

PASSION

CHIRURGIE

PANORAMA

FIGHT, SMILE, LOVE!
MEHR ALS NUR EIN MOTTO

im Fokus

NIEDERLASSUNG

05 | 2019

MITGLIEDERZEITSCHRIFT:
DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR CHIRURGIE
BERUFSVERBAND DER DEUTSCHEN CHIRURGEN



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“:

**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



© iStock/shaun1

Gemeinsam stark! Sektorenübergreifende Versorgung

In den letzten Jahren gab es unter den niedergelassenen Vertragsärzten reichlich Grund zur Klage wegen ungenügender finanzieller Ausstattung, überbordender Bürokratie und drohender Regressregelungen bei der Verordnung von Medikamenten und Heil- und Hilfsmitteln. Seit einigen Monaten aber ist die Aufregung nun besonders groß und dies bemerkenswerterweise, obwohl vom BMG nun die schon seit Jahren geforderte Entbudgetierung, zumindest teilweise, in Aussicht gestellt wird. Der Hintergrund ist, dass die angebotenen Honorarzuwächse verknüpft werden mit einem erheblichen Eingriff des Staates in die eigentlich freiberufliche Praxis-

führung, niedergeschrieben im anstehenden Terminservice und Versorgungsgesetz (TSVG). In seltener Einigkeit haben sich die Vertragsärzte und -psychotherapeuten dagegen zur Wehr gesetzt und werden dies auch weiter tun – zum Wohle der Versorgung der uns anvertrauten Patienten.

Eines vorweg: Das deutsche Gesundheitssystem ist nach meiner festen Überzeugung das Beste und auch das Gerechteste der Welt. Diese Aussage mag zunächst verwundern, insbesondere vor dem Hintergrund der Diskussion einer gefühlten Zweiklassenmedizin. Durch mein Studium, welches ich teilweise in



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

R.W. Schmitz: Editorial. Gemeinsam stark!
Sektorenübergreifende Versorgung. Passion Chirurgie.
2019 Mai; 9(05): Artikel 01.



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

Amerika absolvierte und meine Tätigkeiten in dortigen Krankenhäusern wurde mir aber vor Augen geführt, was für eine Perle wir hier bei uns haben. Ich kenne kein anderes Gesundheitssystem der Welt, wo Versicherte zeitnah und im Bedarfsfall sofort zum Facharzt ihres Vertrauens gelangen.

Dieses unzweifelhaft gute System einer medizinischen Versorgung steht aber nun schon seit Jahren auf der Kippe. Der Grund dafür ist eine im Vergleich zu anderen OECD-Staaten relativ mäßige finanzielle Ausstattung und dies vor dem Hintergrund, dass praktisch jede Leistung bezahlt wird. Nicht vollkommen unerwartet resultiert daraus ein zunehmender Run auf die Praxen und Notfallambulanzen im Land. Jeder Besuch beim Arzt produziert dabei nicht nur Kosten, sondern nimmt auch teure medizinische Behandlungszeit in Anspruch. Diese aber wird vor dem Hintergrund schwindender Arztressourcen immer kostbarer und dringend von den wirklich kranken und versorgungsbedürftigen Patientinnen und Patienten benötigt.

Ich persönlich halte es für eine Katastrophe, wie von unserem Bundesgesundheitsminister versucht wird, über das neue TSVG auf die Art und Weise unserer Behandlung Einfluss zu nehmen. Zum einen wird mit einem unverschämten populistischen Zungenschlag durch die Forderung, die offenen Sprechstundenzeiten zu erhöhen, suggeriert, dass die Ärzte ja viel zu wenig arbeiten, wir uns zumindest nicht ausreichend um die gesetzlich versicherten Patienten kümmern. Zum anderen ist auch die Aufwertung der Terminservicestellen (TSS) der KVen wenig durchdacht. Selbst bei Ausweitung der Sprechstunde und Freigabe eingeräumter Slots für die TSS wird dieses System nur zur Folge haben, dass tendenziell der Zugang zum System noch einfacher gemacht wird und damit die Arbeitszeit des

Arztes pro Patient noch weiter schwindet. Dies kann nur deletäre Folgen haben für die akut und chronisch kranken Patienten. Diese werden ihren Arzt noch weniger zu Gesicht bekommen, da sich dieser mit genau der gleichen Arbeitszeit und -intensität - behördlich angeordnet - nun um Befindlichkeitsgestörte, dafür aber EDV-affine Mitbürgerinnen und Mitbürger kümmern muss.

Nur ein freier Arztberuf im eigentlichen Sinne ist der Garant dafür, dass unser Gesundheitssystem mit exzellenter Qualität unsere Bevölkerung versorgen wird. Staatsmedizinische Eingriffe führen immer in die falsche Richtung und dies dürfte in der Bevölkerung und damit auch beim Wähler nicht gut ankommen. Von daher bleibt nur zu hoffen, dass sich die Politik dieser Argumentation anschließt und die Versorgung weiterhin den dafür qualifizierten Organen der Selbstverwaltung überlässt.

Neben den beschriebenen Widrigkeiten muss aber gleichwohl festgestellt werden, dass die Versorgung der Patienten im ambulanten Sektor für den Vertragsarzt durchaus befriedigend und erfüllend ist. Eine entsprechende Organisation vorausgesetzt, ist die Arbeit als Niedergelassener auch wirtschaftlich auskömmlich. Der niedergelassene Chirurg ist zudem das klassische Beispiel für gelebte sektorenübergreifende Versorgung. So ist er in der Regel nicht nur ambulant vertragsärztlich oder als D-Arzt tätig, sondern oft auch stationär als Beleg-, Honorar- oder Konsiliararzt.

Ein kleiner Ausschnitt aus dem Portfolio der Tätigkeiten aus unserem Versorgungsgebiet soll Ihnen in diesem Schwerpunktheft zur Kenntnis gebracht werden. Ich wünsche Ihnen viel Spaß bei der Lektüre und hoffe dabei, den einen oder die andere für eine dauerhafte Tätigkeit in unserem Sektor zu gewinnen. Es lohnt sich! ○

„Diese Hände führen 4 neurochirurgische Operationen am Tag durch, 5 Tage die Woche.“

Chelarzt Dr. med. Yasser Abdalla

Schützen Sie Ihr wertvollstes Werkzeug – **auch vor Latex!**

70%

aller latexbedingten Reaktionen entfallen auf Fachkräfte des Gesundheitswesens!

1 von 50

Fachkräften im Gesundheitswesen entwickelt eine Latex-Allergie – Jahr für Jahr!

1 zu 1

Viele Nutzer empfinden in Bezug auf Tragekomfort und Sicherheit keinen Unterschied zu Latex-OP-Handschuhen

J. Mercurio J. Creating a latex-safe perioperative environment. OR Nurse 2011;51(6): 18-25.



Jetzt Muster und weitere Serviceleistungen anfordern unter www.molnlycke.de/handschuhe

Biogel® OP-Handschuhe


Molnlycke®

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: Dr. med. Peter Kalbe,
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
Katrin Kammerer (Tel.: +49 (0) 30 28004-202 |
passion_chirurgie@bdc.de)
Julia Weilbach

VERLAG

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

DESIGN

Nina Maria Küchler, Berlin

ANZEIGEN

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

ABBILDUNGSHINWEISE

Cover-Foto von stevecoleimages, 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

3 EDITORIAL

- 3 Gemeinsam stark!
Sektorenübergreifende Versorgung R. W. Schmitz

8 SCHAUFENSTER

12 CHIRURGIE

- 12 Arthrodesen in der Hand – Neue Therapieverfahren
K. Becker, H. Königsberger, T. Senn, M. Wittemann

im Fokus

20

INTERSEKTORALE VERSORGUNG – EINE EINBAHNSTRASSE?

B. Gibis

26 CHIRURGIE⁺

- 26 Bundeskongress Chirurgie:
Update Niederlassung J. Weilbach
- 28 Webinar-Termin im Mai 2019:
S3-Leitlinie „Analfisteln“



29

46

29 **Safety Clip:** SWOT-Analyse – ein Instrument des Qualitäts- und Risikomanagements *A. Krause*

33 **Hygiene-Tipp:** Impfungen zum Personalschutz
W. Popp, K.-D. Zastrow

35 Abrechnung der Stoßwellentherapie beim Fersensporn (EBM-Ziffer 30440)
J.-A. Rüggeberg, P. Kalbe

37 Personalia

38 RECHT

38 Kommentare zu OLG-Urteilen

39 Unerwarteter Tod des Praxisinhabers – was ist zu tun?
S. Hoch

44 F&A: Anspruch auf Auskunft über die Namen der behandelnden Ärzte
J. Heberer

45 F&A: Schweigepflichtentbindungserklärung mittels E-Mail
J. Heberer

46 GESUNDHEITSPOLITIK

46 Und auch das geht: Einzelpraxis und Belegarzt
D. Farghal

50 BDC|Pressemitteilung: Friederike Burgdorf ist neue Geschäftsführerin

51 BDC|Pressemitteilung: Neuer Vizepräsident des Berufsverbandes der Deutschen Chirurgen

52 Aktuelle Meldungen

53 INTERN

53 DGCH

53 Rekrutierende multizentrische chirurgische Studien in Deutschland
S. Tenckhoff

58 Spendenaufruf und Bausteine Langenbeck-Virchow-Haus

61 DGCH-Präsidium ab 1. März 2019

65 BDC

65 Das Referat für „Medizinische Dokumentation, Klinik- und Leistungsmanagement“ stellt sich vor
T. Auhuber

66 BDC|News

68 BDC|Landesverbände

70 BDC|Pressespiegel

71 Termine BDC|Akademie

75 Veranstaltungshinweise

76 Lifestyle-Angebote im Mai 2019

78 PANORAMA

78 „Fight, Smile, Love!“ – mehr als nur ein Motto
J. Weilbach

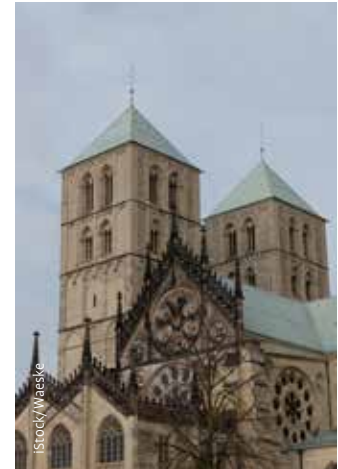
122. Deutscher Ärztetag 2019

28. BIS 31.05.2019 IN MÜNSTER

Tagesordnung:

- Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik
- Wenn die Arbeit Ärzte krank macht
- Dokumentation der Weiterbildung im elektronischen Logbuch
- Prozessoptimierung der Satzung der Bundesärztekammer und Geschäftsordnung der Deutschen Ärztetage
- Bericht über die Jahresrechnung der Bundesärztekammer für das Geschäftsjahr 2017/2018 (01.07.2017 – 30.06.2018)
- Entlastung des Vorstandes der Bundesärztekammer für das Geschäftsjahr 2017/2018 (01.07.2017 – 30.06.2018)
- Haushaltsvoranschlag für das Geschäftsjahr 2019/2020 (01.07.2019 – 30.06.2020)
- **Wahlen, mehr zu den Kandidaten**
- Wahl des Tagungsortes für den 124. Deutschen Ärztetag 2021
- Änderungen vorbehalten!

Mobil Mitmachen



[Information und Anmeldung...](#)

LOHFERT-PREIS 2019

„Die Pflege muss jetzt aufstehen und die Digitalisierung für sich nutzen!“

Das Verwaltungsgebäude des Hamburger Universitätsklinikums stammt aus dem vorletzten Jahrhundert. Die Menschen jedoch, die darin arbeiten, haben aus dem Krankenhaus eines der innovativsten Europas gemacht. Elektronische Patientenakte, vollautomatisierter Medikationsprozess oder OP-Robotik unterstützen das Personal und tragen zur Patientensicherheit und Qualität der medizinischen Versorgung bei.

Genug Gründe, um mit Joachim Pröbß, Personalvorstand und Direktor für Patienten- und Pflegemanagement am UKE und in diesem Jahr Jurymitglied des Lohfert-Preises 2019, über das Thema Digitalisierung in der Pflege zu sprechen.



[Zum Video...](#)

Krankenhaus- Report 2019: Digitalisierungs- rückstand in deutschen Krankenhäusern

Die Krankenhäuser in Deutschland haben erheblichen Nachholbedarf bei der Digitalisierung und beim Technologieeinsatz, wie der neue Krankenhaus-Report des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO) zeigt. So erreichten die deutschen Krankenhäuser 2017 in einem internationalen Vergleich auf einer Digitalisierungs-Skala von Stufe 0 bis 7 im Durchschnitt nur den Wert 2,3 und lagen damit unter dem EU-Durchschnitt von 3,6. Besonders deutlich zeigt sich der mangelnde Wandel bei den kleinen Krankenhäusern unter 200 Betten, die im Mittel nur den Wert 1,3 erreichten.

Im neuen Krankenhaus-Report „Das digitale Krankenhaus“ gehen verschiedene Autoren der Frage nach, wie die Digitalisierung die stationäre Gesundheitsversorgung verändern wird. Zur Einschätzung des Digitalisierungsgrades deutscher Kliniken nutzen die Autoren des

Fachgebiets Management im Gesundheitswesen von der Technischen Universität (TU) Berlin das „Electronic Medical Record Adoption Model (EMRAM)“. Danach können Krankenhäuser eine Stufe von 0 bis 7 erreichen, wobei das Erreichen einer Stufe die Erfüllung der vorhergehenden impliziert. Stufe 0 bedeutet, dass kaum digital gearbeitet wird, während Stufe 7 einem papierlosen Krankenhaus entspricht. Für die Studie wurden die Daten von 167 deutschen Krankenhäusern ausgewertet, die derzeit nach dem EMRAM-Modell zertifiziert sind. Danach erreichten 2017 knapp 40 Prozent der untersuchten Kliniken nur die Stufe 0. Lediglich zwei Krankenhäuser der Maximalversorgung erfüllten die Anforderungen der Stufe 6. Kein einziges der zertifizierten Häuser in Deutschland schaffte die Stufe 7.

[Mehr lesen...](#)

Bundesgesundheitsminister Spahn

Gesundheitspolitik als Steigbügel?

**INSTINKTPOLITIKER JENS SPAHN
SEIT EINEM JAHR RESSORTCHEF**

Vor gut einem Jahr: Jens Georg Spahn (CDU) schreitet ins Schloss Bellevue. Er hat sein Etappenziel erreicht: Bundesminister, mit 37. Seit 2002 sitzt er im Bundestag und hat von Anfang an auf Gesundheit gesetzt. Ein Volltreffer! Jetzt ist er Minister und kann mitregieren – wovon er schon immer geträumt hat. Ob das Amt der Steigbügel für den Kanzlersattel wird, fragen sich viele. Er steht für die Politikergeneration Kreißaal, Hörsaal, Plenarsaal. Nein, nicht ganz. Der politische Ehrgeiz – oder ist es Macht-hunger? – war so groß, dass er seinen akademischen Titel aus der Ferne erwirbt. Plenarsaal sticht Hörsaal.



[Mehr lesen...](#)

BDC kritisiert undifferenzierte Bedarfsplanung

Immer weniger Allgemeinchirurgen in der Fläche



Gesundheitsversorgung ist ein zentrales gesellschaftspolitisches Thema. Dabei sollten die Bedürfnisse der Bevölkerung auf dem Land stärker in den Fokus rücken und alternative Versorgungsansätze ausgeweitet werden. Die AOK möchte diese Entwicklung vorantreiben und hat deshalb die Initiative „Stadt. Land. Gesund“ für eine bessere ländliche Gesundheitsversorgung gestartet. Mit dieser Initiative möchte die AOK in den kommenden beiden Jahren konkrete Angebote schaffen, um Versorgungsunterschiede zwischen Stadt und Land anzugleichen.

[Mehr Infos...](#)

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...](#)

Personalbemessung in der Chirurgie

Diese kurze Umfrage dient einer Erhebung des „IST-Zustands“ in Deutschland. Getriggert von den aktuellen Diskussionen um die Personaluntergrenzen in der Pflege machen wir uns für eine vergleichbare Transparenz im ärztlichen Dienst stark!

[Zur Umfrage...](#)



BDC Umfrage

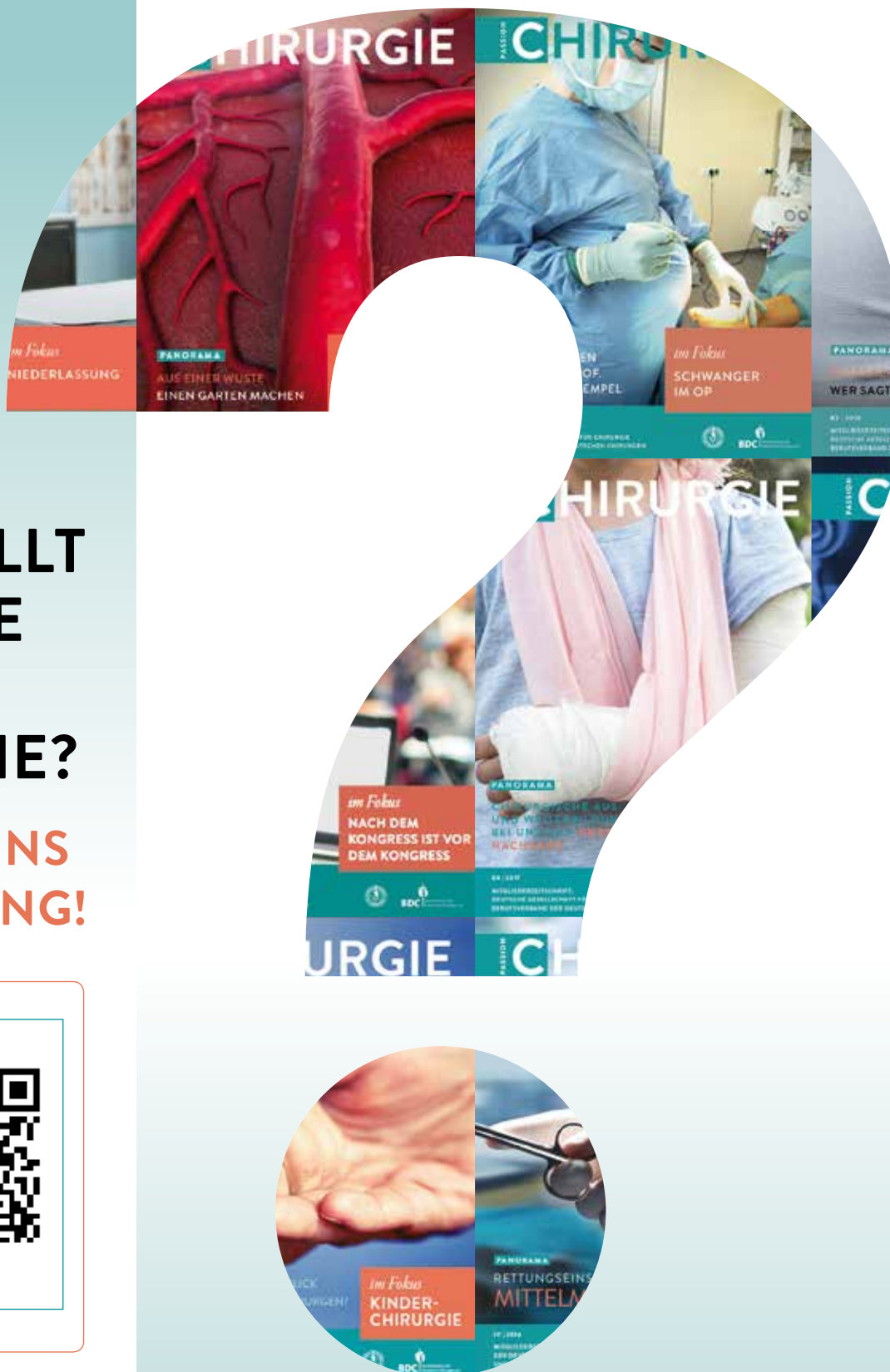
WIE GEFÄLLT IHNEN DIE PASSION CHIRURGIE?

SAGEN SIE UNS IHRE MEINUNG!

zur
Umfrage



LINK:
<https://www.surveymonkey.de/r/PassionChirurgie>





Arthrodesen in der Hand – Neue Therapieverfahren

In der Handchirurgie wurden in den letzten Jahren verschiedene neue Arthrodeseverfahren der Hand etabliert. In dem Artikel werden die neuen Arthrodeseverfahren vorgestellt und ihre Vor- und Nachteile beleuchtet.



Korrespondierender Autor:

Dr. med. Karsten Becker

Peinerstr. 2

30519 Hannover

info@handchirurgie-peinerstr.de

Dr. Harald Königsberger, Rottweil

Dr. Tobias Senn, Bad-Salzuflen

Dr. Michael Wittemann, Frankenthal

Die Panarthrodese des Handgelenkes war lange Zeit das letzte Mittel, ein schmerzhaftes Handgelenk zu behandeln und wurde als ein Versagen sämtlicher anderer Therapiemaßnahmen angesehen.

Durch Einführung neuerer Teilarthrosen des Handgelenkes sind hier nun Möglichkeiten geschaffen worden, mit einer Versteifung einzelner Handwurzelknochen eine Vollversteifung des Handgelenks zu vermeiden und eine Restbewegung zu erhalten.

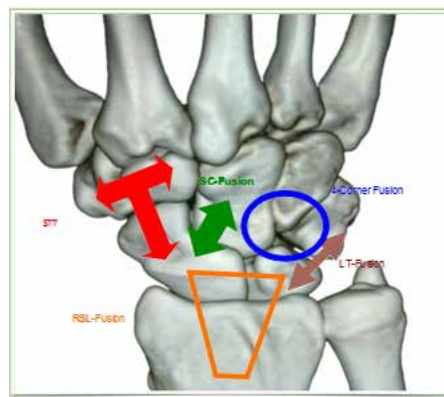


Abb. 1: Arten der Teilarthrodese.

Als Grundvoraussetzung für die Durchführung einer Teilarthrodese ist der intakte Knorpel der noch bestehenden Restgelenke. Das heißt, es sollten nach Möglichkeit nur die verschlissenen Knorpelanteile versteift werden, um im Bereich der verbliebenen Gelenke eine Teilbeweglichkeit zu erhalten. Dieses ist das Grundprinzip der Teilarthrosen.

