Arbeitsbedingungen erwarten. Ein wichtiger Faktor: die Vereinbarkeit von Beruf und Familie. Über 50 Prozent können sich vorstellen, sich niederzulassen, knapp die Hälfte kann das noch nicht.

95 Prozent der befragten Studierenden nannten die Vereinbarkeit von Familie und Beruf als entscheidenden Faktor für die Wahl ihres späteren Arbeitsplatzes. In eigener Praxis wären gerne 53,5 Prozent tätig. Der Trend geht allerdings eher zur Gemeinschaftspraxis (50,6 Prozent) und weg von der Einzelpraxis. Nur 4,7 Prozent würden sich ausschließlich für Letztere entscheiden. 42,6 Prozent können sich immerhin beides vorstellen. Die Allgemeinmedizin und damit eine spätere hausärztliche Tätigkeit haben an Attraktivität gewonnen. 42,5 Prozent der Befragten können sich eine Niederlassung als Hausärztin oder Hausarzt vorstellen, das sind mehr als in den Vorjahren.

Mehr lesen: bit.ly/2CW04xd

Vermeidung nosokomialer Infektionen: Einrichtungsbefragung für Belegärzte ab sofort ausgesetzt

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat beschlossen, dass für Belegärzte ab sofort die QS-Dokumentation (Einrichtungsbefragung)

im Verfahren „Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen“ für den Erfassungszeitraum 2018 bis 2020 ausgesetzt wird.

Hintergrund der Entscheidung ist die seit Jahren von der KBV bemängelte Doppeldokumentation von Krankenhäusern und Belegärzten. Zudem empfiehlt auch das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen, den aktuellen Dokumentationsbogen der Einrichtungsbefragung zu überarbeiten.

Mehr Informationen: bit.ly/2sYFFVz

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



BÜNDNIS JUNGE ÄRZTE

Kampagne #nurMITeinander



Kernprojekt des Bündnis Junger Ärzte in diesem Jahr ist die Kampagne „#nurMITeinander – für gute Medizin“, 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 stattfand Grundsätzlich ist die Aktion angelehnt an das von Chris Turner und Kollegen in Großbritannien gegründete Projekt „Civility Saves Lives“, welches aktiv gegen Unhöflichkeit und schlechten Umgang im Krankenhaus wirbt

Mehr Infos: www.facebook.com/buendnisjungeaerzte/





IM FOKUS

Schwanger im OP

Korrespondierende Autorin**Dr. med. Frauke Fritze-Büttner**

Stellv. Leiterin Themen-Referat „Beruf und Familie“ im BDC
 Ltd. Oberärztin
 Klinik für Allgemein- und
 Viszeralchirurgie
 Sana Klinikum Lichtenberg
 frauke.fritze@sana-kl.de

Univ. Prof. Dr. med. Bettina Toth

Universitätsklinik für
 Gynäkologische Endokrinologie und
 Reproduktionsmedizin
 Medizinische Universität Innsbruck,
 Österreich

Dr. med. Astrid Bühnen

Praxis für Psychosomatik und
 Psychotherapie Murnau am Staffelsee
 Ehrenpräsidentin Deutscher
 Ärztinnenbund

Prof. Dr. med. Katja Schlosser

Leiterin Themen-Referat „Beruf und
 Familie“ im BDC
 Sektionsleitung Gefäß- und Endokrine
 Chirurgie
 Klinik für Allgemein-, Viszeral,
 Endokrine und Gefäßchirurgie
 Agaplesion Evangelisches Krankenhaus
 Mittelhessen

Dr. med. Stefanie Schierholz

Projekt FamSurg
 Klinik für Chirurgie
 Universitätsklinikum Schleswig-
 Holstein, Campus Lübeck

Beatrix Rumpel

Klinik für Allgemein- und
 Viszeralchirurgie
 Sana Klinikum Lichtenberg

Paul C. Helm

Kompetenznetz Angeborene Herzfehler
 e. V., Berlin

Dr. med. Ulrike M. M. Bauer

Kompetenznetz Angeborene Herzfehler
 e. V., Berlin

Dr. rer. pol. Ronny Dittmar

Berufsverband der Deutschen
 Chirurgen e.V. (BDC)

Dr. med. Maya Niethard

Klinik für Tumororthopädie
 Helios Klinikum Berlin- Buch GmbH

Sarah Prediger, M.A. Soziologie

III. Med. Klinik, Sektion
 Ausbildungsforschung
 Universitätsklinikum Hamburg-
 Eppendorf

BDC-Umfrageergebnisse: Operieren in der Schwangerschaft

Mit hohen Erwartungen, aber auch mit Skepsis haben viele Chirurginnen der Umsetzung des „Gesetzes zur Neuregelung des Mutterschutzes“ entgegengesehen, welches am 01. Januar 2018 in Kraft getreten ist. Bis dahin hatte das seit dem 24. Januar 1952 geltende Mutterschutzgesetz in Ergänzung mit den Vorschriften der „Verordnung zum Schutze der Mütter am Arbeitsplatz“ (MuSchArbV) vom 15. April 1997 Gültigkeit. Aufgrund der fehlenden Transparenz und der meist föderal uneinheitlichen Auslegung des Gesetzes wurde schwangeren Chirurginnen, die den Wunsch hatten, in ihrer Schwangerschaft ihre operative Tätigkeit fortzusetzen, dies oftmals verboten. Dies geschah, obwohl die Rechtsgrundlage auch zu dem damaligen Zeitpunkt eine operative Tätigkeit nicht grundsätzlich ausschloss. Vom „Gesetz zur Neuregelung des Mutterschutzes“ erhoffen sich Chirurginnen, dass die werdende Mutter und ihr ungeborenes Kind den Schutz erhalten, den sie benötigen, aber auch, dass unter Mitsprache Maßnahmen zur Gestaltung des Arbeitsplatzes und der Arbeitszeit gewährleistet werden, die nicht einem Operationsverbot gleichkommen [1].

Seit Jahren sind über 60 % der Studienanfänger in der Humanmedizin weiblich. Waren es laut statistischem Bundesamt im Wintersemester 2013/14 noch 52.366 (60,6 %), so stieg die Zahl mit dem Wintersemester 2017/18 auf 57.670 Medizinstudentinnen [2]. Dies spiegelt sich auch im klinischen Alltag wider und unterstreicht die berufspolitische Relevanz dieses Themas [3].

Befürchtungen hinsichtlich der im „Gesetz zur Neuregelung des Mutterschutzes“ in § 9 Abs. 2 BGBL. I S. 1231 [4] beschriebenen „unverantwortbaren Gefährdung“ wurden früh und kritisch geäußert. Leider mehren sich die Erfahrungen, dass die Neuregelung den beruflichen Wünschen und Bedürfnissen schwangerer Chirurginnen nicht entgegenkommt.

METHODEN

Um die aktuelle Situation operativ tätiger Ärztinnen in der Schwangerschaft in Deutschland zu erfassen, wurde von Juli bis Dezember 2016 unter Schirmherrschaft der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie, des Berufsverbandes der Deutschen Chirurgen und der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (Initiative „OpiDS“ [5]) eine Online-Umfrage durchgeführt. Neben soziodemografischen Daten umfasste der Fragebogen umfangreiche Angaben zum Thema „Schwangerschaft und berufliche Tätigkeit“.

An der Studie beteiligten sich 2.294 operativ tätige Frauen. 1.843 vollständige Datensätze kamen zur Auswertung. 451 wurden wegen unvollständiger Angaben ausgeschlossen. Die meisten Teilnehmerinnen kamen aus der Allgemein- bzw. Viszeralchirurgie. In Relation zur Größe des chirurgischen Faches beteiligten sich ebenso viele Kolleginnen aus der Orthopädie bzw. Unfallchirurgie an der Befragung (vgl. Tabelle 1). Die Problematik des Operieren-Wollens und Nicht-operieren-Dürfens betrifft alle chirurgisch orientierten Fachbereiche. Insbesondere wird auch von

Fritze-Büttner F, Toth B, Bühnen A, Schlosser K, Schierholz St, Rumpel B, Helm PC, Bauer UMM, Dittmar R, Niethard M, Prediger S: BDC-Umfrageergebnisse: Operieren in der Schwangerschaft. Passion Chirurgie. 2019 März; 9(03): Artikel 03_01.



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

Gynäkologinnen, Urologinnen und Augenärztinnen ein hohes Interesse an der Thematik gezeigt, sodass auch diese Fachrichtungen in die Umfrage einbezogen wurden.

Die statistische Auswertung wurde mit der Software SPSS (Version 22) durchgeführt. Im Rahmen einer explorativen Datenanalyse wurden deskriptive Verfahren verwendet. Da es sich um einen adaptiven Fragebogen handelt, können die Stichprobenumfänge, je nach auszuwertender Frage, von der Gesamtteilnehmerinnenzahl abweichen. Die Prozentangaben beziehen sich immer auf die Gruppe der Teilnehmerinnen, denen die jeweilige Frage gestellt wurde bzw. die auf die jeweilige Frage geantwortet haben. Aufgrund der differierenden Anzahl an jeweiligen Antworten, sind zu jeder Frage die jeweiligen Stichprobengrößen mit angegeben. Gruppenunterschiede wurden mit dem Chi-Quadrat-Test untersucht.

Von 80,3 % der Teilnehmerinnen liegen Angaben zur beruflichen Position zum Befragungszeitpunkt vor. Die größte Gruppe bildet mit 41 % die Gruppe der Assistenzärztinnen (**Tabelle 1**). In die Umfrage einbezogen wurden auch PJ- und Medizinstudentinnen, da durch die Erweiterung des Personenkreises im Gesetz zur Neuregelung des Mutterschutzrechts das Gesetz auch für sie Anwendung findet. Die Befragung wurde auch an niedergelassene Kolleginnen gesandt. Sie werden in dieser Funktion weiterhin wie grundsätzlich alle Selbstständigen im Mutterschutzgesetz nicht berücksichtigt, was kritisch an der Neuregelung zum Mutterschutz angemerkt werden muss. Lediglich die in einer Praxis oder in einem MVZ angestellten Ärztinnen sind vom Mutterschutzgesetz betroffen.

80,3 % der Untersuchungsteilnehmerinnen machten Angaben zu ihrem Alter zum Zeitpunkt der Befragung. 49,3 % waren ≤ 35 Jahre und 15,5 % waren älter als 45 Jahre (**Tabelle 1**).

ERGEBNISSE

68,3 % der Studienteilnehmerinnen gaben an, während ihrer Berufstätigkeit bereits mindestens einmal schwanger gewesen zu sein. 67,5 % davon beantworteten die Frage nach eigenen Kindern (Keine Kinder: 7,6 %; 1 Kind:

Tab. 1: Darstellung der Stichprobe

	n	%
Gesamt-Teilnehmerinnenzahl (abzgl. unvollständiger Datensätze)	1.843	
Teilnehmerinnen, die schon einmal schwanger waren	1.259	
davon während der Schwangerschaft operiert	781	62,0
davon nicht während der Schwangerschaft operiert	478	38,0
Alter (zum Befragungszeitpunkt)	1.843	
20 – 25 Jahre	29	1,6
26 – 30 Jahre	273	14,8
31 – 35 Jahre	607	32,9
36 – 40 Jahre	430	23,3
41 – 45 Jahre	219	11,9
älter als 45 Jahre	285	15,5
Fachgebiet	1.830	
Viszeralchirurgie	501	27,4
Orthopädie/Unfallchirurgie	320	17,5
Allgemeinchirurgie	259	14,2
Plastische Chirurgie	120	6,6
Gynäkologie	87	4,8
Kinderchirurgie	77	4,2
Ophthalmologie	77	4,2
MKG-Chirurgie	68	3,7
Neurochirurgie	66	3,6
Urologie	65	3,6
Gefäßchirurgie	47	2,6
Herzchirurgie	31	1,7
Thoraxchirurgie	27	1,5
Sonstiges	85	4,6
Derzeitige berufliche Position	1.841	
Assistenzärztin	757	41,1
Fachärztin	432	23,5
Oberärztin	344	18,7
Leitende Oberärztin	75	4,1
Chefärztin	65	3,5
Niedergelassene Ärztin	107	5,8
Medizinstudentin	48	2,6
Sonstiges	13	0,7
Derzeitige Arbeitsstätte	1.818	
Universitätsklinik	386	21,2
Krankenhaus der Maximalversorgung	438	24,1
Krankenhaus der Schwerpunktversorgung	377	20,7
Krankenhaus der Grund- und Regelversorgung	438	24,1
(Gemeinschafts-)Praxis/MVZ	160	8,8
Sonstiges	19	1,0

45 %; 2 Kinder: 36,3 %; 3 Kinder: 8,4 %; mehr als 3 Kinder: 2,7 %). Am häufigsten erlebten die Ärztinnen ihre erste Schwangerschaft noch während der Weiterbildungszeit (vgl. **Abbildung 1**).

Die Frage nach einer operativen Tätigkeit während der Schwangerschaft bejahten 67 % der Frauen. Diese wurden bezüglich der Einflussfaktoren auf ihre Entscheidung hinsichtlich der operativen Tätigkeit befragt. Den Angaben zufolge hatte die Freude am Operieren den größten Einfluss auf die Entscheidung, auch während der Schwangerschaft weiterhin operativ tätig zu sein, gefolgt von Teamgeist und Kollegialität. Rivalität unter Kolleginnen/Kollegen und Erwartung der Vorgesetzten rangierten auf den hinteren Rängen (vgl. **Abbildung 2**).

Sofern die Studienteilnehmerinnen während ihrer Schwangerschaft operativ tätig waren (als Operateurin oder OP-Assistentin), wurden sie um die Zuordnung ihrer operativen Tätigkeit zu einem Schwangerschaftsstadium (vgl. **Abbildung 3**) und um eine Einschätzung bezüglich der täglichen durchschnittlichen Zeit am Operationstisch gebeten (vgl. **Abbildung 3/4**).

Insgesamt nahm die Zeit der operativen Tätigkeit pro Tag im Laufe der Schwangerschaft ab. Im letzten Trimenon standen noch 25 % der Chirurginnen mehr als fünf Stunden pro Tag am OP-Tisch. Eine Differenzierung hinsichtlich der beruflichen Position und der OP-Zeit in der Schwangerschaft ist aufgrund der geringen Fallzahlen nicht möglich.

Mehr als die Hälfte der Teilnehmerinnen stand pro Operation vier und mehr Stunden am Tisch.

40,3 % der Befragten, die mindestens einmal schwanger waren, gaben an, Beschwerden während der Schwangerschaft gehabt zu haben. Hierbei waren Mehrfachnennungen möglich. Im Vordergrund standen vor allem vermehrtes Unwohlsein und Rückenschmerzen gefolgt von Beinödemen. Eine genaue Übersicht über die körperlichen Beschwerden während der Schwangerschaft, auch in Abhängigkeit davon, ob die Kollegin operiert

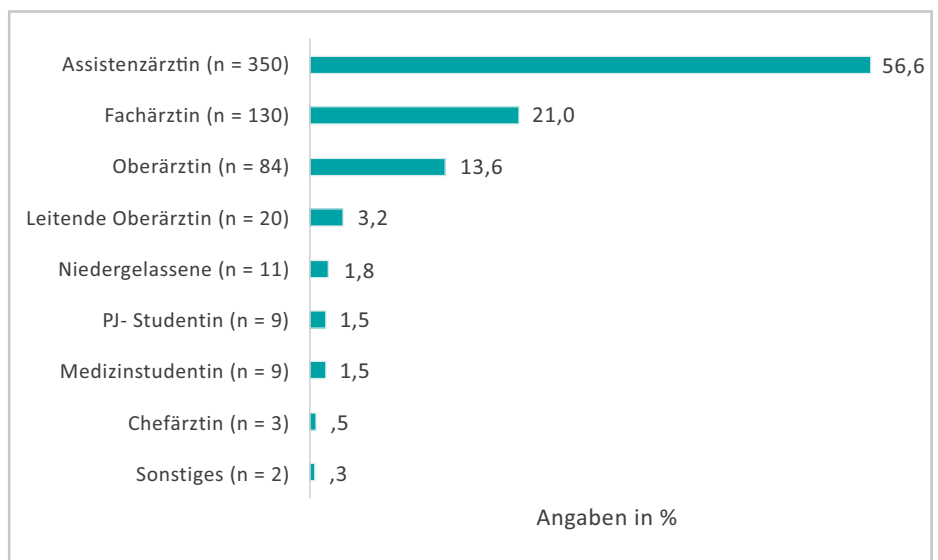


Abb. 1: Berufliche Position während der ersten Schwangerschaft (n = 618)

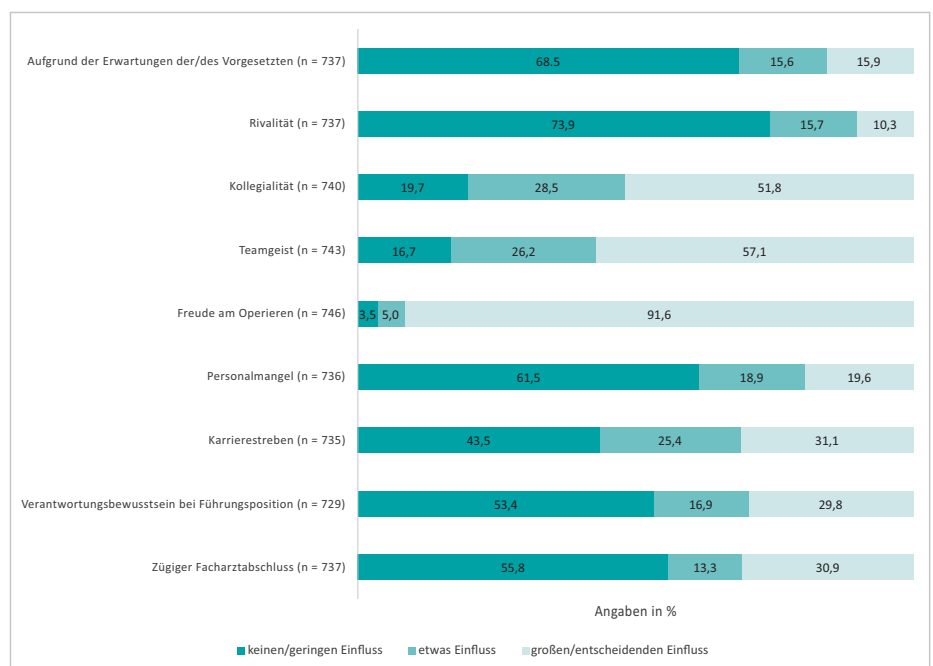


Abb. 2: Einflussfaktoren auf die operative Tätigkeit während der Schwangerschaft (n = 779)

hatte oder nicht, ist der **Abbildung 5** zu entnehmen.

Es wurde außerdem erfragt, welche Tätigkeiten die schwangeren Kolleginnen in der Zeit, in der sie aufgrund der Schwangerschaft nicht operativ tätig waren, ausführen durften. Dabei waren Patient*innen- und Angehörigengespräche gefolgt von Briefdiktionen, Büro- und Sprechstundentätigkeit die am häufigsten ausgeübten Aufgaben (vgl. **Abbildung 6**). Kolleginnen gaben aber auch

an, Blutentnahmen und Wundbehandlungen vorgenommen zu haben und in der Rettungsstelle tätig gewesen zu sein.

77 % der Befragungsteilnehmerinnen, die bereits einmal schwanger gewesen waren, beantworteten die Frage nach Komplikationen, wobei ein Viertel aufgetretene Komplikationen angaben. 85,3 % machten dabei spezifische Angaben zu den Komplikationen (vgl. **Abbildung 7**). Angaben über die berufliche Position, die operative Tätigkeit und das

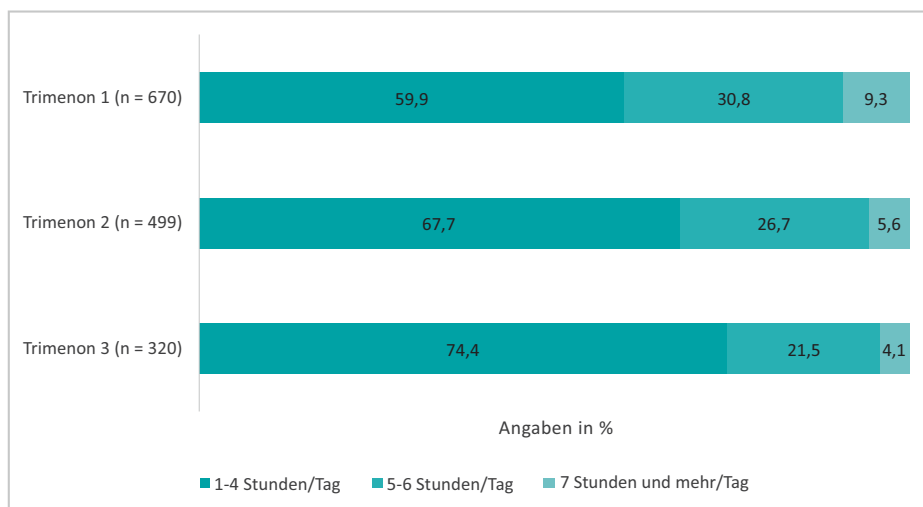


Abb. 3: Angaben zur operativen Tätigkeit pro Tag während der ersten Schwangerschaft

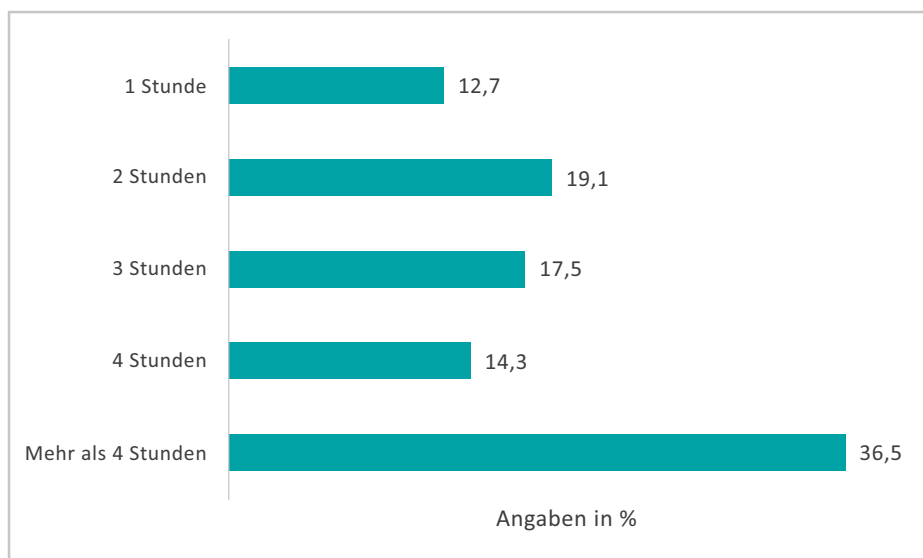


Abb. 4: Operative Tätigkeit pro Operation während der Schwangerschaft (n = 640)

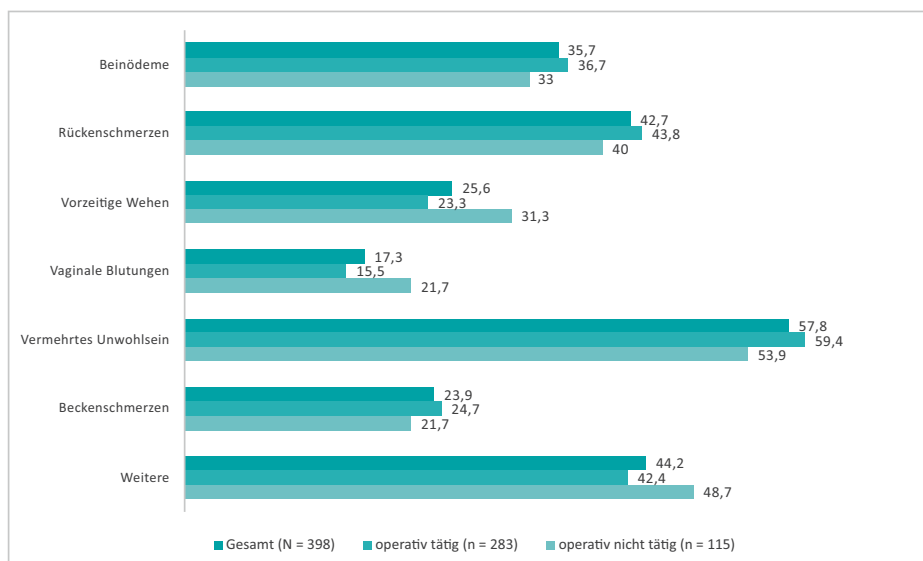


Abb. 5: Körperliche Beschwerden während der ersten Schwangerschaft

Alter der Studienteilnehmerinnen in Bezug auf die Komplikationen während der ersten Schwangerschaft waren aufgrund der zu geringen Fallzahlen bzw. zu häufig fehlenden Angaben nicht möglich.

Einen direkten kausalen Zusammenhang zwischen den bei ihnen aufgetretenen Komplikationen während der Schwangerschaft und der beruflichen Tätigkeit sahen nur 5 % der Studienteilnehmerinnen.

In welcher Schwangerschaftswoche das Kind geboren wurde, ist **Abbildung 8** zu entnehmen.

Insgesamt hatten 40,8 % während der ersten Schwangerschaft keine Fehlitage aufgrund von Krankheit (**vgl. Abbildung 9**) und nur 3 % fehlten krankheitsbedingt 31 Tage und mehr.

Knapp die Hälfte der Studienteilnehmerinnen machten Angaben zum Zeitpunkt, an dem sie den Vorgesetzten über ihre Schwangerschaft informierten. Bei der ersten Schwangerschaft meldeten 64,3 % im ersten Trimenon, 33 % im zweiten Trimenon und 2,7 % im dritten Trimenon dem Vorgesetzten die Schwangerschaft. Angaben über die berufliche Position zum Zeitpunkt der Bekanntgabe der Schwangerschaft an den Vorgesetzten waren aufgrund der zu geringen Fallzahlen bzw. zu häufig fehlenden Angaben nicht möglich.

Die Kolleginnen, die sich gegen ein Operieren in der Schwangerschaft entschieden hatten, wurden nach ihren Beweggründen gefragt. Mit 79,9 % bzw. 73,9 % gaben die Studienteilnehmerinnen am häufigsten als Grund „den Schutz des ungeborenen Lebens“ für eine nicht-operative Tätigkeit während der Schwangerschaft an (**vgl. Abbildung 10**).

91 % der Chirurgen beantworteten die Frage, ob sie während einer Schwangerschaft (wieder) operativ tätig sein würden. 75,7 % bejahten und für 8,9 % Chirurgen kam eine Fortsetzung der operativen Tätigkeit in der nächsten Schwangerschaft nicht in Frage. 15,4 % der Befragten waren noch unentschieden. Es zeigte sich, dass sowohl Frauen, die bislang schwanger gewesen waren, als auch Frauen, die noch nicht schwanger

waren, während einer (erneuten) Schwangerschaft ihre operative Tätigkeit gern fortsetzen würden (**vgl. Tabelle 2**).

DISKUSSION

Nicht nur die Zahl der Medizinstudentinnen, sondern auch die Zahl der Chirurginnen steigt stetig. Frauen werden zukünftig als Assistenz- oder Fachärztin, Oberärztin oder Chefärztin zunehmend die Personalstruktur in den Krankenhäusern gestalten. Dies stellt Chefärztinnen und Chefärzte vor die Aufgabe, die Klinikstruktur den veränderten Rahmenbedingungen und einer möglichen Schwangerschaft der Mitarbeiterinnen anzupassen. Chirurgisch tätige Ärztinnen brauchen einen größeren Entscheidungsspielraum für die Planung und Realisierung ihrer beruflichen Karriere.

Unbestritten ist jedoch, dass chirurgisch tätige Frauen aufgrund ihrer Doppelrolle als Ärztin und Mutter oft vor erheblichen Schwierigkeiten stehen, beidem gerecht zu werden. So gaben in einer Umfrage zur Zufriedenheit von Chirurginnen in Deutschland nur 20 % eine gute Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben an. Ein Drittel der Befragten äußerten erhebliche Probleme [6].

