

PASSION

CHIRURGIE

PANORAMA

ZWEI JAHRZEHNTE ALS
LEITENDER CHIRURG –
TRAUM, ALPTRAUM
UND REALITÄT

im Fokus

HYGIENE IN
DER PRAXIS

07 | 2019

MITGLIEDERZEITSCHRIFT:
DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR CHIRURGIE
BERUFSVERBAND DER DEUTSCHEN CHIRURGEN





TachoSil® – ruhig Blut!

Durch die Kraft der Natur.



TachoSil®
Versiegelungsmatrix

Auch als
Pre-rolled TachoSil®

TachoSil® Versiegelungsmatrix

Zusammensetzung: 1 cm² enthält: Fibrinogen vom Menschen 5,5 mg, Thrombin vom Menschen 2,0 I.E. Sonstige Bestandteile: Kollagen vom Pferd, Albumin vom Menschen, Riboflavin (E101), Natriumchlorid, Natriumcitrat, L-Argininhydrochlorid.
Anwendungsgebiete: TachoSil® wird bei Erwachsenen zur unterstützenden Behandlung in der Chirurgie zur Verbesserung der Hämostase, zur Unterstützung der Gewebeversiegelung und zur Nahtsicherung in der Gefäßchirurgie angewendet, wenn Standardtechniken insuffizient sind, sowie zur unterstützenden Versiegelung der Dura Mater, um postoperative Liquorleckagen nach neurochirurgischen Eingriffen zu vermeiden. **Gegenanzeigen:** Intravaskuläre Anwendung, Überempfindlichkeit gegen die Wirkstoffe oder einen der sonstigen Bestandteile. **Nebenwirkungen:** In seltenen Fällen kann es zu Hypersensitivität oder allergischen Reaktionen kommen (inklusive Angioödem, Brennen und Stechen an der Applikationsstelle, Bronchospasmus, Schüttelfrost, Flush, generalisierte Urtikaria, Kopfschmerz, Nesselausschlag, Hypotonie, Lethargie, Übelkeit, Ruhelosigkeit, Tachykardie, Engegefühl in der Brust, Krämpfe, Erbrechen, keuchende Atmung), die in Einzelfällen bis zur schweren Anaphylaxie führen. Derartige Reaktionen können insbesondere bei wiederholter Anwendung oder bei Patienten mit bekannter Überempfindlichkeit gegenüber einem der Bestandteile des Präparates auftreten. Antikörper gegen Komponenten von Fibrinkleberprodukten können in seltenen Fällen auftreten. Häufigkeit nicht bekannt: Anaphylaktischer Schock, Überempfindlichkeit, Thrombose, Darmverschluss (in der Bauchchirurgie), Adhäsionen. **Wechselwirkungen sowie weitere Hinweise:** siehe Fachinformation. **Verschreibungspflichtig. Chargendokumentationspflichtig. EU-Zulassungsinhaber:** Takeda Austria GmbH, A-4020 Linz, Österreich **Kontaktadresse d. pharm. Unternehmens in Deutschland:** Takeda GmbH, Byk-Gulden-Str. 2, 78467 Konstanz, Tel.: 0800 8253325, medinfo@takeda.de, Stand: 03/2016

Hygiene in der Praxis



Prof. Dr. med. Julia Seifert
Präsidiumsmitglied im BDC
Unfallkrankenhaus Berlin
Klinik für Unfallchirurgie und
Orthopädie
Warenerstr. 7
12683 Berlin
Julia.Seifert@ukb.de

„Hygiene“, einst ein Nebenschauplatz ärztlichen Selbstverständnisses, ist zu einem ständigen Topthema geworden: Es ist politisch unter dem Schwert der Qualitätsdiskussion beheimatet, füllt die Säle vieler chirurgischer Kongresse und landet leider allzu oft mit Negativschlagzeilen in der Presse.

Es ist ein komplexes Thema und es mag sein, dass der ein oder die andere es nicht mehr hören mag. Es wird föderal und sektorenbezogen bewertet und geregelt, obwohl es übergeordnete Empfehlungen bzw. Leitlinien gibt. Das führt zu Unsicherheiten und ist, ohne Frage, nicht immer „gerecht“.