Eine der ersten Teilarthrosen war die **mediokarpale Teilarthrodese**, wie von Watson 1981 beschrieben. Hierbei handelte es sich um die Fusion des Capitatus, Hamatus, Triquetrum und Lunatum, das Kahnbein muss entfernt werden.

Eine ebenfalls schon lange bestehende Methode ist die **STT-Arthrodese**. Diese wird verwendet um z. B. bei einem schleichenden Mondbeintod durch eine Versteifung des STT-Gelenks den Erhalt der karpalen Höhe zu erreichen, und ein Zusammensinken des gesamten Carpus zu vermeiden.

Nachteil dieser Methode ist jedoch die Entstehung einer Transferarthrose, d. h. eine Arthrose, die sich dann aufgrund der veränderten Kinematik auf das radioscaphoidale Gelenk erstreckt.

Ein großes Problem stellten lange Zeit die Arthrosen des radiocarpalen Gelenkspaltes z. B. nach Radiusfrakturen dar. Die **RSL-Fusion** bietet hier einen Ausweg. Dabei werden das Kahnbein, das Mondbein und der Radius verblockt und es verbleibt eine Restbeweglichkeit im mediokarpalen Gelenkspalt. Der distale Kahnbeinpol sollte reseziert werden um das Bewegungsausmaß zu erweitern.

Bei der rheumatischen Erkrankung mit Ulnarhift des gesamten Handgelenkes kommt seit Jahren die **RL-Fusion** zum Tragen. Hierbei wird das Mondbein in seine ursprüngliche Lage zurücktransponiert und dann mit Schrauben oder Drähten gehalten, um so eine Fusion zu erzielen. Diese Methode kann die fortschreitende Arthrose des Handgelenkes durchaus herauszögern. Speziell bei der RL-Fusion sollte jedoch dieser Eingriff frühzeitig erwogen werden, da bei einem zu starken Ulnarhift die Handwurzel schon so stark verblockt sein kann, dass eine Reposition kaum noch möglich ist.

Wesentlich seltenere Arthrosen im Bereich des Handgelenkes sind die **ST- und die LT-Fusionen** mit häufigen Pseudarthrosen und die **CMC-Fusionen**. Insgesamt ist bei den gesamten Fusionen des Carpus zu berücksichtigen, dass ein Aufrichten des Carpus oftmals nur sehr schwer möglich ist.

Über die Erhaltung der **karpalen Höhe** wird kontrovers diskutiert. Hier wird auf der einen Seite die Verwendung von kortikospongiosen Spänen zum Erhalt der karpalen Höhe beschrieben. Auf der anderen Seite verzichtet man in den letzten Jahren immer häufiger auf die Wiederherstellung der karpalen Höhe, um somit Beckenkammspäne zu vermeiden. Als Begründung für die Nichtbeachtung der karpalen Höhe wird hier immer die proximale Row-Carpektomie angegeben. Eine Methode, bei der die gesamte proximale

Becker K, Königsberger H, Senn T, Wittemann M: Arthrosen in der Hand – Neue Therapieverfahren. Passion Chirurgie. 2019 Mai, 9(05): Artikel 03_01.



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

karpale Reihe reseziert wird. Hierbei wird die karpale Höhe massiv verringert, ohne eine wesentliche Einschränkung der Funktion zu verursachen.

Speziell durch **neue Implantate** wurden die Möglichkeiten der Teilarthrosen erweitert. Trotzdem sind die Voraussetzungen für die Arthrosen zu beachten. Ausreichende Knochensubstanz und eine stabile Osteosynthese muss für die frühfunktionelle Nachbehandlung vorhanden sein. Bei den speziellen Platten ist insbesondere hier die Ringplatte bei der mediokarpalen Arthrodese zu erwähnen, wie sie von verschiedenen Herstellern angeboten werden

Wichtig ist natürlich auch das **Belastungsprofil des Patienten**. Zum Beispiel sollten schwer arbeitende Patienten, die sehr viel Kraft benötigen, unter Umständen eine andere Therapie erhalten als Patienten, die diese speziellen Ansprüche nicht benötigen. Natürlich muss auch die individuelle Anatomie beachtet werden.

Kontrakturen, z. B. bei fixierter DISI- oder PISI-Stellung und Bandinstabilitäten im Bereich der sich noch bewegenden Gelenkflächen, schließen viele Arthrosen aus. Zum Ausschluss von Knorpeldefekten empfiehlt

sich vor Arthrosen die Durchführung einer Handgelenkarthroskopie.

INDIKATION

Die Indikation zur **mediokarpalen Teilarthrodese** sind die Gefügestörung mit Knorpelschäden als Folge einer SL-Bandinstabilität, die komplexen Instabilitäten der proximalen Reihe mit lunotriquetraler Instabilität, die alte, nicht rekonstruierbare Kahnbeinpsedarthrose sowie auch eine isolierte mediokarpale Arthrose, die jedoch relativ selten vorkommt. Die Vorteile der mediokarpalen Teilarthrodese sind eine Belastbarkeit und Kraftübertragung mit Erhalt von bis zu 50 % der Handgelenksbeweglichkeit. Notwendig ist jedoch die gut erhaltene Fossa lunata radii und die proximale Lunatumgelenkfläche. Unter diesen Voraussetzungen ist die mediokarpale Teilarthrodese eine zuverlässige Methode mit einem sehr hohen Durchbauungsgrad.

Natürlich müssen die Implantationstechniken, speziell der Ringplatte, beachtet werden, damit diese nicht dorsal anschlagen kann.

Bei der **radioscapholunären Teilarthrodese (RSL-Fusion)** gab es in den letzten Jahren eine deutliche Verbesserung der Technik durch spezielle winkelstabile angepasste Platten,

die eine frühsekundäre oder primäre Versorgung von extremen Trümmerfrakturen der Radiusgelenkfläche möglich machten, weiterhin ist diese bei einer nach operativer komplexer Radiusfraktur indiziert.

Auch bei sekundären Arthrosen nach Dysplasien kommt diese Arthrodese zum Tragen, ebenfalls bei der rheumatischen Handgelenksdeformation mit erhaltener mediokarpaler Gelenklinie. Die Vorteile sind eine gute Belastbarkeit, eine hohe Kraftübertragung mit Erhalt von etwa 50 Prozent der Handgelenksbeweglichkeit und eine frühere Mobilisation.

Die **radiolunäre Arthrodese** ist eine spezielle Indikation bei Rheumapatienten zur Stabilisierung des Handgelenkes und Vermeidung der ulnaren Translation und der mediokarpalen Instabilität. Sie ist technisch deutlich schwieriger und erfordert eine gut erhaltene Knochensubstanz. Bei den Arthrosen des distalen Radioulnargelenkes ist die Technik nach Kapandji immer noch eine häufig angewandte Methode. Bei dieser wird das distale Radioulnargelenk versteift und über eine sehr weit distal, direkt unterhalb des Ulnakopfes durchgeführte Osteotomie das Drehgelenk proximalisiert. Die Durchbauungsrate ist hier als sehr gut anzusehen.

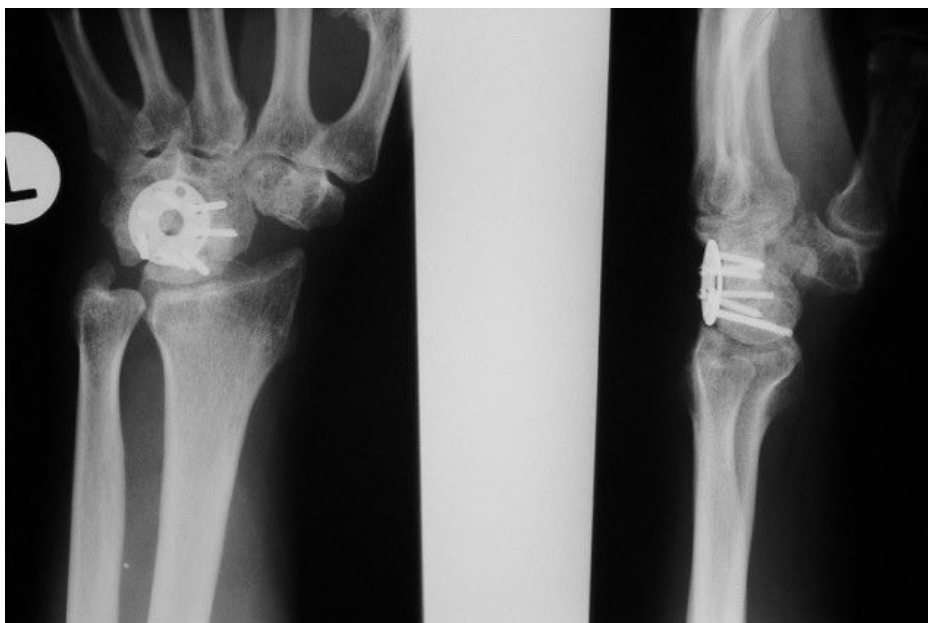


Abb. 2: Mediokarpale Arthrodese mit dorsal aufragender Platte



Abb. 3: RSL-Fusion

Die Indikation für eine Arthrodese des DRUG sind posttraumatische Instabilitäten oder schmerzhafte Arthrosen, aber auch Bewegungseinschränkungen bei der Umdrehbewegung, z. B. nach Radiusfrakturen. Hier müssen die Alternativen erwähnt werden: die Arthroplastik nach Bowers und die Ulnakopfprothese. Die vorbeschriebenen Arthrodestechniken sind die sicherlich am

häufigsten durchgeführten mit den besten Erfolgen. Bei Versagen dieser Methoden bleibt mit der Handgelenksarthrodese, ein durchaus probates Mittel als Rückzugsmöglichkeit. Auch hier wurde durch neue Implantate eine deutliche Verbesserung erzielt. Die Überbrückung der karpometakarpalen Gelenke wird heutzutage durch eine Spezialplatte, die lediglich den Carpus und den

Radius verblockt, vermieden. Diese Plattenform verhindert das Auftragen der Platten im Mittelhandbereich.

Die **Panarthrodese** zeigt gute Ergebnisse bei hoher Zufriedenheit der Patienten und eine signifikante Schmerzreduktion. Trotzdem sind Restschmerzen, insbesondere bei multiplen Eingriffen, durchaus nicht selten.



Abb. 4: RL Fusion

Als Alternative zur Arthrodese des Handgelenkes muss die **Handgelenksendoprothese** erwähnt werden, wobei diese mit ihren Lockerungen und Implantatproblemen zurzeit noch kein Verfahren zur flächendeckenden Behandlung der Handgelenksarthrose ist.

Insgesamt sollte man sich aber an die Aussage von Lennart Mannerfelt, einem der Pioniere der Rheumachirurgie halten: „*Eigentlich hat man am Handgelenk nur einen Schuss frei, und der muss sitzen.*“

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass die neueren Teilarthrosen sicherlich eine Bereicherung des Spektrums bei der Handgelenksarthrose bieten, wobei man die Indikation differenziert stellen und den persönlichen Bedürfnissen des Patienten genauso Rechnung tragen sollte, wie der Weichteil- und Knochensituation.

**„EIGENTLICH HAT MAN
AM HANDGELENK NUR
EINEN SCHUSS FREI,
UND DER MUSS SITZEN.“**

HEBERDEN- UND BOUCHARDARTHROSEN

Bei den Mittel- und Endgelenksarthrosen hat sich ebenfalls ein deutlicher Wandel in der Behandlung ergeben. Die **Heberden-Arthrose** als schmerzhafte Arthrose des Fingerendgelenks belastet den Patienten häufig mit Schmerzen bei der Bewegung, Bewegungseinschränkung und Kraftminderung. Es kommt dadurch zu einer Störung der Handfunktion.



Abb. 5: Arthrodese HG nach Kahnbeinpseudarthrose



Abb. 6: Schmerzhafte Arthrose DIP2

Wenn sämtliche konservativen Therapiemöglichkeiten versagen, sind operative Verfahren durchaus indiziert.

Die Exostosenabtragung bringt ebenso wie die Denervation des Endgelenkes nur teilweise zufriedenstellende Ergebnisse, sodass häufig die Indikation zur Arthrodese des Endgelenkes gestellt wird.

Etabliert sind, sind z. B. die Kirschnerdraht-Osteosynthese, oftmals mit einer Cerclage verbunden. Neuere Methoden sind z. B. die X-Fuse oder die hier vorgestellte minimalinvasive Arthrodese. Die Nachteile der **Kirschnerdraht- und Cerclage-Arthrodese** sind die technisch anspruchsvolle Methode, die häufig lange Zeitdauer bis zur Konsolidierung und die Hautirritation mit häufiger Metallentfernung.

Nachteile der **X-Fuse** sind eine nicht zu korrigierende Rotationsfehlstellung, eine technisch anspruchsvolle Implantation und die nahezu unmögliche Metallentfernung. Ebenfalls erwähnenswert ist, dass es sich bei den genannten Methoden um offene Verfahren handelt und beide Methoden mit einem hohen Preis vergesellschaftet sind. Bei der Kirschnerdraht-Arthrodese ist die notwendige Materialentfernung, bei der X-Fuse der hohe Preis des Implantates.

Dem gegenüberzustellen ist nun eine Methode, bei der, bei a-reaktiven **PIP-Arthrose** minimalinvasiv eine Herbert-Schraube eingebracht werden kann. Bei großen Knochenanbauten ist dieses auch als offenes Verfahren möglich. Mit einer Mini Herbert-Schraube kann über einen Kirschnerdraht von der Fingerkuppe durch eine Stichinzision eine kanülierte Schraube



Abb. 7: Arthrodese DIP in Streckstellung und Beugestellung mit Mini-Herbert-Schraube

eingebracht werden. Voraussetzung ist jedoch das Vorbohren, da auf diese Art Knochenmehl in den Spalt eingebracht werden kann.

Die Indikation zur minimalinvasiven Arthrodese ist die symptomatische Heberden-Arthrose ohne wesentliche Achsabweichung

bzw. mit Redressierbarkeit des Endgliedes und keinen oder nur geringen Heberden-Knoten.

Unter diesen Voraussetzungen kann mit einem relativ geringen Aufwand eine frühmobilisierbare Arthrorese mit früher Benutzbarkeit der Hand durchgeführt werden, die mit einem sehr hohen Durchbauungsgrad und einem Preis daher kommt, der weniger als die Hälfte der anderen Implantate mit Folgeeingriffen beträgt.

Die minimalinvasive Methode ist eine Arthrorese in Streckstellung des Endgelenkes. Sollte eine Arthrorese in Beugestellung gewünscht sein, wäre ein Einbringen der Schraube von proximal nötig. Das Einbringen der Schraube ist aber durchaus auch beim offenen Verfahren möglich, z. B. wenn Heberden-Knoten vorhanden sind.

Der Vorteil dieser Methode ist das vollständige Versenken des Implantates ohne Weichteilirritationen und die durch die Schraube bedingte Kompression des Arthrodesen-Spalt. Das tiefe Versenken des Schraubenkopfes im Knochen ist auch Voraussetzung für die Schmerzfremheit der Fingerkuppe.

Bei den PIP-Arthrosen ist, sofern die Implantation einer Mittelgelenksprothese nicht erwünscht ist, auch hier eine perkutane Einbringung einer Kompressionsschraube möglich und aufgrund des geringeren Weichteiltraumas der Versteifung mittels Platten vorzuziehen. Insgesamt stellen die minimalinvasiven Methoden der Fingergelenksarthrorese einen wesentlichen Bereicherung des Spektrums dar, die nicht nur wirtschaftlich, sondern auch für den Patientenkomfort entscheidende Vorteile bringen.

Unter diesen Gesichtspunkten sehen die Autoren kaum noch eine Indikation für die konventionellen Arthrodesen mit Cerclage oder Platte und haben diese nun vollständig zugunsten der Kompressionsschraube verlassen. ○



Abb. 8: PIP-Arthrorese mit Herbertschrabe

**60
CME-
Punkte!**

Hygiene- beauftragter Arzt (HBA)

[illegible]

Die BDC|Akademie und meduplus haben gemeinsam mit renommierten Krankenhaushygienikern ein kompaktes Angebot zur zertifizierten Qualifikation „Hygienebeauftragter Arzt“ entwickelt. Mithilfe der Erfahrungen aus der erfolgreichen einjährigen Einführungsphase konnte der Blended-Learning-Kurs nun weiterentwickelt und optimiert werden.

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

Dieses Konzept kommt dem engen Zeitbudget von Ärztinnen und Ärzten entgegen und lässt sich nahtlos in den Klinik- und Praxisalltag integrieren.



IM FOKUS

”

Niederlassung





Dr. Bernhard Gibis, MPH
 Dezernat 4, Verträge und
 Ordnungsmanagement
 Kassenärztliche Bundesvereinigung
 (KBV)
 BGibis@kbv.de

Gibis B: Intersektorale Versorgung – eine Einbahnstraße? *Passion Chirurgie*. 2019 Mai, 9(05): Artikel 03_02.



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

Intersektorale Versorgung – eine Einbahnstraße?

Bedingt durch technischen Fortschritt und demografische Entwicklung verlagert sich Leistungsgeschehen immer mehr in die ambulante Versorgung. Komplexe Prozeduren, die ehemals ausschließlich vollstationär erbracht werden konnten, sind Eingriffe mit allenfalls kurzzeitigen stationären Aufenthalt geworden, sofern sie nicht gänzlich ambulant erbringbar sind. Aus Sicht des Gesetzgebers, aber auch der Fachöffentlichkeit und insbesondere der Krankenhäuser, wird die Ambulantisierung zum Anlass genommen, unter dem Oberbegriff „Intersektorale Versorgung“ echte und vermeintliche Sektorengrenzen einzureißen. Dieses Einreißen von Sektorengrenzen wird jedoch nur als Einbahnstraße verstanden: Der Gesetzgeber hat in den letzten Jahren über 20 Öffnungsmöglichkeiten der Kliniken für die ambulante Versorgung geschaffen. So können beispielsweise Kliniken, die an der Versorgung nach § 108 SGB V teilnehmen, vollumfänglich an der vertragsärztlichen Versorgung durch MVZ-Gründung teilnehmen. In geöffneten Gebieten oder solchen mit Unterversorgung ist dies durch Antragsstellung beim Zulassungsausschuss jederzeit möglich. Gleichzeitig ist allerdings festzustellen, dass Kliniken in unterversorgten Bezirken im Bereich der Grundversorgung wenig Neigung zeigen, dort ein MVZ zu gründen. Grundsätzliche Strukturprobleme bleiben dabei jedoch bestehen, allen voran das Kostenproblem für Krankenhäuser, ambulante Leistungen zu erbringen sowie die Schwerfälligkeit von Großbetrieben wie Krankenhäusern im kürzer getakteten, ambulanten Versorgungsbereich.

Die Verbindung vom ambulanten und stationären Sektor über Vertragsärzte wiederum tritt seit Jahren (Jahrzehnten) auf der Stelle. Die belegärztliche Versorgung erreicht jährlich einen neuen Tiefstand im Hinblick auf die Anzahl von belegärztlichen Einrichtungen insgesamt, als auch von Belegärzten als

Leistungserbringer. Die im Grunde richtige Idee der Praxiskliniken, ergänzend zu Kliniken stationäre Leistungen für Kurzliegerpatienten auch durch Vertragsärzte anzubieten, wurde nie von den Vertragspartnern akzeptiert und kommt durch eine fehlerhafte Rahmenanlage nicht vom Fleck. Hierzu gehört insbesondere die Verhandlung eines Leistungskataloges durch den Bundesverband der Praxiskliniken mit dem GKV-Spitzenverband, was dieser rundweg ablehnt, genauso wie das Vorgehen der Landesebene, wonach Praxiskliniken zunächst eine Genehmigung des Landes als Klinik brauchen, um dann, im Krankenhausplan aufgeführt, Verträge mit Kassen als Praxisklinik schließen zu können.

Die Öffnung der Kliniken für Vertragsärzte durch 140-er-Verträge hat nicht wirklich stattgefunden, während prä- und poststationäre Leistungen, durch das Krankenhaus vergütet und durch Vertragsärzte erbracht, nie Versorgungsrealität geworden sind. Von unklarem Status ist der Honorararzt (analog Konsiliararzt), zum einen aufgrund einer intransparenten Datenlage, zum anderen aufgrund der Strafgesetzbuch § 299 StGB. Gleichwohl kann davon ausgegangen werden, dass vertragsärztliche Tätigkeit in und für Kliniken in erheblichem Umfang auf diesem Wege geleistet wird.

TREND ZU GRÖßEREN PRAXISSTRUKTUREN, INSBESONDERE IN DER CHIRURGIE

Orthopäden und Chirurgen (Fachgruppenabgrenzung entsprechend der Zuordnung in der Bedarfsplanung am 31.12.2018), zwischenzeitlich analog der (M)WBO als eine Bedarfsplanungsgruppe in der vertragsärztlichen Bedarfsplanung zusammengefasst, haben sich in den letzten Jahren unterschiedlich entwickelt. Während die Zahl der Orthopäden auf 7.265 im Jahre 2017 angestiegen ist, ist ein leichter Rückgang bei den Chirurgen

auf 6.114 (beide Zählung nach Köpfen) zu verzeichnen. Der Rückgang der Chirurgen ist z. T. durch Nachbesetzung frei werdender Sitze durch Orthopäden und Unfallchirurgen zu begründen. Bei beiden Gruppen besteht seit einigen Jahren ein Trend zur Teilzulassung bzw. -genehmigung, der bei Betrachtung der Gruppen nach Bedarfsplanungsgewichten zu einem Rückgang an tatsächlicher Arztzeit führt. So ging beispielsweise bei den Orthopäden die Anzahl von Vollzulassungen im Jahre 2008 von 87 % auf 66 % im Jahre 2017 zurück. Verstärkt wird dieser Trend durch Anstellungen, die ebenfalls zu einem Rückgang an zur Verfügung gestellter Arztzeit beitragen. Besonderheit der Fachgruppe der Chirurgen ist der hohe Anteil ermächtigter Ärzte (25 %), während Orthopäden weiterhin zu knapp 70 % mit eigener Zulassung und in eigener Praxis an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen und der Anteil der ermächtigten Krankenhausärzte deutlich kleiner ist.