In der aktuellen Umfrage stellen Assistenzärztinnen mit 41,1 % die größte Gruppe dar. Das spiegelt das Interesse der Assistenzärztinnen wider, ihre Weiterbildung fortsetzen zu können und sich dabei auch mit dem Thema „Operieren in der Schwangerschaft“ auseinanderzusetzen. Bereits Welcker et al. stellten in ihrer durch den Berufsverband der Deutschen Chirurgen e. V. (BDC) initiierten Befragung fest, dass insbesondere die Weiterbildungszeit nicht als idealer Zeitpunkt angesehen wurde, ein Kind zu bekommen [7]. Gründe dafür waren in erster Linie die Verlängerung der Weiterbildungszeit und die Verzögerung in der beruflichen Entwicklung bedingt durch die restriktive Auslegung des Mutterschutzgesetzes. Dennoch waren in unserer Studie 56,6 % der Chirurginnen in der ersten Schwangerschaft als Assistenzärztin beschäftigt. Insgesamt 67 % der Teilnehmerinnen waren auch während ihrer Schwangerschaft operativ tätig. Der am häufigsten genannte Beweggrund war

Tab. 2: Angaben zur Fortsetzung der operativen Tätigkeit während der Schwangerschaft

Waren Sie während Ihrer beruflichen Tätigkeit bereits schwanger?	Würden Sie während einer Schwangerschaft (wieder) operativ tätig werden?	Häufigkeiten	Prozent
Ja	Ja	526	73,8
	Vielleicht/weiß nicht	104	14,6
Nein	Nein	83	11,6
	Ja	745	77,2
	Vielleicht/weiß nicht	154	16,0
	Nein	66	6,8

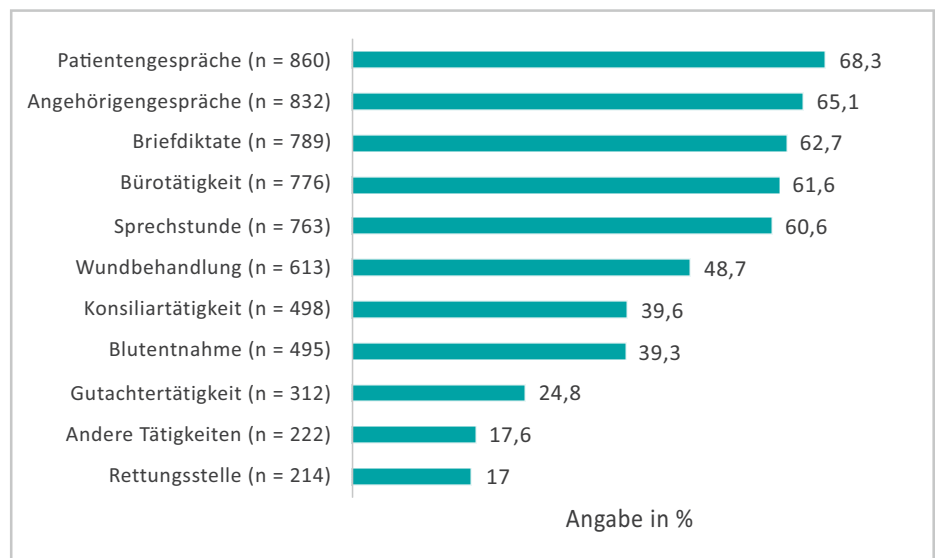


Abb. 6: Ausgeübte Tätigkeiten in der Zeit, in der die Studienteilnehmerinnen nicht operativ tätig waren. Es waren Mehrfachantworten möglich (n = 1.259)

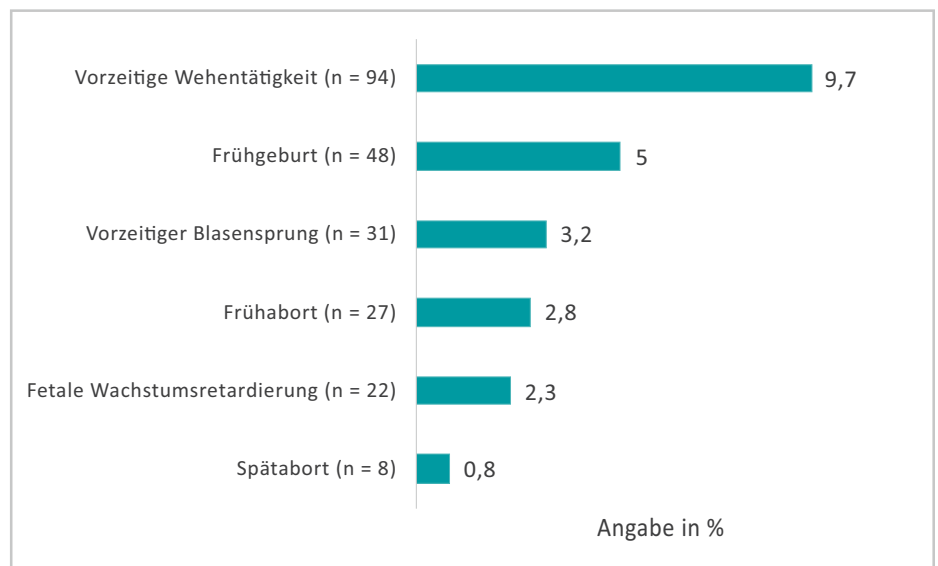


Abb. 7: Komplikationen während der ersten Schwangerschaft. Es waren Mehrfachantworten möglich. (n=970 Studienteilnehmerinnen)

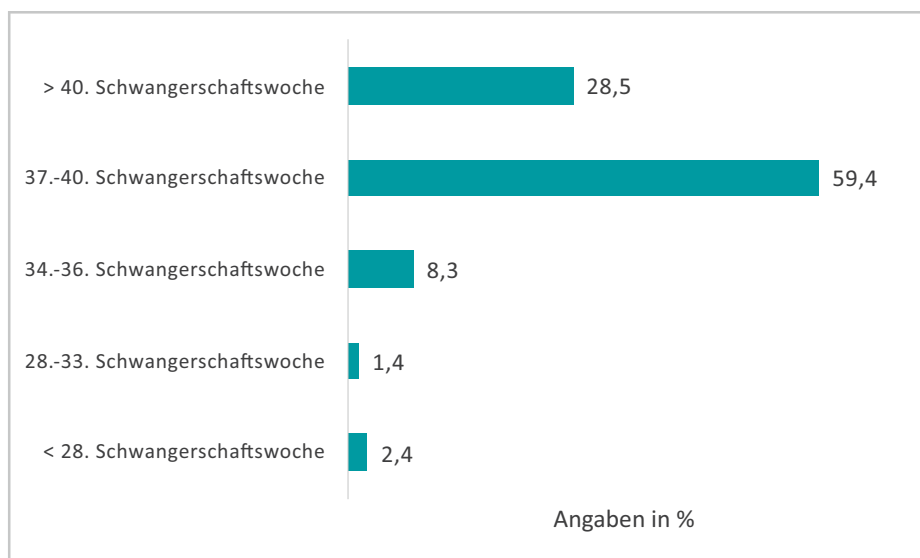


Abb. 8: Schwangerschaftswoche, in der das Kind geboren wurde. (n=968)

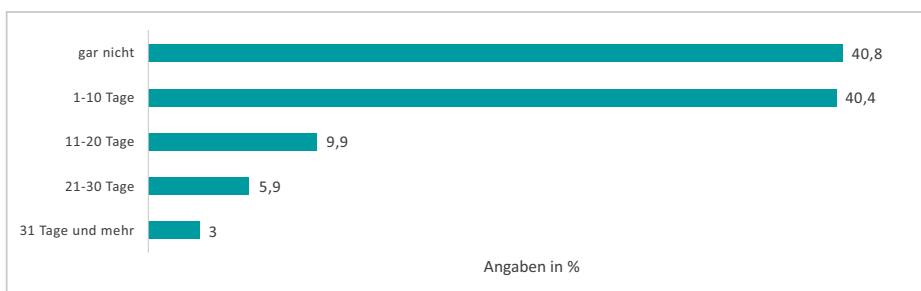


Abb. 9: Krankheitstage während der Schwangerschaft außerhalb des Mutterschutzes (n = 983)

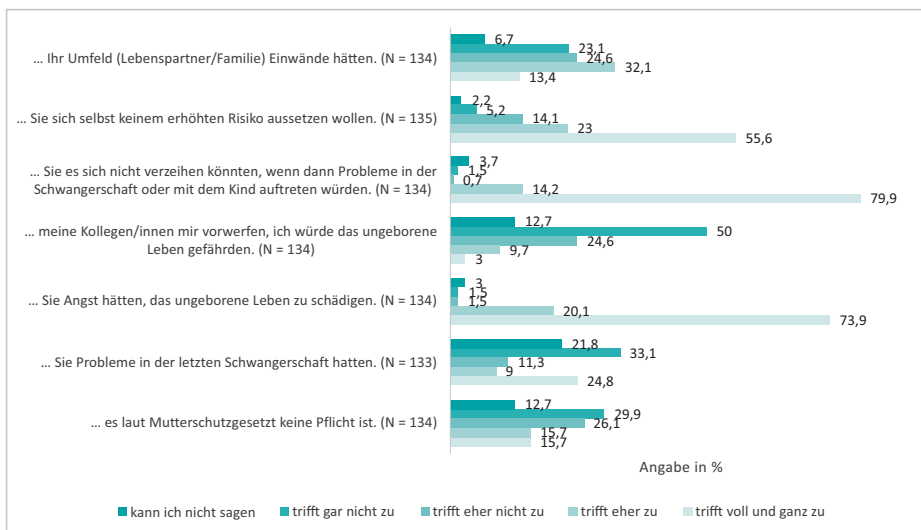


Abb. 10: Persönliche Gründe gegen eine operative Tätigkeit während der Schwangerschaft (Skala: 1 = Trifft voll und ganz zu; 2 = Trifft eher zu; 3 = Trifft eher nicht zu; 4 = Trifft gar nicht zu; 5 = Kann ich nicht sagen)

dabei die „Freude am Operieren“. Das deckt sich auch mit den Ergebnissen der Umfrage von Leschber et al. 2008 zur Zufriedenheit von Chirurgen in Deutschland: Frauen, die in der Schwangerschaft ihrer operativen

Tätigkeit nachgingen, waren erfüllt in ihrer beruflichen Situation. So hatten 61,4 % der damals Befragten angegeben, umso zufriedener beruflich zu sein, je häufiger sie operativ tätig waren [6].

Auffallend ist, dass in unserer Studie nur zwei Drittel der schwangeren Kolleginnen ihre Vorgesetzten innerhalb des ersten Trimenon informierten, ein Drittel erst zwischen dem zweiten und dritten Trimenon und ein kleiner Teil sogar erst im letzten Trimenon. Aufgrund der zu geringen Fallzahlen und dem oftmals nicht vollständig beantworteten Fragebogen konnten wir leider keine statistische Aussage darüber treffen, inwieweit die berufliche Position Einfluss auf den Zeitpunkt der Bekanntgabe der Schwangerschaft hatte. Knieper et al. stellten fest, dass mit zunehmender verantwortungstragender Tätigkeit und Leitungsfunktion, die Schwangerschaft tendenziell fünf Wochen später kommuniziert wurde und auch ein späteres Ausscheiden aus der operativen Tätigkeit zu verzeichnen war (18,4 vs. 24,7 Schwangerschaftswochen) [8].

Ein Drittel derer, die in Bezug auf die Stundenanzahl pro Operation vollständige Angaben gemacht hatten, standen vier Stunden und länger am Operationstisch. Zu vermuten ist, dass diese Operationszeiten vornehmlich in den Beginn der Schwangerschaft fielen und die Schwangerschaft vermutlich noch nicht gemeldet worden war. Erwartungsgemäß nahm die Stundenanzahl, die schwangere Frauen operativ tätig waren, vom ersten bis zum letzten Trimenon hin ab. Insgesamt operierten fast zwei Drittel unserer operierenden Studienteilnehmerinnen im ersten Trimenon bis zu vier Stunden, etwa ein Drittel fünf bis sechs Stunden und knapp 10 % mehr als sieben Stunden pro Tag. Zum dritten Trimenon hin kehrte sich das Verhältnis zugunsten der kürzeren Operationszeiten um. In der Studie von Knieper et al. betrug die durchschnittliche Stundenanzahl im OP im ersten Trimenon $4,0 \pm 2,8$ h und im letzten Trimenon $1,1 \pm 2,7$ h [8].

Ziel des Mutterschutzgesetzes ist es, „die Gesundheit der Frau und ihres Kindes am Arbeits-, Ausbildungs- und Studienplatz während der Schwangerschaft, nach der Entbindung und in der Stillzeit“ zu schützen [4]. Dies erfordert einerseits, dass die Schwangere ihre Schwangerschaft rechtzeitig anzeigt, damit entsprechende Sicherheitsvorkehrungen getroffen werden können. Das bedeutet aber auch andererseits, dass neben

dem Infektionsschutz, der Einsatz stichsicherer Instrumente, die Art der Narkoseführung etc. am Arbeitsplatz „Operationssaal“ optimiert und an die Schwangere angepasst werden muss. „Der Arbeitgeber hat bei der Gestaltung der Arbeitsbedingungen einer schwangeren oder stillenden Frau alle aufgrund der Gefährdungsbeurteilung nach § 10 erforderlichen Maßnahmen für den Schutz ihrer **physischen und psychischen** Gesundheit sowie der ihres Kindes zu treffen.“ (§ 9 Abs. 2 BGG. I S. 1231 [4]). Unsere Befragung konnte zeigen, dass es keine signifikanten Unterschiede bzgl. der Angabe von körperlichen Beschwerden zwischen operativ-tätigen und nicht-operativ-tätigen Schwangeren gab. 9,7 % der Befragten gaben bei der Frage nach Komplikationen in der Schwangerschaft eine vorzeitige Wehentätigkeit, 5 % erlitten eine Frühgeburt. Nur 5 % der Befragten sahen dabei einen direkten Zusammenhang zwischen der aufgetretenen Schwangerschaftskomplikation und der beruflichen Tätigkeit. In der Umfrage von Knieper et al. litten 7,1 % an Frühgeburten. Drei der damals Befragten sahen eine Korrelation mit ihrer operativen Tätigkeit [8]. Die Rate an Frühgeburten (Geburt vor der 37. SSW) ist nach statistischen Angaben in den letzten Jahren stabil geblieben. Allerdings hat die Zahl der extremen Frühgeburten (< 28. SSW) um bis zu 65 % zugenommen [9]. Anzumerken ist dabei allerdings, dass 25 bis 30 % aller Frühgeburten auch iatrogen aufgrund einer fetalen Wachstumsrestriktion, einer Präeklampsie, wegen vorbestehender Erkrankungen der Mutter oder bei Mehrlingsschwangerschaften herbeigeführt werden [10]. Ursächlich

dabei sind bei ausgeglichenen sozioökonomischen Verhältnissen als Risikofaktoren vor allem der Anstieg des mütterlichen Alters und die steigende Prävalenz von arteriellem Hypertonus und Diabetes mellitus zu nennen [11]. Deutschland hat im europäischen Vergleich mit 8,6 % eine der höchsten Frühgeborenenrate bei gleichzeitig guten Überlebenschancen insbesondere für die kleinsten Frühgeborenen < 1.000g [12].

In unserer Umfrage konnte bzgl. der Anzahl von Krankheitstagen außerhalb des generellen Beschäftigungsverbot gezeigt werden, dass über 80 % der Teilnehmerinnen nur 1 bis 10 Tage wegen Krankheit in der Schwangerschaft im Arbeitsalltag fehlten. Vergleicht man diese Zahl mit den statistischen Angaben des Bundesministeriums für Gesundheit mit 12,9 durchschnittlichen Fehltagen im Jahr 2013, zeugt das von einer hohen Bereitschaft, auch in der Schwangerschaft berufstätig zu sein [13].

Unabhängig davon, dass das Gesetz zur Neuregelung des Mutterschutzrechts den Ärztinnen, die operativ tätig sein wollen, diese Möglichkeit eröffnet, bleibt zu respektieren, dass schwangere Chirurginnen sich gegen eine operative Tätigkeit entscheiden. In unserer Studie sprachen sich 149 Kolleginnen dagegen aus, während einer (erneuten) Schwangerschaft (wieder) operativ tätig sein zu wollen. 258 waren unentschlossen. Nur 135 Kolleginnen machten weitere Angaben zu den Beweggründen. Dabei stand vor allem die Sorge im Vordergrund, das ungeborene Leben durch die operative Tätigkeit zu schädigen.

Insgesamt 75,7 % der Studienteilnehmerinnen gaben an, ihre operative Tätigkeit während einer Schwangerschaft fortzusetzen. Diese hohe Zustimmung deckt sich mit den Ergebnissen von Knieper et al. Hier waren es sogar 88 %, die sich eine operative Tätigkeit in einer erneuten Schwangerschaft vorstellen konnten [8].

Entscheidend bleibt, dass jede Frau ihre Entscheidung zum Operieren in der Schwangerschaft freiwillig treffen sollte und diese Entscheidung jederzeit widerrufen werden kann. „Nachteile aufgrund der Schwangerschaft (...) sollen vermieden oder ausgeglichen werden“ (§ 9 Abs. 1 BGG. I S. 1231) [4].

Die Neuregelung des Mutterschutzgesetzes soll schwangeren Chirurginnen die Möglichkeit geben, ihre Tätigkeit im Operationssaal fortzusetzen. Die Umfrageergebnisse zeigen das gestiegene Bedürfnis nach einer Weiterführung der operativen Tätigkeit, spiegeln aber bestehende Unsicherheiten bei der Umsetzung wider.

Aufgrund des ausgeprägten Wunsches nach einer weiteren operativen Tätigkeit sollte das gemeinsame Ziel aller in der Klinik tätigen Entscheidungsträger die Schaffung einer sicheren Arbeitsplatzsituation für schwangere Ärztinnen sein.

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

Die perfekte Verbindung von Wirtschaftlichkeit und Nachhaltigkeit

Wer auf die Abfallmenge von Einweg-Einsätzen verzichten, aber dennoch eine kostengünstige Alternative zu Mehrweg-Einsätzen sucht, ist bei PAJUNK® genau richtig. Denn mit MultiTip bietet PAJUNK® eine wirtschaftliche Lösung an, die für fünf weitere Anwendungen aufbereitet werden kann.



Ihre Vorteile von MultiTip:

- ➔ **1. Sicheres Verbindungssystem**
Durch ein kombiniertes Klick- und Schraubsystem wird das ungewollte Lösen der Einsätze vermieden.
- ➔ **2. Instrumentenwechsel im OP**
Die MultiTip Einsätze werden steril verpackt geliefert und können also auch während der laufenden OP problemlos gewechselt werden.

- ➔ **3. Kostenersparnis**
Preiswerter Instrumenteneinsatz – das aufwändige Nachschleifen der Scherenblätter entfällt.
- ➔ **4. Umweltfreundlich**
Die MultiTip Einsätze können bis zu fünfmal aufbereitet werden. Der medizinische Abfall wird auch auf Grund ihrer Größe reduziert.

PAJUNK® Medical Produkte GmbH · Karl-Hall-Straße 1 · D-78187 Geisingen
Telefon: +49 (0) 77 04/80 08-0 · Fax: +49 (0) 77 04/80 08-150 · www.pajunk.com · info@pajunk-medipro.com

MADE IN GERMANY

eAKADEMIE

Wissen Bit für Bit

WEBINARE

MEDIATHEK

eCME-
CENTER

BDC|WEBINAR

WEBINARE



Namhafte Experten *live* direkt in Ihrem Arbeitszimmer.

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

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

www.bdc-webinare.de



Neuregelung des Mutterschutzrechts – kurz gesagt, was wichtig ist



Dr. med. Frauke Fritze-Büttner
Stellv. Leiterin Themen-Referat „Beruf und Familie“ im BDC
Ltd. Oberärztin
Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie
Sana Klinikum Lichtenberg
frauke.fritze@sana-kl.de



Dr. med. Maya Niethard
Leiterin Sektion Familie & Beruf
c/o Junges Forum der Deutschen Gesellschaft der Orthopädie und Unfallchirurgie e.V. (DGOU)
Klinik für Tumororthopädie
Zentrum für Orthopädie und Unfallchirurgie
Helios Klinikum Berlin-Buch
Schwanebecker Chaussee 50
13125 Berlin

Fritze-Büttner F, Niethard M: Neuregelung des Mutterschutzrechts – kurz gesagt, was wichtig ist. *Passion Chirurgie*. 2019 März, 9(03): Artikel 03_02.



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

Das „Gesetz zur Neuregelung des Mutterschutzrechts“ ist zum 01. Januar 2018 in Kraft getreten. Es soll u. a. operativ tätigen Ärztinnen die Möglichkeit geben, unter verbesserten Arbeitsbedingungen und kontrollierten Sicherheitsmaßnahmen ihren chirurgischen Beruf **ohne Benachteiligung** weiter auszuüben. Mit Bekanntgabe der Schwangerschaft ist der Arbeitgeber verpflichtet eine individuelle Gefährdungsbeurteilung des Arbeitsplatzes vorzunehmen. Der Arbeitsplatz ist so zu gestalten, dass keine unverantwortbare Gefährdung der Schwangeren oder des ungeborenen Kindes vorliegt. Oberstes Ziel ist dabei die Anpassung des Arbeitsplatzes um der schwangeren Chirurgin die Ausübung ihrer beruflichen Tätigkeit weiterhin zu ermöglichen. Individuelle Beschäftigungsverbote sollen möglichst vermieden werden. Ein Jahr nach Inkrafttreten des Gesetzes zeigt die Realität ein steigendes Bedürfnis der Chirurginnen nach einer Weiterführung der operativen Tätigkeit, spiegelt aber erhebliche Unsicherheiten bei der Umsetzung und eine weiterhin nicht bundeseinheitliche Regelung wider.

Nachfolgend werden die wesentlichen Änderungen des „Gesetzes zur Neuregelung des Mutterschutzrechts“ zusammengefasst.

1. ERWEITERTER PERSONENKREIS

Das Mutterschutzgesetz ist zukünftig nach § 1 Abs. 2 BGBL. I S. 1228 auch für

- Frauen in betrieblicher Berufsausbildung und Praktikantinnen,
- Schülerinnen und Studentinnen geltend.

Ebenso einbezogen sind Kolleginnen, die in einer Praxis oder einem MVZ angestellt sind. Nicht berücksichtigt sind niedergelassene, selbstständige Kolleginnen.

Für Beamtinnen, Richterinnen und Soldatinnen gelten andere Rechtsverordnungen in Anlehnung an die gesetzlichen Rechtsgrundlagen.

2. SCHUTZFRISTEN VOR UND NACH ENTBINDUNG

Es bestehen nach Entbindung neben den verlängerten gesetzlichen Schutzfristen für Frauen mit Früh- oder Mehrlingsgeburten ebenfalls verlängerte Schutzfristen von acht auf zwölf Wochen für Frauen, die ein Kind mit Behinderung zur Welt bringen.

3. MEHR- UND NACTARBEIT, SONN- UND FEIERTAGSARBEIT

Der Umfang der täglichen und wöchentlichen Arbeitsbelastung ist mit nicht mehr als 8 ½ Stunden täglich oder 90 Stunden in der Doppelwoche unter Einrechnung der Sonntage unverändert (§ 4 Absatz 1 BGBL. I S. 1230). Es besteht ebenso ein generelles Beschäftigungsverbot zwischen 20 Uhr und 6 Uhr. Sollte jedoch

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

so kann auf Antrag des Arbeitgebers eine Beschäftigung zwischen 20 und 22 Uhr durch die Aufsichtsbehörde genehmigt werden (§ 28 BGBL. I S. 1237). Dies erlaubt Ärztinnen im Schichtdienst, ihre Tätigkeit im Früh- und Spätdienst fortzusetzen. Ähnliches gilt bei Einhaltung des Arbeitszeitgesetzes und der erforderlichen Ruhezeiten auch für eine Beschäftigung an Sonn- und Feiertagen (§ 5 BGBL. I S. 1230) [1].

4. FREISTELLUNG UND KÜNDIGUNGSSCHUTZ

Freigestellt wird die Frau durch den Arbeitgeber zur Durchführung von Untersuchungen während der Schwanger- und Mutterschaft. Weiterhin gilt eine Erweiterung des Kündigungsverbots, sodass Frauen, die eine Fehlgeburt nach Beendigung der 12. Schwangerschaftswoche erleiden mussten, bis vier Monate nach Geburt Kündigungsschutz besitzen.

5. ARBEITSPLATZGESTALTUNG UND GEFÄHRDUNGSBEURTEILUNG

Der Arbeitgeber ist verpflichtet, die Arbeitsbedingungen werdender oder stillender Mütter nach individuellen Gefährdungsbeurteilungen so zu gestalten, dass alle erforderlichen Maßnahmen für den Schutz der **physischen und psychischen Gesundheit** der werdenden oder stillenden Mutter sowie der ihres Kindes getroffen sind, um „eine verantwortungsvolle Interessenabwägung zwischen der Gesundheit der schwangeren Frau ... und ihres Kindes einerseits und ihrer **selbstbestimmten Teilhabe** an der Erwerbstätigkeit andererseits“ zu gewährleisten [2].

A. GEFÄHRDUNGSBEURTEILUNG „NARKOSEGASE“

Durch den Einsatz einer intravenösen Narkoseinduktion und den generellen Verzicht auf Maskennarkosen kann für die schwangere Ärztin eine Minimierung des Risikos der Arbeitsplatzkontamination durch Vermeidung des Einsatzes von Narkosegasen oder Inhalationsnarkotika erreicht werden. Total IntraVenösen Anästhesien sind nicht kostenintensiver und werden, ebenso wie regionalanästhesiologische Maßnahmen, durch die BDA Kommission „Gesundheitsschutz am

anästhesiologischen Arbeitsplatz“ in diesem Kontext befürwortet [3].

B. GEFÄHRDUNGSBEURTEILUNG „RÖNTGENSTRAHLEN“

Tätigkeiten von werdenden Müttern in Kontakt mit ionisierenden Strahlen sind im Strahlenschutzgesetz (StrlSchG), das am 27. Juni 2017 erlassen, und ab 01. Januar 2019 Gültigkeit besitzt, beschrieben. Das Strahlenschutzgesetz setzt die Richtlinie 2013/59/Eratom des Rates in nationales Recht um und vereint die Regelungen, die bislang durch die Strahlenschutz(StrlSchV)- und Röntgenverordnung(RöV) festgelegt waren. Dementsprechend ist Schwangeren die Tätigkeit in Kontrollbereichen unter Auflagen erlaubt:

- Einhaltung der Grenzwerte am Uterus gebärfähiger Frauen von 2 mSv/Monat.
- Die Äquivalentdosis vom Zeitpunkt der Mitteilung der Schwangerschaft bis zu deren Ende von 1 mSv ist nicht zu überschreiten. [4].

Daher ist anzuraten:

- Wenn möglich Verlassen des Kontrollbereiches.
- Ist dies nicht vermeidbar, ist ein Betreten des Kontrollbereiches im Operationssaal unter Anwendung entsprechender Schutzmaßnahmen (z. B. Tragen einer Bleischürze) nach Rücksprache mit dem Strahlenschutzbeauftragten möglich.
- Tragen eines Dosimeters im Thoraxbereich, das vier-wöchentlich ausgelesen wird, und eines zweiten, wöchentlich auslesenden Dosimeters in Uterushöhe.

C. GEFÄHRDUNGSBEURTEILUNG „INFEKTIONEN“

Schwangere Chirurgen sollen nur elektive, nicht kontaminierte Eingriffe bei präoperativ hinsichtlich HCV- und HIV-gescreenten Patienten vornehmen. In vielen Kliniken werden bereits routinemäßig vor größeren Elektiveingriffen Patienten auf HCV und HIV gescreent, um sowohl Chirurg als auch Chirurgen zu schützen. Ebenso verbietet sich eine Tätigkeit an Patienten mit Nachweis von multiresistenten Keimen [5].

D. GEFÄHRDUNGSBEURTEILUNG „ARBEITSPLATZ OP“

Durch folgende Anpassungen kann der „Arbeitsplatz: OP“ sicher gestaltet werden:

- keine stehenden Tätigkeiten von mehr als vier Stunden ab dem fünften Schwangerschaftsmonat,
- vorhandene Sitzmöglichkeit bei operativen Eingriffen, soweit das möglich ist,
- Tragen von Indikatorhandschuhen und Augenschutz (z. B. Schutzvisier, Brille, Mikroskop),
- Einsatz stichsicherer Instrumente, soweit operationstechnisch möglich,
- ununterbrochene Sichtkontrolle,
- kein beengtes Operationsfeld. [5]

Weiterhin sollen Sitz- und Liegemöglichkeit im OP-Bereich bereitgestellt sein.

6. AUSSCHUSS FÜR MUTTERSCHUTZ

Zur Ermittlung von Art, Ausmaß und Dauer einer möglichen verantwortbaren Gefährdung einer Schwangeren soll ein für das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) ehrenamtlich arbeitender „Ausschuss für Mutterschutz“ aktiv tätig sein, der gleichzeitig sicherheitstechnische, arbeitsmedizinische und arbeitshygienische Regeln mit erarbeitet und bei Umgestaltung des Arbeitsplatzes Unterstützung leistet.

FAZIT

Schwangere Chirurgen, deren Wunsch es ist, bei intakter Schwangerschaft weiter zu operieren bzw. intensivtherapeutisch zu arbeiten, haben ein Recht auf eine individuelle Beurteilung ihres Arbeitsplatzes im Operationssaal oder auf der Intensivstation. Die immer noch föderale Tätigkeit der Gewerbeaufsichtsämter unter Bezug auf veraltete gesetzliche Regelungen lassen befürchten, dass negative Bescheide ohne aktuell-wissenschaftliche Begründungen vorzeitig ausgesprochen werden. Bei stetig steigenden Zahlen von Chirurgen in Klinik und Praxis muss ein Umdenken stattfinden, damit das „Gesetz zur Neuordnung des Mutterschutzrechts“ auch eine **NEU**regelung des Mutterschutzrechts ist.

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



Maquet PowerLED II Operationsleuchte

Die nächste Stufe für chirurgische Effizienz

Maquet PowerLED II garantiert Operateuren klares und brillantes Licht ohne Blendwirkung. Basierend auf der bereits seit einem Jahrzehnt bewährten PowerLED-Plattform haben wir innovative Lösungen integriert, um die Arbeitsbedingungen in Ihrem OP zu verbessern.

www.getinge.com

Getinge Deutschland GmbH • Kehler Str. 31 • 76437 Rastatt • info.vertrieb@getinge.com

GETINGE 

 LIVE
 



BDC | Berufsverband der Deutschen Chirurgen e.V.

LIVE WEBINAR Do, 27. Juni, 18:00 Uhr
S3-Leitlinie „Magenkarzinom“



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




 0:01 / 2:34
 


Webinar-Termin im Juni 2019: S2k-Leitlinie „Magenkarzinom“

**Webinar S2k-Leitlinie
„Magenkarzinom“
27.06.2019, 18:00 Uhr
www.bdc-webinare.de**

Seit September 2017 gibt es die BDC|Webinare (www.bdc-webinare.de). Bisher wurden auf der Plattform insgesamt 16 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 Teilnahme

wird in der Regel mit zwei CME-Punkten zertifiziert.

WEBINARE IM ARCHIV ABRUFEN

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



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

Schnittstellenmanagement zwischen Chefärzten und Geschäftsleitungen 2018/2019



Prof. Dr. med. Carolin Tonus
Stellv. Leiterin Themen-Referat
Chirurgie, Ökonomie & Zukunftsfragen
im BDC
Asklepios Klinik St. Georg
Chefärztin der Allgemein- und
Viszeralchirurgie
Lohmühlenstraße 5
20099 Hamburg

In der Hochleistungsorganisation „Krankenhaus“ ist die vertrauensvolle und konstruktive Zusammenarbeit zwischen ärztlichen Führungskräften und den kaufmännischen Geschäftsleitungen ein wichtiger Einflussfaktor für wirtschaftlichen Erfolg und medizinische Leistungsqualität – so lautet wenigstens die theoretische Anforderung. Wie sich die Zusammenarbeit zwischen leitenden Ärztinnen/Ärzten und Krankenhausmanagern im betrieblichen Alltag tatsächlich gestaltet, hat der BDC mit einer umfangreichen Online-Umfrage im Zeitraum September bis November 2011 ermittelt.

Es ist unser Bestreben, ein Umdenken einzuleiten, das eine Kooperation auf Augenhöhe

zum Wohle unserer Patienten zum Ziel hat. Nur gemeinsam werden wir die Herausforderungen der Zukunft im Gesundheitssystem meistern können. Deshalb ist es wichtig, dass möglichst viele leitende Ärztinnen und Ärzte an dieser Umfrage teilnehmen, um ein realistisches Bild von der aktuellen Situation zu erhalten.

Vielen Dank, dass Sie sich die Zeit zur Beantwortung der Fragen nehmen.

Ihre
Carolin Tonus



Aktuelle BDC|Umfrage

Die Umfrage wird aktuell wiederholt, um den Status Quo erheben zu können, Vergleiche zu den Umfrageergebnissen 2011 durchzuführen und auf Basis der Ergebnisse weitere Strategien für die zukünftige berufspolitische Arbeit im BDC zu entwickeln.

Hier geht's zur Umfrage:
www.surveymonkey.de/r/CH_GF

Diese Umfrage wird anonym durchgeführt. Die Bearbeitung des Fragebogens wird ca. 10 Minuten dauern.

Die Ergebnisse werden in Passion Chirurgie, der Mitgliederzeitschrift von BDC und DGCH zeitnah publiziert.