Während die Orthopädie von zahlreichen konservativ ausgerichteten Praxen geprägt wird, ist die Chirurgie „operativer“ ausgerichtet, was sich auch in den sich wandelnden Praxisstrukturen widerspiegelt. Einzel- und Gemeinschaftspraxen gehen anteilig zurück, während die Beschäftigungszahlen in MVZ und in Anstellung beständig in den letzten Jahren steigen. Bedingt durch die Abteilungsstruktur der Krankenhäuser stellen Chirurgen nach den Internisten die zweitgrößte Fachgruppe, die in Krankenhauseigenen MVZ tätig werden. Über zwei Drittel aller MVZ, in denen Chirurgen tätig sind, befinden sich in der Trägerschaft von Krankenhäusern (384 von 558 MVZ im Jahre 2017), ähnliches gilt für die Orthopäden. Auch hier werden knapp zwei Drittel aller MVZ, in denen Orthopäden tätig sind, durch Krankenhäuser getragen. Für Krankenhäuser ist die Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung durch MVZ-Gründung ein etabliertes Vorgehen geworden, was einer umfänglichen Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante Versorgung entspricht.

INTERSEKTORALE VERSORGUNG ALS EINBAHNSTRASSE?

Diese umfängliche Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante Versorgung hat

keine Entsprechung in anderer Richtung. Eine intersektorale Versorgung „at its best“ ist die belegärztliche Versorgung, die Sektorengrenzen insofern nicht kennt, als dass behandelnde Belegärzte ihre Patienten nicht nur operieren, sondern vor- und nachbehandeln und Schnittstellenprobleme ambulant/stationär so gut wie nicht auftreten. Dennoch wird diese Form der Versorgung aus vielerlei Gründen immer unattraktiver: Hohe zeitliche Belastung (z. B. Rufdienst für die eigenen Patienten, Bereitschaftsdienst der KV), landestypische Unterschiede der Berücksichtigung im Krankenhausplan, erhebliche Vergütungsabschläge für die B-DRG sowie schleppender Innovationszutritt für ärztliche Leistungen durch den Verbotsvorbehalt des EBM sind nur eine Auswahl von Gründen, die im Unterschied zu den Orthopäden zu ständigen Rückgängen der belegärztlichen Versorgung in der Chirurgie führen (20 % weniger chirurgische Belegärzte 2008 bis 2017).

Ähnliches gilt für die praxisklinische Versorgung, für die wesentliche Rahmenbedingungen nach wie vor nicht geschaffen wurden, um diese Form der intersektoralen Diagnostik und Therapie aus einer Hand zu einem tatsächlichen Zukunftsmodell für die Gesetzliche Krankenversicherung zu machen. Die Vereinbarung eines Leistungskatalogs für die praxisklinische Versorgung nach § 122 SGB V wurde seitens der Krankenkassen trotz Vorstößen des Praxisklinikverbands nie in Angriff genommen. Verträge auf Landesebene nach § 115 Abs. 2 SGB V scheitern oft daran, dass die Aufnahme der Praxiskliniken in den Krankenhausplan i. d. R. nicht vorgesehen ist. Dies ist wiederum Voraussetzung nach gegenwärtiger Rechtslage, Verträge mit Kassen abschließen zu können. Die fehlende Rahmensetzung auf Bundesebene als auch die widrigen Rahmenbedingungen auf Landesebene haben dieses intersektorale, vertragsärztliche Modell bislang bis auf wenige Ausnahmen nicht entstehen lassen.

Die Gründe hierfür sind vielfältig – gemeinsam scheint für beide Bereiche der derzeitige „Skalierungstrend“ zu sein. Größere Einheiten mit umfassendem Versorgungsangebot werden seitens der Krankenversicherung, aber auch des Gesetzgebers per se

als wirtschaftlicher und qualitätsorientierter angesehen als kleine Einheiten. Deutschland hat im internationalen Vergleich eine ungewöhnlich hohe Klinikdichte, deren Reduktion erklärtes Ziel ist. Die praxisklinische bzw. belegärztliche Versorgung hingegen repräsentiert kleinere Strukturen, die dem allgemeinen Trend, Krankenhausstrukturen zu konzentrieren und die Anzahl von Kliniken zu reduzieren, entgegenstehen können. Praxisklinik und Belegabteilung werden damit Teil eines Bereinigungsprozesses, der eigentlich auf kleine Hauptabteilungen abzielt. Im Gegenteil wird offensichtlich befürchtet, dass mit der Förderung der belegärztlichen und praxisklinischen Versorgung die Anzahl kleiner, unübersichtlicher Einheiten weiter zunimmt. Hinzu kommt, dass die Intersektoralität der beiden Versorgungsformen zu Zuordnungsproblemen der Themen sowohl in der Ministerialbürokratie als auch bei der Krankenversicherung führt.

MÖGLICHE AUSWEGE

Drängendes Thema für die belegärztliche Versorgung ist die Aufnahme neuer Leistungen in den Anhang 2 des EBM, was derzeit in Angriff genommen wird. Der Innovationsrückstau führt dazu, dass zeitgemäße Leistungen derzeit nicht erfasst sind und damit nicht erbracht und abgerechnet werden können. Weiterhin ist darauf zu drängen, dass die Kalkulationsgrundlagen der B-DRG transparent gemacht und insofern angepasst werden, dass es für Krankenhäuser attraktiver wird, belegärztliche Versorgung anzubieten. Weitere Hinderungsgründe entstehen derzeit durch die Beschlussgebung des GBAs zu den Notfallstufen, die Voraussetzung für die Teilnahme der Kliniken an der Notfallversorgung ist. Der Beschluss sieht vor, dass für den Nachweis einer Fachabteilung die erforderliche Mindestanzahl von Ärzten ausschließlich angestellte oder beamtete Ärztinnen und Ärzte, nicht aber Belegärzte angerechnet werden. Dies führt zu einem weiteren Umwandlungsdruck auf Belegabteilungen. Aus Sicht der Krankenhausleitung ist die Umwandlung in eine Hauptabteilung unter Leitung eines Vertragsarztes als Honorararzt oder in Anstellung wirtschaftlicher, da andernfalls Vergütungsabschläge anfallen. Auf

dieses Problem wurde wiederholt hingewiesen, eine Stimmberechtigung der Vertragsärzte im Gemeinsamen Bundesausschuss ist bei diesem „Krankenhausthema“ jedoch (noch) nicht vorgesehen. Grund dafür ist die Beschränkung der Beschlussauswirkungen auf das stationäre Vergütungssystem mit entsprechenden DRG Zu- und Abschlägen. Strukturfolgen, auch auf die vertragsärztliche Versorgung wie am Beispiel der Belegärzte gezeigt, reichen offensichtlich nicht aus, eine Stimmberechtigung der KBV in diesen Fragen begründen zu können. Unbenommen der zuvor beschriebenen Maßnahmen zum Erhalt der belegärztlichen Versorgung im Bestand ist zu prüfen, inwieweit die Diskussionen um den Hybridsektor auch für die belegärztliche Versorgung eine Überführung in dauerhafte, zukunftsfähigere Strukturen ermöglichen kann.

Während die belegärztliche Versorgung eine etablierte Form der Leistungserbringung darstellt und regional unterschiedlich hohe Versorgungsanteile erreicht, steht der „Startschuss“ für die praxisklinische Versorgung weiterhin aus. Es ist nicht nachvollziehbar, warum diese moderne, sektorenübergreifende Form der Patientenversorgung gerade in der Diskussion um Vernetzung von ambulantem und stationärem Sektor im aktuellen Diskurs nicht vorkommt. Gerade die Überführung unwirtschaftlicher Krankenhausabteilungen in „ambulante werdende“ Strukturen unter Erhalt des Standorts können sowohl durch Praxiskliniken als auch durch Belegabteilungen eine Transformation von Standorten in „ambulante“ Strukturen bewirken. Die KBV hat hierzu ein **Gutachten der Universität Bayreuth** erstellen lassen, das bis hin zu einem Business-Plan die Umwandlung kleiner stationäre Einheiten konzipiert. Die dauerhafte Finanzierung solcher Modelle über § 140a SGB V stellt keine gute Lösung dar (u. a. kein kassenartenübergreifender Bezug, Langfristigkeit i. d. R. nicht gegeben, höhere Transaktionskosten), besser geeignet sind etablierte Versorgungsformen, wie sie schon länger angelegt sind und endlich wieder gefördert bzw. endlich mit Leben gefüllt werden müssen.

§ 115B SGB V, § 115D SGB V, § 116B SGB V UND NUN DER HYBRIDSEKTOR?

Die Verlagerung ehemals stationärer Leistungen in die ambulante Versorgung ist ein seit Jahren etablierter Trend und hat zu zahlreichen Gesetzesregelungen geführt, die Krankenhäusern die Erbringung spezialisierter Leistungen im ambulanten Setting ermöglicht. Während zunächst beim ambulanten Operieren von „stationärsersetzenden“ Leistungen gesprochen wurde, ist das „Hometre-atment“ in der Psychiatrie neu hinzugetreten, das einer „stationsäquivalenten“ Leistung, erbracht in der Häuslichkeit der Patienten, entsprechen soll. Im Grunde handelt es sich um ambulante Versorgung durch Klinikpersonal, ein Konzept, das grundsätzlich auf andere komplexe Fallkonstellationen übertragbar scheint.

Allen diesen Versorgungsformen ist gemeinsam, dass für abgrenzbare Patientengruppen komplexe Teamleistungen durch Ärzte, Pflegekräfte und andere Gesundheitsberufe arbeitsteilig erbracht werden, die früher häufig vollstationären Leistungen entsprachen. Unter dem Begriff „Hybrid-Sektor“ werden derzeit i. d. R. all diejenigen Leistungen verstanden, die sowohl vom stationären als auch vom ambulanten Sektor bei gleicher Vergütung und gleichen Qualifikationsanforderungen erbracht werden können. Die Definition der Patientengruppe erfolgt über ICD mit ergänzender Schweregrad-Differenzierung und ist im Grunde nicht so sehr verschieden von der Grundidee der ASV oder noch früher der Idee des Ambulanten Operierens. Der Entwicklung dieses Sektors sowie eines dazugehörigen Leistungskatalogs mit der Frage, ob sich dieser ausschließlich auf die ambulante Versorgung oder auch stationäre Anteile umfasst (Übernachtungsleistungen), kommt derzeit deshalb einige Bedeutung zu. Sofern Übernachtungsleistungen Bestandteil des Hybridsektors werden, eröffnen sich damit auch Möglichkeiten für die Überführung bzw. Wiederbelebung der beiden sektorenübergreifenden vertragsärztlichen Versorgungsformen. Der derzeit breit diskutierte „Hybrid-Sektor“ ist auch Gegenstand einer Bund-Länder-Arbeitsgruppe, die die Koalitionäre vereinbart haben. Ein weiterer

ausschließlich ambulant ausgerichteter Sektor wird der Idee der sektorenübergreifenden Versorgung nicht gerecht, sondern stellt nur eine weitere einseitige Krankenhausöffnung dar. Die Erweiterung um sog. Kurzliegerfälle kommt einer echten, nahtlosen Vernetzung beider Sektoren schon näher und sollte deshalb Berücksichtigung in den derzeitigen Überlegungen finden.

AUSBLICK

Wie in kaum einem anderen Fachgebiet findet in den Fachgebieten der Orthopädie und Chirurgie intersektorale Vernetzung nicht nur auf kollegialer, sondern auch auf struktureller Ebene statt. Die Öffnung der Kliniken für die ambulante Versorgung hat gerade in diesen Fachgebieten mit den größten Umfang eingenommen, da insbesondere die Chirurgie ein Kerngebiet der Krankenhausversorgung darstellt. Der Anteil der ermächtigten Krankenhausärzte an der vertragsärztlichen chirurgischen Versorgung wiederum beträgt 25 %. Die Verzahnung beider Sektoren über die Tätigkeit von Vertragsärzten in der Krankenhausversorgung wurde hingegen seit Jahren zurückgefahren (Belegärzte) bzw. nie wirklich in Angriff genommen (Praxiskliniken). Durch Änderungen im Krankenhausentgeltgesetz sowie durch das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz wurden vielmehr Möglichkeiten geschaffen, wie Vertragsärzte als Honorärärzte oder als Angestellte des Krankenhauses die Hauptabteilungsstruktur personell stützen. Beides hat neben anderen Gründen zu einem signifikanten Rückgang insbesondere der exemplarisch sektorenübergreifenden belegärztlichen Versorgung geführt und zur Intransparenz des Versorgungsgeschehens beigetragen.

Neben den beschriebenen Maßnahmen zur Weiterentwicklung der belegärztlichen und dem Versuch, die praxisklinische Versorgung in Gang zu bringen, sollte der Ausrichtung der sog. Hybridversorgung einige Aufmerksamkeit entgegengebracht werden. Von Bedeutung scheint hier zu sein, dass dieser Sektor nicht ein neuer Versuch der Öffnung von Kliniken für komplexe ambulante Leistungen wird, sondern auch Vertragsärzten die Erbringung von Übernachtungsleistungen

ermöglicht. Gleiche, qualitätsorientierte Zugangsvoraussetzungen für vertragsärztliche und stationäre Einheiten sind dabei genauso essenzielle Rahmenbedingungen wie die Vergleichbarkeit der Vergütung für erbrachte Leistungen.

Die Weiterentwicklung vertragsärztlicher Tätigkeit in Kliniken auf dem Boden eines

entsprechend kalkulierbaren und sicheren Fundaments ist dabei nicht nur ein Beitrag zur nachhaltigen Sicherung der Versorgungslandschaft für unsere Patienten, sondern trägt auch zur Attraktivität der Berufsausübung in Selbstständigkeit insbesondere für künftige Arztgenerationen bei. Es scheint an der Zeit, dass der Terminus „sektorenübergreifend“ sich löst von der bisherigen Vorgehensweise

der ausschließlichen Krankenhausöffnung für ambulante Leistungen hin zu einer echten Durchlässigkeit des Systems durch Schaffung eines Leistungssektors, in dem Vertragsärzte und Krankenhäuser Leistungen auch mit Kurzaufenthalten im Sinne einer erweiterten ambulanten Versorgung (EAV) erbringen können.



eAKADEMIE

Wissen Bit für Bit

WEBINARE

MEDIATHEK

eCME-
CENTER

MEDIATHEK



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

Von Chirurgen für Chirurgen –

praxisnäher lässt sich Fortbildung nicht darstellen.

Es können auch eigene Fortbildungsfilme eingereicht werden!

www.mediathek-dgch.de

mediathek
DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR CHIRURGIE
ÖSTERREICHISCHE GESELLSCHAFT FÜR CHIRURGIE

Bundeskongress Chirurgie: Update Niederlassung

BUNDES-
KONGRESS
IN ZAHLEN



Julia Weilbach

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

„Ich freue mich, dass wir es geschafft haben, insgesamt 17 Verbände beim Bundeskongress hier in Nürnberg begrüßen zu dürfen“, eröffnete der Kongressleiter Dr. med. Michael Bartsch die Veranstaltung. „Auch dass die Studierenden und junge Ärzte eine eigene Sitzung haben, freut mich sehr.“ Der BDC ist schon seit einigen Jahren fester Bestandteil des Bundeskongresses und machte auch in diesem Jahr gemeinsam mit anderen Verbänden eine Bestandsaufnahme aktueller Rahmenbedingungen. Das zentrale Thema war – neben Sektorengrenzen, Finanzierung und Selbstverwaltung – der Nachwuchsmangel. An beiden Kongresstagen diskutierte der Berufsverband in gemeinsamen Sitzungen mit Studierendenvertretern und dem Bündnis Junge Ärzte über Lösungsansätze. „2025 werden wahrscheinlich 10.000 Chirurginen und Chirurgen fehlen. Wir können es uns einfach nicht leisten, Studierende im PJ zu verprellen“, so Prof. Dr. med. h.c. Hans-Joachim Meyer beim Kongress. „Wir wissen genau, dass das PJ ein wichtiges Entscheidungsmoment ist, in die Chirurgie zu gehen oder nicht.“

Nachwuchsprobleme in der Chirurgie gehen einher mit den Fragen zur Zukunft des Faches. Gesundheitsökonom Prof. Dr. Boris Augurzky prognostizierte bei seinem Impulsreferat „Medizin 2030“ auf dem Bundeskongress zunehmende Probleme ab 2025. Der demografische Wandel und der Personalmangel würde sich auf alle wirtschaftlichen Bereiche auswirken, auch auf die Gesundheitsbranche. Augurzky geht davon aus, dass die Kombination aus fehlenden finanziellen Ressourcen und fehlendem Personal problematisch würden. Um dieser Entwicklung entgegenzutreten, sieht der Gesundheitsökonom Möglichkeiten u. a. im Ausbau der Digitalisierung, der Robotik im Bereich Logistik und einem neuen Vergütungssystem; einem Vergütungsmodell, das Sektorengrenzen überwindet.

„Wir fordern schon seit langem eine sektorenübergreifende Versorgung, auch durch eigene Projekte“, so Dr. med. Jörg-Andreas Rüggeberg, Vizepräsident des BDC. „Die Weiterbildung in chirurgischen Praxen ist da ein

Weilbach J. Bundeskongress Chirurgie: Update
Niederlassung. Passion Chirurgie. 2019 Mai, 9(05):
Artikel 04_01.



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



großes Thema.“ Junge Ärztinnen und Ärzte müssten die Vorzüge der Niederlassung selbst während ihrer Weiterbildung erfahren. Denn die Tendenz zum Angestelltenverhältnis steige. „Wir müssen uns die Hausärzte zum Vorbild nehmen. Denn nach langem Kampf wird deren Weiterbildung in der Praxis bundesweit gefördert“, so Rüggeberg.

Der Präsident des BDC wies in seiner Eröffnungsrede in Nürnberg darauf hin, dass es keine Überraschung sei, in Zukunft weiterhin vor vielen Herausforderungen des Faches zu stehen. „Kongresse wie in Nürnberg ermöglichen uns aber, mit anderen Verbänden an Lösungen zu arbeiten“, so Meyer.

JOURNALISTENPREIS DER DEUTSCHEN CHIRURGEN WÜRDIGT BEITRAG ZUR ORGANSPENDE



Für den Journalistenpreis der Deutschen Chirurgen, den der BDC jedes Jahr vergibt, haben sich wieder viele Journalisten mit ihren Medienbeiträgen aus 2018 beworben. Der BDC hat beim Bundeskongress in Nürnberg einen herausragenden Beitrag aus dem **Jugendmagazin fluter** mit dem Journalistenpreis ausgezeichnet. Julia Lauter beschreibt in ihrem Artikel

„**Sein Herz schlägt weiter. Irgendwo.**“ den Ablauf einer Organspende – vom Abschied bis zum Neuanfang. Im Rahmen der Eröffnungsveranstaltung 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. ○



SAVE THE DATE

Der nächste Bundeskongress Chirurgie wird vom 07. bis 08. Februar 2020 stattfinden. Alle Informationen zum Programm und zur Anmeldung finden Sie rechtzeitig hier: www.bundeskongress-chirurgie.de. Wir freuen uns auf Ihren Besuch!



Webinar-Termin im Mai 2019: S3-Leitlinie „Analfisteln“

**Webinar S3-Leitlinie
„Analfisteln“**
23.05.2019, 18:00 Uhr
www.bdc-webinare.de



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

Seit September 2017 gibt es die BDC|Webinare (www.bdc-webinare.de). Bisher wurden auf der Plattform insgesamt 18 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.

GEPLANTE WEBINARE 2019

- S3-Leitlinie „Magenkarzinom“, Prof. Dr med. Dr. h.c. Hans-Joachim Meyer, 27.06.2019, 18.00 Uhr
- S3-Leitlinie „Diagnostik und Therapie der Varikose“, Dr. med. Thomas Noppeney, 11.07.2019, 18:00 Uhr

www.bdc-webinare.de



Safety Clip: SWOT-Analyse – ein Instrument des Qualitäts- und Risikomanagements

Definition der SWOT-Analyse:

Dt. Abk. für Analysis of strengths, weakness, opportunities and threats; die Stärken-Schwächen-Chancen-Risiken-Analyse stellt eine Positionierungsanalyse der eigenen Aktivitäten gegenüber dem Wettbewerb dar. In dem ihr zugrundeliegenden Arbeitsverfahren, werden die Ergebnisse

der externen Unternehmens-Umfeld-Analyse in Form eines Chancen-Risiken-Katalogs zunächst zusammengestellt und dem Stärken-Schwächen-Profil der internen Unternehmensanalyse gegenübergestellt.“

Aus: Gabler Wirtschaftslexikon <https://wirtschaftslexikon.gabler.de/definition/swot-analyse-52664/version-275782>

**Axel Krause**

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

WIE GUT EIGNET SICH DAS INSTRUMENT DER SWOT-ANALYSE ZUR VERBESSERUNG DER PATIENTENSICHERHEIT?

Betrachtet man neuere Qualitäts- und Risikomanagementvorgaben, so wird deutlich, dass sich die Einrichtungen nicht nur mit ihren Risiken und Schwächen, sondern auch mit ihren Chancen und Stärken auseinandersetzen sollen. Die DIN EN ISO 9001:2015 fordert zum Beispiel die gleichberechtigte Auseinandersetzung mit Risiken und Chancen und verweist auf die SWOT-Analyse als wichtiges Instrument zur Steuerung.

Abgeleitet aus der ISO 9001:2015 geht es darum, Risiken und Chancen im Vorfeld zu identifizieren, Maßnahmen zur Umsetzung in einen Plan aufzunehmen und die Wirksamkeit zu beurteilen. In Verbindung mit der neuen Anforderung des „risikobasierten Denkens“ müssen auch Ansprüche an das Patientensicherheitsmanagement berücksichtigt werden.

Im Kontext der Zertifizierung nach EN ISO 9001:2015 wird an verschiedenen Stellen explizit auf die Nutzung von Chancen und Risiken hingewiesen. So soll zum Beispiel unter Punkt 9 zur Bewertung der Leistung eine SWOT-Analyse durchgeführt werden. Außerdem soll die Methode innerhalb der Managementbewertung genutzt werden.

Die SWOT-Analyse ist ferner fester Bestandteil im Rahmen des Peer-Review-Berichtes der Bundesärztekammer und wird im Zusammenhang mit den aktuellen Qualitätsindikatoren der DIVI (Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin) genutzt. So sollen Themen wie Personal, Reporting, SOPs/Standards, Team/Kommunikation etc. mit der SWOT-Analyse beleuchtet werden (Leitfaden Ärztliches Peer Review 2014).