Tonus P: Schnittstellenmanagement zwischen Chefärzten und Geschäftsleitungen 2018/2019. Passion Chirurgie. 2019 März, 9(03): Artikel 04_02.



Weitere BDC|Umfrage und deren Ergebnisse finden Sie auf BDC|Online (www.bdc.de), Rubrik Wissen | Panorama | BDC|Umfrage).



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



Safety Clip: Gesagt, getan? – Kommunikation innerhalb des Teams im Sinne der Patientensicherheit

Der Faktor Mensch gilt zu ungefähr 70 Prozent als Ursache von Fehlern und Zwischenfällen in der medizinischen Versorgung [1]. Hierbei zeigt sich, dass das Problem nicht die Fachlichkeit der Handelnden ist, die oft hochqualifiziert sind. Vielmehr spricht vieles dafür, dass es ein kritischer Punkt ist, dieses Wissen unter realen und häufig sehr komplexen Bedingungen innerhalb eines Teams effektiv einzusetzen und zu kommunizieren [2].

Es ist naheliegend, dass die Patientensicherheit demnach mit der Leistungs- und

Kommunikationsfähigkeit des Teams zusammenhängt, welches oftmals unter einem hohen Entscheidungs-, Handlungs- und Erwartungsdruck steht. Gestresste Menschen müssen miteinander interagieren, die Arbeitsbelastung ist ungleichmäßig verteilt, Handlungen und Aufgaben sind parallel zu erledigen, und es kommen Menschen unterschiedlicher Disziplinen zusammen. Teilweise bilden sich auch ad-hoc-Teams, die möglicherweise mit eingeschränkten diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten versuchen müssen, so gut wie



Pia Florentine Büxe

M. Sc. Psychologin, Psychologische
Psychotherapeutin
Risikoberaterin
GRB Gesellschaft für Risiko-Beratung
mbH
Klingenbergstr. 4
32758 Detmold
Pia.buexe@grb.de

möglich die Patientenversorgung sicherzustellen [3].

Darüber hinaus existiert neben dieser Teamebene noch die ganz persönliche Ebene des einzelnen Teammitgliedes. Die einzelnen, sehr individuellen Eigenschaften und Merkmale können sich ebenfalls auf die Arbeitsleistung des Teams auswirken. Hierzu können beispielsweise gehören: das persönliche Kommunikationsverhalten, die Bereitschaft Vorgaben abzuarbeiten, der Erfahrungsgrad, die Aufmerksamkeitsleistung, das Stresslevel, eigene kognitive Schemata und nicht zuletzt auch ganz persönliche Ereignisse und private Umstände außerhalb der Arbeit, die bis in die Arbeitszeit „nachwirken“ und die persönliche Leistungsfähigkeit beeinflussen.

RISIKO FEHLINTERPRETATIONEN

Wenn unser Gehirn nicht ausreichend Informationen für eine Aufgabenbewältigung zur Verfügung hat – wie es in akuten Situationen im medizinischen Kontext passieren kann –, dann ergänzt es die fehlenden „Teile“ mit Hilfe des Langzeitgedächtnisses. Hier liegt ein hohes Risiko für potenzielle Fehler.

In der Gesundheitsversorgung existieren Situationen, in denen Handlungen oder Entscheidungen unter schlechter Informationslage getroffen werden müssen. Es entstehen dann selbst konstruierte Bilder der Wirklichkeit unter Rückgriff auf vorhandene Inhalte im Langzeitgedächtnis, der Nutzung von Repräsentativitätsregeln (aus Situation eins folgt Situation zwei, weil das beim letzten Mal auch so war bzw. weil frühere Erfahrungen einen erhöhten statistischen Zusammenhang suggerieren) oder Heuristiken [4, 5]. Erschwerend können sich zusätzlich Beurteilungsfehler wie der Halo-Effekt oder der Primacy-/Recency-Effect auswirken.

Vor diesem Hintergrund besteht dann ein Risiko für die Patientensicherheit darin, dass in einem Team zwar eine eindeutige Kommunikation angenommen wird, weil der Kontext, die Situation oder das Gegenüber vertraut sind und die nächsten gemeinsamen Handlungsschritte schlüssig und eindeutig erscheinen. Allerdings werden so möglicherweise

wichtige Details oder Informationen übersehen und der Handlungsrahmen unabsichtlich in eine falsche Richtung gelenkt.

PRIMACY-/RECENCY-EFFECT

Der Primacy-Recency-Effect beschreibt die Dominanz der ersten beziehungsweise letzten Information, die man über eine Sache oder eine Person erhält. Umgangssprachlich wird der Primacy-Effect beispielsweise mit Redewendungen wie „der erste Eindruck zählt“ oder im Englischen mit „You never get a second chance for the first impression“ beschrieben. Er besagt, dass Menschen dazu neigen, Erfahrungen mit einer Person anhand des ersten Eindrucks zu bemessen, den sie von ihrem Gegenüber haben. Das Pendant dazu ist der Recency-Effect, bei dem das am wichtigsten für die Beurteilung einer Sache oder Person wird, was man zuletzt darüber erfahren hat. Diese Informationen werden meist kurzzeitig am besten erinnert; der Primacy-Effect wirkt meist längerfristig [10, 11, 12]

IMMER NOCH BEDEUTSAM: DAS 4-OHREN-MODELL

Damit Kommunikation im Team gelingt, ist es auch wichtig, dass keine Missverständnisse zwischen Teammitgliedern auftauchen, oder dass diese mindestens konstruktiv aufgeklärt werden. Quelle für Fehler und Unverständnis kann es auf Ebene des Senders und Empfängers von Informationen geben, wie das vielfach zitierte 4-Ohren-Modell von Schulz von Thun verdeutlicht [6].

Jede gesprochene und unausgesprochene Information (oder wie Paul Watzlawick feststellt: „Man kann nicht nicht kommunizieren“) bietet Potenzial, auf allen vier Ebenen des Modells interpretiert zu werden (also rein sachlich, appellativ, in der Weise etwas von sich selbst preiszugeben oder aber auf Ebene der persönlichen Beziehung zueinander). Jede Information kann somit potenziell auch zu Missverständnissen zwischen den Teammitgliedern führen. Es besteht nicht selten die

Büxe PF: Safety Clip: Gesagt, getan? – Kommunikation innerhalb des Teams im Sinne der Patientensicherheit. Passion Chirurgie. 2019 März, 9(03): Artikel 04_03.



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

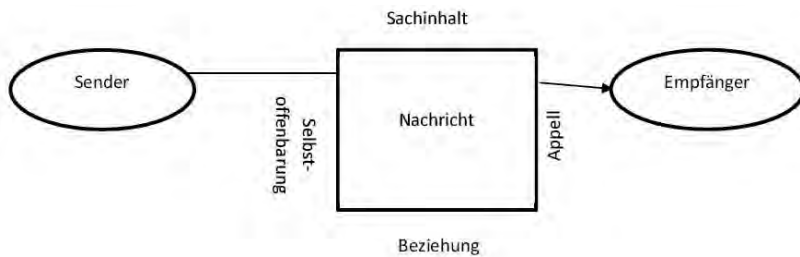


Abb. 1: Das 4-Ohren Modell

Tab. 1: Beispiel für eine Meldung [9, S. 5]

S	Situation Hier ist (Name). Es geht um (Patient, Name, Alter) auf Station X. Folgende Situation habe ich eben gesehen... Patient ist (Bewusstsein, Aggression, Kooperation etc.), Vitalzeichen... Ich mache mir Sorgen, weil...
B	Background – Hintergrund Der Patient ist hier seit...wegen... Der Verlauf war... Besonders bei dem Fall ist...
A	Assessment – Einschätzung der Situation Möglicherweise handelt es sich um... Ich habe den Eindruck, der Patient (verschlechtert sich/hat...)
R	Recommendation – Empfehlung Ich wünsche mir, dass Sie jetzt kommen/den Patienten verlegen ... Was kann ich schon vorbereiten?

Frage, ob das Gegenüber wirklich das sagt, was er oder sie denkt, oder ob das verstanden wird, was gemeint war usw.

IDEEN FÜR DIE PRAXIS

Unter Berücksichtigung der oben dargestellten Risiken, die sich aus der menschlichen kognitiven Informationsverarbeitung sowie den Gegebenheiten der Patientenversorgung ergeben,

erscheint es sinnvoll, als Team „externe“ Hilfen in der alltäglichen Kommunikation während der Patientenversorgung zu nutzen, um die Patientensicherheit zu erhöhen.

Hierzu kann es beispielsweise hilfreich sein, Checklisten zu verwenden, um von der lästigen und gefährlichen Aufgabe erleichtert zu werden, alles im Kopf haben zu müssen und zu bedenken [7].

Ebenso kann die alltägliche Kommunikation im Team sicherer gemacht werden, indem feste Abläufe etabliert werden, bei denen alle zuhören und sich beteiligen. Es sollte innerhalb des Teams die Sicherheit geschaffen werden, Bedenken auch äußern zu können („speak up“) [8]. Möglicherweise bringt eine zunächst irrelevant erscheinende Information den entscheidenden Hinweis, damit weitere Entscheidungen so getroffen werden, dass die Patientensicherheit erhöht wird.

Eine weitere Möglichkeit, die Kommunikation sicherheitsförderlich zu strukturieren, bietet das SBAR-Konzept [9]. Es geht hierbei um ein festgelegtes Kommunikationsprotokoll, welches den Austausch innerhalb des Teams oder disziplinübergreifend in Situationen strukturieren soll, die besonderer Aufmerksamkeit bedürfen (z. B. Übergaben, Notfälle, Besprechung der Medikation). Nach dem Konzept sollten in der Kommunikation immer nach dem gleichen Ablauf vier Bausteine abgehandelt werden:

Insgesamt liegen für die klinische Praxis also bereits viele Ansätze vor, die die Kommunikation zwischen den Akteuren der Patientenversorgung unterstützen können. Letztlich sollte jede Einrichtung und jedes Team für sich die Kommunikationsabläufe kritisch reflektieren und gemeinsam überlegen, an welchen Stellen sich Optimierungen, auch mit Hilfe der existierenden Konzepte, einbauen lassen.

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



© Istock/Shenki

Praxisvertretungen können teuer werden – Vorbeugen ist besser als zahlen

Auch der beste Chirurg braucht mal eine Pause und Abstand vom medizinischen Alltag: Das gilt nicht zuletzt für den niedergelassenen Arzt oder die Ärztin. Manchmal sind Pausen sogar erzwungen, zum Beispiel im Krankheitsfall. Aber der Betrieb soll ja weiterlaufen, also muss eine Vertretung bestellt werden. Für beide Seiten – den Vertreter wie auch den zu Vertretenden – heißt es hier aber: Obacht! Denn wenn der Versicherungsschutz für die Vertretungstätigkeiten nicht lückenlos geregelt ist, kann dies ein bitteres Nachspiel haben.

MISSVERSTÄNDNIS BERUFS-HAFTPFLICHTVERSICHERUNG

Allzu oft sind Ärzte der Meinung, ihre Berufs-Haftpflichtversicherung schließe auch die Tätigkeiten eines Vertreters ein, der vertretende Kollege (Praxisvertreter) brauche sich deshalb wegen einer Haftung keine Sorgen zu machen. Bei genauerer Betrachtung – spätestens im Versicherungsfall – erweist sich diese Auskunft oft als falsch. Das liegt am irreführenden Wortlaut der Versicherungsbedingungen. Die Berufs-Haftpflichtversicherung

**Nadja Bürger**

Ecclesia Versicherungsdienst GmbH
BDC-Versicherungsservice
Klingenbergstraße 4, 32758 Detmold
Telefon: 0800 603-6030
bdc-versicherungsservice@ecclesia.de

für niedergelassene Ärzte enthält zwar eine Vertreterklausel. Diese schützt aber nur den Praxis-Inhaber, wenn gegen ihn Schadenersatzansprüche wegen der Tätigkeit eines Vertreters erhoben werden. In den einschlägigen Versicherer-Tarifen für die Berufs-Haftpflicht von niedergelassenen Ärzten regelmäßig nicht mitversichert ist dagegen die eigene, persönliche Haftpflicht des vorübergehend tätig gewordenen Vertreters. Das betrifft zum Beispiel die BGB-Haftung (deliktische Haftung) aus unerlaubter Handlung (§§ 823 ff. BGB) sowie alle strafrechtlichen Aspekte der Vertretungstätigkeit.

Die meisten Krankenhausärzte sind zudem zwar über ihren Arbeitgeber versichert. Die dort vorgehaltenen Betriebs-Haftpflichtversicherungen erstrecken sich in der Regel aber nicht auf die (dienstfremde) Tätigkeit als Praxisvertreter.

Wenn die Berufs-Haftpflichtversicherung des Praxisinhabers keinen ausreichenden Versicherungsschutz für Vertretungen bietet oder der Vertretungsarzt keine eigene oder keine ausreichende Berufs-Haftpflichtversicherung abgeschlossen hat, sind die finanziellen Folgen möglicher Schadenersatzansprüche Dritter aus der Vertretungstätigkeit vom Praxis-Inhaber und vom Vertreter persönlich zu tragen.

PRAXISVERTRETER-HAFTPFLICHTVERSICHERUNG VOM BDC

Um die bestehenden Unsicherheiten zu beseitigen und Schutz in pauschaler Form zu bieten, hat der BDC über die Ecclesia für seine Mitglieder eine obligatorische Haftpflichtversicherung für vorübergehende Praxisvertretungen abgeschlossen.

Die Praxisvertreter-Haftpflichtversicherung des BDC richtet sich an zwei Personengruppen. Da sind einmal die Praxis-Inhaber, die eine eigene Berufs-Haftpflichtversicherung haben, – allerdings ohne ihre Vertretungstätigkeiten für andere dort ausreichend mitversichert zu haben. Das kann zum Beispiel der Fall sein, wenn eigentlich nur ambulant tätige Mediziner im Vertretungsfall einmal Behandlungen an stationär aufgenommenen Patienten vornehmen.

Ferner kann die Praxisvertreter-Haftpflichtversicherung auch für Praxis-Inhaber wichtig sein, die in ihrer Berufs-Haftpflichtversicherung keine Mitversicherung eines bestellten Vertreters aufgenommen haben. Sie haften in diesem Fall möglicherweise für das sogenannte Auswahlverschulden des Praxisinhabers. Davon sprechen Juristen, wenn jemand zur Erfüllung eines Leistungsversprechens einen Dritten hinzuzieht, der dazu aber nicht geeignet ist oder dessen Bestellung zumindest ein Risiko birgt. Beide Fälle sind mitversichert, sofern BDC-Mitglieder ihre Berufs-Haftpflichtversicherung über den BDC-Rahmenvertrag abgeschlossen haben. Bei anderen Berufs-Haftpflichtversicherungen ist das nicht der Marktstandard.

Außerdem ist die Praxisvertreter-Haftpflichtversicherung vor allem auch wichtig für die Vertretungsärzte selbst, die ohne ausreichenden Versicherungsschutz ansonsten persönlich haften.

Für Vertretungsärzte ist die Praxisvertreter-Haftpflichtversicherung auch in anderer Hinsicht wichtig. Dabei stehen diejenigen Mediziner im Fokus, die zwar eine eigene Berufs-Haftpflichtversicherung haben, aber darin keine Vertretungstätigkeiten mitversichert haben und die, die gar keine eigene Berufs-Haftpflichtversicherung abgeschlossen haben, weil sie als angestellte Ärzte in einer Praxis oder in einem Krankenhaus arbeiten. Denn ein Patient kann im Fall eines Schadens nicht nur den Praxis-Inhaber in die Haftung nehmen, sondern immer auch einen Anspruch unmittelbar an den vertretenden Arzt richten.

Alle Mitglieder des BDC, die in einer niedergelassenen Praxis eine Vertretung übernehmen, können die im Mitgliedsbeitrag enthaltene Praxisvertreter-Haftpflichtversicherung in Anspruch nehmen. Dabei ist es egal, ob sie selbst niedergelassene Ärzte sind oder im Rahmen einer Anstellung arbeiten.

Bürger N: Praxisvertretungen können teuer werden – Vorbeugen ist besser als zahlen. *Passion Chirurgie*. 2019 März, 9(03): Artikel 04_04.



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





Für höchste Hygiene im OP-Saal:
ADMECO TAV-Systeme

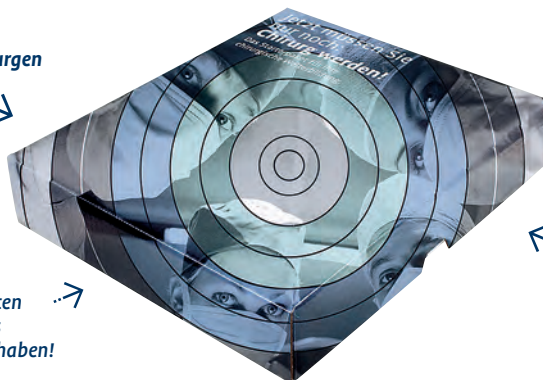
ADMECO AG · Turbistrasse 17 · CH-6280 Hochdorf · Schweiz · Telefon +41 (0)41 914 70 30 · www.admeco.ch · info@admeco.ch

Gute Anreize für neue Chirurginnen*!

* Und für Chirurgen natürlich auch.

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

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



Mit dem guten
Gefühl, alles
bedacht zu haben!

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

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



© Stock/leang

Hygiene-Tipp: Luftqualität im OP-Saal

WUNDINFEKTIONEN, RLT-ANLAGEN UND DISZIPLIN

Nachdem in letzter Zeit in einzelnen Veröffentlichungen behauptet wurde, dass bezüglich der Luftgüte Raumklasse Ia in OP-Sälen überhaupt nicht erforderlich ist, hat die DGKH hierzu eine Stellungnahme veröffentlicht.

Nachfolgend die wesentlichen Folgerungen daraus:

In den Veröffentlichungen von Bischoff, Gastmeier, Allegranzi et al., die obiges aussagen, werden verschiedene Studien herangezogen, die aus methodischen Gründen nicht für eine Bewertung von TAV/LAF-Decken genutzt werden können. Teilweise sind die

referierten Ergebnisse nicht glaubhaft (zu niedrige Infektionsraten), vor allem jedoch sind Klima-Anlagen im OP offensichtlich in den USA und Deutschland unterschiedlich, sodass beispielsweise Studien aus den USA nicht auf Deutschland übertragen werden können. In den deutschen Studien wiederum werden überwiegend Klima-Anlagen erfasst, die nicht die heute vorgeschriebene Deckengröße haben. Somit bleiben nur wenige Studien übrig, die teilweise eine Schutzwirkung von TAV-Decken belegen, in der Summe aber nicht für eine endgültige Bewertung ausreichend sind.

Unstrittig ist, dass TAV-Decken Pathogene und Partikel besser reduzieren als eine turbulente Mischströmung und dass sie ebenfalls



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



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

Popp W, Zastrow KD: Luftqualität im OP-Saal.
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).

kanzerogenen chirurgischen Rauch wirksamer abführen. Dies dient dem Mitarbeiter-Schutz und entspricht der in Deutschland geltenden Vorstellung vom Vorrang der Primärprävention (technische Schutzmaßnahmen) am Arbeitsplatz, soweit diese – wie hier – möglich ist.

Da TAV-Decken Pathogene und Partikel reduzieren, tragen sie zu einem geringeren Keimeintrag in den OP-Situs bei. Dies ist besonders bei langen Operationszeiten relevant.

Dementsprechend sind TAV-Decken sinnvoll in OP-Sälen.

Auch die DIN 1946-4 (2018) enthält weiterhin die Raumklasse Ia (TAV-Decke) und somit entsprechen TAV-Decken dem Stand der Technik, der in Deutschland beim Krankenhausbau anzuwenden ist. Daher sollte mindestens ein Teil der OP-Säle bei Neubauten mit TAV-Decken ausgerüstet werden.

Aufgrund zunehmender Gewebeentnahmen und den Anforderungen hierbei ist davon auszugehen, dass zukünftig zwingend TAV-Decken erforderlich sind und die Anforderungen an OP-Säle im Sinne von Reinräumen steigen werden.

Als Ursache von Wundinfektionen kommen in Frage:

- Desinfektionslücken bei der präoperativen Hautdesinfektion, indem z.B. Bakterien in den Haarfollikeln des Patienten nicht vollständig abgetötet werden.
- Hautschuppen und Haarteile mit Bakterien – vom Kopf des OP-Personals.
- Aerosole aus dem Nasen-Rachenbereich. Damit kommt der Qualität und dem korrekten Tragen des Mund-Nasenschutzes größte Bedeutung zu.
- Kontaminierte Instrumente, die z. B. außerhalb des Schutzbereiches der TAV-Decke stehen und dort kontaminiert werden.

- Die Hände des Chirurgen, wenn Handschuhe beschädigt werden oder werkseitig bereits löchrig sind.
- Pathogene in der Luft (auf Partikeln), die verwirbelt werden.
- Eine hämatogene Streuung von Erregern nach Maßnahmen, die mit einer Bakteriämie einhergehen.

Bei den während einer OP derzeit im OP-Saal oft freiliegenden Stellen des Kopfes geben die Ohren am meisten Bakterien ab. Dies bedeutet, dass unbedingt die Ohren auch während der OP durch eine Haube bedeckt sein müssen. Gleiches gilt für Bart und Haare. So genannte Astrohauben in Verbindung mit einem eng anliegenden Mund-Nasenschutz sind die einzige Lösung, um Haare, Bart und Ohren möglichst vollumfänglich zu bedecken. Allerdings muss dabei auch die Qualität der Hauben beachtet werden, da dünne Hauben unter Umständen Partikel durchtreten lassen. Es ist die Aufgabe der Chefärzte, Pflegedirektoren, Geschäftsführungen und OP-Leitungen, die korrekte Kleiderordnung im OP durchzusetzen. Dazu gehört zuerst, dass sie selbst diese Ordnung vorleben.

Zusammenfassend kann auf keinen Fall eine Empfehlung gegen TAV-Decken im OP gegeben werden. TAV-Decken mit Schutzbereichen von 3 × 3 m sind der turbulenten Belüftung überlegen – sie reduzieren Pathogene und Partikel effektiver, führen potentiell kanzerogenen Rauch wirksamer ab und schützen damit Patienten, Operateure und ausliegende Instrumente. Daher sollen, wie in der aktuellen DIN 1946-4 gefordert, TAV-Decken in OP-Abteilungen eingebaut werden, entsprechend dem Risiko der durchgeführten Operationen.

Die ausführliche Stellungnahme ist auf der Website der DGKH (www.dgkh.de) abrufbar.

Der Kurz-Tipp gibt die Meinung der Autoren wieder.



Frischer Wind bei chirurgischem Rauch

TAV-Decke, Rauchgasabsaugung und kontinuierliches Partikelmonitoring schützen Patienten, OP-Personal und Chirurgen optimal

Erfolgreiche Operationen brauchen ein optimales Hygieneklima. Dabei geht es nicht nur um den Schutz der Patienten vor luftgetragenen Keimen. Auch der Schutz von Chirurgen und OP-Personal vor den gesundheitsschädlichen Wirkungen von chirurgischen Rauchgasen und Aerosolen wird immer wichtiger. Bisherige Lösungen wie mobile Absauggeräte waren häufig aufwendig und komplex im Handling. weissttechnik bietet ein perfekt aufeinander abgestimmtes Komplettpaket bestehend aus einer Vindur® Laminar Flow Decke, einer Absauglösung am chirurgischem Instrument und einem System zur kontinuierlichen Überwachung der Luftqualität.

Für diese Lösung spricht auch die jüngste Veröffentlichung der Deutschen Gesellschaft für Krankenhaushygiene (DGKH), die den Einsatz von OP-Reinluftdecken mit turbulenzarmer Verdrängungsströmung (TAV) ausdrücklich empfiehlt. Diese stellen eine partikelarme Schutzzone her, die das Wundfeld, die Instrumententische und das steril gekleidete OP-Personal sicher abschirmt. Während der OP saugt die Rauchabsaugung SSV den Rauch dort ab, wo er entsteht: direkt an der Wunde. Dabei kann der Absaugschlauch jederzeit so platziert werden, dass er eine optimale Absaugwirkung erzielt, ohne die freie Sicht des Chirurgen zu beeinträchtigen. Die Absaugung kann dabei direkt mit dem chirurgischen Instrument gekoppelt werden und hierüber automatisch an- und ausgeschaltet werden.

Da die Luft-Belastung während der OP erheblich schwankt, ist die Echtzeitmessung von chirurgischem Rauch und Partikeln eine ebenso einfache wie effiziente Möglichkeit, die Gesundheit aller Personen im OP zu schützen. weissttechnik bietet mit Vindur® CPM Continuous Particle Monitoring eine einfache und innovative Lösung für diese Aufgabe. Dabei misst das System die Partikelzahl im OP-Schutzfeld in Echtzeit, visualisiert die Belastung auf einer Hygieneampel und passt die Luftleistung der Klimadecke automatisch an den Verschmutzungsgrad an. Ein weiterer Vorteil: Nach einer Abschaltung der Lüftungsanlage beispielsweise für eine Reinigung, signalisiert das CPM-System zuverlässig, wann die geforderte Luftqualität wieder erreicht ist und erfüllt damit die Anforderungen der DIN 1946-4:2018-09.

Contact

Rupert Mack
Weiss Klimatechnik GmbH
Greizer Straße 41-49
35447 Reiskirchen
Germany
Tel. +49 6408 84 6263
rupert.mack@weiss-technik.com
www.weiss-technik.com



Patienten und OP-Personal
zuverlässig schützen.

Test it. Heat it. Cool it.

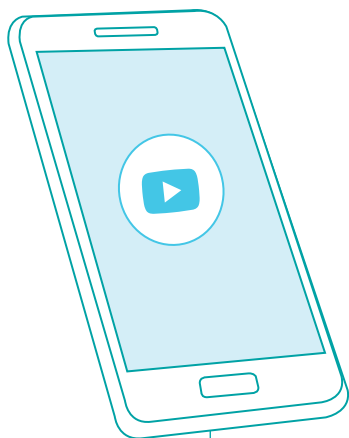


Chirurgische Rauch-Absaugung und Partikelmonitoring im OP

Infektionsprävention und Arbeitsplatzsicherheit sind in Operations-Sälen hochsensible Bereiche. Zum Schutz der Patienten sind Partikel- und Keimbelastungen unbedingt zu vermeiden. Darüber hinaus muss das OP-Personal vor den Gefahren durch chirurgischen Rauch geschützt werden. Mit unseren Lösungen zum kontinuierlichen Partikelmonitoring (CPM) für die Instrumententische und der Rauchgas-Absaugung tragen wir dazu bei, dass alle Beteiligten jederzeit optimal geschützt sind.

HYGIENE
CLIPGet Your
Disinfection

Erfolgreiche bundesweite
Kampagne des BDC
in Kooperation
mit DGKH und BDH



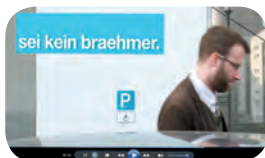
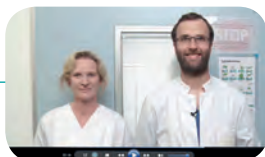
Gute Chirurgie kann durch eine Infektion gefährdet werden. Es gibt vermeidbare und unvermeidbare Infektionen. Letztere sind schicksalhaft und kaum zu beeinflussen. Der Berufsverband der Deutschen Chirurgen und die deutschen Hygieniker betreiben seit 2008 eine bundesweite Informationskampagne, die dazu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

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

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

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

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



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

PATIENTENSCHUTZ DURCH HYGIENE IST EINE
BUNDESWEITE KONZERTIERTE AKTION VON:

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



Rezension: Alterstraumatologie

BÜCHER



Alterstraumatologie

Wolfgang Böcker, Christian Kammerlander, Markus Gosch, Ulla C. Stumpf
Georg Thieme Verlag Stuttgart, New York, 2018
216 S., 201 Abb., gebunden (FH)
ISBN: 9783132422117
79,99 Euro

Beim Verlag bestellen: <https://bit.ly/2MmBgZx>

Rezensentin:

Prof. Dr. med. Tina Histing
Geschäftsführende Oberärztin
Klinik für Unfall-, Hand- und Wiederherstellungschirurgie
Universität des Saarlandes
66421 Homburg/Saar
Tina.Histing@uks.eu

Histing T: Rezension: Alterstraumatologie. *Passion Chirurgie*. 2019 März, 9(03): Artikel 04_06.



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

Im Rahmen des demographischen Wandels werden immer mehr geriatrische Patienten in der Unfallchirurgie behandelt. Ältere Patienten benötigen, aufgrund der vorliegenden Komorbiditäten, eine optimale interdisziplinäre Behandlung. Um dieser Herausforderung zu begegnen, sollten die Patienten gemeinsam durch Unfallchirurgen und Geriater behandelt werden.

In dem Buch „Alterstraumatologie“ von den Autoren Wolfgang Böcker, Christian Kammerlander, Markus Gosch, Ulla C. Stumpf werden neben den Prinzipien der geriatrischen Frakturbehandlung auch die Besonderheiten des alten Menschen erläutert und zahlreiche Behandlungsaspekte der interdisziplinären Versorgung ausführlich und detailliert dargestellt.

In den ersten drei Kapiteln des Buches werden die Prinzipien und die Wichtigkeit eines sogenannten Orthogeriatrischen Ko-Managements genannt. Neben der rein unfallchirurgischen Herausforderung, den Knochen, trotz der oftmals schlechten Knochenqualität, stabil zu versorgen, werden die alterstypischen Begleiterkrankungen und deren Behandlung wie z. B. Osteoporose, Sarkopenie, Demenz sowie die Mangelernährung im Alter dargestellt. Zur Erfassung und Dokumentation dieser Erkrankungen werden verschiedene Scores empfohlen.

In den nächsten beiden Kapiteln wird das Management der prä- und postoperativen Phase erläutert. Wichtige Fragestellungen und Themen, wie die Beurteilung der Operabilität, die Anästhesieform und die Antikoagulationstherapie beim alten Patienten werden

bearbeitet. In der postoperativen Phase wird auf die Problematik des häufig auftretenden postoperativen Delirs eingegangen. Des Weiteren werden Aspekte der Schmerztherapie bei Polypharmazie sowie die Behandlung der Harninkontinenz inklusive des Kathetermanagement und die Prävention bzw. Behandlung von Dekubiti beschrieben.

In den folgenden Kapiteln (6-12), die nach anatomischen Körperregionen gegliedert sind, werden die geriatrische Frakturbehandlung und deren Besonderheiten bei alten Menschen dargestellt.

Abschließend werden die Formen und Inhalte der geriatrischen Rehabilitation erläutert und die Wichtigkeit der Frakturprävention, die mit sogenannten „Fracture Liaison Service Systemen“ umgesetzt werden kann, vorgestellt. Zusätzlich werden Tipps zur Zertifizierung von Alterstraumatologischen Zentren gegeben. Nicht zuletzt werden praxisnahe interessante Fälle vorgestellt, die die Komplexität von geriatrischen Patienten veranschaulicht.

Das Buch „Alterstraumatologie“ bietet dem Leser einen ausführlichen praxisnahen Leitfaden zur Behandlung alterstraumatologischer Patienten. Die klare, themenorientierte Gliederung mit zahlreichen Merksätzen, Abbildungen und aktuellen Literaturhinweisen stellen den Inhalt sehr anschaulich und verständlich dar. Das Buch ist sehr empfehlenswert und eine tolle Ergänzung und Hilfestellung zur Optimierung der Behandlung von alten Patienten in der Alterstraumatologie. Angesprochen werden nicht nur Unfallchirurgen, sondern alle Berufsgruppen des behandelnden Teams. ○



DRG und Kodierung 2019 in der Chirurgie

Das G-DRG-System 2019 beinhaltet insgesamt 1.318 Fallpauschalen. Gegenüber dem Vorjahr bedeutet dies eine weitere Steigerung um 26 G-DRGs ausschließlich in der Gruppe der bewerteten Fallpauschalen. Die dem Institut für Entgeltsysteme im Krankenhaus (InEK) für die Kalkulation des G-DRG-Systems 2019 zur Verfügung stehenden Daten (Kalkulationsstichprobe) sind verbessert, da insgesamt 24 Krankenhäuser mehr, insbesondere auch in den Bereichen Orthopädie und Unfallchirurgie, nach einem verpflichtendem Losverfahren erfolgreich Daten geliefert haben. Insgesamt haben 272 Krankenhäuser von 1.942 erfolgreich an der

Kalkulation teilgenommen. Die bundesweite mittlere Verweildauer aller stationären Fälle sank um 0,8 % auf 6,08 Tage.

Von den Umstrukturierungen des Fallpauschalenkatalogs profitieren (positiver Katalogeffect) vor allem Fallpauschalen für Kinder und Fälle mit Extremkosten. Im Bereich der Chirurgie finden sich zahlreiche kleinere Änderungen, die sich je nach Spektrum der Klinik individuell sehr unterschiedlich auswirken können. Veränderungen ergeben sich insbesondere in der (Tumor-)Endoprothetik, in der Wirbelsäulenchirurgie, der Fußchirurgie, bei Metallentfernungen, bei Amputationen,



Prof. Dr. med. Thomas Auhuber

Leiter Themen-Referat Medizinische Dokumentation, Klinik- und Leistungsmanagement im BDC
Forum Management in der Chirurgie (DGCH)

Leiter Medizinmanagement
BG Klinikum Unfallkrankenhaus Berlin
gGmbH
Warener Str. 7
12683 Berlin
thomas.auhuber@ukb.de

bei der Polytraumaversorgung, arthroskopischen Operationen und Eingriffen am Weichgewebe. Die Herz- und Gefäßchirurgie sind ebenfalls von diversen Systemumbauten betroffen. Eingriffe an Nervenplexen und kinderchirurgische Eingriffe werden in diesem Jahr zum Teil aufgewertet (z. B. für Eingriffe bei Ösophagusatresie, Bauchwanddefekten, Handfehlbildungen oder mit Kraniotomien). Komplexere Dünn- und Dickdarmresektionen werden aufgewertet, einfachere Darmoperationen werden abgewertet. Weitere DRG-Veränderungen gibt es bei Appendektomien, Adhäsioyosen und Operationen am hepatobiliären System.

Die grundsätzlichen Veränderungen seit 2017 zur Sachkostenkorrektur wurden 2019 beibehalten und führen zu einer Umverteilung von 6,47 % bei den Sachkosten zu einer Aufwertung der Personal- und Infrastrukturkosten von jeweils 1,68 %. Ebenfalls unverändert bleibt die gezielte Abwertung von mengenanfälligen Leistungen: Hier sind die G-DRGs I10D bis I10H an der Wirbelsäule und die G-DRG I47C für die primäre Hüftendoprothetik betroffen. Nicht operative Behandlungen an der Wirbelsäule, die mit der G-DRG I68E und I68D abgerechnet werden, werden weiterhin über der Medianzahl von 169 bzw. 38 mit einer niedrigeren Bewertungsrelation abgerechnet. Dieser Eingriff in die ansonsten datengetriebene Systemkalkulation ist weiterhin umstritten und kontrovers zu diskutieren.

In der Kodierung gibt es einige Weiterentwicklungen, die Kodierungsunsicherheiten aufgreifen und für Sicherheit in der Anwendung der Regelwerke für Kliniken und Gutachter sorgen sowie eine Reduktion von Kostenträgerstreitigkeiten erreichen sollen. Dies ist insbesondere auch vor dem Hintergrund der aktuellen Logiken der sozialgerichtlichen Rechtsprechung von großer Bedeutung.

EXPLORATION VON ANATOMISCHEN STRUKTUREN

Die Kodierung der Exploration von anatomischen Strukturen wie Nerven, Sehnen, Muskeln und Faszien stellt immer dann eine Herausforderung dar, wenn keine weiteren

Maßnahmen zur Rekonstruktion, der Exzision usw. erfolgen. Für diese Situationen wurden 2019 eigene Kodebereiche geschaffen. Die zugangsbedingte Darstellung von Strukturen ist als regelhafter Bestandteil von Operationen jedoch nicht gesondert anzugeben.

WECHSEL VON KOPPLUNGSELEMENTEN IN DER KNIE-ENDOPROTHETIK

(Teil-)Wechsel von Kopplungselementen an tibial und femoral schaftverankerten Prothesen können nun eindeutig angegeben werden.

REVISION VON OSTEOSYNTHESEMATERIAL UND REOSTEOSYNTHESE

Die Revision von Osteosynthesematerial ist nun eindeutig geregelt. Bei primären und sekundären Frakturversorgungen sowie bei verzögerten Knochenbruchheilungen sind OPS-Kodes aus dem Bereich 5-79 ff. zu verwenden, sofern eine Reposition stattfindet. Die Osteosynthese bei Nicht-Frakturen wird mit 5-786 ff. angegeben. Verfahrenswechsel oder Wechsel von Teilen des Osteosynthesematerials ohne erneute Reposition werden zukünftig einheitlich mit 5-78a ff. kodiert. Einzelne Ausnahmen (z. B. Osteosynthese an der Wirbelsäule oder am knöchernen Thorax) finden sich in den jeweiligen Hinweistexten. Metallentfernungen erfolgen jeweils mit 5-787 ff.

IMPLANTATASSOZIIERTE INFEKTIONEN

Komplikationskodes sind häufig Streitbehaftet, da sie häufig erhöhte Vergütungen auslösen, gleichzeitig aber auch für die Qualitätssicherung herangezogen werden. 2019 werden implantatassoziierte Infektionen in der ICD erstmals als solche benannt und sind, sofern dies möglich ist, primär mit einem organspezifischen Kode nach Manifestation und Lokalisation (z. B. M00 ff. für eine Arthritis oder M86 ff. für eine Osteomyelitis) zu kodieren. Die ätiologische Ergänzung, dass es sich um eine implantatassoziierte Infektion handelt ist nun zusätzlich mit einem geeigneten T-Kode zusätzlich anzugeben (z. B.

Auhuber T: DRG und Kodierung 2019 in der Chirurgie. *Passion Chirurgie*. 2019 März, 9(03): Artikel 04_07.



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

T84.5 für Gelenkendoprothesen oder T84.6 für interne Osteosynthesevorrichtungen).

KOMPLIKATIONEN IM GASTROINTESTINALEN SYSTEM

Die Codebereiche T85.5 und T85.7 für mechanische und infektiöse Komplikationen im Gastrointestinaltrakt wurden um anatomische Angaben erweitert und können nun spezifischer angegeben werden.

STABILISIERUNG DER THORAXWAND

Es wurden Codes eingeführt, die die ein- und beidseitige Reposition und Osteosynthese der Thoraxwand besser ausdifferenzieren (5-346.c und 5-346.d). Das Osteosyntheseverfahren ist weiterhin mit 5-786 anzugeben.

KODIERUNG KOMPLEXER BECKENFRAKTUREN

Veränderungen in den Codebereichen S32- und in den Deutschen Kodierrichtlinien (DKR) stellen nun klar, dass bei komplexen Beckenfrakturen die einzelnen verletzten Knochen zu kodieren sind und keine Restklassen.

VAKUUMTHERAPIE

Es wurde klargestellt, dass bei wiederholter Anwendung von gleichen Vakuumtherapien die Zeiten zu addieren und nach der Dauer zu kodieren sind. Kommen Vakuumtherapien unterschiedlicher Technik zur Anwendung, ist jede Technik gesondert nach der Dauer zu kodieren.

MAGENSCHRITTMACHER

Die Codes zur Implantation eines Magenschrittmachers wurden um Wechseloperationen ergänzt (5-449.n).

DARMANASTOMOSEN

Darm Anastomosen sind als Segmentresektionen des jeweiligen Darmabschnitts zu kodieren. Die Resektion einer Anastomose zwischen Dünn- und Dickdarm ist als Segmentresektion des Dickdarmes zu kodieren. Entsprechende Hinweise im OPS-Verzeichnis wurden ergänzt (5-454 und 5-455).

ÖSOPHAGUSBLUTUNG

Es wurde ein Code für eine Ösophagusblutung (K22.81) neu aufgenommen. Der Code ist bei Ulkus- oder Refluxerkrankungen ggf. zusätzlich anzugeben.

HERNIA FEMORALIS

Mit den endständigen Ziffern 0 bzw. 1 kann nun bei der Hernia femoralis (K41.-) angegeben werden, ob es sich um eine Rezidivhernie handelt oder nicht.

Diverse Vorschläge zu Systemkorrekturen gehen auch in diesem Jahr wieder auf Vorschläge der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU), der Deutschen Wirbelsäulengesellschaft (DWG) sowie der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH), zusammen mit dem Berufsverband der Deutschen Chirurgen (BDC), zurück.

Die Komplexität und die Ausdifferenzierung des G-DRG-Systems nehmen 2019 weiter zu. Die Innovationsfinanzierung ist über das vorliegende System weiterhin schwerfällig. Es gibt zunehmend Systemelemente mit der Abkehr von der datengetriebenen Systematik. Ab 2020 werden auch die Auswirkungen der Personaluntergrenzen-Verordnung und des Pflegepersonal-Stärkungsgesetz auf das G-DRG-System sichtbar. Insbesondere die Ausgliederung der Kosten für die Pflege aus den Fallpauschalen

führt voraussichtlich zu größeren Änderungen des Fallpauschalenkatalogs und der Abrechnungslogik. Die Auswirkungen aus dem Notfallstufenkonzept und den Zentrumszuschlägen werden ebenfalls im System zu Neuverteilungen führen.

LITERATUR

- [1] ICD-10-GM 2019 – Systematisches Verzeichnis, Deutscher Ärzteverlag, ISBN 978-3-7691-3680-7
- [2] ICD-10-GM 2019 – Alphabetisches Verzeichnis, Deutscher Ärzteverlag, ISBN 978-3-7691-3681-4
- [3] OPS 2019 – Systematisches Verzeichnis, Deutscher Ärzteverlag, ISBN 978-3-7691-3682-1
- [4] OPS 2019 – Alphabetisches Verzeichnis, Deutscher Ärzteverlag, ISBN 978-3-7691-3683-8
- [5] Deutsche Kodierrichtlinien, Deutscher Ärzteverlag, ISBN 978-3-7691-3684-5
- [6] DIMDI Aktualisierungsliste ICD 2019 <https://www.dimdi.de/dynamic/downloads/klassifikationen/icd-10-gm/version2019/icd10gm2019syst-alisten.zip>
- [7] DIMDI Aktualisierungsliste OPS 2019 <https://www.dimdi.de/dynamic/downloads/klassifikationen/ops/version2019/ops2019syst-alisten-20181024.zip>
- [8] InEK-Abschlussbericht zur Weiterentwicklung des G-DRG-Systems 2019 https://www.g-drg.de/G-DRG-System_2019/Abschlussbericht_zur>Weiterentwicklung_des_G-DRG-Systems_und_Report_Browser/Abschlussbericht_zur>Weiterentwicklung_des_G-DRG-Systems_fuer_2019

Personalia



Der Berufsverband der Deutschen Chirurgen und die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie gratulieren allen Mitgliedern zu den neuen Funktionen, Ernennungen und Auszeichnungen.

Bitte geben Sie uns Bescheid, wenn sich für Sie beruflich etwas ändert. Senden Sie uns einfach eine kurze Nachricht mit Ihrer neuen Funktion und wir veröffentlichen die Neuigkeiten an dieser Stelle. Bitte schreiben Sie an passion_chirurgie@bdc.de.

JANUAR 2019

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

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

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

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

FEBRUAR 2019

Dr. med. Stephan Bergmann Paslat, Facharzt für Chirurgie, Viszeralchirurgie und Rettungsmedizin, ist seit Oktober 2018 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 Chefärztin 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 Minimalinvasive Chirurgie des Landkreis Mittweida Krankenhaus. Er kommt von der Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Gefäßchirurgie des DRK Krankenhauses Lichtenstein, wo er als Leitender Oberarzt den Aufbau eines Darmzentrums und eines Refluxzentrums begleitet hat.

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

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



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

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 Pleißenental-Klinik Werdau ab. Thiele war dort zuvor jahrelang als Oberarzt tätig.

MÄRZ 2019

Dr. med. Gerald Bretschneider ist seit Oktober 2018 neuer Chefarzt der Viszeral- und Gefäßchirurgie am Kreiskrankenhaus Stollberg. Der Facharzt für Chirurgie und Viszeralchirurgie war dort zuvor als Oberarzt tätig.

Dr. med. Stephan Dittrich betreibt seine Praxis für medizinische Gutachten und Beratung seit 1. März in Plauen-Kauschwitz (davor in Schleiz) und wurde auf dem Bundeskongress in Nürnberg erneut zum Vizepräsidenten des Bundesverbands Ambulantes Operieren e.V. (BAO) gewählt.

PD Dr. med. Ralf Kraus ist zum Jahreswechsel neuer Chefarzt der Unfallchirurgie und Orthopädie des Klinikum Bad Hersfeld geworden. Der Facharzt für Chirurgie sowie Orthopädie und Unfallchirurgie mit den Zusatzbezeichnungen spezielle Unfallchirurgie, Handchirurgie, Notfallmedizin, Kinderorthopädie war seit 2012 Chefarzt der Unfallchirurgie der Asklepios-Klinik Lich.

Dr. med. Michael Marinka, Facharzt für Chirurgie und Gefäßchirurgie sowie

endovaskulärer Spezialist, wechselte von der Klinik für Gefäßchirurgie am Klinikum Gütersloh an das Klinikum Robert Koch Gehrden. Dort leitet er seit November 2018 die Sektion Vaskuläre und Endovaskuläre Chirurgie.

Dr. med. Katharina Paul-Promchan, zuvor Oberärztin der Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie des St. Joseph-Krankenhauses Berlin, ist seit Januar 2019 Chefarztin der Allgemeinchirurgie am Krankenhaus Bethel in Berlin.

Dr. med. Armin Scholz wechselte als Chefarzt vom HELIOS Universitätsklinikum Wuppertal an die Klinik für Unfall-, Hand-, Fuß- und Orthopädische Chirurgie am Hermann-Josef-Krankenhaus in Erkelenz.

Dr. med. Petr Skala ist neuer Chefarzt der Allgemein-, Viszeral- und Gefäßchirurgie mit Gesamtleitung der Chirurgie und Unfallchirurgie in der ANregiomed Klinik in Rothenburg ob der Tauber. Er ist Chirurg, Unfallchirurg und Viszeralchirurg mit ZB Spezielle Viszeralchirurgie. Vorher war er Leitender Oberarzt in Rothenburg an der Fulda. 

Nachruf zum Tod von Prof. h.c. Dr. med. Karl Hempel



in memoriam
Prof. h.c. Dr. med.
Karl Hempel
(*12.06.1923 – † 07.12.2018)

Am 7.12.2018 verstarb im 96. Lebensjahr der langjährige Präsident und Ehrenpräsident des BDC, Professor h.c. Dr. med. Karl Hempel. Wie kein Zweiter hat Prof. Hempel die Geschicke des BDC in einer äußerst bewegten Zeit mit Ruhe und Besonnenheit bestimmt. Wir gedenken Seiner mit tief empfundener Hochachtung.

Karl Hempel („der Preuße“) wurde am 12. Juni 1923 in Kolberg/Pommern geboren, absolvierte das Abitur am humanistischen Domgymnasium, anschließend das Medizinstudium in Berlin und Würzburg mit Unterbrechungen durch Wehrdienst und Fronteinsatz. 1946 folgte der Abschluss mit Staatsexamen und Promotion in Hamburg. Nach Assistenz- und Oberarztjahren wurde er 1969 als Chefarzt der Chirurgischen Abteilung am AK Hamburg Wandsbek gewählt und war dort zusätzlich als Ärztlicher Direktor bis zu seiner Pensionierung 1988 tätig.

Während seiner chirurgischen Tätigkeit unternahm er zahlreiche Studienreisen ins Ausland, u. a. nach Kopenhagen, Chur, London, Glasgow und vor allem in die USA (Harvard, New York, Newark und North Carolina). 1982, also noch während seiner aktiven Zeit, wurde Karl Hempel vom Präsidium des Berufsverbands der Deutschen Chirurgen (BDC) einstimmig als Nachfolger von Prof. Müller-Osten zum Präsidenten gewählt, ein Amt, das er über vier Wahlperioden bis 1998 ausübte. Bei der Amtsübergabe an seinen Nachfolger Prof. Witte wurde Karl Hempel wiederum einstimmig vom geschäftsführenden Präsidium des BDC zum Ehrenpräsidenten ernannt. Im November 1998 wird ihm neben der Ehrenmitgliedschaft die Ehrenmedaille des BDC verliehen. Zu seinem 95. Geburtstag durften wir ihm die Wolfgang-Müller-Osten Medaille noch persönlich in Hamburg überreichen.

Seine Präsidentschaft wird immer verbunden sein mit dem Ausbau des BDC zur größten Chirurgenvereinigung Europas und der klaren Aufgabentrennung eines Berufsverbandes gegenüber wissenschaftlichen Fachgesellschaften. Von ihm stammt das prägende Wort: „Die Gesellschaft ist für die Chirurgie da, der BDC für die Chirurgen!“ In seiner Amtszeit nahm die Mitgliederzahl des BDC von 3.400 (1982) auf 12.539 (1998) zu.

Besonders bewegend für den „Preußen“ Karl Hempel war die Wiedervereinigung Deutschlands 1989. Sobald wie möglich wurden die Chirurgen in der ehemaligen DDR besucht und mit „Rat und Tat“, vor allem durch Fachbücher und Zeitschriften, unterstützt. Viele Kolleginnen und Kollegen konnten für die Mitgliedschaft und Mitarbeit im BDC gewonnen werden und wurden zu persönlichen Freunden. Vorbildhaft ist Karl Hempel dabei vorurteilsfrei mit

selbstverständlicher und menschlicher Art mit den oft schwierigen Biographien der Kollegen umgegangen.

Ein weiterer Meilenstein seiner Präsidentschaft war die Gründung der „Akademie für Chirurgische Weiter- und praktische Fortbildung“, heute die größte Akademie für die Durchführung zahlreicher Seminare zur Fort- und Weiterbildung für junge Chirurgen, für Postgraduierte sowie leitende Krankenhausärzte und Niedergelassene.

Der Ausbau der Rechtsberatung und vor allem eine enge Zusammenarbeit mit dem Vorstand und Präsidium der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH), deren Ehrenmitglied er war, haben den Mitgliedern des BDC den Wert des Verbandes verdeutlicht sowie mögliche Animositäten und Reibungsverluste erfreulicherweise deutlich minimiert.

Karl Hempel leitete die Sitzungen des BDC souverän, ruhig, jedoch scharfen Bemerkungen nicht abgeneigt („völliger Blödsinn!“). Langatmige Stellungnahmen waren ihm ein Gräuel; der aufmerksame Beobachter merkte es an den „Restless Legs“. Objektive Kritik, die ihm subjektiv überzogen schien, ließ er zu und in die Entscheidungen einfließen, allerdings „contre cœur“.

Karl Hempel war stets bescheiden und zurückhaltend, aber bestimmt in seinem Auftreten. Alles Extrovertierte oder gar Bombastische war ihm fremd, dabei vermochte er durchaus mit einem gewissen Schalk sein Gegenüber auf das rechte Maß zu bringen. Eine kleine Anekdote mag dies verdeutlichen: Ein aufgebrachter Kollege kam in die Hamburger Geschäftsstelle, um sofort eine Lösung für sein Problem zu bekommen. Hempel bat ihn auf das etwas abgenutzte Sofa

und ließ ihn reden, bis alles gesagt war, ohne selber einzugreifen. Am Ende stand der Kollege auf, bedankte sich überschwänglich und verließ das Büro in der Überzeugung, tatkräftige Hilfe gefunden zu haben, ohne dass sich an der Ausgangslage irgendetwas geändert hätte.

Alle die ihn erleben durften, ob Schüler, Mitarbeiter, Mitstreiter, Kollegen oder Freunde respektierten und schätzten ihn und seine

unkomplizierte, gradlinige, humorvolle Art. Wir werden seinen Ausspruch: „Chirurgie muss dem Patienten nutzen und nicht dem Chirurgen“ immer als Leitspruch bewahren und sein Andenken in dauerhaften Ehren halten.

Karl Hempel hat sich um die deutsche Chirurgie und die deutschen Chirurgen verdient gemacht, die Historie des BDC ist ohne ihn nicht vorstellbar.

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

Dr. med. Jörg-Andreas Rüggeberg
Vizepräsident

Prof. Dr. med. Julia Seifert
Vizepräsidentin



Im Gedenken an Prof. h.c. Dr. med. Karl Hempel

Die biografischen Daten und der Werdegang unseres ehemaligen Chefs und chirurgischen Lehrers Karl Hempel gehen aus den Nachrufen von offizieller Seite hervor, und sie können schon lange, wie heute üblich, aus dem Internet erfahren werden.

Wir, die Schüler, ehemaligen Mitarbeiter und Freunde in seinen späten Jahren, halten es jedoch für mitteilenswert, einmal den Menschen Karl Hempel, wie wir ihn erlebt haben, zu skizzieren, wobei auf seine gesamte Persönlichkeit nur Schlaglichter fallen können.

Wenn wir früher oft am Ende einer Operation, wenn etwa beim Bauchdeckenverschluss die stressigsten Phasen vorüber waren, über Chirurgenpersönlichkeiten sprachen, meinte er hin und wieder, ein wirklich vernichtendes Urteil über einen Chirurgen sei, wenn man ihn eines Tages einmal im Nachhinein als „netten Menschen“ bezeichnete. Diese Beschreibung seines Charakters würde den Aufgaben, die sich einem Chirurgen stellen, in keiner Weise gerecht. Durchsetzungsfähigkeit, Hartnäckigkeit, Ausdauer, auch Ehrgeiz waren für ihn viel mehr ein Teil der Attribute, die eine respektable Chirurgenpersönlichkeit auszeichnen. Bereits diese wenigen genannten Seiten seines Bildes eines Chirurgen schlossen das einfache „Nett sein“, das Harmoniebedürftigkeit und insofern auch Schwäche suggeriert, fast aus. So war er selbst ein Kämpfer für seine Interessen, wobei er unter den Mitarbeitern seines eigenen Chefs einige später ebenfalls recht erfolgreiche Kollegen zu überholen wusste und die Nachfolge des Leiters der eigenen Abteilung 1969 antrat. Hierbei half ihm zuvorderst seine exzellente handwerkliche Begabung, wobei er sich nie scheute, sondern sich stolz zeigte preiszugeben, der Familie eines Handwerksmeisters aus Vorpommern zu entstammen. Für ihn war die einwandfreie Beherrschung des chirurgischen Handwerks immer die



K. Hempel (li.) und P. Breuer (re.), Festabend 1988 anlässlich Hempels Pensionierung, Hotel Elysée, Hamburg (im Hintergrund A. Halben)

Basis und Grundvoraussetzung, sozusagen die „Existenzberechtigung“ eines Chirurgen. Deshalb war es ihm wichtig, sich persönlich

von den diesbezüglichen Fähigkeiten seiner Mitarbeiter immer wieder zu überzeugen. Hempel verlangte in jeder Beziehung seinen

Schülern sehr viel in der täglichen Arbeit ab, was später aus seiner Schule hervorgehende Ärzte in leitenden Positionen bleibend prägte. Die Weitergabe seiner chirurgischen Kunst in der Facharztausbildung von Mann zu Mann (oder Frau) zählten für ihn zum integralen Bestandteil der Aufgaben des Chefs einer chirurgischen Klinik. Er scheute sich dabei nicht, Kollegen in der Ausbildung sehr früh den Rat zu erteilen, ein anderes Fach zu erwählen, wenn er als sein/ihr handwerklicher Lehrer zu der Überzeugung gelangt war, der/die Kandidat/in werde es nie zu selbstständigen Bestleistungen am OP-Tisch bringen. Wen er dann jedoch in sein Team aufgenommen hatte, den schloss er in seine weitblickenden Zukunftsplanungen, auch im Rahmen seines Kampfeswillen um Ziele, ein. Je älter er wurde, galt dies immer mehr für eine ganze Chirurgengeneration, für die er berufspolitisch kämpfte und die sich hierdurch dermaßen überzeugen ließ, dass er den BDC als Präsident erstmals zu einer Mitgliederzahl von über 10.000 brachte.

Hempels Charakter mit Kampfeswillen und Ehrgeiz, aber auch Teamgeist, prädestinierten ihn ganz selbstverständlich auch zu einem erfolgreichen Sportler. So erntete er in den 1950er Jahren sportliche Erfolge mit der Handballmannschaft aus Hamburg Rahlstedt. Später widmete er sich dem Tennis, wobei das Wandsbeker Krankenhaus, dessen Ärztlicher Direktor er bereits 1965 geworden war, im Pavillon-System erbaut war (in einem dieser Häuser wohnte er mit seiner Familie) und auf dem großen Gelände eigene Tennisplätze aufwies, die den ursprünglichen Kern des späteren Tennisclub MTHC in Hamburg bildeten. Hier war er noch in den 1970ern Meister der Senioren (Der Club war inzwischen unter seiner Führung als Vereinspräsident umgezogen und deutlich vergrößert). Im hohen Alter widmete er sich dem Golf, natürlich ebenfalls mit bemerkenswert niedrigem Handicap.

Hempel war überdies auch eine umfassend gebildete Persönlichkeit. Er war nicht nur in der fachspezifischen Literatur so belesen, dass

er ohne die heute üblichen Hilfestellungen der digitalen Welt und elektronischen Medien spielend ausgekommen ist. Er war immer auf dem aktuellen Stand der für seine tägliche Arbeit am Patienten relevanten Wissenschaft und konnte wie ein medizinisches Lexikon zitieren. Bei kritischer Bewertung der Literatur maß er die Qualität des Gelesenen immer am nachhaltigen Benefit für unsere Patienten. In diesem Zusammenhang bemerkte er oft, „dass der liebe Gott die einwandfreie Diagnose und die daraus sich im Sinne des Patienteninteresses ergebende Indikation immer vor die schönste Operation gestellt habe“. Zusätzlich zur fachspezifischen las er jedoch auch die Weltliteratur, und zwar mit steigendem Alter auch in der Originalsprache, was ihn nicht davor zurückschrecken ließ, sich daranzumachen, in seinen großen Fremdsprachenschatz noch Russisch und Polnisch aufzunehmen. Es gehörte freilich zu seiner authentischen Selbstsicherheit, Sprachen als soziales Medium wahrzunehmen und zwanglos zu benutzen, sodass ihn der eine oder andere Fehler in der Aussprache nicht zurückhielt, offen und frei in jeder Sprache zu kommunizieren. Hierbei hatte er großen Erfolg und Anklang bei internationalen Kontakten, die unserem Team durch Neuigkeiten, die er von seinen Reisen mitbrachte, immer neue Anregungen und „Input“ brachten. Manchmal brachte er auch nur „Tricks“ für den chirurgischen Alltag mit und bemerkte: „Ein Chirurg lernt ein Leben lang neue Tricks; und wenn er alle beherrscht, tritt er ab!“

Weitere wesentliche und mitreißende Facetten der Persönlichkeit Hempels waren sein Humor, seine Fähigkeit Wichtiges vom Unwichtigen zu unterscheiden und die grundsätzlich positive Lebenseinstellung, übrigens bei erstaunlicher materieller Anspruchslosigkeit. Alles Eigenschaften, die wahrscheinlich eine gute Voraussetzung für das Erreichen seines hohen Lebensalters gewesen sind. So konnte er sich manches Mal über sich selbst, aber auch über uns und andere Kollegen köstlich amüsieren und bemerken,

welch „verrückte Typen“ durch unseren Beruf magisch angezogen werden. Hierbei zielte er auf die verborgenen, ganz unterschiedlichen Quellen des Antriebs, aus dem wir unsere Kraft schöpfen und ohne den die Hochleistungen, die uns abverlangt werden, nicht denkbar sind. So beobachtete er beispielsweise scharfsinnig die eine oder andere Eitelkeit. Eines seiner mit Augenzwinkern in diesem Kontext vorgebrachten Bonmots war die Story eines selbstgefälligen Kollegen, der seinen Nachfahren aufgab: „Und vergesst nicht zu erwähnen, dass ich so bescheiden war!“

Mit zunehmendem Alter wurde Hempel immer weicher und weiser, jedoch keinesfalls undifferenzierter. Er erahnte schon früh in den 80ern die Bedrohungen unserer Zunft durch überbordende Bürokratie und juristisches Kreuzfeuer. Besorgniserregend empfand er die später deutlich werdenden zunehmenden Tendenzen der Ökonomisierung der Medizin. Auch in diesen Fragen blieb er für viele, die zu ihm Kontakt behielten, ein hervorragender und erfahrener, immer hilfsbereiter Ratgeber, der vor allem - und das ist wohl die Weisheit des Alters - Probleme mit Augenmaß betrachtete und begleitend zu seinem erfahrenen Rat so einordnete, dass man ihn nach einem Besuch in der Regel deutlich erleichtert verlassen konnte.

Wir verlieren in ihm einen großen Lehrer und Freund, dem wir für sein Vorbild, so manchen Rat und die positive Energie danken, die er aufgrund seines Wesens ausstrahlte, und die uns zu manchen Hochleistungen zu beflügeln imstande war. Wir drücken besonders seiner Lebensgefährtin und seinem Sohn, seiner Tochter und Enkeln unser Mitgefühl aus.