Die SWOT-Analyse ist als Teil der Managementbewertung geeignet, die Chancen herauszuarbeiten und generell eine positivere, auf die Stärken und Chancen ausgerichtete Arbeitsweise in den Qualitätsmanagement-Teams zu unterstützen. Sie ist ein strategisches Instrument, das primär die „Ist-Situation“ der Organisation sieht und das Ziel hat, Prozesse und Strukturen in der Organisation zu verbessern. Wobei positive und negative Tendenzen gleichermaßen berücksichtigt werden. Eine klare Zielvorgabe mit Entwicklungszielen ist Voraussetzung für die erfolgreiche Nutzung dieses Analyse-Werkzeugs.

Identifizierte klinische Risiken und Prozessmängel können mit der SWOT-Analyse aus unterschiedlichen Blickwinkeln bewertet werden. Die Qualitätsverantwortlichen sind bemüht, im Vorfeld eine möglichst einfache Anwendung der Instrumente zu ermöglichen,

Tab. 1: Bei der SWOT-Analyse werden interne und externe Faktoren einbezogen.

Stärken = Strengths Bereiche, in denen wir gut sind, bzw. in denen wir besser sind als die Konkurrenz	Schwächen = Weaknesses Bereiche, die bei uns verbessert werden müssen, bzw. in denen wir schlechter sind als die Konkurrenz
Chancen = Opportunities Externe Faktoren, die sich auf alle Anbieter auswirken und unsere Stärken ausbauen können	Risiken = Threats Externe Probleme/Risiken, denen alle Anbieter ausgesetzt sind und die uns weiter schwächen können

Krause A: Safety Clip: SWOT-Analyse – ein Instrument des Qualitäts- und Risikomanagements. Passion Chirurgie. 2019 Mai, 9(05): Artikel 04_03.



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

um eine hohe Akzeptanz auf Seite der Mitarbeitenden für das Verfahren zu erzielen.

Folgende Schwerpunkte der Analyse betreffen die Gesamtorganisation und sollen herausgestellt werden.

- Marktsituation, Wettbewerbsvorteile und Strategieentwicklung
- Wachstum und Zukunftsperspektive für die Organisation und ihre Mitarbeitenden
- Perspektiven
- Handlungsoptionen für die Geschäftsführung
- Optimierung klinischer Prozesse

STÄRKEN UND SCHWÄCHEN

Stärken der SWOT-Analyse sind die gute Visualisierung und einfache Nutzung, wenn zuvor die Zielsetzung, mit der die Analyse eingesetzt wird, erläutert worden ist. Das Instrument fördert Transparenz und übergreifende Kommunikation. Der Einsatzbereich ist besonders groß, sollte aber bei der Nutzung eingegrenzt werden. Im Rahmen der Bearbeitung sollen die Teilnehmenden auch einen Perspektivwechsel (Außensicht) nutzen und somit die Sichtweise Externer auf die eigenen Strukturen reflektieren.

Schwächen der SWOT-Analyse sind der hohe Zeitaufwand durch Recherche und die Gefahr subjektiver Bewertungen, falls Mitarbeitende ohne erforderliche Expertise aus den klinischen Bereichen beauftragt werden. Die Methode muss den Mitarbeitenden gut erklärt werden. Entscheidend ist, dass vom Moderator die richtigen Fragen gestellt werden.

Ziel ist es, eine strategische Analyse durchzuführen und die internen Stärken zu fördern, Schwächen/Gefahren und Risiken zu reduzieren sowie Chancen herauszuarbeiten und zu nutzen. Im Risikomanagement-Prozess sollen auf den Ergebnissen der SWOT-Analyse aufbauend weitere Instrumente zur Risikobewertung genutzt werden. Besonderes Augenmerk

Tab. 2: Neues Behandlungsverfahren – Fragen für eine SWOT-Analyse

Wo liegen unsere Stärken? Profitieren wir von der neuen Methode? Ist unser Verfahren besser als das der Mitbewerber? Sind unsere Alleinstellungsmerkmale bekannt? Verfügen wir über ausreichend Ressourcen? Was führt uns zum Erfolg? Ist unsere Reputation sicher? Wie sehen interessierte Parteien unsere Stärken?	Wo finden sich Schwächen? Haben wir die Behandlungsprozesse ganzheitlich und umfassend geprüft? Was müssen wir unbedingt beachten? Wo sehen unsere eigenen Mitarbeitenden die Schwächen für die neue Methode? Welche Situationen, Faktoren könnten zum Misserfolg führen?
Welche Chancen bestehen? Können wir die Methode gut vermarkten? Haben wir die Marktentwicklung im In- und Ausland bewertet? Haben wir aktuelle und zukünftige gesetzliche Entwicklungen berücksichtigt? Kennen wir die Kundenbedürfnisse? Wie werden wir in der Region wahrgenommen?	Welche Risiken bestehen? Haben wir die Prozessrisiken sicher bewertet? Sind die erforderlichen Ressourcen gegeben? Was steht uns im Weg? Wie verhalten sich Mitbewerber? Haben wir alle nationalen Anforderungen, internationalen Trends, Qualitätsvorgaben (G-BA, Leitlinien, Fachgesellschaften...), Normen, Gesetze beachtet? Sind die Erlössituation und Erlöserwartung sicher kalkuliert? Sind wir auf den Technologiewandel vorbereitet?

liegt auf der Erkennung und Ausschaltung von Bedrohungen für die Organisation.

EINGRENZUNG DES THEMAS AUF DEN KLINISCHEN BEREICH

Beispiel: „Einführung des neuen Behandlungsverfahrens: Minimalinvasive Behandlungsmethode“

Generelle Fragestellung: Haben wir die Stärke, Risiken zu vermeiden? Haben wir die Stärken, unsere Chancen zu nutzen? Welche Chancen verpassen wir aufgrund unserer Schwächen? Welchen Risiken sind wir aufgrund unserer Schwächen ausgesetzt?

FAZIT

Die Nutzung der SWOT-Analyse führt zur differenzierten Darstellung und Gegenüberstellung der Risiken und Chancen. In Verbindung mit gezielten klinischen Risikoanalysen kann die SWOT-Analyse eine tiefgehende Risikobetrachtung vorbereiten. Die für das Patientensicherheitsmanagement zuständigen

Mitarbeitenden profitieren bei Nutzung der SWOT-Analyse zusätzlich von der Betrachtung der Stärken und Chancen. Diese Herangehensweise hilft den Teams, da sie nicht nur die Risiken in den Blick nehmen. Regelmäßig über die Stärken und Chancen zu berichten, fällt erfahrungsgemäß nicht immer leicht, sollte aber genutzt werden.

Denn schließlich heißt es ja: „Tue Gutes und rede darüber!“

LITERATUR

- [1] Leitfaden Ärztliches Peer Review 2014. https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/Leitfaden_Aerztliches-Peer-Review_2014.pdf
- [2] Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI). <https://www.divi.de/empfehlungen/qualitaets-sicherung-intensivmedizin/peer-review/qualitaetsindikatoren> ○

RECHT &
VERSICHERUNG

Versicherungs- angebote des BDC



Diese Leistungen sind in Ihrem BDC-Mitgliedsbeitrag erhalten:

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

Weitere Versicherungsangebote für BDC-Mitglieder über Rahmenverträge

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

NEU Versicherungsschutz für Berufseinsteiger

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

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

BDC-VERSICHERUNGSMAKLER ECCLESIA VERSICHERUNGSDIENST GMBH

BDC-Versicherungsservice

Klingenbergstr. 4, 32758 Detmold

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

E-Mail: bdc-versicherungsservice@ecclesia.de

Hygiene-Tipp:

Impfungen zum Personalschutz



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



Prof. Dr. med. Klaus-Dieter Zastrow
Chefarzt des Hygiene-Instituts
der REGIOMED-Kliniken Bayern/
Thüringen
Joachimsthaler Str. 10
10719 Berlin
hygiene@drzastrow.de

Zu den Maßnahmen der Primärprävention gehört, dass das Personal entsprechend den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission beim Robert Koch-Institut (STIKO) geimpft ist.

Dies betrifft Standard-Impfungen wie solche gegen

- Tetanus (T),
- Diphtherie (d),
- Pertussis (ap) (heute möglichst als Dreifachimpfung gegen Tetanus, Diphtherie und Pertussis Tdap) und
- Polio.

Aufgrund der Tätigkeit im Gesundheitswesen kommen hinzu Impfungen gegen

- Hepatitis B (möglichst kombiniert mit Hepatitis A) und
- Influenza (Grippe) sowie für spezielle Tätigkeiten (z. B. Notaufnahme, Kinder-

ambulanz), falls keine Immunität vorliegt, Impfungen gegen

- Masern,
- Mumps,
- Pertussis,
- Röteln und
- Varizellen.

Seit 2015 darf der Arbeitgeber nach § 23a Infektionsschutzgesetz personenbezogene Daten seiner Mitarbeiter zur Immunität bzw. zu Schutzimpfungen erfragen, soweit die entsprechenden Krankheiten durch Schutzimpfungen bekämpft werden können. Bei Neueinstellungen empfiehlt sich eine Aufnahme in den Arbeitsvertrag, dass die Bereitschaft zu derartigen Impfungen gegeben ist.

Der Kurz-Tipp gibt die Meinung der Autoren wieder.



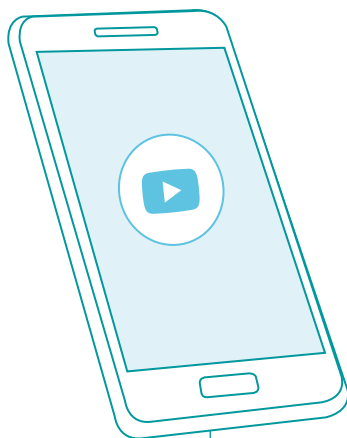
Popp W, Zastrow KD: Impfungen zum Personalschutz.
Passion Chirurgie. 2019 Mai; 9(05): Artikel 04_04.



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

HYGIENE
CLIPGet Your
Disinfection

Erfolgreiche bundesweite
Kampagne des BDC
in Kooperation
mit DGKH und BDH



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

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

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

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

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



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



PATIENTENSCHUTZ DURCH HYGIENE IST EINE
BUNDESWEITE KONZERTIERTE AKTION VON:

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



© iStock/jan-Otto

Abrechnung der Stoßwellentherapie beim Fersensporn (EBM-Ziffer 30440)

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen, nachdem uns viele Anfragen zur Abrechnungsberechtigung der neu in den EBM aufgenommenen GOP 30440 erreicht haben, möchten wir diesbezüglich versuchen, Klarheit in das Geschehen zu bringen und auch unser weiteres Vorgehen in dieser Frage zu erläutern.

Die Neuaufnahme der Ziffer 30440 ist bedauerlicherweise ohne Rücksprache mit dem BDC erfolgt, sodass wir keine Gelegenheit hatten, bereits im Vorfeld auf die Fehler hinzuweisen, die nun zu Verwirrung führen. Der

Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Sitzung am 19. April 2018 die Einführung der Stoßwellentherapie als Kassenleistung beschlossen, aber mit zwei wesentlichen Einschränkungen:

§ 4 ANFORDERUNG AN DIE FACHLICHE QUALIFIKATION:

„Zur Durchführung der ESWT beim Fersenschmerz bei Fasciitis plantaris im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung berechtigt sind Fachärztinnen und Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie sowie Fachärztinnen und Fachärzte für Physikalische und Rehabilitative



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



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

Rüggeberg JA, Kalbe P: Abrechnung der
Stoßwellentherapie beim Fersensporn (EBM-Ziffer
30440). Passion Chirurgie. 2019 Mai, 9(05):
Artikel 04_05.



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

Medizin. Die Facharztbezeichnung richtet sich nach der (Muster-) Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer und schließt auch diejenigen Ärztinnen und Ärzte ein, welche eine entsprechende Bezeichnung nach altem Recht führen.“

Und weiter die Forderung eines Nachweises der chronischen Erkrankung:

„.....bei denen der Fersenschmerz die gewohnte körperliche Aktivität über mindestens sechs Monate eingeschränkt hat und während dieser Zeit unterschiedliche konservative Therapieansätze (pharmakologische und nicht-pharmakologische) einschließlich patientenzentrierter Maßnahmen (darunter mindestens Schonung, Dehnübungen und Einlagen) über einen ausreichenden Zeitraum ohne relevante Beschwerdebesserung angewandt wurden.“

Der Bewertungsausschuss KBV-Krankenkassen hat zum einen die Fachgebietseinschränkung übernommen und zum anderen noch den Nachweis einer chronischen Erkrankung präzisiert mit einer ICD-Codierung (M72.2), die zwar die Plantarfasziitis einschließt, nicht jedoch den teilweise kodierten Fersensporn unter M77.3 oder die Enthesopathie des Fußes unter M 77.5.

„Die Einschränkung der körperlichen Aktivität über mindestens sechs Monate liegt vor, wenn im Zeitraum der letzten zwei Quartale unter Ausschluss des aktuellen Quartals wegen der Fasciitis plantaris (ICD-10-GM: M72.2) jeweils mindestens ein Arzt-Patienten-Kontakt gemäß 4.3.1 der Allgemeinen Bestimmungen pro Quartal stattgefunden hat.“

Außerdem fehlt im EBM die Formulierung des letzten Satzes des G-BA-Beschlusses

„.... schließt auch diejenigen Ärztinnen und Ärzte ein, welche eine entsprechende Bezeichnung nach altem Recht führen.“

Das aktuell geltende Abrechnungsrecht des EBM bedeutet demnach den Ausschluss aller Chirurgen nach alter Weiterbildung einschließlich derjenigen mit Schwerpunkt Unfallchirurgie. Außerdem besteht die

Verpflichtung, mindestens ein halbes Jahr im Vorfeld unter der Diagnose M72.2 die Patienten behandelt zu haben. Also können Sie, sofern Sie nicht im neuen Fach Orthopädie/Unfallchirurgie unterwegs sind, die ESWL nicht als Kassenleistung erbringen.

Angesichts der ausgelobten Vergütung ist das aber möglicherweise gar nicht so schlecht, denn selbstverständlich dürfen Sie die Leistung erbringen, dann allerdings wie bisher auch, als Selbstzahlerleistung auf Wunsch der Patienten.

Unabhängig davon dürfen Sie versichert sein, dass wir uns sowohl beim G-BA als auch bei der KBV dafür einsetzen, zumindest die Chirurgeninnen und Chirurgen mit Schwerpunkt Unfallchirurgie mit in die abrechnungsberechtigten Gruppen zu bringen und ggf. die Liste der ICD-Codes zu erweitern.

Im Moment bleibt Ihnen nur der Weg, bei Ihrer KV unter Hinweis auf den Originaltext des G-BA (entsprechende Bezeichnung nach altem Recht) eine Einzelfallgenehmigung zu beantragen.

Falls diese verweigert wird, rechnen Sie eben außerhalb der Zwänge des EBM und des Budgets die ESWL als IGeL ab.

Sicherheitshalber sollten Sie die Plantarfasziitis ab sofort mit dem ICD Code M 72.2 kodieren.

Mit bestem Gruß

Dr. med. Jörg-A. Rüggeberg
Dr. med. Peter Kalbe



Personalia



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

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

MAI 2019

Prof. Dr. med. Oliver Dewald wechselte von der Klinik und Poliklinik für Herzchirurgie am Universitätsklinikum Bonn an die Universitätsklinik für Herzchirurgie am Klinikum Oldenburg. Dort hat er die Position des Chefarztes übernommen.

PD Dr. med. Bertram Illert, Facharzt für Allgemein-, Viszeral- und spezielle Viszeralchirurgie, wechselte zum 01.04.2019 als Chefarzt der Allgemein- und Viszeralchirurgie der Sana Kliniken Ostholstein Klinik Eutin an die Sana Kliniken in Lübeck.

Dr. med. Christian Bialas, zuvor leitender Oberarzt der Abteilung, ist seit Anfang des Jahres weiterer Chefarzt der Allgemein-, Viszeral- und Gefäßchirurgie der Kliniken der Kreisspitalstiftung in Weißenhorn. Er leitet die Abteilung im Kollegialsystem zusammen mit **Dr. med. Robert Knaus**.

Dr. med. Jan Hoedemaker übernahm zum 01.04.2019 die Chefarztposition der Abteilung für Allgemein-, Unfall- und Handchirurgie am Marienhospital Ankum-Bersenbrück.

Dr. med. Matthias Karutz, zuvor Chefarzt der Chirurgie der Asklepios Sächsische Schweiz Klinik Sebnitz, übernahm zum 01.04.2019 die Leitung Allgemein-, Viszeral-, Gefäß- und Thoraxchirurgie des Malteser Krankenhauses St. Carolus in Görlitz.

Prof. Dr. med. Andrej Khandoga ist neuer Chefarzt der Allgemein-, Viszeral- und Gefäßchirurgie der Main-Kinzig-Kliniken, Kreiskrankenhaus Gelnhausen. Er folgt auf Dr. med. Thomas Zoedler, der sich in den Ruhestand verabschiedete.

Dr. med. Bernd Klinge ist seit Anfang Januar 2019 neuer Chefarzt der Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Gefäßchirurgie am Ameos Klinikum Bernburg.

Prof. Dr. med. Philipp Lechler ist seit dem 01.01.2019 neuer Chefarzt der Abteilung

Unfallchirurgie der Kreiskliniken Altötting und Burghausen.

Dr. med. Frank Lehmann, Oberarzt der Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie der Havelland Kliniken in Nauen, wurde am 12.03.2019 für sein ehrenamtliches Engagement mit dem Bundesverdienstkreuz am Bande ausgezeichnet. Lehmann nutzt seit Jahren seinen Urlaub, um Menschen in medizinisch unterentwickelten Ländern durch operative Eingriffe ein lebenswertes Dasein zu ermöglichen.

MU Dr. med. Ph. D. Milan Lisy leitet seit dem 01.03.2019 die Gefäßchirurgie am Krankenhaus Nordwest in Frankfurt am Main. Der Facharzt für Herz- und Gefäßchirurgie war zuvor Oberarzt der Abteilung.

PD Dr. med. Dimitrios Pantelis übernahm zum 01.03.2019 die Leitung der Allgemein- und Viszeralchirurgie der Standorte St. Marien-Hospital und St. Joseph-Hospital der GFO-Kliniken Bonn.

Dr. med. Michael Schölzel ist seit dem 01.03.2019 der neue Chefarzt der Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie der HELIOS Klinik Zerbst. Er arbeitet zusammen mit **Dr. med. Joachim Böttger**, der das Kompetenzzentrum für Allgemein- und Viszeralchirurgie Bad Saarow-Zerbst leitet.

Dr. med. Nils Walther begann am 01.04.2019 seinen Dienst als Chefarzt der Chirurgischen Abteilung am Krankenhaus Emmaus Niesky. Walther war zuvor Chefarzt der Allgemein-, Viszeral-, Gefäß- und Thoraxchirurgie des Malteser Krankenhauses St. Carolus in Görlitz.

Dr. Andreas Wurlitzer wechselte bereits zum Anfang des Jahres als Chefarzt von Mittweida an das Ameos Klinikum Halberstadt. Dort leitet der Facharzt für Gefäß-, Viszeral- und endovaskuläre Chirurgie die Gefäßchirurgie. 



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

Kommentare zu OLG-Urteilen

SPITZFINDIG – RAT ODER EMPFEHLUNG?

ANFORDERUNGEN AN DIE BEFUNDERHEBUNG BEI BAUCHSCHMERZEN

Folgende Situation am Wochenende: „in niedergelassener Arzt behandelt einen Patienten mit dem Verdacht auf eine akute Appendizitis. Er rät ihm, „sich bei Persistenz oder Verschlechterung seiner Beschwerden sofort im Krankenhaus vorzustellen“. Das OLG Köln hat diesen Rat des Arztes so bewertet: Es oblag damit dem Patienten, zu entscheiden, ob von einer Persistenz oder Verschlimmerung der Beschwerden auszugehen und unter welchen Voraussetzungen eine ins Gewicht fallende Persistenz anzunehmen war. Dies wertete das Gericht als inhaltlich unklar und ungeeignet und damit nicht mehr dem fachärztlichen Standard entsprechend – **es bejahte einen Befunderhebungsfehler**. Der Arzt hätte vielmehr eine „konkrete und unbedingte Empfehlung“ aussprechen müssen. Mit der Konsequenz

der Umkehr der Beweislast: „Der Arzt kann in einem solchen Fall gegen die Umkehr der Beweislast nicht geltend machen, die vom Patienten unterlassene Vorstellung im Krankenhaus habe durch sein Verhalten eine selbstständige Komponente gesetzt und in gleicher Weise wie der Arzt dazu beigetragen, dass der Verlauf des Behandlungsgeschehens nicht mehr aufgeklärt werden könne.“ Begründung hierfür: da der Rat völlig ungeeignet war, die konkrete und unbedingte Empfehlung aber demgegenüber geeignet gewesen wäre, sind nicht gleichgewichtige Alternativen gegeben.

Fazit: Dieser gerichtlich festgestellte, feine Unterschied ist bei Haftungsentscheidungen von großer Bedeutung. Gerade am Wochenende kann es passieren, dass Ärzte und auch Patienten versuchen, alles Weitere auf den Anfang der bevorstehenden Woche zu legen. Besser nicht.

[Mehr Infos...](#)

VORVERLEGTE OPERATION

Was ist mit der Einwilligung des Patienten?

Ärzte sind bei vorverlegtem OP-Termin dazu verpflichtet, sich zu vergewissern, ob der Patient weiterhin mit dem Eingriff einverstanden ist. Dies insbesondere dann, wenn sich der Patient zuvor skeptisch gezeigt hat. So das OLG Köln in einem am 06.03.19 veröffentlichten Urteil (5 U 29/17). Die Patientin erhielt in dem Fall 10.000 Euro Schmerzensgeld bei einer medizinisch fehlerfrei durchgeführten OP.

Terminverschiebungen sind sicher im Praxis- und Krankenhaus-Alltag nicht selten. Dieser Fall aber war insofern besonders, als dass hier tatsächlich eine sehr zögerliche Patientin behandelt wurde, die ihren Ehemann zu weiteren Erkundigungen bei einem Arzt ihres Vertrauens an genau dem Vormittag entsandt hatte, auf den die OP vorverlegt wurde. Dennoch zeigt das Urteil, wie wichtig – und haftungsrelevant – es ist, die zeitlichen Abläufe bei Aufklärungsgesprächen zu beachten.