Im Namen der Schüler und Freunde

Dr. med. Peter Breuer
drpeterbreuer@jarcor.de
www.breuer-gefaesschirurgie.de





Erste Bußgelder und konkrete Prüfungen nach DSGVO

Ausgangspunkt hierfür sind die neuesten Entwicklungen, wonach das erste Bußgeld nach der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) auch in Deutschland verhängt wurde: Datensicherheit ist Pflicht, Mängel können zu Bußgeldern führen und in der Öffentlichkeit bekannt werden, so wie es einem baden-württembergischen Social-Media-Anbieter erging. Gegen diesen wurde aufgrund eines Verstoßes gegen die nach Art. 32 DSGVO vorgeschriebene Datensicherheit eine Geldbuße von 20.000 Euro verhängen. Die Bußgeldstelle des Landesbeauftragten für Datenschutz und Informationsfreiheit in Baden-Württemberg, Dr. Brink, hatte hierzu mit Bescheid vom 21. November 2018 gegen

den Social-Media-Anbieter die Geldbuße verhängt. Grundlage dafür war folgende: Das betroffene Social-Media-Unternehmen hatte sich im September 2018 mit einer Meldung über eine Datenpanne an den Landesbeauftragten für Datenschutz und Informationsfreiheit (LfDI) gewandt, wonach durch einen Hackerangriff im Juli 2018 personenbezogene Daten, Passwörter und E-Mail-Adressen, von hunderttausenden von Nutzern entwendet und Anfang September 2018 veröffentlicht wurden. Der LfDI in Baden-Württemberg fand nach Prüfung schnell heraus, dass das Unternehmen die Passwörter ihrer Nutzer unverschlüsselt und unverfremdet gespeichert hatte und dadurch klar wissentlich gegen seine



Jürgen José Angel Menge Duarte
 Datenschutzbeauftragter des BDC
 Geschäftsführer
 Ben Green Consultancy UG
 (haftungsbeschränkt)
 Fliederweg 13
 53913 Swisttal
juergen.menge@gobengreen.com

Pflicht zur Gewährleistung der Datensicherheit bei der Verarbeitung personenbezogener Daten verstieß. Es folgte ein Bußgeldverfahren gegen das Social-Media-Unternehmen, das jedoch neben der Kooperationsbereitschaft auch die finanzielle Gesamtbelastung für das Unternehmen berücksichtigte und damit verhältnismäßig gering ausfiel. Zwar wäre ein solches Bußgeldverfahren auch nach dem alten Bundesdatenschutzgesetz möglich gewesen, jedoch zählte „... am Ende die Verbesserung von Datenschutz und Datensicherheit für die betroffenen Nutzer...“, so Dr. Brink. Weiterhin könnte man durch konstruktive Zusammenarbeit mit dem Unternehmen für umfangreiche Verbesserungen bei der Sicherheit der Nutzerdaten sorgen, indem diese aus ihrem Schaden lernen und transparent an der Verbesserung des Datenschutzes mitwirken würden.

Die Aufsichtsbehörden für den Datenschutz führen zudem sehr konkrete Prüfungen durch, wodurch Unternehmen die Möglichkeit geboten wird, ihre eigene Datenschutzorganisation zu hinterfragen. Hierbei geht es jedoch nicht nur um die Frage, ob die Unternehmen bestimmte Eckpunkte der DSGVO einhalten, sondern darüber hinaus auch sehr konkrete Vorgaben erfüllen und damit nach entsprechender Prüfung die DSGVO umsetzen. Doch obwohl zunächst erwartet wurde, dass das erste verhängte Bußgeld nach der DSGVO wie ein Paukenschlag einschlagen würde, sieht die Realität anders, und damit durchaus positiv für den Datenschutz, aus. Denn Bußgelder

sollen nach der DSGVO nicht nur wirksam und abschreckend, sondern auch verhältnismäßig sein.

Entsprechende Institutionen der Länder, wie beispielsweise das Bayerische Landesamt für Datenschutzaufsicht prüft hierzu flächendeckend den sicheren Betrieb von zum Beispiel Online-Shops und den Schutz vor Verschlüsselungstrojanern in Arztpraxen und hat somit die Datenschutz-Kontrollen auch in Bayern angestoßen. Die vier elementaren Bereiche, die aufgrund der neuen DSGVO geprüft werden müssen, stellen hierbei die Organisation, die datenschutzkonforme Verarbeitung, der entsprechende Umgang mit Betroffenenrechten sowie etwaige Datenschutzverletzungen dar. Dabei gehen die einzelnen Prüfbehörden sowohl gezielt als auch sehr konkret vor, wie sich anhand einer Prüfungsliste des Bayerischen Landesamt für Datenschutzaufsicht erkennen lässt: Das Löschen von Daten bei ERP-Systemen (SAP), die Datenschutzverletzungen bei (Unter-)Auftragverarbeitern, das Patch Management, WordPress und die Ransomware bei Arztpraxen sind dabei nur einige Punkte, die nach der neuen DSGVO überprüft werden müssen.

Doch ob Unternehmen, Behörden oder die Regierung nun neue Vorgaben und Prüfungen planen, in aller Regel geht es bei der Frage der neuen DSGVO um die Menschen, als Kunden oder als Bürger, und entsprechend müssen auch immer die Vorgaben des Datenschutzes berücksichtigt werden. ○

Menge Duarte JJA: Erste Bußgelder und konkrete Prüfungen nach DSGVO. *Passion Chirurgie*. 2019 März, 9(03): Artikel 04_11.



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

Frage & Antwort



Bandenwerbung im Tennisclub



Antwort von Dr. jur. Jörg Heberer:

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

FRAGE:

Ein niedergelassener Chirurg fragt an, ob ihm eine Bandenwerbung in mehreren Tennisclubs seiner Region verboten sei.

ANTWORT:

Es ist nach wie vor noch nicht abschließend durch die Rechtsprechung geklärt, ob konkret die Bandenwerbung dem niedergelassenen Arzt weiterhin verboten ist. Lange wurde diese aus berufsrechtlicher Sicht durch die Bundesärztekammer als anpreisende und damit unzulässige Werbung des Arztes eingestuft.

Aufgrund des Wandels der Rechtsprechung zum ärztlichen Werberecht in den letzten Jahren sowie der Weiterentwicklung des Gesetzes gegen den unlauteren Wettbewerb und des Heilmittelwerbegesetzes wird man jedoch nach Auffassung des Verfassers deshalb mittlerweile die Bandenwerbung mehrheitlich als zulässig ansehen müssen. Diese Ansicht vertritt auch der dem Verfasser vorliegende Kommentar zur Musterberufsordnung (Ratzel R./Lippert H.-D./Prütting J., Kommentar zur Musterberufsordnung der deutschen Ärzte, 7. Auflage Stand 2018, S. 423).

Allerdings sollte sich die Bandenwerbung zwingend auf sachliche Informationen beschränken, um nicht hierdurch anpreisenden Charakter zu entwickeln. Wenn also auf der Bandenwerbung lediglich der Name, die Adresse und/oder die Fachrichtung der Praxis sowie Kontaktdaten abgebildet werden, so vertritt der Verfasser die Auffassung, dass dies mittlerweile berufsrechtlich und damit auch wettbewerbsrechtlich zulässig sein dürfte. In München hält beispielsweise auch der hierfür zuständige Ärztliche Kreis- und Bezirksverband die Bandenwerbung berufsrechtlich dem Grunde nach für unproblematisch.

Nachdem dem Verfasser aber bislang kein aktuelles Urteil konkret zu dieser Frage bekannt ist, ist aus Gründen der Rechtssicherheit stets zu empfehlen, die Rechtsaufkunft der jeweils zuständigen Ärztekammer bzw. des Ärztlichen Kreis- und Bezirksverbandes einzuholen, die die Einhaltung der berufsrechtlichen Regelungen überwachen. Denn es kann leider niemals ausgeschlossen werden, dass diese möglicherweise eine strengere Rechtsauffassung vertreten, wobei sich dann selbstverständlich die Frage stellen würde, inwieweit diese angesichts der in den letzten Jahren liberalisierten Rechtsprechung noch gerichtlich haltbar wäre. ○

Heberer J. F+A Bandenwerbung im Tennisclub.
2019 März; 9(03): Artikel 04_12.



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

Frage & Antwort



Patient macht Bilder von Wartezimmer und Behandlungsräumen



Antwort von Dr. jur. Jörg Heberer:

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

FRAGE:

Ein niedergelassener Chirurg fragt an, ob Patienten ohne sein Wissen Fotos von den Innenräumen der Praxis, also beispielsweise dem Wartezimmer und den Behandlungsräumen, machen dürfen und diese dann anschließend im Internet auf Webseiten wie GoYellow veröffentlichen dürfen.

ANTWORT:

Nach Auffassung des Verfassers dürfen die Patienten nicht ohne die vorherige Zustimmung des Eigentümers der Praxisräume sowie des Inhabers des Hausrechts, dies ist stets der Praxisinhaber, Fotos vom Inneren der Praxisräume machen und diese dann veröffentlichen.

Denn hier findet aus Sicht des Verfassers die sog. Panoramafreiheit ihre Grenze. Nach § 59 Abs. 1 S. 2 Urhebergesetz ist es lediglich zulässig, durch Lichtbilder oder durch Film die äußere Ansicht von Bauwerken zu vervielfältigen, zu verbreiten und öffentlich wiederzugeben. Folglich sind die Innenräume von Gebäuden nicht hiervon umfasst bzw. sogar ausdrücklich ausgeschlossen.

Sofern solche Praxisbilder ohne Einwilligung des Arztes erstellt und sodann veröffentlicht werden, stehen dem Praxisinhaber nach Ansicht des Verfassers grundsätzlich Ansprüche auf Unterlassung und Beseitigung der Fotos zu. ○

Heberer J. F+A: Patient macht Bilder von Wartezimmer und Behandlungsräumen. 2019 März; 9(03): Artikel 04_13.



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



Interdisziplinäre Notfallambulanz und Portalpraxis – Erfahrungen aus Schleswig-Holstein

„Die Notaufnahmen der Krankenhäuser sind überlastet – auch, weil sich dort Patienten ohne dringenden Notfall behandeln lassen. Gesundheitsminister Jens Spahn (CDU) will die Notfallversorgung jetzt umbauen.“ So oder ähnlich lauteten die Schlagzeilen der großen deutschen Tageszeitungen vom 20. Dezember 2018, einen Tag nachdem vom Bundesgesundheitsminister öffentlichkeitswirksam ein Konzept für den Umbau der Notfallversorgung vorgestellt wurde.

Die kompetente Versorgung von Notfällen, sei es ambulant oder unter stationären Bedingungen, stellt einen zentralen Anteil der chirurgischen Tätigkeit dar. Daher ist es

in unserem ureigenen Interesse an einer Neustrukturierung der Notfallversorgung mitzuarbeiten. Dabei stellt sich zunächst einmal die Frage nach den Ursachen für die aktuell beklagten Probleme in der Notfallambulanz.

Seit Jahren hören wir Berichte über durch selbsterklärte Notfallpatienten überschwemmte Notfallambulanzen der Kliniken – und dies vor dem Hintergrund, dass die Versorgung der ambulanten Notfallpatienten dem Vertragsarztsystem, namentlich den Kassenärztlichen Vereinigungen, obliegt. Mancherorts wurde in der Vergangenheit darauf reagiert mit von den KVen betriebener Anlaufpraxen an oder auch in den



Dr. med. Ralf Wilhelm Schmitz

Stellv. Leiter des Themen-Referates
„Niedergelassene“ im BDC
MVZ Chirurgie Kiel
Ambulantes Operationszentrum
Schönberger Str. 11
24148 Kiel
schmitz@chirurgie-kiel.de

Schmitz RW: Interdisziplinäre Notfallambulanz und Portalpraxis – Erfahrungen aus Schleswig-Holstein. *Passion Chirurgie*. 2019 März, 9(03): Artikel 05_01.



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

Krankhäusern, dies aber oft nur mit mäßigem Erfolg. Nicht selten sind diese kassenärztlichen Bereitschaftsambulanzen nämlich in räumlicher Entfernung von der eigentlichen Notfallambulanz der Klinik lokalisiert und ohne fremde Hilfe nur schwer zu finden. So wird die Triage in diesen Fällen nicht vom medizinischen Fachpersonal, sondern vom Pförtner des Krankenhauses vorgenommen.

Weitere Gründe für Fehlallokationen in der Notfallversorgung sind ungenügende Informationen der breiten Öffentlichkeit über die Zuständigkeiten des streng nach Sektoren aufgeteilten Gesundheitssystems in Deutschland. So deckte eine 2017 im Deutschen Ärzteblatt veröffentlichte Untersuchung [1] an norddeutschen Kliniken auf, dass mehr als die Hälfte der in der Notfallambulanz wartenden Patienten sich selbst gar nicht als Notfall einschätzten und davon ausgingen, dass eine Behandlung ihres Gesundheitsproblems außerhalb von Sprechstundenöffnungszeiten generell im Krankenhaus erlaubt ist. Unter den anderen, selbsteingeschätzten Notfällen wiederum waren die Bereitschaftsdienstambulanzen der zuständigen KV und deren zentrale bundeseinheitliche Notfallrufnummer 116 117 nicht bekannt.

Vor diesem Hintergrund ist es somit verständlich, dass die Zahlen bezüglich der Inanspruchnahmen von Notfallambulanz und kassenärztlichem Bereitschaftsdienst seit Jahren auseinanderlaufen. Während der kassenärztliche Bereitschaftsdienst immer weniger in Anspruch genommen wird steigt in gleichem Ausmaß die Belastung in den Krankenhausambulanzen (**Abb. 1**).

In Schleswig-Holstein wurde diese Problematik durch die zuständige kassenärztliche Vereinigung (KVSH) bereits 2007 identifiziert und führte zu einer kompletten Neustrukturierung des Notdienstes. Zentrale Pfeiler waren dabei die Einrichtung von sogenannten Anlaufpraxen an den Krankenhäusern sowie das Einrichten einer gemeinsamen überregionalen Leitstelle.

Bei den Anlaufpraxen wurde von Beginn an Wert daraufgelegt, dass nach Möglichkeit eine sogenannte „Ein-Tresen-Lösung“

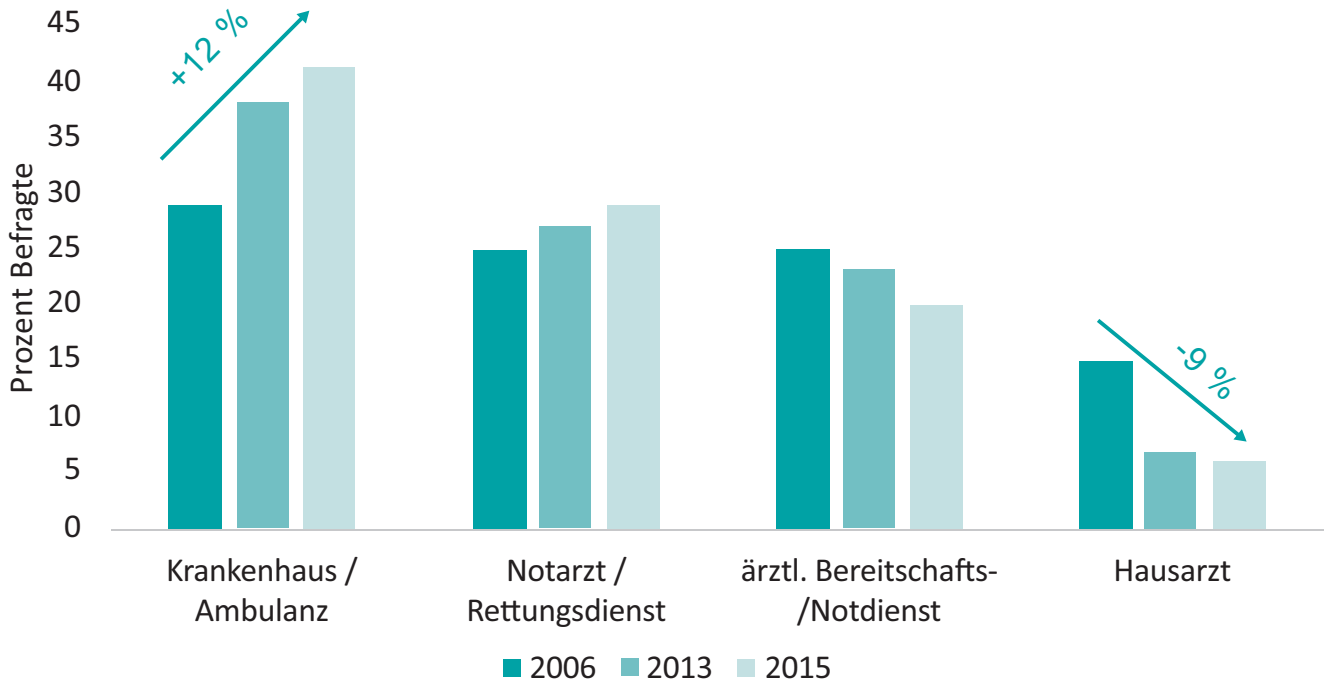
implementiert wurde, d. h. die KV-Ambulanz ist zentraler Bestandteil der interdisziplinären Notfallambulanz und nicht in räumlicher Entfernung derselben untergebracht. Die Triage erfolgt durch das medizinische Fachpersonal und der Patient wird so dem für ihn passenden Sektor zugewiesen. Weder der Pförtner noch der Patient selbst entscheiden also über die Dringlichkeit, dies obliegt einzig und ausschließlich dem Arzt.

Hierzu bedurfte es baulicher Maßnahmen, die gerade in kleineren Krankenhäusern oftmals nicht trivial und nur schwierig umzusetzen waren. Stand Dezember 2018 sind nun in allen 30 an der Notfallversorgung teilnehmenden Kliniken Anlaufpraxen eingerichtet worden. In einem Drittel der Krankenhäuser wurde dabei die klassische Portalpraxis mit gemeinsamer Ambulanz (1-Tresen-Lösung) implementiert, weitere sollen folgen.

Die quartalsweise von der KVSH erhobenen Zahlen über die Inanspruchnahme von KV-Notfalldienst und Krankenhausambulanz [3] geben diesem Vorgehen recht und können durchaus als Blaupause für den Rest der Republik gelten. So ist es zwar über die Jahre zu einem leichten Anstieg der Notfallpatienten gekommen, dies aber in beiden Sektoren in ähnlicher Auswirkung und damit offensichtlich allein der Demografie bedingten Morbiditätsentwicklung geschuldet. Eine überproportionale Beanspruchung der Notfallambulanzen in den Krankenhäusern konnte zuverlässig verhindert werden (**Abb. 2**).

Interessant ist auch ein Vergleich der Relation ambulante/stationäre Fälle in der Notfallambulanz eines Krankenhauses in Abhängigkeit davon, ob an dem betreffenden Standort eine Portalpraxis der KV funktioniert. So wurden vom UKE in Hamburg 70 % ambulante Fälle berichtet, ähnlich wie in anderen Bereichen in Deutschland. Von der interdisziplinäre Notfallaufnahme am UKSH in Lübeck werden im Vergleichszeitraum nur 45 % ambulante und 55 % stationär endende Notfälle vermeldet [6]. Der einzige Unterschied zwischen beiden Standorten ist, dass am Universitätsklinikum in Lübeck eine KV-Notfallpraxis in der Notfallambulanz implementiert wurde. Dies

Ärztliche Hilfe nachts oder am Wochenende



„Wenn Sie oder ein naher Angehöriger nachts oder am Wochenende ärztliche Hilfe brauchen, wohin wenden Sie sich dann?“ Versichertenbefragung (19-79 Jahre) der KBV 2006, 2013 und 2015

Abb. 1: Inanspruchnahme von Krankenhaus Notfallambulanz und ärztlicher Bereitschaftsdienst der KV [2]

Entwicklung der Kontaktzahlen im Notfalldienst der Krankenhäuser mit Praxis-Anschluss & in den Praxen des Ärztlichen Bereitschaftsdienstes

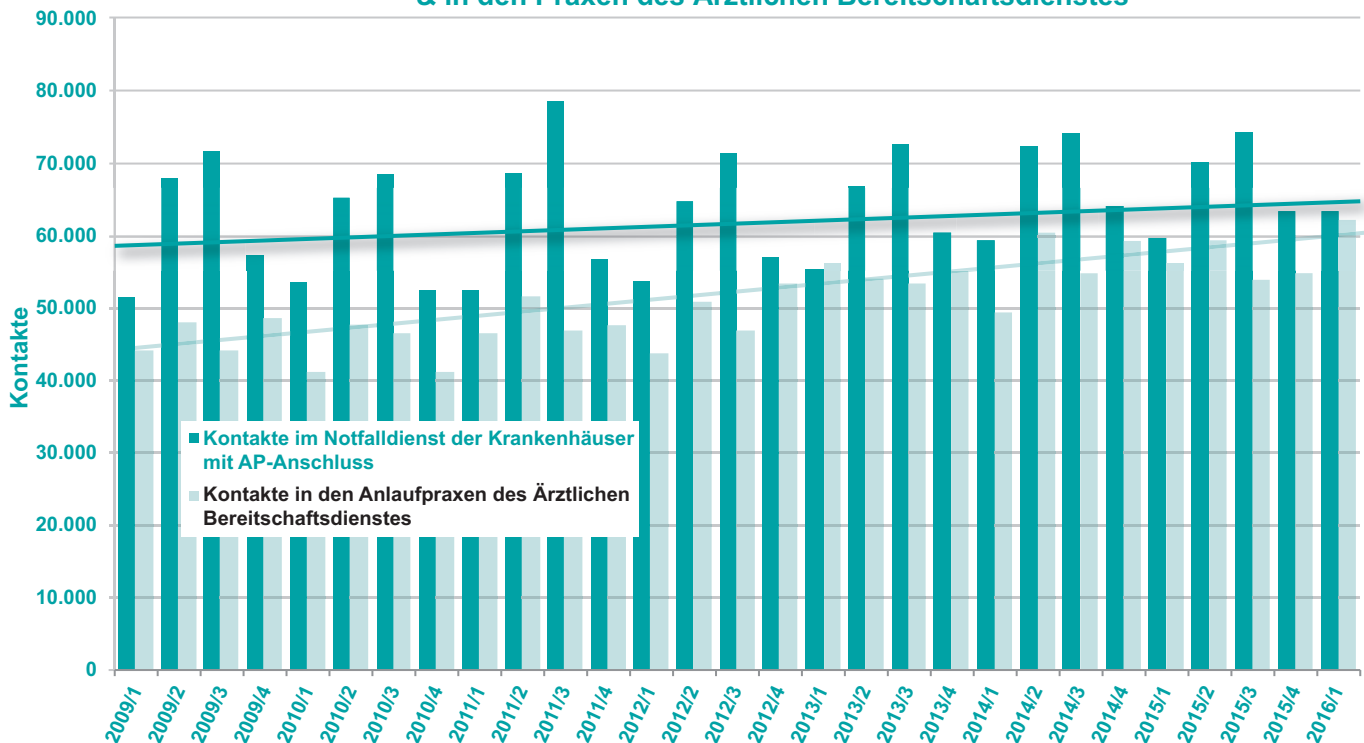


Abb. 2: Quartalsweise Darstellung der Kontakte im ärztlichen Bereitschaftsdienst der KV und der Notfallambulanzen der Krankenhäuser in Schleswig-Holstein (AP = Anlaufpraxis)

wiederum bedeutet, dass niedergelassene KV-Ärzte in Lübeck es schaffen, die Notfallambulanz eines Maximalversorgers von nicht in diesen Versorgungsbereich gehörenden leichten ambulanten Fällen zu entlasten.

Ausgesprochen von Vorteil war auch die Einrichtung einer landesweiten Leitstelle. Diese übernimmt zwischenzeitlich sogar vertretungsweise die Versorgung von anderen KVen, der Digitalisierung sei Dank. Im Rahmen der Notdienstreform 2007 wurde auch die zentrale Rufnummer 116 117 implementiert. Trotz einer groß angelegten und auch weiterhin geführten Informationskampagne konnte der Bekanntheitsgrad dieser Nummer aber noch nicht zufriedenstellend gesteigert werden. Damit verbleibt trotz der insgesamt positiven Entwicklung in Schleswig-Holstein weiterhin die Notwendigkeit über die Einführung einer zentralen Notrufnummer zu diskutieren.

Die einzige, allgemein bekannte Rufnummer ist und bleibt die 112. Diese Nummer wird im Notfall und auch zunehmend bei Unsicherheiten gewählt und führt aktuell zu ganz erheblichen Problemen. So nehmen die Kontakte zum Rettungsdienst kontinuierlich zu. Ist dieser einmal ausgerückt und vor Ort, so darf er keine ambulante Behandlung abrechnen und deshalb wird der Patient eben aufgenommen und ins nächste Krankenhaus gebracht. Da dies nicht selten zur stationären Aufnahme führt, nicht aus medizinischen sondern ökonomischen Gründen, werden also auch hier Patienten auf einer höheren

Strukturebene versorgt, was unweigerlich zu erhöhten, medizinisch nicht gerechtfertigten Kosten führt.

Diese Problematik wurde vom Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR Gesundheit) identifiziert [4]. Empfohlen wird der Politik das Sozialgesetzbuch dahingehend zu ergänzen, dass zukünftig auch ambulante Behandlungen durch kompetentes Rettungspersonal abgerechnet werden können.

Dem können wir uns in Schleswig-Holstein nur anschließen. Verbunden werden muss dies noch mit rechtlichen Änderungen insbesondere zur Telemedizin, so dass auch Beratungen am Telefon erfolgen können. Untersuchungen aus der Schweiz und einem Modellbereich in Baden-Württemberg [5] legen nahe, dass allein durch eine solche Möglichkeit bis zu 30 Prozent der Selbstweisungen in Notfallambulanzen verhindert werden können.

Die Erfahrungen aus Schleswig-Holstein zeigen, dass die aktuell vom Sachverständigenrat empfohlenen und vom BMG auch zum Teil schon konkretisierten Empfehlungen zum Umbau der Notfallversorgung es wert sind, umgesetzt zu werden. Flankiert werden müssen all diese Maßnahmen durch eine multimediale Informationskampagne und auch durch eine verbesserte gesundheitliche Bildung, idealerweise beginnend in der Schule.

LITERATUR

- [1] Scherer, M., Lühmann, D., Kazek, A., Hansen, H., Schäfer, I.: Patienten in Notfallambulanzen. Querschnittsstudie zur subjektiv empfundenen Behandlungsdringlichkeit und zu den Motiven, die Notfallambulanzen von Krankenhäusern aufzusuchen. Deutsches Ärzteblatt 2017; 114; 645-52
- [2] Versichertenbefragung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung 2015 https://www.kbv.de/media/sp/Berichtband_KBV_Versichertenbefragung_2015.pdf
- [3] Schliffke, M.: Notfallambulanz und Portalpraxen. Jahrestreffen BDC Schleswig-Holstein 28.11.2018, Kiel
- [4] Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen: Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung. Gutachten 2018. https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2018/SVR-Gutachten_2018_WEBSEITE.pdf
- [5] Downes, M.J., Mervin, M.C., Byrnes, J.H., Scuffham, P.A.: Telephone consultations for general practice: a systematic review. Systematic Reviews 2017; 6; 128
- [6] Wolfrum, S.: Das Stufenkonzept der klinischen Notfallversorgung – Erfahrungen aus der interdisziplinären Notaufnahme eines Maximalversorgers. Jahrestreffen BDC Schleswig-Holstein 28.11.2018, Kiel 

MEHR ALS ERWARTET

4 x
IM JAHR
GEDRUCKT

12 x
IM JAHR ALS
eMAGAZIN



PASSION

CHIRURGIE



erhältlich im App Store
und bei Google Play

DAS MAGAZIN DER DGCH UND DES BDC ALS eMAGAZIN

MONATLICH ÜBER DIE BDC|MOBILE APP LESEN.

Offener Brief an den Vorsitzenden des Vorstands der Kassenärztlichen Bundesvereinigung



Dr. med. Jörg-A. Rüggeberg
Vizepräsident
Berufsverband der Deutschen
Chirurgen



Dr. med. J. Flechtenmacher
Präsident
Berufsverband für Orthopädie u.
Unfallchirurgie

Sehr geehrter Herr Vorsitzender,
lieber Herr Gassen,

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 (EBM) gemäß § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V an den Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) Version 2019 sowie aus der gleichen Sitzung zur Aufnahme einer achten und neunten Bestimmung zum Abschnitt 30.4 EBM zur Kenntnis genommen.

Die Verbände haben – wie in der Vergangenheit – stets die inhaltliche Zuarbeit zu den Zuordnungen neuer OPS-Codes in das EBM-System geleistet und die jeweiligen Positionen auch eingehend begründet. Letzteres geschah auch in einem direkten Telefonat mit Herrn Dr. Reuhl. Es bleibt völlig unverständlich und letztlich inakzeptabel, dass ein Revisionseingriff nach Osteosynthese inklusive der damit verbundenen Metallentfernung und einer neuen Osteosynthese genauso bewertet werden soll wie ein Primäreingriff. Das widerspricht sämtlichem medizinischen Sachverstand, im Besonderen auch der Zusatz in der neuen Präambel, dass auch ein Wechsel des Verfahrens vorgenommen werden muss.

Es ist uns bewusst, dass Entscheidungen im Bewertungsausschuss gemeinsam von den Parteien zu beschließen sind, wir dürfen aber erwarten, dass die ärztliche Seite in der Lage sein dürfte, eindeutige medizinische Sachverhalte auch der Kassenseite verständlich zu machen.

In dieser Version wird (da es sich in der Regel um stationäre Eingriffe handelt) das eigentlich favorisierte Belegarztsystem ins Abseits gedrängt und derartige Fälle werden der vollstationären Versorgung anheimfallen.

Ganz abgesehen davon dürfte es schwierig werden, unsere Experten, die sich dieser Aufgabe bekanntlich ehrenamtlich und kostenfrei widmen, in Zukunft weiter zu motivieren, wenn offenbar auf deren Expertise kein Wert gelegt wird.

Der zweite Punkt betrifft die Zuordnung der Abrechnungsfähigkeit der GOP 30440 (Stoßwellentherapie) zur Fachgruppe der Orthopäden resp. Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie. In Anbetracht der Umstellung in der neuen Weiterbildungsordnung und der an vielen anderen Stellen geregelten Gleichstellung der Fachärzte für Chirurgie mit Schwerpunkt Unfallchirurgie zur Gruppe der Orthopäden/Unfallchirurgen bleibt es unverständlich, warum Fachärzte für Chirurgie mit Schwerpunkt Unfallchirurgie von der Leistungserbringung ausgeschlossen werden, obwohl in der Präambel des Kapitel 7 diese Leistung als abrechnungsfähig genannt wird. Wir gehen davon aus, dass hier lediglich ein redaktioneller Irrtum vorliegt, der sicher rasch beseitigt werden kann. Bedauerlicherweise hat es zumindest mit dem Berufsverband der Deutschen Chirurgen hierzu im Vorfeld keine Meinungsbildung gegeben.

Wir dürfen mit Nachdruck darum bitten, die genannten Punkte baldmöglichst zu korrigieren und verbleiben in Erwartung Ihrer Antwort

mit freundlichen Grüßen

Dr. med. Jörg-A. Rüggeberg
Vizepräsident
Berufsverband der Deutschen Chirurgen

Dr. med. J. Flechtenmacher
Präsident
Berufsverband für Orthopädie u.
Unfallchirurgie

Rüggeberg JA, Flechtenmacher J: Offener Brief an den Vorsitzenden des Vorstands der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. *Passion Chirurgie*. 2019 März, 9(03): Artikel 05_03.



Politische Neuigkeiten finden Sie auf
BDC|Online (www.bdc.de, Rubrik Politik).

AKTUELLE MELDUNGEN



20.02.2019

HYGIENE IN DER ARZTPRAXIS: AKTUALISIERTER LEITFADEN VERÖFFENTLICHT

Die zweite Auflage des Nachschlagewerkes zum Hygienemanagement in Arztpraxen kann ab sofort kostenlos heruntergeladen werden ...



18.02.2019

BDC⁺ BSG-PRÄSIDENT: SPAHN GREIFT IN SELBSTVERWALTUNG EIN

Bei der Vorstellung des Tätigkeitsberichts des Bundessozialgerichts (BSG) kritisiert dessen Präsident Dr. Rainer Schlegel den Bundesgesundheitsminister ...



15.02.2019

ZUKUNFT DER CHIRURGIE – SITZUNG AUF DEM BUNDESKONGRESS CHIRURGIE

Gemeinsame Sitzung der Bundesvertretung der Medizinstudierenden Deutschland: Beim Bundeskongress in Nürnberg wird der chirurgische Nachwuchs natürlich auch Thema sein ...



14.02.2019

BDC⁺ BREXIT: BUNDESREGIERUNG TRIFFT VORKEHRUNGEN

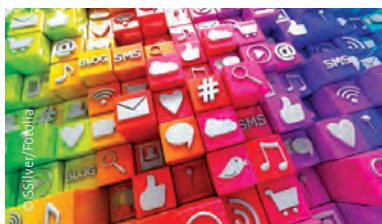
Die Bundesregierung bereitet sich auf einen harten Brexit vor. In Übergangsregelungen will sie für betroffene Personen unter anderem bei der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) Rechtssicherheit schaffen. ...



13.02.2019

HONORARBERICHT 2016 DER KBV

Die niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten konnten im Jahr 2016 wiederum Honorarzuwächse verzeichnen ...



12.02.2019

BDC⁺ BIG DATA UND SOZIALE MEDIEN IM GESUNDHEITSWESEN

Im Zuge der weit verbreiteten gesellschaftlichen Debatte über Fortschritte, Notwendigkeiten und Befürchtungen im Zusammenhang mit Digitalisierung rücken im Gesundheitswesen auf Grund der schieren Menge ...



Journalistenpreis der Deutschen Chirurgen würdigt Beitrag zur Organspende

Berlin/Nürnberg, 22. Februar 2019: Der Berufsverband der Deutschen Chirurgen e.V. (BDC) hat einen herausragenden Beitrag aus dem Jugendmagazin fluter mit dem Journalistenpreis der Deutschen Chirurgen ausgezeichnet. Julia Lauter beschreibt in ihrem Artikel „Sein Herz schlägt weiter. Irgendwo.“ den Ablauf einer Organspende – vom Abschied bis zum Neuanfang. Im Rahmen des Bundeskongress Chirurgie verlieh der Präsident des BDC, Prof. Dr. med. Dr. h.c. Hans-Joachim Meyer, den mit 1.500 Euro dotierten Preis.

Im Frühjahr 2018 ist Lauters Beitrag im fluter Magazin Nummer 66 – „Körper“ zum Thema Organspende erschienen. Wie läuft eine Organspende genau ab? Die Frage stellen sich viele Menschen. Julia Lauter beantwortet diese wichtige Frage. Sie begleitet einen Koordinator der Deutschen Stiftung Organtransplantation bei der Untersuchung einer Patientin – einer potenziellen Organspenderin –, geht den Weg weiter zur Schaltzentrale von Eurotransplant bis zu den Chirurgen, die Patienten ein neues Organ implantieren.

Die Zahl der Organspender in Deutschland ist auf einem Tiefpunkt und die Politik versucht, mit neuen Gesetzen einen Weg aus dem Tal zu finden. „Es ist definitiv eine gesellschaftliche Aufgabe und das Thema sollte in allen Familien besprochen werden“, so Prof. Dr. med. Dr.

h.c. Meyer, Präsident des BDC. „Genau deshalb haben wir uns für Julia Lauters Beitrag aus dem Jugendmagazin fluter (herausgegeben von Bundeszentrale für politische Bildung) entschieden. Frau Lauter nimmt jungen Menschen mit dieser Geschichte ihre Ängste – ein hervorragender Artikel!“ Denn viele entschieden sich gegen Organspende, weil sie nicht wüssten, was da genau passiert.

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

Der Bewerbungsschluss für den Journalistenpreis der Deutschen Chirurgen endet jedes Jahr am 15. Dezember. Eingereicht werden können Beiträge, die im davor laufenden Jahr in einem deutschsprachigen Medium erschienen sind.

Die Preisverleihung fand im Rahmen der Eröffnung beim Bundeskongress Chirurgie am 22. Februar 2019 in Nürnberg statt.

Weitere Informationen: www.bundeskongress-chirurgie.de



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

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

Kommentar des Generalsekretärs

AUS DER
DGCH



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

Präsident des Berufsverbandes der
Deutschen Chirurgen e.V. (BDC)
praesident@bdc.de

Sehr geehrte Frau Kollegin,
sehr geehrter Herr Kollege,

herzlich willkommen in 2019 nach einem hoffentlich angenehmen Jahreswechsel, bei dem sich vermutlich viele von uns erneut wieder gute Vorsätze vorgenommen haben. Nach einer Forsa-Umfrage der DAK mit etwa 3.500 Beteiligten gaben auf Platz eins 62 % der Teilnehmer an, zukünftig Stress abbauen oder vermeiden zu wollen. Dahinter folgten Ziele, wie mehr Zeit mit der Familie und Freunden zu verbringen (60 %), sportlich aktiver zu werden (57 %), sich gesünder zu ernähren (49 %) bzw. das Körpergewicht zu reduzieren (34 %) sowie häufiger „offline“ zu sein (25 %). Wie schwer die langfristige Einhaltung solcher „guten Vorsätze“ ist, ist hinreichend bekannt; es gelang aber zumindest bei mehr als der Hälfte der Befragten, die gesteckten Ziele für immerhin vier Monate oder länger einzuhalten. Vielleicht können solche Glücksgefühle weiter gesteigert werden, denn nach dem chinesischen Horoskop hat am 5. Februar 2019 bis zum 24. Januar 2020 das Jahr des „Erd-Schweines“ begonnen, das vor allem Glück, Zufriedenheit und Stärkung des Teamgeistes, besonders in sozialen Berufen, bringen soll. Allerdings ist auch in einer globalisierten Zeit mit kosmopolitischer Einstellung eine berechtigte Skepsis gegenüber diesem Horoskop geboten, denn ähnlich positive Aussichten waren dem Sternzeichen bereits 2007 vorausgesagt worden. Ob man also in unserem Land in den nächsten Monaten wirklich einmal behaupten kann: „Schwein, also Glück gehabt“ muss abgewartet werden, nicht zuletzt bei den aktuellen Entwicklungen nicht nur in der Volkswirtschaft, sondern auch in der Gesundheitspolitik.

KRANKENHAUSBAROMETER 2018

Die jährliche Analyse des Deutschen Krankenhausinstituts (DKI) bezieht sich auf 249 ausgewählte Allgemeinkrankenhäuser mit mehr als 100 Betten und zeigt erneut deutlich, dass die wirtschaftliche Situation in der Tat weiterhin angespannt ist. Im Jahr 2017 haben 29,5 % der Kliniken Verluste geschrieben, während 11 % ein ausgeglichenes Jahresergebnis und immerhin 59,5 % einen Überschuss aufweisen konnten, in 65 % der Fälle in Häusern mit einer Bettengröße zwischen 300 und 599 Betten. Die aktuelle wirtschaftliche Lage im Frühjahr 2018 schätzten 25 % der Kliniken als gut, 33,5 % als unbefriedigend ein; die restlichen Häuser waren in ihrer Aussage ambivalent. Bei dieser Beurteilung fiel auch auf, dass mit steigender Bettenzahl die unbefriedigende wirtschaftliche Situation abnehmend war; bis 299 Betten: 39,6 % vs. 300 bis 599 Betten: 31,6 % vs. 600 und mehr Betten: 24,5 %. Bei der Prognoseeinschätzung für das Jahr 2019 erwarten 18,1 % der Häuser eine Verbesserung, während 37,1 % eine Verschlechterung befürchten. Positiv ist generell die durch das Pflegepersonalstärkungsgesetz vollständige Refinanzierung aller Pflegekosten angesehen worden. Die Hochrechnung für den Investitionsbedarf für die Zeit von 2019 bis 2023 erbrachte ein Finanzvolumen von insgesamt 46,4 Milliarden Euro, einem jährlichen Investitionsbedarf von 9,3 Milliarden Euro entsprechend; dieser stieg damit gegenüber 2017 um 2,5 Milliarden Euro an. Die Unterfinanzierung in den Krankenhäusern und damit auch der Investitionsstau werden nach Einschätzung des DKI weiter zunehmen, denn die öffentlichen Fördermittel machen nur 44,3 % aus, während der Anteil der

Eigenmittel der Krankenhäuser bereits jetzt 27,6 % beträgt. Die ungenügenden Mittelvergaben der Bundesländer können die benötigten Investitionskosten also bei weitem nicht kompensieren.

NATIONALE DEKADE GEGEN KREBS

Die Zahl der in Deutschland an einem malignen Tumor neu erkrankten Patienten beträgt heute etwa 500.000 pro Jahr und wird bis zum Jahr 2030 auf etwa 600.000 Betroffene ansteigen. Obwohl die Behandlungsergebnisse in den letzten Jahren deutlich verbessert werden konnten, macht die Krebskrankung weiterhin mit etwa 200.000 Fällen jährlich die zweithäufigste Todesursache aus: In vielen Fällen ist weiterhin keine definitive Heilung möglich und bereits von einem Sieg bei den Krebserkrankungen zu sprechen, ist völlig irreal! Vor diesem Hintergrund ist am 29. Januar 2019 vom Bundesministerium für Bildung und Forschung sowie dem Bundesgesundheitsministerium in Kooperation mit dem Deutschen Krebsforschungszentrum, der deutschen Hochschulmedizin, der Deutschen Krebshilfe und anderen Institutionen die nationale Dekade gegen Krebs ausgerufen worden. Prävention, Früherkennung, Diagnostik und Therapie sollen verbessert werden, wobei besonders eine schnellere Translation der Forschungsergebnisse in den klinischen Alltag angestrebt wird. Mit dieser Zielsetzung ist neben den nationalen Zentren für Tumorerkrankungen in Heidelberg und Dresden die Einrichtung von zunächst vier, später bis zu acht weiteren Zentren geplant. Zur klinischen Umsetzung der Forschungsergebnisse sollen deshalb praxisverändernde Studien zu Krebserkrankungen mit bis zu 62 Millionen Euro in den nächsten zehn Jahren gefördert werden. Wie schnell solche sicherlich zu begrüßende Pläne umgesetzt werden können, ist noch unklar. Auch wenn präventive Maßnahmen mit Einsatz molekularbiologischer Untersuchungen oder prophylaktischen Impfungen sowie Entwicklung neuer Medikamente den Schwerpunkt dieses Projektes ausmachen werden, ist es schon erstaunlich, dass die Bedeutung der Chirurgie überhaupt keine Erwähnung findet und in der Behandlungstrias der malignen Tumoren, also Chirurgie, Bestrahlung und Chemotherapie,

lediglich letztere in den Vordergrund gestellt wird. Gerade aber bei verbesserter Frühdiagnostik von malignen Erkrankungen, nicht nur in der Viszeralchirurgie, stellt Chirurgie bei lokalisierten Tumorstadien die unimodale Primärtherapie der Wahl mit kurativem Behandlungsansatz dar. In diesem Kontext müssen also alle chirurgischen Fachgesellschaften die Bedeutung und den Wert der onkologischen Chirurgie gemeinsam weiterhin proaktiv vertreten und propagieren.

GESUNDHEITSPOLITIK

Nach seinen ersten Monaten im Amt legt Bundesminister Spahn weiterhin trommelfeuerartig Gesetzesvorlagen oder Änderungsvorschläge in der Gesundheitspolitik vor. Auch wenn der Erhalt oder sogar eine Verbesserung der medizinischen- und sektorenübergreifenden Versorgung, Bedarfsplanung und Aktionen gegen den Pflegepersonal- und Ärztemangel im Vordergrund der gesundheitspolitischen Maßnahmen stehen mögen, genauso wie die immer wieder geforderte Digitalisierung im Gesundheitswesen, ist die Sinnhaftigkeit der aktuellen Gesetzgebungen doch in vielen Fällen zu hinterfragen. Unklar bleibt nämlich bei all dieser Polypragmasie, in welche Richtung das deutsche Gesundheitssystem eigentlich steuern soll. Leider besteht zu Recht die Befürchtung, dass dieses System sich zunehmend zu einem Mixtum aus dirigistischer Staatsmedizin und ausschließlicher Patientenorientierung entwickelt. Proteste von ärztlicher Seite mit Hinweisen auf die Versorgungsrealität werden eher ignoriert oder gar als lästig angesehen, obwohl dem Gesundheitsminister nach eigener Aussage an mehr Wertschätzung in den Debatten gelegen ist. Beispielhaft sei nur das vor einiger Zeit vorgelegte Terminservice- und Versorgungsgesetz angeführt, an dem vor einer Verabschiedung als Gesetz kräftig weiter gebastelt wird und sich immer mehr zu einem sich stetig ausbreitenden Flickenteppich entwickelt. Zu Recht wird von einem massiven Eingriff in die Freiberuflichkeit der Ärzte wie auch in die Aufgaben der Selbstverwaltung im Sinne einer bevormundenden Medizin gesprochen. Das vorgelegte Konstrukt ist nach Aussage von J. Spahn als Kompromiss zum Erhalt der privaten

Krankenversicherungen und zur Vermeidung einer Bürgerversicherung zu verstehen.

Nach den Vorstellungen des Ministers soll auch dem Terminservicegesetz ein Änderungsantrag im Sinne einer Verordnungsermächtigung angefügt werden, in der durch eine Methodenaufnahmeverordnung dem Ministerium die Möglichkeit gegeben wird, diagnostische und therapeutische Verfahren festzulegen, welche in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherungen aufgenommen werden sollen. Der ungeduldige Minister stört sich an den oftmals notwendigen langwierigen Entscheidungsprozessen der Selbstverwaltungsorgane, so auch zur Liposuktion bei Lipödem. Von vielen Organen und Institutionen wird dieses als vollständiger Systembruch, Missachtung der evidenzbasierten Medizin oder auch Gutsherrenart auf dem Weg zur Beliebigkeit angesehen.

Teilweise überschießende Aktivitäten eines scheinbar nimmermüden Gesundheitsministers zeigen sich auch darin, dass jetzt sogar mithilfe einer Änderung der EU-Regularien versucht werden soll, die Abwanderungstendenzen deutscher Ärzte ins Ausland einzuschränken. Bei solchen Plänen vergisst der Minister aber offensichtlich, dass durch überbordende Gesetzesvorgaben die Attraktivität des Arztberufs in unserem Land noch weiter abnehmen wird. Unter diesem Aspekt sei J. Spahn einmal die Lektüre des Editorials des Deutschen Ärzteblatts vom 15. Februar 2019 empfohlen, in der der Politik angeraten wird, nicht nur versorgungspolitisch zu handeln, sondern auch aus Sicht der Agierenden im Gesundheitswesen!

BERUFSMONITOR MEDIZINSTUDIERENDE 2018

Die Schwierigkeiten in der Akquise des Nachwuchses in der Medizin, besonders auch in der Chirurgie, sind seit geraumer Zeit bekannt und stellen damit kein Novum dar. Der aktuelle Berufsmonitor Medizinstudierende gibt jedoch Anlass, sich vermehrt und noch intensiver mit dieser Problematik auseinanderzusetzen, wobei sicherlich auch ein genereller Paradigmenwechsel notwendig sein wird. Die alle vier Jahre stattfindende Erhebung wird im

Auftrag der Kassenärztlichen Bundesvereinigung in Kooperation mit dem medizinischen Fakultätentag und der Bundesvertretung der Medizinstudierenden von der Universität Trier durchgeführt. Im Juni 2018 beteiligten sich 13.915 Medizinstudierende, also 14,8 % aller Medizinstudierenden, an dieser Umfrage zur beruflichen Zukunft und den gewünschten Arbeitsbedingungen. Für die Wahl des späteren Arbeitsplatzes wurde in 94,6 % der Fälle die Vereinbarkeit von Familie und Beruf genannt, gefolgt von den Forderungen nach geregelten und gleichzeitig flexiblen Arbeitszeiten in 82,2 % und 81,4 %. Generell wird eine Tätigkeit in Großstädten bevorzugt, 42,8 % der Studierenden sprachen sich gegen eine Beschäftigung in einer Landgemeinde aus. Eine Tätigkeit in der ambulanten Medizin konnten sich demnach 70,7 % der Befragten vorstellen, besonders in einer angestellten Position, nämlich in 50,6 % in einer Gemeinschaftspraxis oder in 66,6 % in Zusammenarbeit mit anderen Ärzten. Nur in 4,7 % würde eine Einzelpraxis gewählt. Trotz möglicher Vorteile im ambulanten Sektor werden gegen eine Niederlassung hohe Bürokratie mit 62,3 %, finanzielles Risiko mit 57,4 % oder drohende Regressforderungen mit 46,7 %

angegeben. Zunehmende Attraktivität findet die Allgemeinmedizin, für die insgesamt eine Präferenz in 34,6 % besteht. Gegen eine Tätigkeit im Krankenhaus sprechen nach Meinung der Befragten in 78 % die hohe Arbeitsbelastung, in 68 % starker ökonomischer Druck sowie wenig Freizeit (60 %) und starre Hierarchie (58 %). In der Chirurgie ist im Vergleich zur Allgemeinmedizin ein gegenläufiger Trend in der Berufswahl zu erkennen. In lediglich 24,3 % der Fälle konnte man sich eine Weiterbildung im Gebiet Chirurgie vorstellen, wobei das Interesse stetig von 32,4 % in der Vorklinik über 20,3 % in den klinischen Semestern auf 18,1 % im Praktischen Jahr (PJ) abnahm. Nach Meinung der Bundesvertretung der Medizinstudierenden müssen sich in den chirurgischen Fächern die vermittelte Arbeitskultur und die bestehenden Bedingungen grundlegend verändern, vor allem auch während des PJ. Bemängelt wird vor allem, dass die PJler als günstige Arbeitskräfte für klinische Routineaufgaben angesehen werden. Strukturierte Lehrveranstaltungen, Ausbildung unter Anleitung und ausreichende Zeit für das Selbststudium werden gefordert, denn die Lehrveranstaltungen in den Krankenhäusern werden mit der Schulnote

3 oder schlechter bewertet. Alle Aus- und Weiterbilder sind also zu Recht nachdrücklich aufgefordert, die PJler im chirurgischen Arbeitsalltag frühzeitig in das bestehende Team mit zu integrieren und die Faszination unseres Faches effektiv zu übermitteln, um somit trotz aller vorgegebenen Zwänge und Regularien den Nachwuchs für die Chirurgie mit all ihren Facetten begeistern zu können.

Abschließend eine etwas kuriose Untersuchung, die im aktuellem Zeit Campus zu dem Hochschullehrerverzeichnis 2018 (de Gruyter-Verlag) nachzulesen ist. Danach soll unter den 62.000 verzeichneten Vornamen der Professoren und habilitierten Ärzte 2.109 Mal der Name „Hans“ in verschiedenen Schreibweisen und Doppelnamenkombination vorkommen, gefolgt von den Namen „Klaus“ und „Peter“. Erst auf Platz 62 soll sich der erste weibliche Vorname „Susanne“ in 212 Fällen finden lassen. Ob diese Analyse seine Richtigkeit hat, können Sie vielleicht stichprobenartig auf dem 136. Jahreskongress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie vom 26. bis 29. März 2019 in München überprüfen, zu dem ich sie erneut einladen darf.

Einladung zur DGCH-Mitgliederversammlung



**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 März 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 VORAUSS –
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)

60. ÖSTERREICHISCHER CHIRURGENKONGRESS



ÖCK²⁰₁₉

*CONGRESS
INNSBRUCK*
19.-21. JUNI 2019

SCHNITTMENGEN

HAUPTTHEMEN:

1. Schnittmenge
- multidisziplinäre
Krebsbehandlung
2. intraoperative
Bildgebung und
Stereotaktische
Therapieverfahren
3. Schnittmenge
- perioperative
Schmerztherapie
4. Schnittmenge
- Intensivmedizin
5. Schnittmenge
- Wirbelsäule

Kongresspräsident:

Univ.-Prof. Dr. Claudius Thomé

Kongress-Sekretäre:

Priv.-Doz. Dr. Christian F. Freyschlag
Dr. Johannes Kerschbaumer

Kongressbüro:

Wiener Medizinische Akademie
1090 Wien, Alser Straße 4
T: +43 1 4051383 12 • F: +43 1 4078274
bianca.theuer@medacad.org • www.medacad.org



www.chirurgenkongress.at

Theodor Billroth – nicht nur Chirurg

Diese Ausarbeitung möchte ich dem brillanten Chirurgen, einem der bedeutendsten akademisch-ärztlichen Lehrer und vorbildlichen Wissenschaftler Theodor Billroth anlässlich seines 125. Todestages (06. Februar 1894) widmen.



Abb. 1: Theodor Billroth

Theodor Billroth (**Abb. 1**) war nicht nur ein brillanter Chirurg, er war auch ein leidenschaftlicher Forscher. Ihm verdanken wir wegweisende Erkenntnisse über die Ursachen von Wundinfektionen: Er beschrieb als erster Forscher Streptokokken und deren Hemmung durch Penicillin. Der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie widmete er zu deren drittem Kongress im April 1874 sein wohl bedeutendstes Werk mit dem Titel: „Untersuchungen über die Vegetationsformen von *Coccobacteria Septica*“ [1]. So begnadet Billroth als Arzt auch war, so bescheiden war er im Leben. In einem Brief an Bernhard von Langenbeck, den Präsidenten der Gesellschaft, schreibt er anlässlich der Übergabe seines Werkes: „(...) und auch jetzt kann ich meine Arbeit nur als eine fragmentarische Skizze bezeichnen. Ich glaubte dieselbe jedoch nicht länger zurückhalten zu sollen, weil ich mich außer Stande fühle, dieselbe weiter durchzuführen, und sich doch so viel Beobachtungsmaterial angehäuft hatte, dass dadurch anderen

Forschern die Fortsetzung dieser Studien in etwas erleichtert werden dürfte (...) Ich bitte die Gesellschaft für deutsche Chirurgie, mein Buch freundlich aufzunehmen und mit Berücksichtigung der Schwierigkeit des Gegenstandes besonders nachsichtig zu beurteilen (...)“. Billroth war weniger begeistert von dem Erreichten, er war vielmehr enttäuscht von den nicht erreichten Zielen. Leider erkannte er nicht das gewaltige Potenzial seiner Arbeiten.

ABER WER WAR DIESER BESCHEIDENE MANN, DER SO GROSSARTIGE ARBEIT GELEISTET HAT?

Theodor Billroth wurde am 26. April 1829 in Bergen auf Rügen als erstes von fünf Kindern geboren [2, 3]. Er stammte aus einer Familie von Medizinern und Musikern [4]. Als Billroth fünf Jahre alt war, starb sein Vater, ein evangelischer Pastor, an Tuberkulose. Er zog mit seiner Mutter zu ihrer Familie nach Greifswald. Im Gymnasium war er kein besonders guter Schüler. Er war sogar auf Nachhilfe angewiesen [2]. Seine Leidenschaft galt der Musik und er wäre gern Musiker geworden. Auf Wunsch seiner Mutter studierte er dann aber doch Medizin in Greifswald. Und obwohl er sich für seinen Lebensweg zunächst eine andere Richtung erhoffte, wurde die Medizin schließlich zu seiner Passion. Er war inspiriert von seinem Mentor Wilhelm Baum, dem er nach Göttingen folgte. Dort lernte er Georg Meissner, einen Schüler der Physiologie, kennen. Beide verband die Liebe zur Musik und schließlich eine langjährige enge Freundschaft. Ihr Weg führte sie nach Triest, um dort den Ursprung und den Eintritt der Nerven des Torpedo Fisches zu untersuchen. Bei Ludwig Traube lernte Billroth dort experimentelle Pathologie. Traube unterstützte und ermutigte ihn, seine Doktorarbeit „De natura



Prof. Dr. Dr. h. c. Axel Haverich
Medizinische Hochschule Hannover
Klinik für Herz-, Thorax-,
Transplantations- und Gefäßchirurgie
Carl-Neuberg-Straße 1
30625 Hannover
haverich.axel@mh-hannover.de

et causa pulmonum affectionis quae nerve utroque vago dissecto exoritur“ zu schreiben. 1852 promovierte Billroth in Berlin und im Anschluss daran verschlug es ihn nach Wien und Paris. Aber schließlich kehrte er nach Berlin zurück und arbeitete als Assistent von Bernhard von Langenbeck an der Charité. Neben der Chirurgie widmete er sich intensiv der pathologischen Histologie. Er habilitierte sich 1856 als Dozent für Chirurgie und pathologische Anatomie.

In Berlin lernte er auch seine Frau Christel, Tochter des Hofarztes Heinrich Sabatier Michaelis, kennen. Sie heirateten 1858 und bekamen fünf Kinder, von denen aber nur drei überlebten. Anfangs arbeitete Billroth in der Klinik des bedeutenden Ophthalmologen Albrecht von Graefe. Kurz danach ging er nach Wien, um Dermatologie, Pathologie und Innere Medizin zu studieren [5]. Er versuchte sich auch als niedergelassener Arzt, hatte aber über Monate keine Patienten.

Im Jahre 1860 nahm er schließlich einen Ruf an die Chirurgische Klinik der Universität Zürich an [6]. Dort konzentrierte er sich ganz auf die Forschung und arbeitete an verschiedenen chirurgischen Methoden. Er kreierte die „wissenschaftliche Chirurgie“ [6]. Billroth interessierte sich für postoperative Wundheilung und akzidentielle Wundkrankheiten. Damals waren – nicht nur in Zürich – Amputationen mit einer 50 bis 70 prozentigen Letalität verbunden. Billroth verfolgte einen breiten Forschungsansatz. Er forschte insbesondere auch auf dem Gebiet der Mikrobiologie [6]. Bakterien waren zwar bekannt, aber nicht als Ursache für Krankheiten [7]. Billroth verfolgte die These, dass chemische Gifte lebender Organismen „Wundfieber“ verursachten. Um Infektionen nach Operationen zu verhindern, bestand er auf Sterilität im Operationssaal („Reinlichkeit bis zur Ausschweifung“) und postoperativ auf der täglichen Dokumentation der Körpertemperatur [8]. Dies war ein Kontrapunkt zur Antiseptik von Lister, die bei vielen seiner Zeitgenossen populär war. Billroth kritisierte diese Methode scharf und war deshalb auch großen Anfeindungen ausgesetzt. Aber er behielt recht: Seine Methode der Sterilität hat bis heute Bestand.

In Zürich schrieb er seine bekannten pathologisch-anatomischen Arbeiten [6]. Nachdem er einige Berufungen an deutsche Universitäten abgelehnt hatte, wechselte er 1867 von Zürich nach Wien. Dort übernahm er die II. Chirurgische Lehrkanzel der Universität Wien und wurde zum Direktor des „Operationszöglingsinstituts“, einer staatlichen Einrichtung zur Weiterbildung von Chirurgen, berufen [6]. Sieben graduierte Ärzte konnten dort drei Jahre lang auf Staatskosten studieren [9]. Aus dieser Elite stammen seine berühmten Schüler, wie z. B. Anton von Eiselsberg und Anton Wölfler [6].

Seine Tätigkeit in Wien wurde durch den Deutsch-Französischen Krieg (1870-71) unterbrochen. Er meldete sich freiwillig zum Militär und diente in dieser Zeit als Chirurg in Lazaretten in Weißenburg und Mannheim. Nach dem Krieg kehrte er unter dem Einfluss des dort Erlebten nach Wien zurück und schrieb sein Werk „Chirurgische Briefe aus den Kriegslazaretten Weißenburg und Mannheim“. Besonders an Billroths Aufzeichnungen ist, dass er alle Beobachtungen aufschrieb, sowohl geglückte als auch misslungene operative Neuerungen.

In Wien führte er bahnbrechende Operationen durch, die er zuerst am Tier vorbereitete und dann am Menschen ausführte [10]. So war er der Erste, der 1872 einen Teil des Ösophagus entfernte und die verbleibenden Teile zusammenführte [2, 11] sowie später auch ein Rektalkarzinom. Seine Resektionsmethoden, wie die Magenresektionen Billroth I und II, werden noch heute angewandt. Im Jahre 1890 stellte er beim zehnten Internationalen Medizinischen Kongress in Berlin 124 seiner Operationen vor. Billroth publizierte insgesamt mehr als 140 Werke [12].

Sein Streben war es, das Gesundheitswesen insgesamt zu verbessern. So hat er sich neben seiner ärztlichen Tätigkeit auch sehr für die Ausbildung der Pflegerinnen eingesetzt. 1882 gründete er mit eigenen Mitteln das Rudolfinerhaus, um Krankenschwestern eine praktische Schulung zu ermöglichen [8]. Hierzu schrieb er: „Leidenden helfen zu können, ist gewiss eine der schönsten Fähigkeiten, die



Wir freuen uns über Ihr Feedback. Wie finden Sie die Aktion? Und vor allem: Wie finden Sie die Motive: passion_chirurgie@bdc.de

der Mensch besitzt; doch er muss sie zu einer Kunst ausbilden, muss Wissen und Können miteinander verbinden, wenn er für andere und für sich eine volle, beglückende Wirkung erzielen will.“ [13].