[Mehr Infos...](#)



Unerwarteter Tod des Praxisinhabers – was ist zu tun?

Was tun nach dem plötzlichen Tod des Praxisinhabers? Aufgrund der vielen Rückmeldungen, die uns hierzu erreicht haben, haben wir die wichtigsten To-Dos, die sich für Erben und das Praxisteam nach dem unerwarteten Tod des Praxisinhabers ergeben, zusammengefasst.

Als erstes stellt sich die Frage, wie man die Patienten über den Tod des Praxisinhabers richtig informiert und dadurch eine

Abwanderung der Patienten zu anderen Praxen verhindern kann.

SCHRITT 1: PATIENTENSTAMM SICHERN!

Wenn ein Praxisinhaber plötzlich stirbt, ist dies für die Hinterbliebenen und die Menschen, die mit dem Praxisinhaber oft jahrelang zusammengearbeitet haben, ein immenser Verlust und großer Schock. Trotz aller Trauer sollte die Frage, wie es nun mit der



Dipl.-Kfm. Stefan Hoch
Geschäftsführender Gesellschafter
Frielingsdorf Consult GmbH
Hohenstaufenring 48-54
50674 Köln
www.frielingsdorf.de

Praxis weiter geht, aber schnell geklärt werden und zudem ist schnelles Handeln zwingend erforderlich. Denn von einer weiterhin funktionierenden Praxis sind viele Beteiligte abhängig: Angestellte mit ihren Arbeitsplätzen, Erben mit ihrem Vermögen und natürlich eine Vielzahl versorgungsbedürftiger Patienten. Ein nicht zu unterschätzendes Risiko für den Fortbetrieb der Praxis ist dabei, dass die Patienten nach dem Tod des Praxisinhabers zu anderen Praxen abwandern. Damit kann der Praxis die Substanz entzogen werden. Der richtige Informationsaustausch mit den Patienten ist daher von immenser Bedeutung.

Insbesondere bei Einzelpraxen ist klar, dass in den ersten Tagen nach dem Tod des Inhabers ggf. noch nicht direkt ein Vertreter in der Praxis zur Verfügung steht bzw. stehen kann. Deshalb müssen zunächst diejenigen Patienten informiert werden, die in den ersten Tagen nach Eintritt des plötzlichen Todesfalls einen Termin vereinbart haben oder ohne Voranmeldung in der Praxis auflaufen. Eine Information an die Terminpatienten sollte telefonisch erfolgen und die Termine sollten nach Möglichkeit ein oder zwei Wochen nach hinten verschoben werden. Patienten, die selbst anrufen, werden natürlich ebenfalls direkt telefonisch informiert. Patienten, die spontan ohne Termin in die Praxis kommen, müssen in der Praxis persönlich informiert werden.

Die Information aller Patienten sollte sensibel erfolgen, denn die Patienten werden sicherlich ebenfalls betroffen sein, sich aber gleichzeitig auch Sorgen um die eigene Versorgung machen. Patienten, die akut eine ärztliche Behandlung benötigen, sollten in Abstimmung mit einem anderen Arzt bzw. einer anderen Praxis übergangsweise dorthin vermittelt werden. Für diese und alle anderen Patienten gilt, dass sie sich nach dem Finden eines Vertreters/eines Übernehmers auch weiterhin in der Praxis behandeln lassen sollen. Daher muss allen Patienten vermittelt werden, dass die Praxis weiterhin für sie da ist und der Praxisbetrieb – in Andenken an den verstorbenen Inhaber – selbstverständlich fortgeführt wird.

Nicht zu vergessen ist, dass Stammpatienten, die keinen in nächster Zeit anstehenden

Termin haben, in gleicher Weise informiert werden sollten. Die Information dieser Patienten muss nicht sofort erfolgen, sollte aber auch nicht auf die lange Bank geschoben werden. Denn wenn diese Patienten durch einen Dritten vom Tod des Praxisinhabers erfahren, besteht auch hier ein Abwanderungsrisiko. Sofern zeitlich und je nach Patientenmenge möglich, ist hierbei ebenfalls der persönliche Anruf ideal. Sollte dies aber nicht möglich sein, können die Patienten auch angeschrieben werden. Eine schriftliche Information über den Todesfall per eMail ist unserer Erfahrung nach eher ungeeignet. Besser ist bspw. eine spezielle Praxis-Postkarte. Auf dieser Postkarte sollten auch die Telefonnummer der Praxis und der Hinweis aufgeführt sein, dass sich die Patienten bei Fragen in jedem Fall an die Praxis wenden können.

Neben der beschriebenen telefonischen, persönlichen und schriftlichen Direkt-Information sollten ein Aushang in den Praxisräumen und eine Todesanzeige im Namen des Praxisteams in einer regionalen Zeitung die Patienteninformation ergänzen. Im nächsten Schritt sollte zur kurzfristigen Sicherung des Praxisbetriebes ein Vertreter gefunden werden.

SCHRITT 2: EINEN VERTRETER FINDEN

Nach dem plötzlichen Tod eines Praxisinhabers drängt für die Erben die Zeit, wenn sie die Praxis zu einem angemessenen Kaufpreis an einen geeigneten Übernehmer übergeben wollen. Da in der Regel nicht unmittelbar nach dem Tod des Praxisinhabers ein Übernehmer gefunden werden kann, muss die Zeit bis zur tatsächlichen Praxisübergabe durch einen Vertretungsarzt überbrückt werden. Andernfalls drohen Patienten- und Wertverfall der Praxis. Da qualifiziertes Personal im Gesundheitswesen rar ist, gestaltet sich die Suche nach einem kurzfristig zur Verfügung stehenden Praxisvertreter erfahrungsgemäß nicht einfach. Aus diesem Grund sollte jeder Praxisinhaber für seine Erben einen Plan haben, wie im Falle seines plötzlichen Todes möglichst schnell ein geeigneter Praxisvertreter gefunden werden kann.

Drei Aspekte sind bei der Suche nach einem Vertretungsarzt im Todesfall des

Hoch S: Unerwarteter Tod des Praxisinhabers – was ist zu tun? *Passion Chirurgie*. 2019 Mai, 9(05): Artikel 04_08.



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

Praxisinhabers entscheidend: Koordination, Netzwerk und Geldeinsatz.

DIE KOORDINATION

Im Idealfall sollte im Voraus geklärt sein, wer sich im Todesfall des Praxisinhabers um die Suche nach einem geeigneten Vertretungsarzt kümmert. Die Praxismanagerin, ein Berater der Praxis oder doch eher einer der Erben selbst? Da jede Praxis eine andere Struktur hat und Personen darin individuell unterschiedlich stark eingebunden sind, kann keine generelle Eignungsempfehlung gegeben werden. Klar ist jedoch, dass sich die ausgewählte Person bereits vor Eintritt des Todesfalls mit dem Thema „schnelle Suche eines Vertreters“ vertraut machen sollte. Das bedeutet, dass sie nicht nur weiß, wie man einen Vertreter schnellstmöglich beschafft, sondern auch einen Überblick über die wesentlichen Funktionsbereiche der Praxis hat. Denn diese Bereiche geben die absoluten Mindestanforderungen vor, die ein Vertretungsarzt erfüllen muss.

Die Koordination sollte im Vorfeld zwischen der Erstkraft, den Erben und dem Praxisinhaber abgesprochen sein. Ideal ist eine schriftliche Erfassung im Qualitäts- bzw. Risikomanagement-System der Praxis.

DAS NETZWERK

Um überhaupt einen Vertretungsarzt kurzfristig finden zu können, muss zuvor ein Netzwerk aufgebaut werden, das aus Personen oder Unternehmen besteht, an die sich der Koordinator wenden kann, um Zugang zu Vertretungsärzten zu finden. Dazu gehören bspw. die betreuenden Steuerberater, Rechtsanwälte und Praxisberater, aber insbesondere auch auf Vertretersuche spezialisierte Vermittler. Es empfiehlt sich, die Kontaktdaten von den Ansprechpartnern des Netzwerkes in einer Liste im Rahmen des QM's festzuhalten und regelmäßig auf Aktualität zu prüfen, damit im Falle des plötzlichen Todes des Praxisinhabers diese Liste schnell griffbereit ist. Andernfalls muss sich der Koordinator erst nach dem Tod des Praxisinhabers um ein entsprechendes Netzwerk bemühen und verschenkt damit ggf. wertvolle Zeit.

DER GELDEINSATZ

Da im Todesfall die Zeit drängt, können die Kosten für einen Honorararzt im Vergleich zu planbaren (bspw. urlaubsbedingten) Praxisvertretungen höher sein. Bevor jedoch der Praxiswert verfällt oder die Vertragsarztzulassung an den Zulassungsausschuss zurückfällt, ist es meist sinnvoll, diese Kosten zu übernehmen. Ein Vertretungsarzt sollte nicht deshalb abspringen, weil ihm eine Klinik oder eine andere Praxis mehr Honorar pro Stunde bietet.

Neben den oben beschriebenen drei Aspekten ist für die Vertreterbestellung noch eine versicherungsrechtliche Besonderheit zu beachten. Wird ein ordentlich bestellter Vertreter im Auftrag des Praxisinhabers tätig, haftet im Falle eines Behandlungsfehlers bei möglichen Schadensersatzansprüchen nicht der Vertreter, sondern der Praxisinhaber. Dieser ist im Regelfall gegenüber Haftungsansprüchen durch seine Berufshaftpflichtversicherung abgesichert. Da die meisten Versicherungsverträge jedoch mit dem Tod des Praxisinhabers automatisch enden, haften in einem durch einen Praxisvertreter verursachten Schadensfall nun die Erben. Eine Klärung mit dem Versicherer zu Lebzeiten des Praxisinhabers, ob die Berufshaftpflichtversicherung für den Einsatz eines Vertreters auch nach dem Tod des Inhabers noch für einen bestimmten Zeitraum greift, ist daher dringend zu empfehlen.

SCHRITT 3: PRAXISFÜHRUNG SICHERN

Praxisinhaber haben eine Doppelfunktion: Als Ärzte kümmern sie sich um die medizinische Versorgung ihrer Patienten. Und als Unternehmer bewältigen sie tagtäglich Führungsaufgaben in der eigenen Praxis. Wer aber kann diese beiden wichtigen Aufgaben im Falle eines plötzlichen Todes des Inhabers solange sicherstellen, bis ein Übernehmer für die Praxis gefunden ist?

Wie beschrieben, kann die medizinische Patientenversorgung nach dem Tod des Praxisinhabers übergangsweise durch einen Vertretungsarzt erfolgen. Unserer Erfahrung nach ist aber im Regelfall nicht davon

auszugehen, dass sich der Vertretungsarzt auch um die Praxisführung kümmert bzw. kümmern kann. Daher müssen andere Personen die Praxisführung adhoc und so lange übernehmen, bis ein Nachfolger gefunden ist.

War der verstorbene Arzt in einer Berufsausübungsgemeinschaft tätig, kann sich einer der verbleibenden Praxispartner um die Praxisführung kümmern. Bei Einzelpraxen hingegen müssen andere Personen gefunden werden, wie bspw. die vertraute Erstkraft/Praxismanagerin, ein Praxisberater (z. B. Steuerberater) oder einer der Erben, sofern dieser in der Lage dazu ist.

Entscheidend ist, dass eine Person in die Führungs-Rolle des bisherigen Praxisinhabers schlüpft und sich umgehend einen Überblick darüber verschafft, welche Management-Aufgaben der Praxisinhaber bisher wahrgenommen hat. Diese Führungs-Rolle muss bis zur Praxisabgabe an einen Nachfolger keine langfristigen (bspw. strategischen) Aspekte umfassen, sondern nur die wichtigsten und dringlichsten Aufgaben beinhalten, die für das Tagesgeschäft von elementarer Bedeutung sind. Hierzu zählen insbesondere die Personalführung und -planung, damit der organisatorische Ablauf in der Praxis sicher gestellt ist. Wichtig sind auch Aufgaben, die mit dem Zahlungsverkehr zusammen hängen, wie das Begleichen von Rechnungen, das Auslösen von Gehältern oder die Abrechnung mit der KV und den Privatpatienten. Teilweise können diese Aufgaben delegiert werden, jedoch sollte es eine Person geben, bei der alle Fäden zusammen laufen, die handelt und Entscheidungen trifft.

Praxisinhaber sollten für den Fall der Fälle daher eine „Chef-Arbeitsplatzbeschreibung“ erstellen, aus der hervorgeht, welche Aufgaben sie wie in ihrer Praxis selbst erledigen. Denn ohne diesen Überblick wird es für einen „Interims-Manager“ schwierig werden, die anstehenden Führungsaufgaben adäquat zu erledigen.

Weiterhin ist zu beachten, dass es im Falle des Todes des Praxisinhabers u. U. mehrere Wochen dauern kann, bis das zuständige

Amtsgericht den Erbschein ausstellt. In dieser Zeit können dann meist keine wichtigen Entscheidungen und Handlungen (wie z. B. die Begleichung von Rechnungen für die Praxis) erfolgen. Damit ein schnelles Handeln möglich ist, sollte der Interims-Manager bereits zu Lebzeiten des Praxisinhabers bestimmt und für ihn Vollmachten hinterlegt worden sein. Alternativ kann auch ein Testament beim Amtsgericht hinterlegt werden. Mit der Hinterlegungsbescheinigung, die dem Erbschein entspricht, und dem Totenschein haben die Erben dann sofort die Möglichkeit, zu handeln und Entscheidungen zu treffen.

Ein wertvoller Tipp für den Praxisinhaber ist, bereits im Vorfeld in den regelmäßigen (z. B. wöchentlichen) Teamsitzungen auch die Aufgaben des Praxisinhabers zu besprechen. Dadurch erhält das Team einen guten Überblick, was im Fall der Fälle im Hinblick auf die Praxisführung zu erledigen ist und kann den Interims-Manager in seinen Aufgaben viel besser unterstützen. Ohne eine aktive Vorsorge für den plötzlichen Todesfall durch den Praxisinhaber wird eine übergangsweise Sicherung der Praxisführung nur sehr schwer zu bewältigen sein.

SCHRITT 4: PRAXISNACHFOLGER SUCHEN

Die Zulassung endet grundsätzlich mit dem Tode und die Nachbesetzung muss in den meisten KVen innerhalb von zwei Quartalen erfolgen. Insbesondere für Einzelpraxen ist damit ein hohes Risiko verbunden, denn wenn kein Nachfolger gefunden wird und der Zulassungsausschuss die Vertragsarztzulassung einzieht, kommt dies einer Stilllegung der Praxis gleich.

Um die Praxis zu erhalten, muss bei der KV kurzfristig der Antrag gestellt werden, die Zulassung des verstorbenen Arztes im Rahmen des sogenannten „Witwenquartals“

durch einen Vertreter zu besetzen. Dies ist bei den meisten KVen bis zu zwei Quartale möglich.

Die Zeit, in der die Praxis nun durch einen Vertreter aufrechterhalten werden kann, ist jedoch kurz. In diesem kurzen Zeitraum müssen Übernahmeinteressenten gefunden und Übernahmemodalitäten verhandelt werden. Wie findet man also schnell potenzielle Nachfolger?

Dies kann zunächst über entsprechende Such-Anzeigen, z. B. im Deutschen Ärzteblatt und in Praxis-Börsen, erfolgen. Weiterhin können der eigene Berufsverband und regionale Praxisnetze angesprochen werden, ob sie die Nachfolgersuche an ihre Mitglieder übermitteln. Auch die Ansprache von Praxisberatern, Pharma-Vertreter sowie seriösen Vermittlern sollte nicht vergessen werden. Je mehr Kanäle für die Nachfolgersuche genutzt werden, desto höher sind die Erfolgsaussichten. Hierfür ist in allen Fällen allerdings die Initiative der Hinterbliebenen, des Praxispartners oder Praxis-Personals gefragt, was aufgrund der gegebenen Umstände und zusätzlichen Aufgaben, die nach dem plötzlichen Tode des Praxisinhabers auf alle Beteiligten zukommen, durchaus nicht immer leicht ist.

TIPP

Der Praxisinhaber kann versuchen, sich bei Zeiten ein Netzwerk aus potenziellen Übernahmekandidaten aufzubauen. Ein solches Netzwerk kann bspw. aus (früheren) Weiterbildungsassistenten, anderen niedergelassenen Fachkollegen aus der Region oder aus Krankenhaus-Ärzten bestehen. Ärzte aus Krankenhäusern können sich im Notfall Urlaub nehmen und als Vertretung zur Verfügung stehen und ggf. sogar als Übernehmer der Praxis in Frage kommen. Ein derartiges Kontakte-Netzwerk erleichtert für

die Hinterbliebenen im Falle des plötzlichen Todes des Praxisinhabers die Suche nach einem geeigneten Praxisnachfolger.

SCHRITT 5: PRAXISÜBERGABE DURCHFÜHREN

Wurde nach dem plötzlichen Tod des Praxisinhabers ein Nachfolger gefunden, gilt es abschließend, die Praxisübergabe durchzuführen.

Einer der wichtigsten Punkte für die finale Praxisabgabe ist, dass sich die Erben und der potenzielle Übernehmer auf einen Übernahmepreis verständigen. Da beide Parteien naturgemäß bzgl. des Übernahmepreises gegenteilige Interessen haben, ist es ratsam, die Praxis von einem unabhängigen Sachverständigen bewerten zu lassen, um die Kaufpreisverhandlungen für beide Seiten zu vereinfachen. Dabei sollte das Gutachten den aktuellen Verkehrswert (Marktwert) repräsentieren und neutral von den Interessen der einen oder anderen Partei sein. Weiterhin sollten tiefergehende Informationen über die Praxisstruktur und eine Prognose über künftige Gewinnerwartungen enthalten sein, sodass Stärken und Schwächen der Praxis erkannt werden.

Ein qualifiziertes Praxiswertgutachten kann somit die Basis für die anstehende anwaltliche Vertragsgestaltung bilden. Über die jeweils zuständige Industrie und Handelskammern (IHK) können Informationen über öffentlich bestellte und vereidigte Sachverständige abgerufen werden.

Parallel hierzu sollte über das Ausschreibungs- und Nachbesetzungsverfahren der KV umgehend beantragt werden, den Vertragsarztsitz auf den Käufer der Praxis zu übertragen. 

App.in.den.OP®!



App.in.den.OP®

Chirurgischer Stellenmarkt als kostenlose App für Smartphones und Tablets

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



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

Erhältlich im App Store



Kostenlos im App Store und auf Google Play erhältlich!

Jetzt installieren!

GET IT ON Google play



Frage & Antwort



Anspruch auf Auskunft über die Namen der behandelnden Ärzte



Antwort von Dr. jur. Jörg Heberer:

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

FRAGE:

Ein Chefarzt fragt an, ob ein Patient einen Anspruch auf Auskunft über die Namen sämtlicher ihn behandelnder Ärzte und sonstiger Mitarbeiter gegenüber dem Krankenhausträger habe.

ANTWORT:

Die Rechtslage ist nach Ansicht des Verfassers eindeutig: Ein Patient kann grundsätzlich vom Träger des Krankenhauses Auskunft über die Namen derjenigen Ärzte und sonstigen Krankenhausmitarbeiter verlangen, die ihn persönlich behandelt haben.

Sofern sich die Namen aus der dem Patienten überlassenen Dokumentation ergeben, kann sich der Patient die begehrte Auskunft allerdings in zumutbarer Weise selbst beschaffen. Sofern allerdings, wie üblich, die Behandler in der Dokumentation nur mit Kürzeln bezeichnet sind, genügt die Übersendung der

Behandlungsdokumentation nicht dem Auskunftsbegehren, das auf die Bekanntgabe von Namen der behandelnden Personen gerichtet ist. Dies hat der Bundesgerichtshof eindeutig klargestellt (NJW 2015, 1525 ff.).

Grundsätzlich besteht der Auskunftsanspruch nach Auffassung des Verfassers auch deshalb, weil die Person des Behandlers zu den dokumentationspflichtigen Umständen gehört. Bei den Hauptleistungen (Operation etc.) dürfte dies auch jeweils unschwer möglich sein, da die entsprechenden Operationsberichte die Namen ausweisen müssen. Schwieriger wird dies sicherlich bei den Krankenschwestern und Krankenpflegern auf der Station. Sofern auch diesen seitens des Patienten etwaige Fehler vorgeworfen werden, müsste aus Sicht des Verfassers allerdings auch hier tatsächlich versucht werden, die konkret handelnden Personen zu eruieren, auch wenn dies mit einem erheblichen Aufwand verbunden sein dürfte.

Heberer J. F+A: Anspruch auf Auskunft über die Namen der behandelnden Ärzte. 2019 Mai; 9(05): Artikel 04_09.



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

Frage & Antwort



Schweigepflichtentbindungserklärung mittels E-Mail



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

FRAGE:

Ein niedergelassener Chirurg fragt an, ob eine Schweigepflichtentbindungserklärung mittels E-Mailschreiben wirksam sei.

ANTWORT:

Nach Auffassung des Verfassers dürfte eine (allein) per E-Mail übersandte Schweigepflichtentbindungserklärung eines Patienten nicht ausreichen, da die E-Mail – selbst wenn sie vom Account des Patienten stammt – nicht notwendigerweise auch von ihm selbst verfasst worden sein muss.

Sofern allerdings der Patient persönlich gegenüber dem Arzt erklärt, ihn von der Schweigepflicht zu entbinden (Dokumentation in der Behandlungskartei ist aus Sicht des Verfassers zwingend anzuraten) und diese Erklärung dann durch E-Mail bestätigt, dürfte dies nach Ansicht des Verfassers ausreichen. Jedoch wäre es in diesem Fall aus juristischer Sicht besser, während des persönlichen Gesprächs den Patienten gleich die Schweigepflichtentbindungserklärung in Gegenwart des Arztes unterschreiben zu lassen. ○

Heberer J. F+A: Schweigepflichtentbindungserklärung mittels E-Mailschreiben. 2019 Mai; 9(05): Artikel 04_10.



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



© iStock/stevecoleimages

Und auch das geht: Einzelpraxis und Belegarzt

Es gibt sie noch, die einzelärztliche chirurgische Praxis, aber es wird immer schwerer sich als einzelner Arzt zu halten.

Ich bin seit elf Jahren als Einzelarzt in einer chirurgischen Praxis in Schweinfurt (Unterfranken) niedergelassen und habe trotz erheblicher Konkurrenz ein gutes Auskommen.