Dieses Zitat beschreibt sein Credo: Billroth beschränkte sich nicht nur auf die Medizin. Sein Interesse galt den naturwissenschaftlichen Disziplinen als Ganzes. Dies öffnete ihm den Blick dafür, dass es auch außerhalb der Medizin Erkenntnisse zu den Ursachen und der Behandlung von Krankheiten geben könnte: „Die Ursachen der Krankheitsprozesse zu finden, den Verlauf richtig vorher zu bestimmen, ihn zum günstigen Ausgang zu leiten, oder ihn zu hemmen, das sind die eigentlichen Aufgaben des Arztes, und diese sind in der inneren wie in der äußeren Medizin gleich schwierig zu lösen; naturwissenschaftliche Forschung und wohl geläuterte Empirie sind die Mittel, welche uns zur Lösung dieser Aufgabe zu Gebote stehen.“ [14] So verwendete Billroth mikrobiologische Kulturverfahren und die Mikroskopie und bezog andere naturwissenschaftliche Bereiche wie Botanik und Chemie mit ein, um seinen Beobachtungen auf den Grund zu gehen [15]. Durch mikroskopische Untersuchungen des Eiters konnte er nachweisen, dass der Kontakt mit „kleinsten Lebewesen“, die er *Coccobacterium septicum* (Abb. 2) nannte, ursächlich für die Infektion war [8]. Er hielt die Coccobakterien für „Vegetationsformen“ von Algen und schrieb dazu: „...eine Algengattung, die ich Coccobacteria nenne, bei allen denjenigen Fäulnisprozessen vorkommt, die den Arzt und Chirurgen interessieren, und dass alles, was bis jetzt bei Infektionskrankheiten von pflanzlichen Organismen in lebenden und toten Körpern gefunden ist, fast immer nur Vegetationsformen von Coccobacteria septica waren.“ [15].

Im Dezember 1867 übernahm er die Behandlung einer Patientin mit einem gangränösen Mammakarzinom [16]. Nach verschiedenen gescheiterten Versuchen, den Tumor zu verringern, wünschte die Patientin ein Volksmittel, das aus Verbänden mit in Milch gekochten, getrockneten Feigen bestand. Billroth war erstaunt, dass der üble Gestank des Geschwürs daraufhin

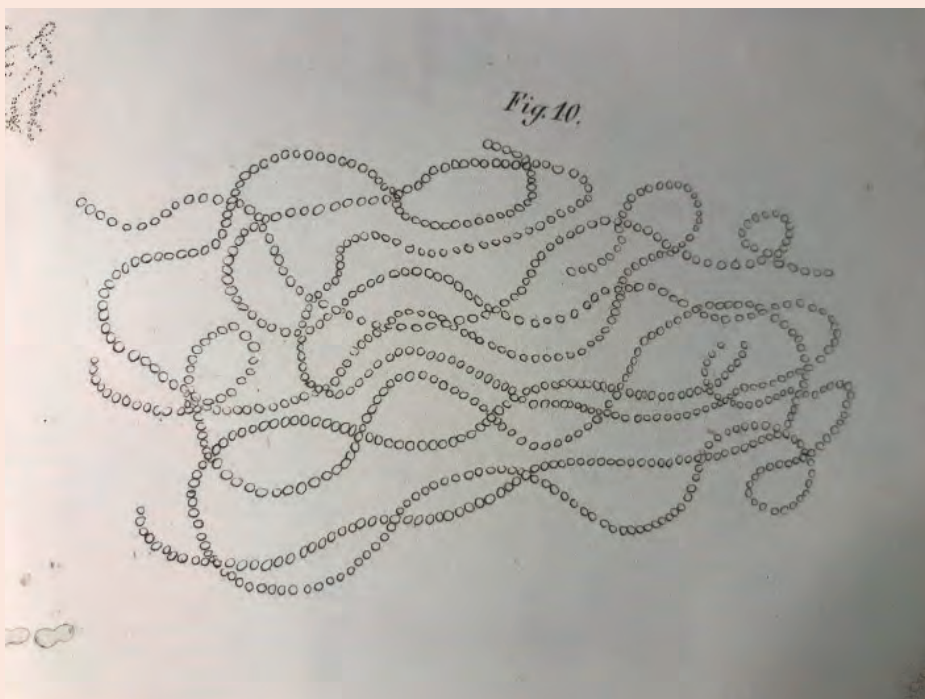


Abb. 2: Mittelgroßer, sehr langer gewundener Streptococcus aus sauer gewordenem Wiener Bier

verschwand. Er versuchte herauszufinden, woran dies lag und beobachtete schließlich Hefe und Schimmelpilzsporen auf den Feigen. Er war also der Erste, der die bakterizide Wirkung von Penicillin beschrieb. Leider erkannte er damals nicht den therapeutischen Nutzen, weshalb Alexander Flemming viele Jahre später als Entdecker des Penicillins gilt und 1945 zusammen mit Sir Howard Walter Florey und Ernst Boris Chain (ehemaliger Berliner Mikrobiologe) den Nobelpreis erhielt [17]. Robert Koch schrieb in einem Brief an Billroth im April 1890 zu dieser Forschungsarbeit: „Als ich meine ersten Untersuchungen machte, stand ich ganz unter dem Eindruck Ihrer Studien, welche damals veröffentlicht waren, und diesen Eindruck habe ich bis zum heutigen Tage nicht verloren“ [8].

In seinem Buch „Untersuchungen über die Vegetationsformen von Coccobacteria septica“ beschreibt Billroth sehr genau, wie er auf diese oder jene Beobachtung gekommen sei [15]. Er hielt viele seiner Ergebnisse lange Jahre zurück und präsentierte sie auch nicht in seinen Vorlesungen, weil er meinte, „die Übersicht über das Ganze“ nicht zu haben. In seinem Vorwort zum Buch entschuldigt er sich sogar: „Ich habe von dieser Arbeit zu

sehr das Bewusstsein zurückbehalten, dass ich etwas schaffen wollte, wozu meine Kräfte nicht ausreichten.“

Nach einer schweren Lungenentzündung und einer dadurch hervorgerufenen chronischen Herzschwäche starb Theodor Billroth am 6. Februar 1894 in Abbazia, Kroatien im Alter von fast 65 Jahren [6]. Auf dem Zentralfriedhof in Wien fand er seine letzte Ruhe.

Theodor Billroth, der sein Leben und Wirken in die Verbesserung des Gesundheitswesens stellte, hat ein großes Werk erschaffen mit nachhaltig wirksamen Ergebnissen. Er war ein Mann mit Weitsicht, Güte und Menschlichkeit sowie einer großen Liebe und Verbundenheit zur Musik [8]. Seine Arbeit ist durch wissenschaftliche Exzellenz gekennzeichnet. Er war ein Vorreiter der „Good Scientific Practice“. Ferdinand Sauerbruch schrieb 1929: „Billroths große Tat war die Vereinigung der Klinik mit der pathologischen Anatomie (...)“ [18].

Theodor Billroth war und ist ein Vorbild für nachfolgende Generationen.

Die Literaturliste erhalten Sie via passion_chirurgie@bdc.de.

Nachruf zum Tod von Prof. Dr. med. Franz Paul Gall



in memoriam

Prof. Dr. med.

Franz Paul Gall

(*08.03.1926 – † 23.12.2018)

Am 23. Dezember 2018 ist Emeritus Prof. Dr. med. Franz Paul Gall verstorben.

Mit ihm hat uns einer der letzten Titanen der deutschen Chirurgie des 20. Jahrhunderts für immer verlassen.

Geboren wurde Professor Gall am 8. März 1926 in Regensburg, wo er auch seine Reifeprüfung ablegte. Als Stipendiat der Studienstiftung des Deutschen Volkes, konnte er sein Medizinstudium in Heidelberg aufnehmen. 1952 legte er erfolgreich sein Staatsexamen ab und promovierte mit „Magna cum laude“. Seine Medizinalassistentenzeit verbrachte er in Düsseldorf und anschließend ein Jahr in Newark, USA am Presbyterian Hospital. 1956 kam er als chirurgischer Assistent zu Professor Gerd Hegemann an die Chirurgische Universitätsklinik Erlangen-Nürnberg. Bei einem zweiten USA-Aufenthalt in Houston, Texas konnte er von 1960 bis 1961 seine Herz- und Gefäßchirurgischen Kenntnisse bei Denton Cooley, dem späteren Leiter des größten

Herzzentrums, dem Texas Heart Institute, erweitern. Nach seiner Rückkehr nach Erlangen habilitierte er sich 1963 mit einer experimentellen Arbeit über den akzidentiellen Herzstillstand. 1964 wurde er zum leitenden Oberarzt ernannt und 1969 die außerplanmäßige Professur verliehen.

Von 1970 bis 1977 leitete er als Chefarzt die chirurgische Klinik in Fürth (Bayern) und führte eine Unmenge an allgemein-, gefäß-, und thoraxchirurgischen Eingriffen durch, wobei auch die Samstage „normale“ Arbeitstage waren. Nicht zuletzt wegen seines gigantischen Operationskataloges und seines überregionalen Rufes, wurde er zum Nachfolger seines Mentors Professor Hegemann auf den Lehrstuhl für Chirurgie in Erlangen, berufen.

Durch hunderte von klinischen und experimentellen Veröffentlichungen, Vorträgen und Buchbeiträgen hat er die chirurgische Klinik Erlangen zu Weltruhm geführt, vor allem durch seine Pionierleistungen auf dem Gebiet der entzündlichen und tumorösen Pankreaserkrankungen und der kolorektalen Chirurgie inklusive der Resektion von pulmonalen und hepatischen Metastasen. Dies wurde mir wieder besonders bewusst bei einem Besuch in Japan 2016 zum Weltkongress des International College of Surgeons. Als ich meine Universität Erlangen nannte, wurde von einem japanischen Ordinarius Professor Gall respektvoll als „Pope of Colorectal Surgery“ tituliert. Auch sind den japanischen Kollegen die in Zusammenarbeit mit Professor Paul Hermanek u. a. verfassten Publikationen über stadien- und histologieadaptierten Magen- und Kolonoperationen, immer noch ein Begriff.

Seine wissenschaftliche Arbeit wurde mit vielen Auszeichnungen gewürdigt, die aufzuzählen, zusätzliche Seiten füllen würde. Exemplarisch seien einige genannt:

- Jahrespreis der Deutschen Krebsgesellschaft zusammen mit Paul Hermanek,

- Präsident der International Society of Surgery of the Colon and Rectum,
- Vorsitzender und Ehrenmitglied der Vereinigung der Bayerischen Chirurgen,
- Präsident der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie
- Träger des Verdienstordens am Bande sowie
- Träger des Komturkreuzes des Verdienstordens der Republik Polen.

Professor Gall wird mir immer in Erinnerung bleiben als Mann voller Elan und Tatendrang, der leidenschaftlich gerne operierte und – wenn nötig – auch viele Stunden ohne Pause Stehvermögen zeigte. Diese Haltung hat er auch von seinen Mitarbeitern eingefordert ungeachtet einer heutzutage vielfach üblichen „8-Stunden-Mentalität“. Jörg Rehn hat in seiner Autobiographie „Erlebte Chirurgie“ es folgendermaßen formuliert: „...den Kollegen fehlt das Wesentliche, die zur Spitzenleistung unumgängliche Motivation und das Stehvermögen. Viel Arbeit bedeutet in dieser Situation Mehrung des Wissens und damit des Könnens“. Diese Einstellung haben wir verinnerlicht und unser „Chef“ hat es uns vorgelebt. Auf diese Weise konnten wir in Erlangen uns noch das gesamte Spektrum der Chirurgie, eine „Allgemeinchirurgie“ im wörtlichen Sinne, aneignen. Davon konnten später viele von uns als Leiter chirurgischer Abteilungen oder als Ordinarien zum Wohle der Patienten, profitieren. Professor Gall war manchmal ein „strenger Herr“, aber nach dem Motto „Per aspera ad astra“, haben wir uns seine Ermahnungen „zu Herzen genommen“.

Eine kleine Anekdote bleibt mir auch unvergessen. Nach der Morgenvisite schickte Professor Gall mich mit „finsterer Miene“ zu Professor Rohen, da etwas mit meiner Habilitationsarbeit nicht stimmen würde. Nachdem ich – schweißgebadet – mich wieder zurückmeldete mit schönen Grüßen von Professor Rohen, dass doch alles in Ordnung wäre, schlug er mir

grinsend auf den Rücken mit dem Kommentar: „Hab ich doch gewusst!“ Dies war für mich der persönliche „Ritterschlag“.

Kurz vor seinem Tode lag Professor Gall noch in meiner Klinik in Fürth, so konnte ich mich mit ihm über die „guten alten Zeiten“ unterhalten.

Ich bin froh, dass ich mich noch persönlich von ihm verabschieden und ihm die Hand drücken durfte.

Ich darf wohl im Namen aller seiner ehemaligen Mitarbeiter sprechen, dass wir ihn respektvoll in Erinnerung behalten werden als unseren akademischen Lehrer und Mentor.

Servus, Chef!

Holger Rupprecht
Chirurgische Klinik Fürth

WIR GEDENKEN UNSERER VERSTORBENEN MITGLIEDER

Prof. Dr. med. Heinrich Bohmert, München	*01.12.1929 †10.11.2018
Dr. med. Dietrich Neumann, Hildesheim	*11.11.1926 †27.11.2018
Prof. h.c. Dr. med. Karl Hempel, Hamburg, Ehrenmitglied	*21.06.1923 †07.12.2018
Prof. Dr. med. Franz Paul Gall, Burghann	*08.03.1926 †23.12.2018
Dr. med. Otto Hirsch, Mannheim	*13.10.1930 †25.12.2018
Prof. Dr. med. Gert Specht, Berlin	*07.07.1925 †03.12.2018
Prof. Dr. med. Joachim Richter, Delitzsch	*09.07.1935 †13.01.2019
Dr. med. Thomas Landes, Falkenstein/Harz	*10.02.1949 †07.02.2019
Prof. Dr. med. Helmut Strosche,	*18.12.1941 †18.11.2018
Prof. Dr. med. Jürgen Hoferichter, Kempen	*17.08.1926 †21.11.2018
Prof. Dr. med. René Baumgartner, Schweiz, Ehrenmitglied	*12.02.1930 †23.10.2018
Dr. med. Heinz-Rudolf Keil, Illingen	*29.03.1921 †09.02.2019
Prof. Dr. med. Hubert Frohmüller, Würzburg	*13.05.1928 †05.10.2018
PD Dr. med. Alois Grabiger, München	*23.01.1932 †31.01.2019

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 597 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 99 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 186 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: DiaSurg 2-Studie₄, 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: ESOPEC₅, 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 288 von 438 Patienten	DFG 1.500 € / Patient	Prof. Dr. med. Jens Höppner Universitätsklinikum Freiburg Department Chirurgie Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie T: 0761/270-26970 F: 0761/270-90711 E: jens.hoepfner@uniklinik-freiburg.de
Studientitel: IOWISI₆, 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 241 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

MULTIZENTRISCH RANDOMISIERT KONTROLLIERTE STUDIEN				
STUDIENLEITER	PATIENTEN/OP.-VERFAHREN	FIRST PATIENT IN/ STATUS DER STUDIE	FINANZIERUNG DER STUDIE/FALLGELD	ANSPRECHPARTNER/ KONTAKT
Studientitel: iPEP₉ 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 geplanter abdomino-thorakaler Ösophagusresektion mit Schlauchmagenhochzug und intrathorakaler oder zervikaler Anastomose Interventionsgruppe: Web-basiertes perioperatives Trainingsprogramm 8–12 Wochen vor und bis 12 Wochen nach der OP Kontrollgruppe: Standardtherapie	07.08.2015 34 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: PONIY₈ Registrierungsnummer: DRKS00006199				
Dr. med. Rebekka Schirren	Elektiver offener kolorektaler Eingriff Experimentelle Gruppe: Abdeckung der Operationswunde mittels postoperativem Wundinzisions-Unterdrucktherapie System (PIUT) für 5–7 Tage postoperativ. Kontrollgruppe: Abdeckung der Operationswunde mittels sterilem Verbandsmaterial für 5–7 Tage postoperativ.	23.10.2017 58 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: RELY₉ Registrierungsnummer: NCT01073358				
PD Dr. N. N. Rahbari	Patienten zur geplanten R0-Resektion von kolorektalen Lebermetastasen Experimentelle Gruppe: Resektion der kolorektalen Lebermetastasen mit hilärer Lymphadenektomie Kontrollgruppe: Resektion der kolorektalen Lebermetastasen ohne hiläre Lymphadenektomie	FPI: 09.03.2010 261 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: WOPP₁₀* 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 279 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: 030/450-622125 F: 030/450-522929 E: Jens.Neudecker@charite.de

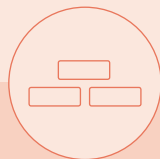
- [1] Randomisierte, multizentrische Studie mit der primären Hypothese, dass kontrolliertes Warten (watchful waiting) dem chirurgischen Verschluss asymptomatischer sowie oligosymptomatischer Narbenhernien nicht unterlegen ist hinsichtlich Schmerzen und Beschwerden während normaler Aktivitäten
- [2] Sleeve 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] 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.
- [5] Perioperative Chemotherapie (FLOT) im Vergleich zur neoadjuvanten Radiochemotherapie (CROSS) bei Patienten mit Adenokarzinom des Ösophagus
- [6] Intraoperative wound irrigation to prevent surgical site infection after laparotomy
- [7] Internet-based Perioperative Exercise Program in Patients With Barrett's Carcinoma Scheduled for Esophagectomy
- [8] Postoperative negative pressure incision therapy following open colorectal surgery: a randomized-controlled trial
- [9] Eine randomisierte, kontrollierte Studie zur Lymphknotenentfernung bei Resektion kolorektaler Lebermetastasen
- [10] Pulmonary wedge resection plus parietal pleurectomy (WRPP) versus parietal pleurectomy (PP) for the treatment of recurrent primary pneumothorax

* Diese Studie wird im Verbund des chirurgischen Studiennetzwerkes Deutschland CHIR-Net durchgeführt.

Stand: März 2019

SPENDENAUFTRUF

Langenbeck-Virchow-Haus



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

sich mit einem Spendenaufruf an die Mitglieder zu wenden.

Mit „Bausteinen“ in **Bronze (ab 500 €)**, in **Silber (ab 1.500 €)** und **Gold (ab 5.000 €)**, in Form von Plaketten seitlich im Eingangshalle 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 Ärztekasse 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. Rüeff, München

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

Herr Dr. med. Johannes Winfried Pruy
 in memoriam Prof. Dr. med. Johannes Christian Dobroschke, Regensburg
 Herr Prof. Dr. med. Christian Müller, Hamburg
 Herr Dr. med. Friedrich Klee, Heidelberg
 Herr Prof. Dr. med. Karl Dinstl, Wien
 in memoriam Prof. Dr. med. K. Keminger
 Herr Prof. Dr. med. Axel Richter, Hildesheim
 Herr Prof. Dr. med. Ernst Teubner, Göppingen
 Herr Prof. Dr. med. Martin Büsing, Recklinghausen
 Herr Dr. med. Helge Hölzer, Stuttgart
 in memoriam Prof. Dr. med. Gerhard Köveker, Sindelfingen und Böblingen
 Herr Dr. med. Friedemann Schreiter, Hamburg
 Herr Prof. Dr. med. Dr. h.c. Hans-Joachim Meyer, Hannover
 Herr Prof. Dr. med. Konrad Schwemmle, Linden
 Herr Dr. med. Frank U. Zittel, Frankenthal
 in memoriam Prof. Dr. med. Richard Xaver Zittel
 Herr Prof. Dr. med. Wulf Brands, Karlsruhe
 in memoriam Dr. med. Hartmut Wirth, Mannheim
 Herr Prof. Dr. med. habil. Dieter Bokelmann, Essen
 in memoriam Dr. med. Ottmar Kohler, Idar-Oberstein
 Herr Prof. Dr. med. Hermann 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
 Herr Dr. med. Claus Müller, Dresden
 Herr Prof. Dr. med. Wolfgang Hartig, Limbach-Oberfrohna

BAUSTEIN IN BRONZE

Herr Dr. med. Holger Barenthin, Celle
 Herr Prof. Dr. med. Gernot Feifel, Homburg
 Herr Prof. Dr. med. Alfred Lamesch, Gotzingen/Luxemburg

- Herr Prof. Dr. med. Dr. h.c. Jakob R. Izbicki,
Hamburg
- Herr Prof. Dr. med. Hans Zwipp, Dresden
- Herr Dr. med. Dusan Dragojevic, Isernhagen
- Herr Prof. Dr. med. G. Heinz Engelhardt,
Wuppertal
- Proktologische Praxis Kiel,
Herr Dr. med. Johannes Jongen,
Herr Dr. med. Hans-Günter Peleikis,
Herr Dr. med. Volker Kahlke
- Herr Dr. med. Wolfgang Hermes, Bremen
- Herr Dr. med. Wolf-Dieter Hirsch, Grimma
- Herr Dr. med. Holger Herzing, Höchstadt/
Aisch
- Herr Dr. med. Michael-Alexander Reinke,
Plettenberg
- Herr Dr. med. Winfried Hölter, Monheim
- Herr Dr. med. Matthias Becker, Possendorf
- Frau Dr. med. Martina Mittag-Bonsch,
Crailsheim
- Zur Erinnerung an den Virchow-Schüler Paul
Langerhans, Berlin und Madeira. Seine
Familie
- Herr Prof. Dr. med. Stefan Riedl, Göppingen
- Herr Dr. med. Gerwin Alexander Bernhardt,
Voitsberg/Österreich
- Herr Dr. med. Georgios Adamidis, Pirmasens
- Herr Dr. med. Orhan Özdemir, Herborn
- Herr Dr. med. Marcus Giebelhausen,
Paderborn
- Herr Prof. Dr. med. Matthias Richter-Turtur,
Münsing
- Herr Dr. med. Michael Eckert, Speyer
in memoriam
Prof. Dr. med. Kurt Spohn
- Herr Prof. Dr. med. Rudolf Bedacht,
München
- Herr Dr. med. Hans-Joachim Wigro,
Bielefeld
- Herr Dr. med. Ingolf Hoellen, Backnang
- Herr Dr. med. Konrad Prenner, Salzburg
- Herr Dr. med. Radovan Stojanovic, Kassel
- Herr Dr. med. Jörg Kluge, Erfurt
in memoriam Dr. med. habil Werner
Kluge, Dresden
- Herr Dr. med. Roland Kluge, Dresden
in memoriam Dr. med. habil. Werner
Kluge, Dresden
- Frau Dr. med. Ricarda E. Sieben,
Braunschweig
- Herr Dr. med. Peter Gilsdorf, Mainz
- Herr PD Dr. med. Friedrich Thielemann,
Villingen-Schwenningen
- Herr Dipl.-Ing. H. – F. Bär, Werl
- Herr Dr. med. Albert Schreiber, Neumarkt
in memoriam Dr. med. Claus Wiedmann
- Frau Dr. med. Waltraud von 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
- Herr Dr. med. Jürgen Benz
in memoriam Prof. Dr. med. Hans-
Joachim Streicher
- Frau Dr. med. Frauke Eleonore Meyer-Wigro,
Bielefeld
- Herr Prof. Dr. med. Alfred Berger,
Deutschlandsberg

DGCH-PRÄSIDIUM

ab 1. März 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	F. Adili, Darmstadt
Deutsche Gesellschaft für Kinderchirurgie	P. Schmittenbecher, Karlsruhe
Deutsche Gesellschaft für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie	J. Hoffmann, Heidelberg
Deutsche Gesellschaft für Neurochirurgie	V. Tronnier, Lübeck
Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie	B. Kladny, Herzogenaurach
Deutsche Gesellschaft der Plastischen, Rekonstruktiven und Ästhetischen Chirurgen	R. Guinta, München
Deutsche Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie	J. Gummert, Bad Oeynhausen
Deutsche Gesellschaft für Thoraxchirurgie	E. Stoelben, Köln
Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie	D. Pennig, Köln
Berufsverband der Deutschen Chirurgen e.V.	J.-A. Rüggeberg, Bremen
Perspektivforum Junge Chirurgie	B. Braun, Homburg

WEITERE MITGLIEDER

Leitender Universitätschirurg	J. C. Kalff, Bonn
Leitender Krankenhauschirurg	H. J. C. Wenisch, Potsdam
Oberärztin in nichtselbstständiger Stellung einer Chirurgischen Universitätsklinik	T. Histing, Homburg
Oberärztin in nichtselbstständiger Stellung einer Chirurgischen Krankenhausabteilung	F. Fritze-Büttner, Berlin
Niedergelassener Arzt für Chirurgie	P. Kalbe, Rinteln
Chirurg aus dem deutschsprachigen Ausland	A. Tuchmann, Wien (AT)
Vertreter der Sektion Chirurgische Forschung	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, Stellenan-
zeigenbuchung 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.



BISHER ERSCHIENEN ALS eMAGAZIN

Alles lesen
in der BDC|Mobile
App oder unter
www.bdc.de

eMagazin
01/2019



INHALTSVERZEICHNIS DER eMAGAZIN AUSGABE JANUAR 2019

EDITORIAL

Verschiedene Themen –
Verschiedene Referate

SCHAUFENSTER

CHIRURGIE

IM FOKUS:

Organisation einer
Akutschmerztherapie in der Chirurgie

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

CHIRURGIE+

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

Beste Karrierechancen in der Viszeral-
chirurgie und in der Thoraxchirurgie
Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) –
Ein Blick auf die Absicherung von IT-
und Datenrisiken

Safety Clip: Risikomanagement in der
Luftfahrt und im Krankenhaus

Hygiene-Tipp: Waschbecken als Quelle
von Infektionen

Personalia

F&A: Formular der Datenschutzaus-
kunft-Zentrale ist „Abzocke“

F&A: Befundübermittlung via Fax nach
DSGVO zulässig

GESUNDHEITSPOLITIK

Qualitätssicherungsverfahren für Durch-
gangsarztberichte (Peer Review)

Aktuelle Meldungen

INTERN DGCH

Einladung zur DGCH-
Mitgliederversammlung

Einladung zum 136. Kongress der
Deutschen Gesellschaft für Chirurgie
Rekrutierende multizentrische chirurgische
Studien in Deutschland

DGCH: Aus Doppelmitgliedschaft wird
Probemitgliedschaft

Spendenaufwurf und Bausteine Langen-
beck-Virchow-Haus

DGCH-Präsidium ab 1. Januar 2019

INTERN BDC

Bericht von der 4. Herbsttagung des
Landesverbands BDC|Berlin

Das Referat für „Leitende
Krankenhauschirurgen“ stellt sich vor

Einladung zur BDC-
Mitgliederversammlung 2019

BDC|News

BDC|Pressespiegel

BDC|Landesverbände

Termine BDC|Akademie

Veranstaltungshinweise

Lifestyle-Angebote im Januar 2019

PANORAMA

Glück ist ein Schmetterling ...

eMagazin
02/2019



INHALTSVERZEICHNIS DER eMAGAZIN AUSGABE FEBRUAR 2019

EDITORIAL

SCHAUFENSTER

CHIRURGIE

IM FOKUS:

Adipositaschirurgie in Deutschland

Trends in der Adipositas-
und metabolischen Chirurgie

CHIRURGIE+

#nurMITeinander – für gute Medizin!

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

Safety Clip: Patientensicherheit für
ältere Patienten

Einrichtungsbefragung zum Hygiene-
und Infektionsmanagement

Hygiene-Tipp: Verbandswechsel und
Wundversorgung

Personalia

F & A: Unbezahlten Urlaub berechnen

F & A: Wunddokumentation per
Smartphone

GESUNDHEITSPOLITIK

Positive Signale für den Belegarzt aus
der AG BeKo des BDC

BDC-Pressemitteilung: Chirurgen-Sprech-
stunde: Berufsverband wehrt sich gegen
Vorwurf der „Bequemlichkeit“

BDC-Pressemitteilung: Bedarfsplanung:
BDC begrüßt Zusammenlegung von
Orthopädie und Chirurgie

Aktuelle Meldungen

INTERN DGCH

Einladung zur DGCH-
Mitgliederversammlung

Einladung zum 136. Kongress der
Deutschen Gesellschaft für Chirurgie

Rekrutierende multizentrische
chirurgische Studien in Deutschland

DGCH: Aus Doppelmitgliedschaft wird
Probemitgliedschaft

Spendenaufwurf und Bausteine
Langenbeck-Virchow-Haus

DGCH-Präsidium ab 1. Januar 2019

Meine Daten haben sich geändert

INTERN BDC

Einladung zur BDC-
Mitgliederversammlung 2019

BDC-Sitzungen auf dem
Chirurgenkongress 2019

BDC|News

Das Referat für BDC „Niedergelassene“
stellt sich vor

Das Referat für „Oberärzte“ stellt sich vor
BDC|Landesverbände

BDC-Presspiegel

Termine BDC|Akademie

Veranstaltungshinweise

Lifestyle-Angebote im Februar 2019

PANORAMA

Gespräche am OP-Tisch – wer sagt was?



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 mail@bdc.de oder Fax BDC 030/28004-108
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 (mail@bdc.de oder Fax 030/28004-108)

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!

Jeder braucht einen Verband

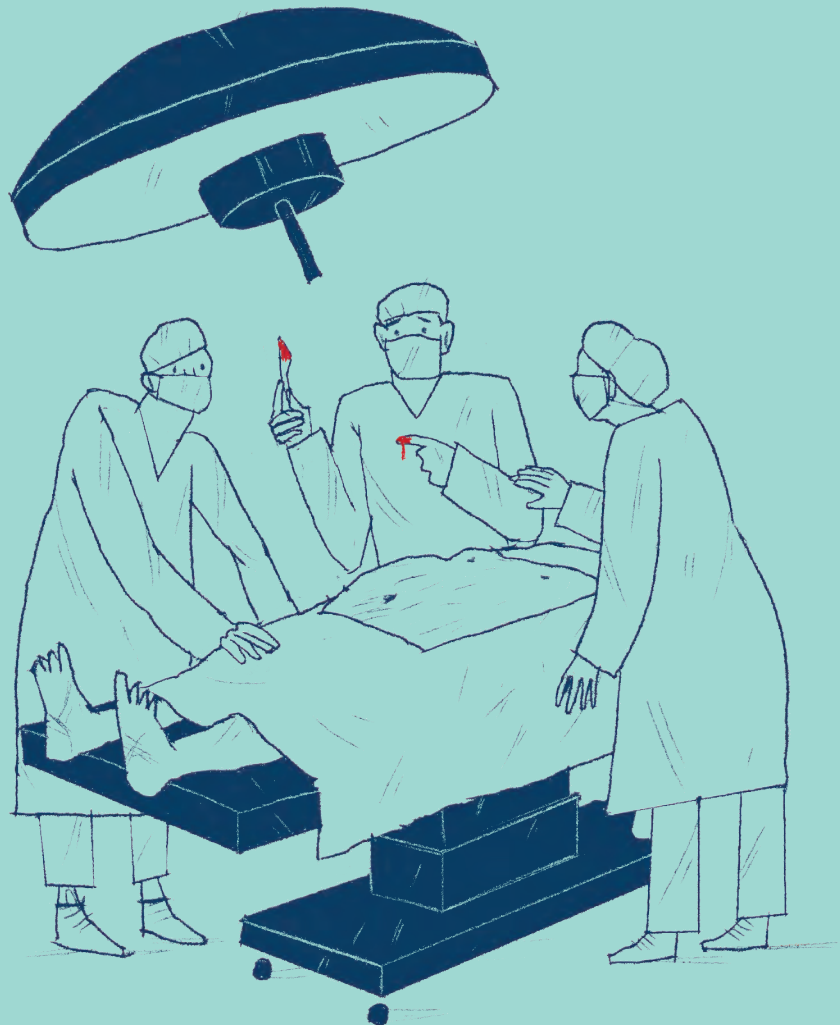
Es gibt viele Gründe, Mitglied im Berufsverband zu sein: berufspolitische Interessenvertretung, spezielle Versicherungen, Seminarangebote, Rechtsberatung und einiges mehr. Aber wenn wir ehrlich sind, fragen sich wahrscheinlich viele jüngere Kolleginnen und Kollegen „Wozu ist das gut“? Vor allem, weil sie nicht wissen, welche Vorteile es hat.