WIE GEHT DAS?

Zunächst war und ist weiterhin eine solide Markt- und Umfeldrecherche unabdingbar. So habe ich zwar meine Praxis in einer Stadt mit einer chirurgischen Überversorgung von mehr als 200 % im Jahr 2008 übernommen. Aber die Stadt umfasst 53.450 Einwohner - mit



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

direkt umgebenden Gemeinden 106.500 Einwohner - und einem Einzugsgebiet von ca. 600.000 Einwohnern im Umland. Somit relativiert sich eine 200 % Überversorgung deutlich und kann bald eine Unterversorgung bedeuten. Zudem sitzt meine Praxis mitten zwischen großen Automobilzulieferern mit 52.900 Arbeitsplätzen und damit mit einem sehr großen Potenzial an BG-Fällen. Zudem ist meine Praxis die einzige Facharztpraxis im bevölkerungsreichsten Stadtteil mit 11.200 Einwohnern.

In meinem Einzugsgebiet gibt es zwölf Krankenhäuser, von der Universitätsklinik bis zum kleinen Belegkrankenhaus ist hier alles vertreten. Zudem gibt es mindestens elf größere chirurgisch/orthopädisch/unfallchirurgische Facharztzentren mit mindestens vier Ärzten.

Hier überlebt man nur mit besonderer Expertise und einem sehr wirtschaftlichen Management.

Unsere Expertise ist die breite Aufstellung und ein großes Feld der stationären Behandlungsmöglichkeiten, die nach außen immer noch als ein besonderes Qualitätsmerkmal (das Krankenhaus) gesehen werden.

Ein striktes Personal- und Wirtschaftsmanagement ist ebenso notwendig. Die Personalstruktur ist gestrafft, wobei auf eine sehr gute Personalentwicklung und Weiterbildung geachtet werden muss. Eine chirurgische Praxis mit Schwerpunkt auf Operationen muss OP-Kräfte, Sterilgutassistentinnen, Röntgenpersonal, QM, Praxismanagement und betriebswirtschaftliche Kompetenz

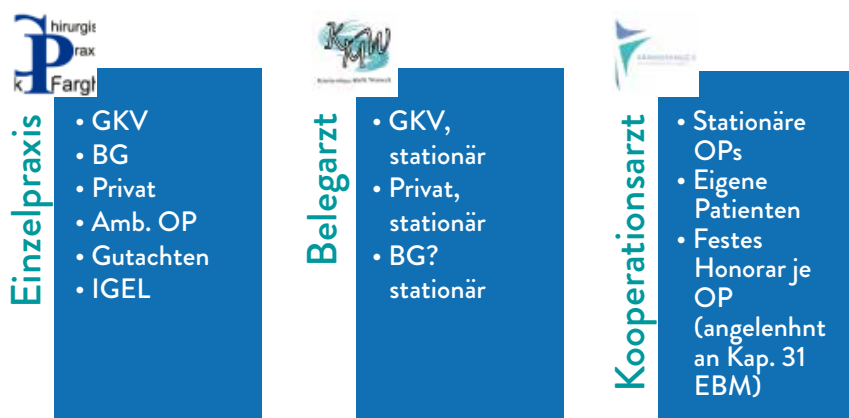


Abb 1: Was machen ich und mein Team?

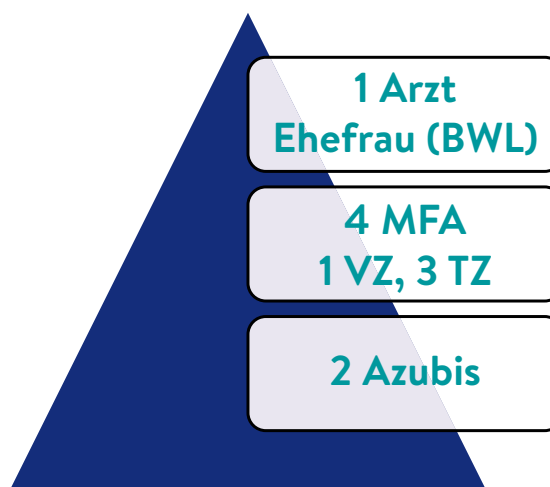


Abb 2: Wer sind wir?

Farghal D: Und auch das geht: Einzelpraxis und Belegarzt. Passion Chirurgie. 2019 Mai, 9(05): Artikel 05_01.



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

vorhalten. All diese Qualifikationen müssen erworben und bezahlt werden und sich natürlich auch im Gehalt niederlegen. Somit ist das Personal der größte Kostenblock. Ich darf dankbar sein, dass dies alles von meiner Ehefrau, die BWL studiert hat, wahrgenommen wird. Sie übernimmt auch die gesamte Geschäftsführung und damit den größten Teil der Verwaltung.

Somit kann ich mich als einziger Arzt voll auf die Medizin konzentrieren, was es natürlich ermöglicht deutlich mehr Patienten zu versorgen und dies an drei Standorten: in der Praxis, im Belegkrankenhaus und in der Kooperationsklinik. Ohne diese effektive Arbeitsteilung wäre dies unmöglich.

So haben wir in zehn Jahren 69.200 Patienten behandelt. Und dies bei nur einem Arzt! Also pro Jahr 6.920 Patienten! Die Krankenhausambulanz möchte ich sehen, bei der ein Arzt so viele Patienten im Jahr behandelt. Und diese Zahlen geben nur die Erstkontakte (oder Scheine) wieder und nicht die tatsächliche Anzahl der Kontakte, welche in der Realität noch viel höher liegt. Ich behaupte, so effektiv ist keine Krankenhausambulanz, gerechnet auf den einzelnen Arzt.

ABER JETZT ARBEITE ICH FÜR MICH UND DAMIT FÜR MEIN KONTO.

Mit einer 38,5 Stundenwoche ist dies nicht zu leisten, als D-Arzt muss ich 50 Stunden in der Woche präsent sein. Dazu kommen noch einige Stunden Administration in der Woche und die Dienste im Belegkrankenhaus und die KV-Dienste. Leider auch an Wochenenden, Feiertagen und in der Nacht. Also verabschieden wir uns mal davon, dass die chirurgische Niederlassung „chillig“ ist. In der Arbeitsbelastung unterscheidet sich das nicht von der Arbeit im Krankenhaus! Aber jetzt arbeite ich für mich und damit für mein Konto. Eine nicht zu unterschätzende Motivation oder warum sollte man sonst Unternehmer werden? Ich habe damit allerdings auch das Risiko des

Unternehmers und damit die Sorgen. Keine Lohnfortzahlungen, wenn ich ausfalle oder die Technik oder sonstige Ausfälle die Praxis lahmlegen, dann verdiene ich nichts mehr, die Kosten laufen aber weiter.

Somit zu einem wichtigen Teil der Niederlassung: der Versicherungen! Ich muss unbedingt dafür sorgen, dass meine Familie, mein Betrieb und ich ausreichend versichert sind. Neben Kranken-, Renten- und BG-Versicherung gehören hierzu Lebensversicherung, Rechtsschutzversicherung und natürlich die Haftpflichtversicherung, die mittlerweile für einen Belegarzt ca. 10.000 Euro ausmacht und damit bei mir noch recht günstig ist. Tipp

von mir: Gruppenversicherung des Berufsverbandes nutzen. Dazu kommen Betriebsausfallversicherung, Elektronikversicherung, Berufsunfähigkeit und nicht zu vergessen, die KFZ-Versicherung.

Niederlassung bedeutet aber auch Betriebsführung. Die Abbildungen 3 und 4 geben einen kleinen und unvollständigen Einblick in das, was noch zur Niederlassung gehört. Die zunehmende Bürokratie setzt zu, die gesetzlichen und behördlichen Anforderungen sind in den letzten Jahren massiv gestiegen. Hier sehe ich die eigentliche Gefahr für die Niederlassung, denn das ist in der Einzelarztpraxis bald nicht mehr zu stemmen. Neu ist die jetzt



Abb. 3: Was kommt noch dazu?



Abb. 4: Was noch?

GKV-Abrechnung, EBM

BG-Abrechnung, UV-GOÄ

Privatabrechnung, GOÄ

QEP, Qualitätsmanagement

KV-Zulassung, besondere

Leistungen

EDV, Telematik, Dale-UV,

KV-Safenet

Begehungen durch Behörden

Medizintechnik

Betriebsführung

-Buchhaltung, Gehälter

-Bilanz, Steuer, Finanzierung

Personalentwicklung

-Qualifizierung, Rö, Hygiene

-Personalgewinnung

Gesetzliche Regelungen

verschärfte DSGVO und nun kommt noch das Terminservice & Versorgungsgesetz (TSVG) hinzu. Das TSVG hat besondere Sprengkraft. Es sind nicht die 25 Stunden in der Woche, für uns Chirurgen geschenkt, es ist der drohende massive Eingriff in die Freiberuflichkeit und damit direkt in die Betriebsführung.

Ich muss mich um die Abrechnung, GKV, BG und GOÄ kümmern, das QM liegt in letzter Verantwortung bei mir. Ich muss mich um die entsprechenden KV-Zulassungen und damit um die Qualitätsanforderungen kümmern. Die EDV muss auch dem neusten Stand sein, Dale-UT, KV-Safenet und Telematik seien hier genannt. Hierdurch lassen sich aber auch Effizienzreserven nutzen. Begehungen von Behörden, Gewerbeaufsicht, Gesundheitsamt ggf. BG müssen begleitet werden. Arbeitsschutz, Hygieneschulung, Strahlenschutzbelehren, Med GV etc. gehören auch dazu.

Die Betriebsführung mit Buchhaltung, Gehältern, Steuern, Bilanzen, Finanzierungen müssen erledigt werden. Genauso wie die Personalentwicklung und Personalqualifizierung heute selbstverständlich sind. Unsere große Flexibilität kann sich für die Personalgewinnung auch als Vorteil zeigen. Die Gewinnung von entsprechend qualifiziertem Personal ist aber auch bei uns ein zunehmendes Problem.

Auch wenn es Arbeit macht, seinen Betrieb selbst planen und organisieren zu können ist eine nicht zu unterschätzende Freiheit. Und dies empfinde ich als sehr befriedigend. Ich bin der „Boss“, ich kann das machen was mir Spaß macht und was ich kann. Kann auch mal kurzfristig frei nehmen, meinen Urlaub nach meinem Gusto planen. Ich statte meine Praxis so aus, wie ich es will und so ich es auch bezahlen kann. Ich bin mit meinem Team meine eigene Marke, mit eigener Corporate Identity.

Alles was ich in der Praxis verwende muss angeschafft und gewartet ggf. validiert werden. Je mehr ich anbiete, umso mehr Arbeit macht das, aber umso mehr kann ich erwirtschaften. Dies soll gut abgewogen werden. Aber eine breite Aufstellung macht mich weniger anfällig gegen politische und



Abb. 5: Und das auch noch

Röntgen, Strahlenschutz
OP
Sterilisation, Hygiene
Sonographie
Instrumente, Wartung,
Service
EDV
Beschaffungswesen

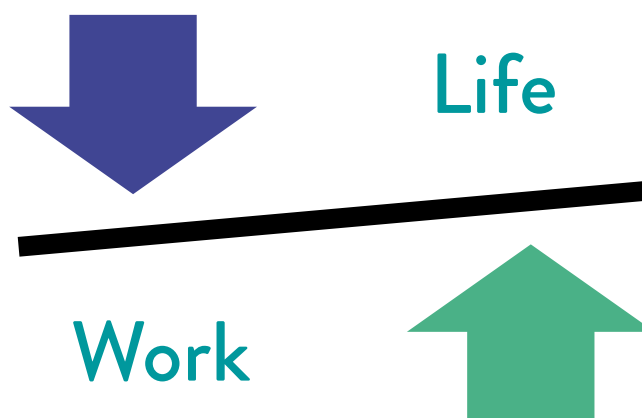


Abb. 6: Lohnt sich das?

wirtschaftliche Veränderungen. Als Einzelpraxis kann ich hierauf einfacher reagieren. Aber als Einzelkämpfer merke ich auch die Grenzen dessen, was ich leisten kann. Dies limitiert auch.

Die Frage, ob sich die Einzelpraxis lohnt, misst sich sehr an der Work-Life-Balance. Diese ist sehr individuell. Solange „Life“ noch das Übergewicht hat, kann ich dies für mich persönlich mit Ja beantworten. Auch finanziell lohnt es sich noch, auch wenn die Gewinnmargen immer kleiner werden, da die Kosten steigen, aber in einem budgetierten System leider die Einnahmen nicht in gleichem Maß, wie die zunehmenden Kosten.

Die Work-Life-Balance bemisst sich aber auch am Arbeitseinsatz. Hier sehe ich kaum noch Vorteile für „Life“, da die überbordende Bürokratie mehr und mehr Zeit beansprucht und meine Freizeit reduziert, aber auch die von mir als befriedigend empfundene Arbeit am Patienten zunehmend einschränkt.

Insgesamt kann ich sagen, dass sich der Schritt in die Selbständigkeit für mich gelohnt hat, aber die Umstände werden schwieriger. Für die Zukunft tendiere ich zur Berufsausübungsgemeinschaft, hier lassen sich Risiken, Kosten und Arbeit besser verteilen. Allerdings schränkt dieses Modell die unternehmerische Freiheit deutlich ein. ○



Friederike Burgdorf ist neue Geschäftsführerin

GESCHÄFTSFÜHRERWECHSEL IM BERUFSVERBAND DER DEUTSCHEN CHIRURGEN e.V. (BDC)



Berlin, 18. März 2019 – Dr. med. Friederike Burgdorf, M.Sc. ist seit 16. März neue Geschäftsführerin des Berufsverbandes der Deutschen Chirurgen e.V. (BDC) und der BDC Service GmbH.

Nach ihrer praktischen ärztlichen Tätigkeit in der Kardiologie war Friederike Burgdorf seit 2008 in verschiedenen Positionen in der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, u. a. den Bereichen Qualität und Honorar, tätig. Sie war Leiterin einer vorstandsnahen Stabsstelle und zuletzt Leiterin der Abteilung „Sektorenübergreifende Qualitätssicherung und Transparenz“. Die Ärztin und Gesundheitsökonomin promovierte in einem Graduiertenkolleg für „Bedarfsgerechte und kostengünstige Gesundheitsversorgung“ als Stipendiatin der Deutschen Forschungsgemeinschaft.

„Der BDC wird vor allem von Frau Burgdorfs umfangreicher Erfahrung im Gesundheitswesen und ihrem Netzwerk im gesundheitspolitischen Umfeld profitieren“, so BDC-Präsident Prof. Dr. med. Dr. h.c. Hans-Joachim Meyer. „Ich bin mir sicher, dass sie als erfahrene Führungskraft gemeinsam mit den Kolleginnen und Kollegen der BDC-Geschäftsstelle viele neue Projekte im Sinne der Mitglieder umsetzen wird.“

„Ich freue mich sehr über meine neue Position als Geschäftsführerin“, so die gebürtige Hamburgerin. „Vor allem das Thema Nachwuchsförderung, aber auch die Angebote für Mitglieder im Bereich E-Learning und Webinare werden vorerst im Fokus meiner Tätigkeit im BDC stehen“, erklärt Burgdorf. ○



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/)



Neuer Vizepräsident des Berufsverbandes der Deutschen Chirurgen



Berlin, 04. April 2019 – Dr. med. Peter Kalbe ist neuer Vizepräsident des Berufsverbandes der Deutschen Chirurgen e.V. (BDC). Peter Kalbe war bisher als Referatsleiter für niedergelassene Chirurgen und Chirurginnen Mitglied des erweiterten Vorstandes und wurde zum Nachfolger von Prof. Dr. med. Julia Seifert gewählt.

„Ich trete meine Position mit einem lachenden und einem weinenden Auge an. Denn so sehr ich mich über die Wahl zum Vizepräsidenten freue, bedauere ich sehr, dass Julia Seifert den BDC-Vorstand verlässt“, so Dr. med. Kalbe zu seinem Amtsantritt. Die bisherige Vizepräsidentin Julia Seifert wird weiterhin – vor allem bei den Themen Hygiene und Weiterbildungsordnung – eng mit dem erweiterten BDC-Vorstand zusammenarbeiten. „Wir wissen ihr großartiges Engagement für den BDC über viele Jahre sehr zu schätzen und freuen uns auch in Zukunft über ihre aktive Unterstützung“, betont der BDC-Präsident Professor Dr. med. Dr. h.c. Hans-Joachim Meyer.

Peter Kalbe engagiert sich schon viele Jahre ehrenamtlich für den Berufsverband: 12 Jahre lang als Landesvorsitzender in Niedersachsen und seit 2011 als Leiter des Referats für Niedergelassene. Er ist u. a. auch in zahlreichen Gremien der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen und als Delegierter bei der Kassenärztlichen Bundesvereinigung aktiv. Seit 1989 hat er eine sektorenübergreifenden Gemeinschaftspraxis mit einer engen Klinik-Kooperation unter dem Namen „Gelenkzentrum Schaumburg“ mit aufgebaut. Seine Weiterbildung absolvierte er in der Unfallchirurgischen Klinik der Medizinischen Hochschule Hannover bei den Professoren H. Tscherne, R. Pichlmayr und H.-G. Borst sowie in der Klinik für Hand-, Plastische- und Wiederherstellungs-Chirurgie in der Unfallklinik des Friederikenstiftes Hannover (Dr. med. D. Gadzaly). Kalbe ist verheiratet und hat drei erwachsene Kinder. Er lebt und arbeitet in Rinteln in Niedersachsen.



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/)

AKTUELLE MELDUNGEN



29.04.2019

WELTÄRZTEBUND WÄHLT MONTGOMERY ZUM VORSTANDSVORSITZENDEN

Der Präsident der Bundesärztekammer, Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery, wurde auf der Sitzung des Vorstandes des Weltärztebundes (World Medical Association, WMA) am 25.04.2019 in Santiago de Chile einstimmig ...



26.04.2019

TI-ANSCHLUSS: KONNEKTOR BIETET OPTIMALEN SCHUTZ

Angesichts von Meldungen über angeblich fehlerhaft gelegte Anschlüsse an die Telematikinfrastruktur warnt die KBV vor falschen Schlussfolgerungen. „Bei ordnungsgemäßer Installation dient der Konnektor ...



24.04.2019

ZEITGEMÄSSE AUSBILDUNG ZU GESUNDHEITSBERUFEN

Neuerungen für PTAs, einheitliche Ausbildung für ATAs und OTAs. Bundesgesundheitsminister Jens Spahn hat zwei weitere Ausbildungsreformen für Gesundheitsberufe auf den Weg gebracht



18.04.2019

AMBULANTES OPERIEREN 2018: TIEFE GRÄBEN ODER ZUSAMMENARBEIT?

Im Langenbeck-Virchow-Haus in Berlin fand am 7. und 8. Dezember 2018 das „4. Forum Ambulantes Operieren“ statt. Gut 120 Betreiber von ambulanten OP-Zentren, Operateure und Anästhesisten tauschten ...



16.04.2019

BDC⁺ KI BEDEUTET FÜR ÄRZTE NICHT DAS K.O.

Neuartige Therapien (advanced therapy medicinal products, ATMP) wie langwirksame, Heilung versprechende Gentherapien sowie beschleunigte europäische Zulassungsverfahren werfen eine Reihe von Fragen auf, ...



15.04.2019

PATIENTENBEDÜRFNISSE MÜSSEN WIEDER IM MITTELPUNKT STEHEN

Jeden Tag spüren Patienten, Ärzte und Pflegende den ökonomischen Druck im Gesundheitswesen. In einem solidarisch finanzierten Gesundheitssystem müssen die zur Verfügung stehenden Mittel angemessen, ...

Rekrutierende multizentrische chirurgische Studien in Deutschland

AUS DER
DGCH

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

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

KONTAKT

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

MULTIZENTRISCH RANDOMISIERT KONTROLLIERTE STUDIEN

STUDIENLEITER	PATIENTEN/OP.-VERFAHREN	FIRST PATIENT IN/ STATUS DER STUDIE	FINANZIERUNG DER STUDIE/FALLGELD	ANSPRECHPARTNER/ KONTAKT
Studientitel: AWARE₂ Registriernummer: NCT01181206				
PD Dr. J. C. Lauscher Prof. Dr. M. E. Kreis Prof. Dr. J.-P. Ritz Prof. Dr. H. J. Buhr	Oligosymptomatische Narbenhernie (Abwesenheit des hernienbezogenen Schmerzes oder von Beschwerden, die die normalen Aktivitäten beeinträchtigen) Experimentelle Gruppe: Watchful waiting Kontrollgruppe: operative Versorgung (offene Netzverfahren, laparoskopische Netzverfahren, offene Nahtverfahren)	FPI: 14.11.2011 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

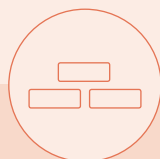
MULTIZENTRISCH RANDOMISIERT KONTROLLIERTE STUDIEN				
STUDIENLEITER	PATIENTEN/OP.-VERFAHREN	FIRST PATIENT IN/ STATUS DER STUDIE	FINANZIERUNG DER STUDIE/FALLGELD	ANSPRECHPARTNER/ KONTAKT
Studientitel: BIOLAP₃, Registrierungsnummer: DRKS00010178				
Prof. Dr. med. M. Heiss	Primäre bilaterale Leistenhernien 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: PONIY₉ 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				

SPENDENAUFRAF

Langenbeck-Virchow-Haus



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

sich mit einem Spendenaufruf an die Mitglieder zu wenden.