Genau das wollen wir ändern und zeigen, dass jeder einen Verband braucht! Mit der Nachwuchskampagne „Nur Mut! Kein

Durchschnittsjob: ChirurgIn“ sprechen wir schon seit einigen Jahren Medizinstudierende an, aber halten den BDC immer im Hintergrund. Soll heißen, es geht ausschließlich darum, jungen angehenden Medizinerinnen, die Faszination für die Chirurgie nahezubringen. Gemeinsam mit dem BDC-Themen-Referat Nachwuchsförderungen haben wir jetzt eine Anzeigen-Kampagne entwickelt, die sich direkt an Assistenzärztinnen und -Ärzte richtet, um zu zeigen, wie wichtig die chirurgische Gemeinschaft – und deren Vorzüge – ist.



Wir freuen uns über Ihr Feedback. Wie finden Sie die Aktion? Und vor allem: Wie finden Sie die Motive: passion_chirurgie@bdc.de



Am Ende braucht jeder einen Verband.



Wir als Berufsverband unterstützen Ihre chirurgische Karriere, wo Sie es brauchen!

- Seminare, Webinare und eLearning für Ihre Fort- und Weiterbildung
- Versicherungen für Ihren Berufseinstieg
- juristische Beratung für Ihre Verträge
- Karriereberatung und Stellenmarkt für Ihre nächsten Schritte
- Vertretung gegenüber der Politik für unsere Interessen

COMMON TRUNK



Praktisches Seminar – Orthopädie und Unfallchirurgie

Das Basisseminar in **Berlin vom 09.-10. Mai 2019** ist perfekt für geeignet für Berufseinsteiger, die eine spätere Weiterbildung in der Orthopädie/Unfallchirurgie in Erwägung ziehen. Die zweitägige Veranstaltung vermittelt durch Vorträge nötiges Grundwissen über unfallchirurgische Basiseingriffe, moderne Gips- und Verbandstechniken und die FAST-Sonografie, welches dann in diversen angeleiteten Übungen praktisch trainiert wird. Nach der Teilnahme an einem Seminar zur Basischirurgie und an einem weiterführenden Seminar, verleiht die BDC|Akademie das BDC-Zertifikat Basischirurgie.

Anmeldung und Information: www.bdc.de/veranstaltungen/

10.000 FOLLOWER



BDC auf Facebook

Schon seit einigen Jahren hat sich der BDC – vor allem mit der Nachwuchskampagne „Nur Mut! Kein Durchschnittsjob: ChirurgIn“ – eine große Facebook-Community aufgebaut. Auf den beiden Seiten sind es mittlerweile 10.000 Follower, die den Neuigkeiten aus dem BDC und Interessantem aus der Chirurgie folgen. Seit diesem Jahr ist der BDC auch auf Instagram unterwegs.

Schauen Sie doch mal vorbei: zum Teilen, Folgen und Liken:

www.facebook.com/chirurgen/



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

BDC|Sport: Wer läuft eine Staffel mit?

In alter Tradition wollen wir uns auch 2019 wieder am 5 x 5 TEAM-Staffellauf der Berliner Wasserbetriebe beteiligen und suchen Mitläufer! Wer hat Zeit und Lust den Staffeltab an andere BDC-Mitglieder weiterzugeben?

Der Staffellauf findet 2019 vom 12. Bis 14. Juni im Berliner Tiergarten statt. Wir sind für Mittwoch, den 12. Juni angemeldet und werden sogar ein BDC-Geschäftstellen-Team an den Start bringen.

Ein Team besteht aus fünf Teilnehmern, die jeweils eine 5-km-Runde durch den nördlichen Bereich des Tiergartens zurücklegen.

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



Um die Anmeldung der Staffeln und einen Picknickkorb zur Verköstigung kümmert sich der BDC. Jedes Mitglied eines BDC-Teams erhält eine Running Surgeons-Laufkombi, geben Sie deshalb bitte bei der Anmeldung Ihre Größe an: S – M – L – XL – XXL (fallen klein aus).

Wir freuen uns auf Ihre Nachricht!
Ihr BDC|Sport-Team



Weitere Artikel über die BDC|Sport-Aktivitäten finden Sie auf BDC|Online (www.bdc.de, Rubrik Wissen | Panorama | BDC|Sport).



Das Referat für „Leitende Krankenhauschirurgen“ stellt sich vor



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



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

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

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

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

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



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

Der ambulante Traumjobfinder



App.in.den.OP®

Chirurgischer Stellenmarkt als kostenlose App für Smartphones und Tablets

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



- 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



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).



Außerberufliches Engagement von BDC-Mandatsträgern



Zur Person:

Dirk Farghal

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

Bild: Dirk Farghal, Leiter der AG BeKo, im Gespräch mit Flüchtlingen und asylsuchenden Schülern an der Staatlichen Berufsschule Bad Kissingen

Am 20. Dezember 2018 erzählte Dirk Farghal, Leiter der AG BeKo im BDC, auf Einladung der staatlichen Berufsschule Bad Kissingen über sein Leben und seinen beruflichen Werdegang als Kind eines ägyptischen Vaters, der 1952 wegen der Revolution in Ägypten nach Deutschland gekommen war, und einer 1945 aus Ihrer Heimat bei Breslau vertriebenen Mutter. Bei seinem Besuch in der Berufsschule konnten die ca. 60 Schülerinnen und Schüler aus drei Klassen im Gespräch erfahren, welche Bedeutung das Grundgesetz und die Würde

des Menschen hat und welche Chancen sich ihnen bieten können. Es wurde aber auch über die hier in Deutschland geltenden Normen und die Gleichheit von Mann und Frau, aller Religionen und Hautfarben gesprochen. Dirk Farghal konnte aus seiner eigenen Kindheit und Jugend erzählen, dass es Hindernisse gab, aber dass sich der Weg gelohnt hat!

Fazit war: Jeder ist willkommen und soll sich in unsere Gesellschaft einbringen, aber dies erfordert auch viel Toleranz von allen Seiten.

Interessant war, dass viele Schülerinnen und Schüler eine Ausbildung in sozialen Berufen wie Kranken- und Altenpflege, Kinderbetreuung und Sozialarbeit anstreben.

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

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. Arndt Voigtsberger

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

13.02.2019, verbaende.com

Bundeskongress Chirurgie 2019

Wie wird sich die Gesundheitslandschaft in den nächsten Jahren verändern? Wie erfolgt die bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung? Wie soll der Personalnotstand in Klinik und Praxis behoben werden? Wird es überhaupt noch einen Facharzt in Niederlassung 2030 geben? All diese Themenkomplexe werden beim Bundeskongress Chirurgie 2019 in Nürnberg ...

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 ...

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
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
05.07.2019	06.07.2019	Regensburg	2019-21515	3. Kurs Fundamental Critical Care Support	Dr. med. Kornelius Fuchs; PD Dr. med. Michael T. Pawlik	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
06.05.2019	10.05.2019	Hamburg	2019-23820	Facharztseminar Orthopädie/Unfallchirurgie	Prof. Dr. med. Lars Gerhard Großterlinden	350,00	550,00
20.05.2019	22.05.2019	Solingen	2019-23686	Facharztseminar Viszeralchirurgie	Prof. Dr. med. Wolfgang Schwenk	350,00	550,00
03.06.2019	07.06.2019	Erfurt	2019-23670	Facharztseminar Viszeralchirurgie	Prof. Dr. med. Albrecht Stier	350,00	550,00
05.06.2019	07.06.2019	Berlin	2019-23711	Facharztseminar Thoraxchirurgie	Dr. med. Gunda Leschber	350,00	550,00
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
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

FACHBEZOGENE SEMINARE, WORKSHOPS UND HOSPITATIONEN

DATUM		ORT	KURS-NR.	SEMINARTITEL	WISSENSCHAFTLICHER LEITER	PREIS MITGLIED	PREIS NICHT-MGL
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
27.06.2019				Webinar: S3-Leitlinie «Magenkar- zinom»	Prof. Dr. med. Dr. h.c. Hans-Joa- chim Meyer		
11.07.2019				Webinar S2k-Leitlinie «Diagnostik und Therapie der Varikose»	Dr. med. Thomas Noppeney		
06.09.2019	07.09.2019	Berlin	2019-23685	Viszeralchirurgie Kompakt: Becken- bodenchirurgie	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
10.10.2019	11.10.2019	Tuttlingen	2019-23683	Spezielle Viszeralchirurgie	Prof. Dr. med. Michael Schäffer	300,00	500,00
17.10.2019	18.10.2019	Berlin	2019-22403	CAMIC 2	Prof. Dr. med. Ferdinand Köckerling	400,00	600,00

FACHÜBERGREIFENDE SEMINARE

DATUM		ORT	KURS-NR.	SEMINARTITEL	WISSENSCHAFTLICHER LEITER	PREIS MITGLIED	PREIS NICHT-MGL
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
11.10.2019	12.10.2019	Berlin	2019-28136	Mastertrainer Strukturierte Facharztweiterbildung	Prof. Dr. med. Marcus Siebolds	300,00	450,00
18.10.2019	19.10.2019	Berlin	2019-24708	Abschlusscolloquium hygienebeauf- tragte Ärzte	Prof. Dr. med. Julia Seifert; Prof. Dr. med. Axel Kramer		

SOFTSKILL- & MANAGEMENTSEMINARE

DATUM		ORT	KURS-NR.	SEMINARTITEL	WISSENSCHAFTLICHER LEITER	PREIS MITGLIED	PREIS NICHT-MGL
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
23.10.2019	24.10.2019	Berlin	2019-28104	Zusammenhangsgutachten (DKOU)	Dr. med. Werner Boxberg	80,00	80,00

BDC|Akademie

Information und Anmeldung:

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

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



Kompaktkurs – geeignet für alle Ärzte

Hygienebeauftragter Arzt (HBA)

Mit der Smart-Learning-Methode

Ein modernes Lernkonzept für flexible und individuelle Fortbildung:

- - Zertifizierter Kurs
- - Anerkannte strukturierte curriculare Fortbildung gemäß Mustercurriculum der Bundesärztekammer
- 21 Online-Lernmodule
- 2 Tage Präsenzveranstaltung
- Abschlusscolloquium & Testat
- Teilnahmebescheinigung
- 2 Jahre Learning Community - Ärzte

eCME-center.org®

continuing medical education

meduplus

60
CME-
punkte!

Jetzt anmelden:

www.ecme-center.org/hba

SPONSOREN DER BDC|AKADEMIE

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

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

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

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



Veranstaltungshinweise

Datum		Ort	Seminartitel	Veranstalter	Preis Mitglied	Preis Nicht-Mitglied
26.03.2019	29.03.2019	München	136. Kongress Deutsche Gesellschaft für Chirurgie	MCN Medizinische Congressorganisation Nürnberg AG		
30.03.2019	30.03.2019	Gera	Geraer Symposium Chirurgie 2019	Verein zur Förderung der Ambulanten Chirurgie e.V.		
01.04.2019	05.04.2019	Köln	IHK-Fortbildungsgang: „Praxismanager/in (IHK) – Arztpraxis / MVZ	Frielingsdorf Consult GmbH	2.433,35	2.677,50
06.04.2019		Aschaffenburg	Prof. Albrecht Wilhelm Gedächtnis-Symposium	Klinikum Aschaffenburg-Alzenau		
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
17.05.2019	18.05.2019	Nürnberg	11. addz e. V. Jahrestagung & Studientreffen EDIUM-Studie	addz e. V. arbeitgemeinschaft deutscher darmkrebszentren	100,00	100,00
23.05.2019	24.05.2019	Düsseldorf	17. Jahrestagung der Deutschen Herniengesellschaft	event lab. GmbH	55,00	55,00
25.05.2019	26.05.2019	Berlin	11. Jahrestagung der Orthopädinnen			
20.06.2019	21.06.2019	Hamburg	6. Norddeutscher Kniearthroskopiekurs Basiskurs mit Hands-on am Humanpräparat	CSi Hamburg GmbH	450,00	450,00
27.06.2019	29.06.2019	Salzburg	34. Jahreskongress der GOTS	Intercongress GmbH		
27.06.2019	28.06.2019	Schwerin	202. Tagung der Vereinigung Norddeutscher Chirurgen	Vereinigung Norddeutscher CHirurgen (NDCH) e.V.	75,00	75,00
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

LIFESTYLE- ANGEBOTE

im März 2019

%



20 %

ADIDAS: 20 % RABATT FÜR BDC-MITGLIEDER



25 %

CLINIQUE: 25 % RABATT FÜR BDC-MITGLIEDER



25 %

REISHUNGER: 25 % RABATT FÜR BDC-MITGLIEDER



35 %

SENNHEISER: 35 % RABATT FÜR BDC-MITGLIEDER

WIE KANN ICH DIE ANGEBOTE IN ANSPRUCH NEHMEN?

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

Nur Mut!

Kein
Durchschnittsjob:
Chirurgn
www.chirurg-werden.de

PANORAMA

Praxisausweis



Mit dem Praxisausweis: In fünf Schritten ins Gesundheitsnetz

Zur Telematikinfrastruktur gehört auch der elektronische Praxisausweis – und mit ihm viele Erleichterungen für den Ärzte-Alltag. Wir zeigen, wie Sie Ihre Praxis fit für die neue Datenautobahn machen.

Sie haben weitere Fragen zum Praxisausweis?

Die Experten der Bundesdruckerei erreichen Sie telefonisch unter 030-2598-4050 oder per E-Mail an ehealth-support@bdr.de

Bundesdruckerei: Mit dem Praxisausweis: In fünf Schritten ins Gesundheitsnetz. Passion Chirurgie. 2019 März, 9(03): Artikel 09_01.



Hier können Sie die elektronische Praxiskarte bestellen: <https://bit.ly/2MJ3zc2>



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

Die Digitalisierung zieht in Deutschlands Praxen ein – und das mit Blick auf die hochsensiblen Daten extrem abgesichert. Diejenigen Mediziner, die sich mit der neuen Datenautobahn für das Gesundheitssystem beschäftigen, haben schnell erkannt: Eine digitalisierte Praxis hat jede Menge konkreter Vorteile – natürlich auch für Chirurgen. Sobald die Praxis an die Telematikinfrastruktur angedockt ist, lassen sich Patientendaten ohne Papierkram und vor allem sicher austauschen, etwa mit Krankenhäusern und Apotheken. Der Mediziner spart Zeit, weil die Kommunikation einfacher wird. Zudem haben Praxisbetreiber mehr Zeit für die Patienten.

Die Telematikinfrastruktur (TI) ist eine Art Datenautobahn für Informationen im Gesundheitswesen – schnell und sicher. Mit ihr startet ein neues Kapitel in der Gesundheitskommunikation. TI vernetzt Krankenhäuser, Ärzte, Apotheken und Krankenkassen. Dafür hat der Gesetzgeber einen klaren Fahrplan erstellt: **Bis zum 30. Juni müssen alle Ärzte, Zahnärzte und Psychotherapeuten einen elektronischen Praxisausweis haben.** Dieser ist die Voraussetzung, um jede Praxis sicher ins Netz zu bringen.

UND SO GEHT'S

Schritt 1: Sie sind am Zug! Als Praxisbetreiber bestellen Sie einen elektronischen Praxisausweis bei einem der sogenannten Trust Service Provider (TSP). Hier gibt es verschiedene Anbieter. Die Bundesdruckerei als Experte für Hochsicherheitstechnologien hat als erster Anbieter am Markt bereits Erfahrung mit der Herstellung und Ausgabe des Praxisausweises gesammelt. Unter <https://ehealth.d-trust.net/antragsportal/> können Ärzte das SMC-B-Antragsformular ausfüllen. Tipp: Speichern Sie den Antrag ab oder drucken Sie ihn aus, um Ihre Zugangsdaten zu sichern. Zudem müssen Sie sich einen Konnektor und ein Kartenterminal bestellen.

Schritt 2: Vereinbaren Sie einen Termin mit Ihrem technischen Dienstleister. Er kann Ihnen auch die Fragen beantworten, die jetzt wichtig sind:

- Hat meine Internetleitung genügend Bandbreite für die Vernetzung mit der TI?

- Ist meine Praxisinfrastruktur für die Anforderungen einer digitalen Anbindung gerüstet?
- Ist meine Software fit, um die Praxis an die TI anzudocken?

Schritt 3: Sie können sich zurücklehnen: Der Anbieter des Praxisausweises, also in diesem Fall die Bundesdruckerei, stellt über einen gesicherten Kanal die Antragsdaten der jeweiligen zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung bereit. Diese prüft die Daten – sofern alles seine Ordnung hat – bestätigt den Antrag und gibt den Produktionsauftrag an die Bundesdruckerei.

Schritt 4: Auch hier müssen Sie erstmal nichts machen: Jetzt produziert die Bundesdruckerei die Karte und verschickt sie per Einschreiben an Ihre Praxis. Drei Werktage später erhalten Sie den PIN zur Aktivierung der Karte per Post.

Schritt 5: Jetzt sind Sie wieder an der Reihe: Sie müssen bestätigen, dass die Karte und der dazugehörige PIN-Brief wohlbehalten angekommen sind. Das funktioniert ganz einfach im Antragsportal der Bundesdruckerei. Mit diesem Schritt wird die Karte freigeschaltet. Das Kartenterminal und den Konnektor installiert Ihr technischer Dienstleister in gut 90 Minuten – und das bei weitgehend laufendem Praxisbetrieb. Fertig!

„WENIGER BÜROKRATIE“

Die Bundesdruckerei hat schon viele Ärzte mit dem elektronischen Praxisausweis ausgestattet. Im Interview berichtet Kundenbetreuerin und Senior Account Manager Healthcare/Pharma bei der Bundesdruckerei **Judith Meinke**, wie schnell sich das neue System installieren lässt – und warum Mediziner zukünftig mehr Zeit für die wirklich wichtigen Dinge haben.

Viele Chirurgen fürchten den Aufwand, der mit dem Praxisausweis verbunden sei. Wie sieht die Realität aus?

JM: Der Aufwand ist überschaubar: Über das Internet bestellt man einfach einen elektronischen Praxisausweis und vereinbart einen Termin mit dem Techniker. Dieser erledigt dann



Abb. 1: Beantragung und Auslieferung

BUNDESDRUCKEREI



Spezialist für Sicherheitstechnologien

Die Bundesdruckerei ist einer der zertifizierten Anbieter des elektronischen Praxisausweises. Sichere Identitäten sind die Kernkompetenz des Unternehmens,

das zu den führenden Anbietern für Hochsicherheitstechnologien gehört. Das Unternehmen schützt mit Technologien und Dienstleistungen „Made in Germany“ sensible Daten, Kommunikation und Infrastrukturen.

Praxisausweis und Konnektor, bis spätestens 31. März bestellt haben. Das müssen sie gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung nachweisen – sonst drohen Sanktionen.

Und wie teuer wird das?

JM: Ein Ausweis kostet 465 Euro. Das Gute ist: Die neue Technik wird gefördert. Die Krankenkassen sind verpflichtet, die Kosten für die Erstausrüstung der Praxen und den laufenden Betrieb voll zu übernehmen. Dafür muss der Mediziner lediglich nachweisen, dass die Praxis an die TI angeschlossen wurde. Dies geschieht durch den erfolgreichen Abgleich der Versichertenstammdaten.

Was unterscheidet den Praxisausweis der Bundesdruckerei von anderen Angeboten?

JM: Prinzipiell ist der Ausweis aller zugelassenen Anbieter technisch identisch. Das heißt aber nicht, dass es egal ist, wo man ihn kauft. Die Bundesdruckerei hat so viel Erfahrung beim Anfertigen hochsicherer Dokumente wie kaum jemand. Wir entwickeln seit Jahrzehnten Hochsicherheitstechnologien für viele Branchen. Außerdem haben wir als erster Praxisausweis-Anbieter am Markt bereits viele Monate Erfahrung vorzuweisen und unser Angebot für Praxen immer weiter verbessert. Unser Ziel ist es, den Prozess für den Kunden so einfach wie möglich zu gestalten. So bieten wir auf unserer Homepage ein schriftliches FAQ an sowie kurze Erklärfilme zum Antragsprozess und Freischaltung der Karte.

Macht der Ausweis das Leben von Chirurgen leichter?

JM: Der Praxisausweis ist der Anschluss an die Telematikinfrastruktur, die man sich wie

den Rest. Als Anbieter des Ausweises haben wir schon viele Karten für Ärzte ausgeliefert und entsprechende Erfahrung. Auch wenn die großen Vorteile erst in Zukunft kommen werden, zeigt sich schon heute: Die tägliche Arbeit in den Praxen wird effizienter durch den sicheren Zugriff und Austausch von Daten zwischen Arztpraxen, Apotheken, Krankenhäusern und Krankenkassen im Gesundheitsnetz. Dafür unterstützen wir unsere Kunden und nehmen sie an die Hand, um den Prozess so einfach wie möglich zu gestalten.

Wie viel Zeit muss ich als Praxisinhaber für das Thema einplanen?

JM: Rechnen Sie mit zehn bis dreißig Minuten für die Bestellung (zum Beispiel direkt unter bdr.de/praxisausweis) und das Vereinbaren

des Technikertermins. Die Arbeit des Technikers vor Ort in der Praxis dauert rund einhalb Stunden, aber in der Zeit müssen Sie natürlich nicht neben ihm stehen.

Welche Fristen sollte man beachten?

JM: Der Gesetzgeber sieht vor, dass alle Ärzte, Zahnärzte und Psychotherapeuten bis zum 30. Juni an die TI angeschlossen sind. Der Praxisausweis ist unerlässlich, um Praxen an die Telematikinfrastruktur (TI) anzuschließen. Mein Tipp: den Praxisausweis zügig bestellen – mindestens drei Wochen bevor der Techniker kommt. In der Regel erhält die Praxis den Ausweis schneller, aber so ist man auf der sicheren Seite. Und noch ein Datum sollte man sich merken: **Mediziner müssen alle Komponenten für den Anschluss an die TI, also den**

eine Datenautobahn vorstellen kann. Zugegeben: Derzeit sind wir von voll digitalisierten Praxen noch etwas entfernt. Aber sobald alle Beteiligten wie auch die Apotheken und Krankenhäuser angeschlossen sind, werden alle Ärzte davon profitieren: Sie können dann sicher und zuverlässig mit Kollegen und Krankenhäusern Daten austauschen. Und: Praxen kommen so vom Papier weg und haben weniger mit Bürokratie zu tun. In Zukunft wird sich auch der Heilberufsausweis digital lesen lassen, und auch Dokumente kann man online unterschreiben. Das bedeutet: weniger

händische Unterschriften – und mehr Zeit für die Patienten.

GLOSSAR

Achtung, Fachchinesisch! Was die wichtigsten Begriffe bedeuten.

SMC-B: Die Abkürzung steht für „Security Module Card Typ B“, im Deutschen ist der Begriff elektronischer Praxis- oder Institutionsausweis geläufig. Der Ausweis hat verschiedene Funktionen: Er authentifiziert die Praxis gegenüber den anderen Organisationen im System, also zum Beispiel gegenüber der Krankenkasse oder dem Krankenhaus. Er ermöglicht die Verschlüsselung von E-Mails und die elektronische Signatur von Dokumenten. Und er sorgt für die Kommunikation mit der elektronischen Gesundheitskarte.

Konnektor: Diese Box sorgt in Arztpraxen für höchste Sicherheit beim Datenaustausch – zum Beispiel beim Abgleich der Versichertenstammdaten der Patienten. Die Hardware wurde neu entworfen und vereint diverse Sicherheitsfeatures: vom gesicherten Netzzugang über die Firewall bis zur Kartenterminalsteuerung. Künftig sind weitere Anwendungen geplant: etwa zur elektronischen Fallakte (eFA) oder Qualifizierten Elektronischen Signatur (QES).

VPN-Zugangsdienst: Der VPN-Zugangsdienst ist ein zentrales Teilstück der Telematikinfrastruktur (TI). Er verbindet die Praxen mit den zentralen Diensten der Infrastruktur. Um den Konnektor mit dem zentralen Netz der TI zu verbinden, wird ein sicherer VPN-Tunnel über das Internet aufgebaut. Sicherheit spielt ohnehin eine große Rolle: Der Zugangsdienst ist für den Secure Internet Service (SIS) sowie das Sichere Netz der Kassenärztlichen Vereinigung (SNK) vorbereitet.

Telematikinfrastruktur (TI): An diesem Begriff kommen Praxisbetreiber nicht vorbei – und das aus gutem Grund. Die Telematikinfrastruktur muss man sich wie eine Datenautobahn vorstellen. Sie ist die Grundlage für ein neues Zeitalter der Gesundheitskommunikation. Die TI vernetzt Krankenhäuser, Ärzte, Apotheken und Krankenkassen miteinander. Dank dieser Infrastruktur lassen sich hochsensible Patientendaten sicher austauschen. Künftig soll die gesamte Online-Kommunikation im Gesundheitswesen hierüber laufen – also zum Beispiel auch der elektronische Arztbrief. Das Ziel: Alle für die Behandlung von Patienten wichtigen medizinischen Informationen sollen einfacher und schneller verfügbar sein. ○

FRISTEN: WAS SAGT DAS GESETZ?

Im E-Health-Gesetz ist es klar geregelt: Bis zum **30. Juni** müssen alle deutschen Praxen an die Telematikinfrastruktur angeschlossen sein. Mediziner müssen alle Komponenten für den Anschluss (Praxisausweis, Konnektor) spätestens bis zum **31. März** verbindlich bestellen – und dies auch der Kassenärztlichen Vereinigung nachweisen. Wer die Frist nicht einhält, wird zur Kasse gebeten: Vertragsärzten wird das Honorar um ein Prozent gekürzt (siehe § 291 Absatz 2b Satz 14 SGB V).

eAKADEMIE

Wissen Bit für Bit

WEBINARE

MEDIATHEK

eCME-
CENTER

WEBINARE



Namhafte Experten live direkt in Ihrem Arbeitszimmer.

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

BDC|WEBINAR

www.bdc-webinare.de

MEDIATHEK



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

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

mediathek
DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR CHIRURGIE
ÖSTERREICHISCHE GESELLSCHAFT FÜR CHIRURGIE

www.mediathek-dgch.de

[eCME-CENTER]



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

eCME-center.org
continuing medical education

www.ecme-center.org

BILDERRÄTSEL



WELCHER MEDIZINISCHE FACHBEGRIFF VERSTECKT SICH HINTER DIESEM BILD?
.... HABEN SIE ES ERRATEN?

Schicken Sie Ihre Antwort unter dem Stichwort „Passion Chirurgie QI/2019“ an bilderraetsel@bdc.de. Einsendeschluss ist der 16. Juni 2019. Die Auflösung dieses Rätsels finden Sie im Impressum der nächsten gedruckten Ausgabe im Juni 2019.

Unter allen richtigen Einsendungen der ersten drei Quartalsausgaben (QI, QII, QIII) verlosen wir auch in diesem Jahr wieder ein Android-Tablet. Die Auslosung wird Ende November stattfinden und der Gewinner in der QIV/2019 bekannt gegeben.

Teilnahmebedingungen: Jedes BDC-Mitglied darf mitmachen, ausgenommen sind BDC-Mitarbeiter und Mitarbeiter von schaefermueller publishing GmbH sowie deren Angehörige. Bei der Gewinnauslosung sind der Rechtsweg und Barauszahlung ausgeschlossen. Der Gewinner wird schriftlich benachrichtigt. Wir danken für die Teilnahme und wünschen viel Glück.

GUT LEBEN AUF GESUNDEN BEINEN



VenaSeal™
Closure System



ClosureFast™
Endovenöses Radiofrequenz
Ablations-System

Krampfaden können auf eine ernsthafte Erkrankung des Venensystems hinweisen. Medtronic bietet zwei moderne Verfahren zur effektiven Behandlung an.

Closure Fast™ – Segmentale Radiofrequenz Ablation

Unsere innovative Lösung zur Behandlung von chronisch venöser Insuffizienz. Evidenzbasierte Studienergebnisse bestätigen die Vorteile des Verfahrens wie zum Beispiel:

- 94% Verschlussrate nach fünf Jahren
- Einfache Handhabung
- Weniger Schmerzen
- Schnelle Rekonvaleszenz

VenaSeal™ – Closure System

Nicht-thermisches, tumensenzfreies Verfahren, das Patienten eine schnellere Rückkehr zu normalen Aktivitäten im Alltag ermöglicht:

- Keine Infiltrationseinstiche - weniger Schmerzen
- Vermeiden von thermisch induzierten Nebenwirkungen
- Kompressionstherapie ist nicht erforderlich
- Drei klinische Studien bestätigen die Evidenz

Krampfaden modern therapiert –

Einblick in unser Verfahren gibt Ihnen die Hospitation „Von der Diagnose bis zur Behandlung“:

02. /03. April 2019 | 04. /05. Juni 2019 | 15. /16. Oktober 2019
MVZ Regiomed Rothenburg o.d.T.
Dr. Markus Zoller

Neugierig geworden? Kontaktieren Sie
Thorsten Bassler-Hollenbach
Telefon: 0800-0868 700
E-Mail: krampfaden@medtronic.com



TachoSil® – ruhig Blut!

Durch die Kraft der Natur.



Auch als
Pre-rolled TachoSil®

TachoSil® Versiegelungsmatrix

Zusammensetzung: 1 cm² enthält: Fibrinogen vom Menschen 5,5 mg, Thrombin vom Menschen 2,0 I.E. Sonstige Bestandteile: Kollagen vom Pferd, Albumin vom Menschen, Riboflavin (E101), Natriumchlorid, Natriumcitrat, L-Argininhydrochlorid.
Anwendungsgebiete: TachoSil® wird bei Erwachsenen zur unterstützenden Behandlung in der Chirurgie zur Verbesserung der Hämostase, zur Unterstützung der Gewebeversiegelung und zur Nahtsicherung in der Gefäßchirurgie angewendet, wenn Standardtechniken insuffizient sind, sowie zur unterstützenden Versiegelung der Dura Mater, um postoperative Liquorlecks nach neurochirurgischen Eingriffen zu vermeiden.
Gegenanzeigen: Intravasculäre Anwendung, Überempfindlichkeit gegen die Wirkstoffe oder einen der sonstigen Bestandteile.
Nebenwirkungen: In seltenen Fällen können 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