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

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

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



Prof. Dr. med. M. Anthuber

Präsident

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

Generalsekretär

Prof. Dr. med. J. Werner

Schatzmeister

Bausteine Langenbeck-Virchow-Haus

**Die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie dankt Spendern,
die mit ihren Bausteinen zur Ausgestaltung und zum Unterhalt
des Langenbeck-Virchow-Hauses beigetragen haben.**

BAUSTEIN IN GOLD

Vereinigung Mittelrheinischer Chirurgen
Herr Prof. Dr. med. Hans-Jürgen Peiper,
Göttingen
in memoriam Prof. Dr. med. Herbert
Peiper, Berlin und Mainz
Herr Prof. Dr. med. Dr. h.c. Karl-Walter Jauch,
München
in memoriam Prof. Dr. med. Georg
Heberer, München
Herr Prof. Dr. med. Reiner Gradinger,
München
Berufsverband der Deutschen Chirurgen e.V.
in memoriam Prof. Dr. med. Jens Witte
AO Deutschland, Arbeitsgemeinschaft für
Osteosynthesefragen, Berlin
Herr Prof. Dr. med. Dr. h.c. Axel Haverich,
Hannover
Herr Prof. Dr. med. Dr. h.c. Markus Büchler,
Heidelberg
DGTHG – 1971 mit Dank an die
Gründungsmitglieder
Herr Prof. Dr. med. Joachim Jähne, Hannover
in memoriam Manfred und Helmi Jähne,
Essen
Herr Prof. Dr. med. Uwe Klinge, Aachen
Herr Prof. Dr. med. Erhard Kiffner, Karlsruhe
in memoriam Prof. Dr. med. W. Brendel,
Prof. Dr. med. R. Zenker, Dr. med.
R. Kiffner
AIOD Deutschland e. V., Düsseldorf

Familie und Freunde Dr. Schreiter,
Hamburg
in memoriam Dr. med. Friedemann
Schreiter
Herr Prof. Dr. med. Hans Ulrich Steinau,
Bochum
Deutsche Gesellschaft der Plastischen,
Rekonstruktiven und Ästhetischen
Chirurgen e.V.
Herr Dr. med. Ernst Derra und Frau Dr. med.
Hildegard Derra-Henneke, Düsseldorf und
München
in memoriam Prof. Dr. med. Dr. h.c. mult.
Ernst Derra, Düsseldorf
Herr Prof. Dr. med. Dr. h.c. mult. Roland
Hetzer, Berlin
Herr Prof. Dr. med. Roderich Schwarz, Bristol,
Indiana, USA
in memoriam Prof. Dr. med. Wilhelm
Müller, Rostock und Prof. Dr. med. Egbert
Schwarz, Erfurt
Herr Prof. Dr. med. Jürgen Ennker und
Frau PD Dr. med. Ina Carolin Ennker, Berlin

BAUSTEIN IN SILBER

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

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

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

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 Zwiipp, 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 Kothén,
 Tegernsee
 Herr Dr. med. Jürgen Friedrich, Essen
 Herr Dr. med. Arnd Siegel, Stade
 in memoriam Prof. Dr. med. Rudolf Nissen
 Herr Dr. med. Michael-Alexander Reinke,
 Plettenberg
 in memoriam Prof. Dr. med. E.H.
 Farthmann
 Saarländische Chirurgenvereinigung e.V.,
 Saarbrücken
 Herr Dr. med. Johannes Zeller, Laufenburg
 in memoriam Prof. Dr. med. Manfred
 Schmolke, Düsseldorf
 Herr Prof. Tomislav Stojanovic
 Dr. med. Radovan Stojanovic, Wolfsburg
 in memoriam Prof. Dr. med. Heinz Becker,
 Göttingen
 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
 Herr Prof. Dr. med. Roland Eisele,
 Göppingen

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



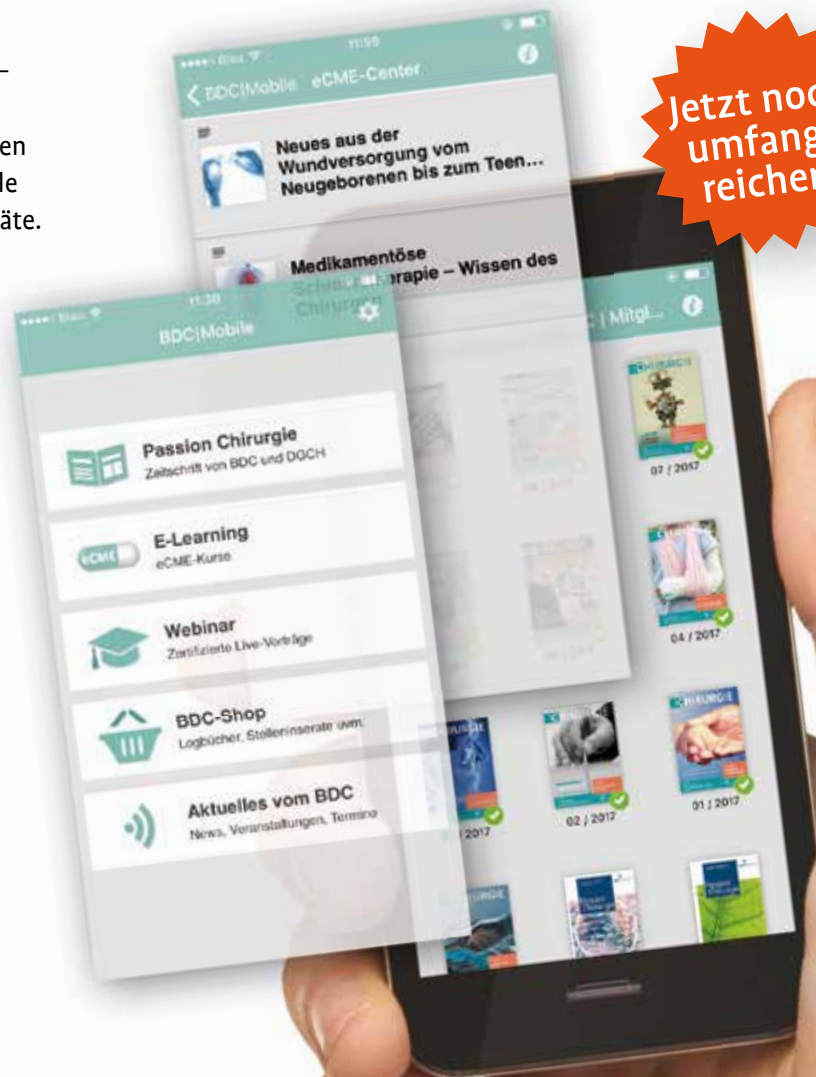
BDC|Mobile

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.

BDC|Mobile beinhaltet:

- **Passion Chirurgie**
Die Mitgliederzeitschrift
von BDC und DGCH
- **E-Learning Kurse**
des eCME-Centers
- **Neu: Webinare**
Zertifizierte Live-Vorträge
- **Neu: BDC|Shop**
mit Logbüchern, Stellen-
anzeigenbuchung uvm.
- **Aktuelles vom BDC**
News, Veranstaltungen, Termine



Wie bekomme ich BDC|Mobile?

Für Ihr iPhone oder iPad laden Sie BDC|Mobile aus dem Apple AppStore. Als Besitzer eines Android Smartphones oder Tablets laden Sie BDC|Mobile aus Google Play herunter. Die App finden Sie in den Stores unter den Stichwörtern „BDC“ und „Chirurg“. Einfach diese App installieren und starten.





Das Referat für „Medizinische Dokumentation, Klinik- und Leistungsmanagement“ stellt sich vor



Prof. Dr. med. Thomas Auhuber
Leiter Medizinmanagement
BG Klinikum Unfallkrankenhaus Berlin
gGmbH
Warener Str. 7
12683 Berlin
thomas.auhuber@ukb.de
www.ukb.de

Das Referat „Medizinische Dokumentation, Klinik- und Leistungsmanagement“ wurde implementiert, um den aktuellen Herausforderungen der Chirurgie zwischen Medizin und Ökonomie im Bereich der Medizinischen Dokumentation, des Klinik- und Leistungsmanagements gerecht zu werden. Diverse gesetzliche Änderungen, G-BA-Vorgaben, Qualitätssicherungs-, Klassifikations- und Entgeltsysteme beeinflussen und begleiten täglich das ärztliche Handeln: Leistungen sollen transparent gemacht werden, Entgeltsysteme folgen der Leistung. Rechtssicherheit in Kodierung und Abrechnung ist ebenso wichtig wie die Abbildung etablierter und innovativer Verfahren in der Chirurgie. Gleichzeitig sollen Wirtschaftlichkeits-, Sparsamkeits- und Effizienzkriterien Anwendung finden. Darüber hinaus spielen Aspekte der Digitalisierung eine immer größere Rolle.

Das Referat ist Ansprechpartner rund um die Themen DRG, stationäre Krankenhausabrechnung, Zusatzentgelte, NUB-Verfahren, ICD- und OPS-Kodierung, Vorschlagsverfahren

(DIMDI/InEK), Budgetverhandlungen, Medizincontrolling, OP-Management und Medizinmanagement. Das Angebot soll helfen, das Verständnis zwischen Ärztinnen/Ärzten und der Administration zu fördern und damit einen Beitrag zu verbesserten chirurgischen Versorgungsstrukturen leisten. Ein besonderes Augenmerk liegt dabei auf der Bündelung der fachchirurgischen Interessen und dem interdisziplinären Dialog mit anderen Fachgesellschaften, (Berufs-)Verbänden, Referaten und Partnern der Selbstverwaltung.

Das Referat wird von Prof. Dr. Thomas Auhuber geleitet. Er vertritt die Interessen der Chirurgie in diversen berufspolitischen Foren, gesundheitspolitischen Gremien und Arbeitsgruppen. Es werden regelmäßig Seminare durchgeführt und Publikationen herausgegeben.

Das Referat lebt von Ideen, Visionen und Expertise. Input und Anregungen sind jederzeit willkommen.

Auhuber T: Das Referat für „Medizinische Dokumentation, Klinik- und Leistungsmanagement“ stellt sich vor. *Passion Chirurgie*. 2019 Mai; 9(05): Artikel 07_01.



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

DCK 2019 IN MÜNCHEN



Dr. Rüggeberg erhält Siegel der DGCH

Die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie ehrt Herrn Dr. Jörg-Andreas Rüggeberg mit ihrem Siegel als Zeichen der Verbundenheit mit dem Berufsverband Deutscher Chirurgen und für seine Verdienste bei der Entwicklung einer weiteren engen fachlichen und freundschaftlichen Kooperation mit der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie. Das Siegel wurde beim Kongress der DGCH in München verliehen.

BASISCHIRURGIE



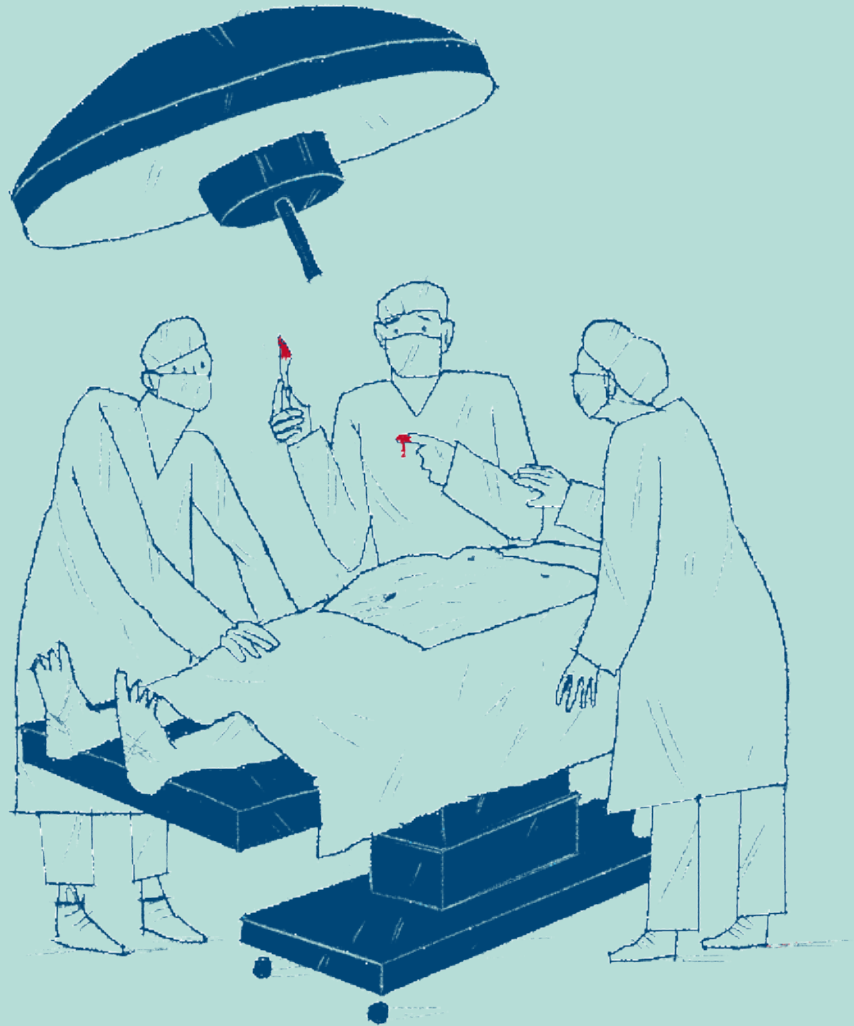
4. Kurs Fundamental Critical Care Support

Der Kurs wendet sich an Kolleginnen und Kollegen aller an der Intensivmedizin beteiligten Fachrichtungen – mit dem Ziel, das nötige Wissen zum Einstieg den Einsatz auf der Intensivstation praxisorientiert zu vermitteln. Der Kurs verfolgt das Konzept des „Switched Classroom“. Die Theorie wird vorab in einem Textbook vermittelt, wobei der Lernerfolg mit einem Pre-Test kontrolliert wird. Im Kurs selber wird dieses Wissen mit dem größtmöglichen Praxisbezug anhand von Fallbeispielen und Skill-Stations angewendet und vertieft.

Informationen und Anmeldung...



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



Am Ende braucht jeder einen Verband.



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

- Seminare, Webinare und E-Learning 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

BDC | Landesverbände

BDC | Westfalen-Lippe

Vorsitzender
Prof. Dr. med. Waldemar Uhl, MHSA

Stellv. Vorsitzender und Regionalvertreter NL
Jerzy Wielowiejski

BDC | Bremen

Vorsitzender
Prof. Dr. med. Michael Paul Hahn

Stellv. Vorsitzender
Prof. Dr. med. Heiner Wenk

Regionalvertreter NL
Dr. med. Björn Ackermann

BDC | Hamburg

Vorsitzender
Dr. med. Christopher Wenck

Stellv. Vorsitzender
Dr. med. Thomas Mansfeld

Regionalvertreter NL
Dr. med. Matthias Kemnitz

Stellv. Regionalvertreter NL
Dr. med. Gerd Fass

BDC | Schleswig-Holstein

Vorsitzender
Dr. med. Ralf Wilhelm Schmitz

Stellv. Vorsitzender
Dr. med. Michael Müller

Regionalvertreter NL
Dr. med. Ralf Wilhelm Schmitz

Stellv. Regionalvertreter NL
Dr. med. Bertram Wittrin

BDC | Nordrhein

Vorsitzender
Dr. med. 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



DER BDC IN DEN BUNDESLÄNDERN

Der BDC ist in allen Regionen Deutschlands tätig und bietet Ihnen lokale Ansprechpartner. Suchen Sie sich den Landesverband, der für Ihre Arbeitsadresse zuständig ist, heraus. Auf der nebenstehenden Abbildung finden Sie die Namen der Mandatsträger aus Ihrem BDC|Landesverband. Die Kontaktdaten der Mandatsträger finden Sie auf BDC|Online (s. u.).

Sprecher der Landesvertreter

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

www.bdc.de/bdc-landesverbände



Weitere Informationen finden Sie auf BDC|Online im Bereich DER BDC

BDC | Mecklenburg

Vorsitzender
PD Dr. med. Lutz Wilhelm

Regionalvertreter NL
Dr. med. Andreas Oling

Regionalvertreter NL
Dr. med. Thomas Nowotny

BDC | Berlin

1. Vorsitzender
Dr. med. Ralph Lorenz

2. Vorsitzende
Ira Klink

3. Vorsitzender
Dr. med. Thomas Stoffels

Regionalvertreter NL
Dr. med. Frank-Joachim Peter

Stellv. Regionalvertreter NL
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

05.04.2019 ÄrzteZeitung

Chirurgen fordern ein Lifting ihres Fachs

Die Chirurgie steht bei angehenden Ärzten nicht hoch im Kurs. Nachwuchsmediziner für diesen Bereich zu gewinnen ist eine besondere Herausforderung, sagte Professor Hans-Joachim Meyer, Generalsekretär der DGCH und Präsident des BDC. ...

05.04.2019 arzt-wirtschaft.de

Immer weniger Allgemeinchirurgen: BDC kritisiert Bedarfsplanung

Die Bundesregierung möchte die flächendeckende Patientenversorgung auch in der Chirurgie verbessern. Die aktuelle Bedarfsplanung ist allerdings kaum dazu geeignet, dieses Ziel zu erreichen, meint der Berufsverband der Deutschen Chirurgen e.V. (BDC). ...

04.04.2019 Schaumburger Zeitung

Peter Kalbe ist Chirurgen-Vizepräsident

Dr. med. Peter Kalbe ist seit April neuer Vizepräsident des Berufsverbandes der Deutschen Chirurgen (BDC). Der Rinteler war bisher als Referatsleiter für niedergelassene Chirurgen und Chirurgeninnen Mitglied des erweiterten Vorstandes und wurde zum Nachfolger von Prof. Dr. med. Julia Seifert gewählt. ...

28.03.2019 Deutsches Verbände Forum

Expertenstatement: Immer weniger Allgemeinchirurgen in der Fläche / BDC kritisiert undifferenzierte Bedarfsplanung

Die Bundesregierung hat sich zum Ziel gesetzt, die flächendeckende Patientenversorgung durch Fachärzte zu verbessern, auch in der Chirurgie. Die neue Bedarfsplanung wird nach der Zusammenlegung von Chirurgie und Orthopädie in den kommenden Jahren allerdings dafür sorgen, dass immer mehr klassisch ...

26.03.2019 MedMix

Gesundheitspolitik Deutschland: was man zukünftig erwarten kann

In der letzten Legislaturperiode hat sich Hermann Gröhe als Bundesgesundheitsminister mit 25 Gesetzesvorlagen bereits als außerordentlich produktiv gezeigt. Dabei war er jeweils bemüht, diese möglichst im Konsens entsprechend umzusetzen. ...

26.03.2019 Dents

Rosig oder ungewiss - Wie steht es um Zukunft der Chirurgie?

Nachwuchs, Sektorengrenzen, Finanzierung - alles bekannte Stichworte, die entscheidend für die künftige Entwicklung des Fachbereichs Chirurgie sind. Der BDC machte im Februar ...

19.03.2019 MedMix

Junge Chirurgie: Wie kann man chirurgischen Nachwuchs gewinnen?

Nachwuchs in der Chirurgie gehört gefördert. Denn Studien berichten über ansteigende Burnout-Raten bei Klinikärzten. Woher rührt die totale Erschöpfung?

18.03.2019 Management & Krankenhaus

BDC: Dr. Friederike Burgdorf ist neue Geschäftsführerin

Dr. Friederike Burgdorf, M.Sc. ist seit 16. März neue Geschäftsführerin des Berufsverbandes der Deutschen Chirurgen e.V. (BDC) und der BDC Service GmbH. Nach ihrer praktischen ärztlichen Tätigkeit in der Kardiologie war Friederike Burgdorf seit 2008 in verschiedenen Positionen in der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, u. a. den Bereichen Qualität und Honorar, tätig.

26.02.2019 ärzteblatt.de

Chirurgen setzen auf das Praktische Jahr für die Nachwuchsgewinnung

Der Berufsverband der Deutschen Chirurgen (BDC) will seine Nachwuchsarbeit ausbauen und dabei unter anderem auf das Praktische Jahr (PJ) setzen. „2025 werden wahrscheinlich 10.000 Chirurgen fehlen. Wir können es uns einfach nicht leisten, Studierende im PJ zu verprellen“ ...

22.02.2019 Blickpunkt Deutschland

Journalistenpreis der Deutschen Chirurgen würdigt Beitrag zur Organspende

Der Berufsverband der Deutschen Chirurgen e.V. (BDC) hat einen herausragenden Beitrag aus dem Jugendmagazin flutter 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.

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
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	4. 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
15.11.2019	16.11.2019	Leipzig	2019-21521	Notfallmanagement im Bereitschaftsdienst	Dr. med. Ehrhardt Weiß	100,00	200,00

FACHARTZTVORBEREITUNG

DATUM		ORT	KURS-NR.	SEMINARTITEL	WISSENSCHAFTLICHER LEITER	PREIS MITGLIED	PREIS NICHT-MGL
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
04.11.2019	08.11.2019	Dortmund	2019-22530	Allgemeinchirurgie	PD Dr. med. Maximilian Schmedding; Dr. med. Jens-Peter Stahl	350,00	550,00
04.11.2019	07.11.2019	Hamburg	2019-23672	Viszeralchirurgie	Prof. Dr. med. Jakob Izbicki; Dr. med. Philipp Busch	350,00	550,00
04.11.2019	08.11.2019	Erfurt	2019-23822	Orthopädie/Unfallchirurgie	Prof. Dr. med. Thomas Mückley	350,00	550,00

FACHBEZOGENE SEMINARE, WORKSHOPS UND HOSPITATIONEN

DATUM		ORT	KURS-NR.	SEMINARTITEL	WISSENSCHAFTLICHER LEITER	PREIS MITGLIED	PREIS NICHT-MGL
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 „Magenkarzinom“	Prof. Dr. med. Dr. h.c. Hans-Joachim Meyer		

FACHBEZOGENE SEMINARE, WORKSHOPS UND HOSPITATIONEN							
DATUM		ORT	KURS-NR.	SEMINARTITEL	WISSENSCHAFTLICHER LEITER	PREIS MITGLIED	PREIS NICHT-MGL
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: Beckenbodenchirurgie	PD Dr. med. Annett Gauruder-Burmester	300,00	500,00
19.09.2019	20.09.2019	Berlin	2019-22401	CAMIC 1	Prof. Dr. med. Ferdinand Köckerling	400,00	600,00
23.09.2019	24.09.2019	Norderstedt	2019-23617	Orthotrauma: Zugangswege untere Extremität	Prof. Dr. med. Burkhard Wippermann	800,00	1.000,00
26.09.2019				Webinar: S1-Leitlinie „Vordere Kreuzbandruptur“	Prof. Dr. med. Mirco Herbort		
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
17.10.2019				Webinar: S3-Leitlinie „Gallensteine“	Prof. Dr. med. Dr. h.c. Carsten Gutt		
7.11.2019	08.11.2019	Berlin	2019-22405	CAMIC 3	Prof. Dr. med. Ferdinand Köckerling	400,00	600,00
14.11.2019				Webinar: S2e-Leitlinie „Schenkelhalsfrakturen“	Prof. Dr. med. Felix Bonnaire		
14.11.2019	15.11.2019	München	2019-23676	Viszeralchirurgie Kompakt: Rektum- und Analfistelchirurgie	Prof. Dr. med. Reinhard Ruppert	300,00	500,00
14.11.2019	15.11.2019	Köln	2019-23684	Viszeralchirurgie Kompakt: Pankreaschirurgie	Prof. Dr. med. Christiane Bruns; PD Dr. med. Felix Popp	300,00	500,00
15.11.2019	15.11.2019	Berlin	2019-23687	Management von Anastomosensuffizienzen am oberen Gastrointestinaltrakt	Prof. Dr. med. Clemens Schafmayer	250,00	300,00
18.11.2019	19.11.2019	Köln	2019-23635	9. Thoraxchirurgischer Kurs, Teil 1, Grundkurs	Prof. Dr. med. Erich Stoelben	400,00	500,00
19.11.2019	20.11.2019	Berlin	2019-23616	Deformitätenkorrektur mittels Ringfixateur und Hexapoden	Prof. Dr. med. Robert Rödl	400,00	600,00
21.11.2019	23.11.2019	München	2019-23613	Osteosyntheseverfahren an der unteren Extremität	Prof. Dr. med. Peter Biberthaler	400,00	600,00
21.11.2019	22.11.2019	Berlin	2019-22409	Masterclass Hernienchirurgie	Prof. Dr. med. Ferdinand Köckerling	400,00	600,00
28.11.2019	29.11.2019	Frankfurt am Main	2019-23674	Viszeralchirurgie Kompakt: Adipositas- und Metabolische Chirurgie	Dr. med. Sylvia Weiner	300,00	400,00

FACHÜBERGREIFENDE SEMINARE							
DATUM		ORT	KURS-NR.	SEMINARTITEL	WISSENSCHAFTLICHER LEITER	PREIS MITGLIED	PREIS NICHT-MGL
14.06.2019	15.06.2019	Berlin	2019-28136a	Mastertrainer für die Strukturierte Facharztweiterbildung	Prof. Dr. med. Marcus Siebolds	300,00	400,00
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 hygienebeauftragte Ärzte	Prof. Dr. med. Julia Seifert; Prof. Dr. med. Axel Kramer		

FACHÜBERGREIFENDE SEMINARE

DATUM		ORT	KURS-NR.	SEMINARTITEL	WISSENSCHAFTLICHER LEITER	PREIS MITGLIED	PREIS NICHT-MGL
08.11.2019	09.11.2019	Hannover	2019-24710	Abschlusscolloquium hygienebeauftragte Ärzte speziell für Niedergelassene	Dr. med. Peter Kalbe		
15.11.2019	16.11.2019	Meißen	2019-24711	Abschlusscolloquium hygienebeauftragte Ärzte	Prof. Dr. med. Axel Kramer		

SOFTSKILL- & MANAGEMENTSEMINARE

DATUM		ORT	KURS-NR.	SEMINARTITEL	WISSENSCHAFTLICHER LEITER	PREIS MITGLIED	PREIS NICHT-MGL
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
15.11.2019	16.11.2019	Berlin	2019-24600	Der Chirurg als leitender Arzt	Prof. Dr. med. Heinz-Jochen Gassel	400,00	600,00
11.11.2019		Berlin	2019-24714	G-DRG Update 2020	Dr. med. Rolf Bartkowski; Prof. Dr. med. Thomas Auhuber	200,00	400,00
21.11.2019	23.11.2019	Köln	2019-25810	Unfallbegutachtung in der gesetzlichen Unfallversicherung	Prof. Dr. med. Bertil Boullion; Dr. med. Ekkehard Hierholzer	400,00	600,00
29.11.2019	30.11.2019	Berlin	2019-24705	Innovative Führungs- und Personalpraxis im Gesundheitswesen	Prof. Dr. soz. Margit Geiger	400,00	600,00
29.11.2019	30.11.2019	Dresden	2019-23631	Kindertraumatologie für D-Ärzte	Prof. Dr. med. Guido Fitze	300,00	500,00

BDC|Akademie

Information und Anmeldung:

Tel: 030/28004-120, Fax: 030/28004-108 oder per E-Mail: akademie@bdc.deoder über BDC|Online unter www.bdc.de, Rubrik BDC|Akademie | Alle Veranstaltungen

SPONSOREN DER BDC|AKADEMIE

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

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

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

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



Veranstaltungshinweise

Datum		Ort	Seminartitel	Veranstalter	Preis Mitglied	Preis Nicht-Mitglied
23.05.19	24.05.19	Düsseldorf	17. Jahrestagung der Deutschen Herniengesellschaft	event lab. GmbH	55,00	55,00
24.05.19	25.05.19	Bonn	Bonner Orthopädie- und Unfalltage 2019 "Probleme Schultern"	Klinik und Poliklinik für Orthopädie und Unfallchirurgie Universitätsklinikum Bonn	72,00	90,00
20.06.19	21.06.19	Hamburg	6. Norddeutscher Kniearthroskopiekurs Basiskurs mit Hands-on am Humanpräparat	CSi Hamburg GmbH	450,00	450,00
27.06.19	29.06.19	Tübingen	Grundtechniken der Laparoskopie	Universitätsklinikum Tübingen Klinik für Allgemeine, Viszeral- und Transplantation- schirurgie AG Chirurgische Technologie und Training	345,00	345,00
27.06.19	28.06.19	Schwerin	202. Tagung der Vereinigung Norddeutscher Chirurgen	Vereinigung Norddeutscher Chirurgen (NDCH) e.V.	75,00	75,00
27.06.19	29.06.19	Salzburg	34. Jahreskongress der GOTS	Intercongress GmbH		
18.07.19	20.07.19	Tübingen	Grundtechniken der Laparoskopie	Universitätsklinikum Tübingen Klinik für Allgemeine, Viszeral- und Transplantation- schirurgie AG Chirurgische Technologie und Training	345,00	345,00
14.08.19		Berlin	14. Hauptstadt-Symposium Thoraxchirurgie	Ev. Lungenklinik Berlin, Thoraxchirurgie		
30.08.19	15.09.19	Braunschweig	Palliativmedizin für Ärzte	BSG Braunschweiger Studieninstitut für Gesundheitspflege GmbH		720,00
02.09.19	20.09.19	Braunschweig	Basiskurs Wundexperte ICW	BSG Braunschweiger Studieninstitut für Gesundheitspflege GmbH		960,00
02.09.19	07.09.19	Köln	IHK-Fortbildungsgang: «MVZ-Geschäftsführer/in (IHK)» - Präsenzveranstaltung in Köln	Frielingsdorf Consult GmbH	3.504,55	3.867,50
03.09.19	03.09.19	Köln	KV-Honorarbescheide: Richtig lesen und verstehen!	Frielingsdorf Consult GmbH	464,10	583,10
06.09.19	06.09.19	Hannover	Zertifikatskurs Fraktursonografie im Wachstumsalter	durchblicken.org	250,00	250,00
20.09.19	20.09.19	Erfurt	Zertifikatskurs Fraktursonografie im Wachstumsalter	durchblicken.org	250,00	250,00
25.09.19	25.09.19	Köln	GOÄ: Orthopädie / Unfallchirurgie / Chirurgie - Fachgruppenspezifisches Abrechnungs-Training	Frielingsdorf Consult GmbH	464,10	583,10
09.10.19	10.05.19	Bad Steinfels- tein	Kniegelenknahe Osteotomien	Intercongress GmbH		
11.10.19	11.10.19	Dinslaken	Laparoskopie-Workshop Grundkurs - Trainingskurs Minimal Invasive Chirurgie für Chirurgen	Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie -Zentrum für Minimal Invasive Chirurgie - St. Vinzenz-Hospital Dinslaken	120,00	120,00
17.10.19	19.10.19	Tübingen	Grundtechniken der Laparoskopie	Universitätsklinikum Tübingen Klinik für Allgemeine, Viszeral- und Transplantation- schirurgie AG Chirurgische Technologie und Training	345,00	345,00
22.10.19	25.10.19	Berlin	DKOU 2019	Intercongress GmbH		
25.10.19	25.10.19	Berlin	Fraktursonografie im Wachstumsalter	durchblicken.org	250,00	250,00
25.10.19	10.11.19	Braunschweig	Hygienebeauftragter Arzt - Grundkurs	BSG Braunschweiger Studieninstitut für Gesundheitspflege GmbH		720,00
04.11.19	08.11.19	Köln	IHK-Fortbildungsgang: «Praxismanager/in (IHK) - Arztpraxis / MVZ	Frielingsdorf Consult GmbH	2.409,75	2.677,50

LIFESTYLE- ANGEBOTE

im Mai 2019

%

40 %



BAUKNECHT: BIS ZU 40 % RABATT FÜR BDC-MITGLIEDER

14 %



JOCHEN SCHWEIZER: 14 % RABATT FÜR BDC-MITGLIEDER

35 %



SPA GROUP EUROPE: 35 % RABATT FÜR BDC-MITGLIEDER

20 %



BLOMUS: 20 % RABATT FÜR BDC-MITGLIEDER

WIE KANN ICH DIE ANGEBOTE IN ANSPRUCH NEHMEN?

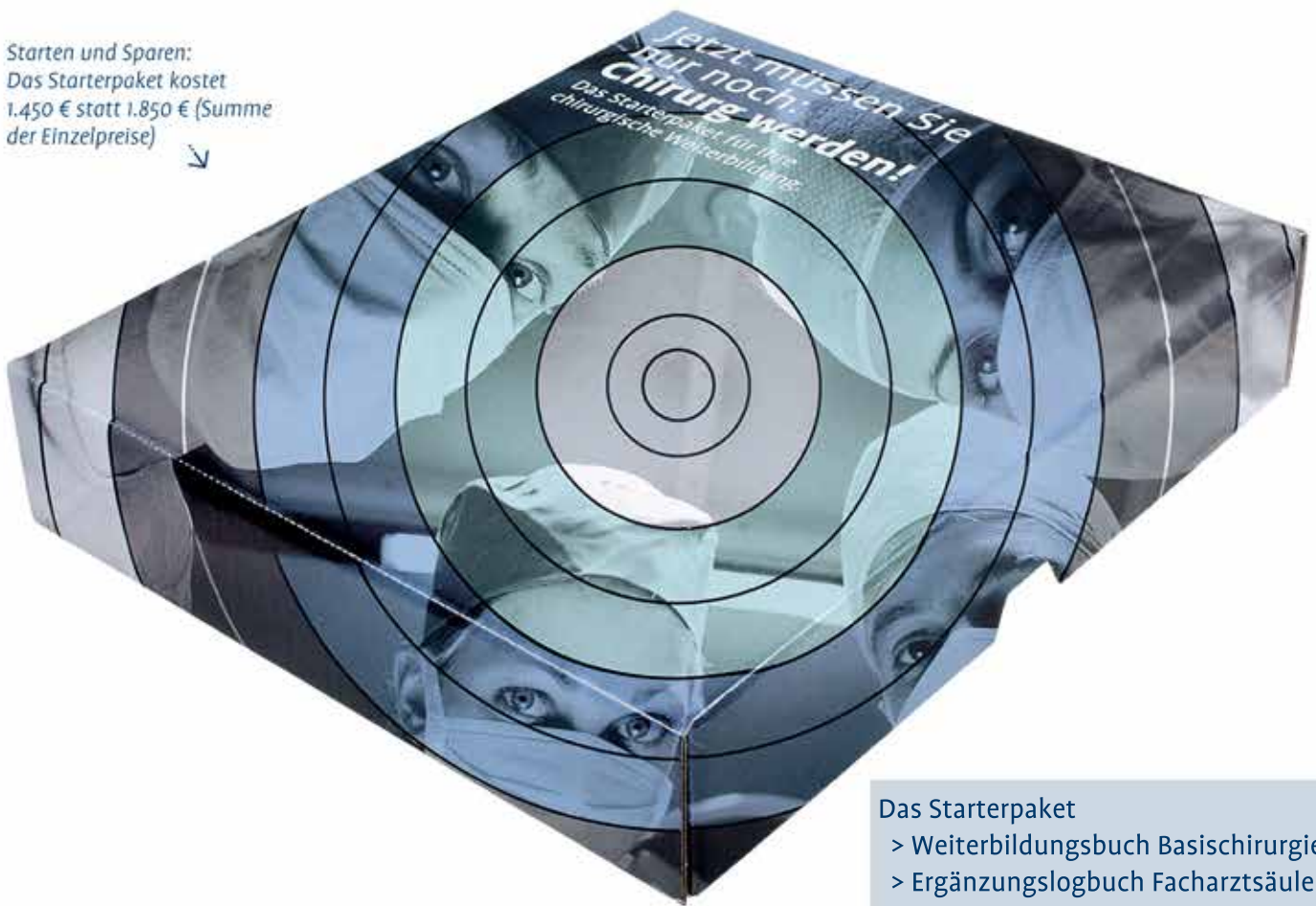
Alle Service-Angebote für BDC-Mitglieder finden Sie auf BDC|Online unter der Rubrik Leistungen | Lifestyle-Angebote. Bitte halten Sie Ihre Zugangsdaten bereit. Sollten Sie sie nicht zur Hand haben, stehen wir Ihnen gern unter mail@bdc.de oder telefonisch unter 030/28004-100 für Fragen zur Verfügung.

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.**

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



Das Starterpaket

- > Weiterbildungsbuch Basischirurgie
- > Ergänzungslogbuch Facharztsäule
- > Wochenseminar Basischirurgie
- > weiterführender Praxisworkshop (3 Tage)
- > Teilnahme Bundeskongress Chirurgie
- > 2-Jahreslizenz E-Learning des BDC
- > 2-jährige BDC-Mitgliedschaft
- > Fachbuchgutschein

PANORAMA

Fight, Smile, Love





Julia Weilbach

Presse- & Öffentlichkeitsarbeit im
BDC

Luisenstraße 58/59

10117 Berlin

weilbach@bdc.de

„Fight, Smile, Love!“ – mehr als nur ein Motto

IMPULS-VORTRAG BEIM BUNDESKONGRESS

Ein Film wird an der großen Leinwand des Kongresssaals gezeigt. Von wunderschönen schneebedeckten Gipfeln. Wahrscheinlich die Alpen. Man bekommt Lust, in die Berge zu fahren. Im Schnee zu gehen, Ski zu fahren. Genau wie die junge Frau im Film, die in den Bergen zuhause scheint – beim Skitouren,

beim Berglaufen. Dann verändert sich die Stimmung im Kurzfilm, es wird hektischer, kurze Rettungsszenen werden gezeigt, eine Frauenstimme beschreibt den Moment, in dem sie fast gestorben ist. Die Bilder zeigen die Unfallstelle. Es geht 800 Höhenmeter in die Tiefe.

Eine junge Frau kommt auf die Bühne: Gela Allmann. Ringelshirt, Sneakers – ganz normal. Sie steckt hinter der Frauenstimme aus



Abb. 1: Gela Allmann bei ihrem Vortrag. Im Hintergrund sieht man ein Foto von ihr im Krankenhaus kurz nach ihrem Sturz am Berg.

Weilbach J: „Fight, Smile, Love!“ – mehr als nur ein
Motto. *Passion Chirurgie*. 2019 Mai, 9(05): Artikel
09_01.



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

dem Film und man fragt sich sofort: Wie geht das? Wie hat sie das geschafft und überlebt? Genau deshalb hält Gela Allmann einen Impuls-Vortrag beim Bundeskongress Chirurgie. Sie redet über ihr Motto: „Fight, Smile, Love!“ Um ihren Weg aus ihrer Krise zu zeigen. Den Weg, nach ihrem schweren Unfall wieder zurück ins Leben zu kommen. Sie möchte anderen zeigen „Jeder kann das schaffen“.

2014 stürzt Gela Allmann bei einem Fotoshooting in Island in die Tiefe. „Ich war bei vollem Bewusstsein, völlig klar im Kopf habe ich jeden Knochenbruch miterlebt“, erzählt sie bei ihrem Vortrag. „Man spürt keinen Schmerz und es war wahnsinnig traumatisch

für mich – aber es war auch mein Glück, weil ich mich so aus eigener Kraft noch retten konnte und nicht in den Fjord gefallen bin.“ Ihr Leben war nach dem Sturz auf dem Tiefpunkt, ihr Leben als Bergläuferin und Sportmodel. Eine junge Frau, die die Zugspitze in 2:45 hochläuft – eine Halbmarathon-Distanz mit 2.300 Höhenmeter. Zuerst kann sie nicht mal mehr ihre Finger bewegen.

„Ich möchte heute aber nicht über das Medizinische, über mein zertrümmertes Knie und Schulter, sprechen, sondern über mein Motto“, verspricht Gela Allmann beim Kongress. Jeder kennt sie, die Momente, vor denen man am liebsten wegrennen möchte:

Gespräche, die man scheut, Situationen, die einem den Boden unter den Füßen wegreißen – Erfahrungen, die man niemandem wünscht.

Gela Allmanns Verletzungen:

- Nasenbeinbruch
- Abriss der Hauptversorgungsarterie im Oberschenkel
- Sprengung Kniegelenk inkl. komplette Zerstörung Meniskus & Knorpel
- Abriss Fußhebenerv
- Schulter-Trümmerbruch
- Sämtliche Rippenbrüche
- Lendenwirbelbruch, großflächige Hautabschürfungen
- Abriss hinteres Kreuzband & Innenband, Meniskusrisse



Abb. 2: Auch in den schwierigsten Momenten hat Gela Allmann ein Lächeln im Gesicht – wie hier in der Reha. Genau das möchte sie an andere weitergeben.

Ihre Situation nach dem Unfall soll ein Paradebeispiel für diese Momente sein. Gela Allmann realisiert nach danach, dass sie alles verloren hat. Alles, was bisher wichtig war in ihrem Leben: ihre Optik, ihre Körperlichkeit. Das zu akzeptieren, kam ihr nicht in den Sinn. „Man muss versuchen, im Regen zu tanzen und sich sagen, es wird funktionieren. Man muss gelassen sein, die Situation annehmen“, erzählt sie. Das „Smile“ kauft man ihr dabei sofort ab und man kann sich diese Frau ohne Lachen im Gesicht nicht vorstellen.

„Stellt euch mal völlig nackt vor den Spiegel, schaut euch in die Augen und schaut, wen ihr da wirklich seht. Was das für ein Mensch ist und was dieser Mensch da gerade für Ziele, für Träume hat. Ob der glücklich ist, wo der hinwill und vor was der gerade Angst hat. Oder auf was der gerade stolz ist,“ rät sie und sagt im gleichen Atemzug, wie blöd sich das anhören muss, es aber wirklich funktioniert. „Das sollte man immer machen, wenn man irgendwo im Leben nicht weiterkommt. Denn wenn uns etwas passiert, schauen wir oft nach außen. Nach innen schauen und sich die richtigen Fragen zu stellen ist aber viel wichtiger. Da kommt die eigene Kraft her, aber das vergessen wir oft.“

Selbstliebe und Respekt vor sich selber ist ihr Schlüssel, um sich aus Krisen aufzurappeln. Man soll erkennen wie „beschissen“ die eigene Situation ist, aber trotzdem einen Perspektivwechsel schaffen. Davon redet die junge Frau voller Begeisterung. Nach ihrem Unfall hat sie beschlossen, wieder auf den Berg zu kommen – im wahrsten Sinne des Wortes. Ein großes Ziel in ihrem Zustand. Sie ließ alle um sich herum davon wissen. Bis alle daran glaubten. Zusammen mit ihr. Diese Einstellung gab ihr die Stärke, jeden Tag so viel für ihre Genesung zu tun, wie nur möglich.

Dazu gehört wiederum eine große Portion Disziplin. „Durch meinen Sport war ich von Haus aus diszipliniert – das ist auf jeden Fall ein Vorteil – aber in kleinen Schritten kann das auch jeder schaffen.“ Durch Verbindlichkeiten. Mit Freunden oder Verwandten zum Beispiel. Wenn man zum Laufen verabredet ist, würde man wahrscheinlich auch im Regen gehen. Und Kleines funktioniert schließlich auch im Großen.

Gela Allman erzählt an dem Tag noch viel mehr. Am Ende sitzt man da und denkt sich „Alles schon mal gehört. Irgendwie.“ Aber Gela Allman reißt einen mit. Mit ihrer Lebenslust, mit ihrem Strahlen und ihrer festen Überzeugung, jede Krise überwinden zu können. Deshalb denk man als nächstes „Das versuche ich mal“. Und genau dazu sind Impuls-Vorträge schließlich da. ○



Abb. 3: Zurück im Leben, zurück am Berg. Gela Allmann hat es mit viel Disziplin und Willenskraft wieder auf die Skier geschafft.

MEHR ÜBER GELA ALLMANN



Sturz in die Tiefe: Wie ich 800 Meter fiel und mich zurück ins Leben kämpfte
Gebundene Ausgabe: 288 Seiten
Verlag: Malik (1. März 2016)
Sprache: Deutsch
ISBN-10: 3890294650
ISBN-13: 978-3890294650



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 2,01 E. Sonstige Bestandteile: Kollagen vom Pferd, Albumin vom Menschen, Riboflavin (E101), Natriumchlorid, Natriumcitrat, L-Argininhydrochlorid.
Anwendungsgebiete: TachoSil® wird bei Erwachsenen zur unterstützenden Behandlung in der Chirurgie zur Verbesserung der Hämostase, zur Unterstützung der Gewebeversiegelung und zur Nahtsicherung in der Gefäßchirurgie angewendet, wenn Standardtechniken insuffizient sind, sowie zur unterstützenden Versiegelung der Dura Mater, um postoperative Liquorleckagen nach neurochirurgischen Eingriffen zu vermeiden. **Gegenanzeigen:** Intravasculäre Anwendung, Überempfindlichkeit gegen die Wirkstoffe oder einen der sonstigen Bestandteile. **Nebenwirkungen:** In seltenen Fällen kann es zu Hypersensitivität oder allergischen Reaktionen kommen (inklusive Angioödem, Brennen und Stechen an der Applikationsstelle, Bronchospasmus, Schüttelfrost, Flush, generalisierte Urtikaria, Kopfschmerz, Nesselausschlag, Hypotonie, Lethargie, Übelkeit, Ruhelosigkeit, Tachykardie, Engegefühl in der Brust, Kribbeln, Erbrechen, keuchende Atmung), die in Einzelfällen bis zu 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