Wir haben in dieser Ausgabe versucht, die aktuellen hygienischen Voraussetzungen für die chirurgische Niederlassung zusammenzufassen und praktische Tipps zur Umsetzung zu geben. Denn unabhängig von der zusätzlichen Zeit, die manche Verschärfung der Vorgaben in der Praxis kostet, Hygiene ist das A und O für die Sicherheit unserer Patienten.

Auch das Bündnis für Patientensicherheit sieht Hygiene als essenziellen Bestandteil

für die Sicherheit der Patienten, beschreibt in dieser Ausgabe weitere Handlungsfelder und zeigt die aktuelle Entwicklung des Bündnisses auf.

An dieser Stelle möchte ich die Gelegenheit nutzen, auf unsere Hygiene-Tipps hinzuweisen. In jeder Ausgabe der PASSION CHIRURGIE wurde bisher ein Hygiene-Tipp in Kooperation mit der Deutschen Gesellschaft für Krankenhaushygiene veröffentlicht: Von der Infektionsquelle Bauchnabel, wie in dieser Ausgabe, über Luftqualität im OP-Saal bis hin zur Prävention postoperativer Wundinfektionen sind über die Jahre schon mehr als **100 Hygiene-Tipps** verfasst worden. Für diese jahrelange Zusammenarbeit mit der Gesellschaft für Krankenhaushygiene ist der BDC sehr dankbar.

Ich wünsche Ihnen eine interessante Lektüre und schöne Sommertage.

Ihre

Julia Seifert



Seifert J: Editorial: Hygiene in der Praxis. Passion Chirurgie. 2019 Juli; 9(07): Artikel 01.



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

CHIRURGIE

HERAUSGEBER

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

DGCH

Präsident: Prof. Dr. med. Thomas Schmitz-Rixen
Vizepräsidenten: Prof. Dr. med. Matthias Anthuber,
Prof. Dr. med. Michael Ehrenfeld,
Herr Prof. Dr. med. Hauke Lang
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 siranawong, 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

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird in Passion Chirurgie zur Bezeichnung von Personengruppen oft nur die männliche Form verwendet, gemeint sind aber Angehörige aller Geschlechter.



INHALT

3 EDITORIAL

3 Hygiene in der Praxis *J. Seifert*

6 SCHAUFENSTER

10 CHIRURGIE

im Fokus

10

HYGIENE – KERNZIEL DES QUALITÄTSMANAGEMENTS

P. Kalbe

20 CHIRURGIE⁺

- 20 Webinar-Termin im August 2019:
S3-Leitlinie „Colitis ulcerosa“
- 22 Patientensicherheit in Deutschland:
Geschichte und Gegenwart
H. François-Kettner, I. Köster-Steinebach
- 30 **Hygiene-Tipp:** Infektionsquelle Bauchnabel –
Piercing im Visier *K.-D. Zastrow, H. Adler*
- 32 Personalia



33 RECHT

- 33 Gewinnverteilung in der
Berufsausübungsgemeinschaft:
Ein heißes Eisen *O. Frielingsdorf*
- 37 Sozialversicherungspflicht für Honorarärzte
J.-A. Rüggeberg, J. Heberer, O. Butzmann
- 40 Wer haftet für den Honorararzt? *J. Heberer*
- 46 F&A: Aufbewahrungsfrist für
Sachverständigengutachten *J. Heberer*

48 GESUNDHEITSPOLITIK

- 48 Stellungnahme des BDC zum
MDK-Reformgesetz *F. Burgdorf*
- 51 Marburger Bund und VKA erzielen Einigung
M. Bund
- 52 Aktuelle Meldungen

53 INTERN

53 DGCH

- 53 Prof. Schmitz-Rixen ist neuer Präsident der DGCH
- 54 Reisebericht zum Stipendium
als Fortbildungshilfe *B. Braun*

- 58 Rekrutierende multizentrische chirurgische
Studien in Deutschland
- 61 Spendenaufruf und Bausteine
Langenbeck-Virchow-Haus
- 65 DGCH-Präsidium ab 1. Juli 2019
- 67 Meine Daten haben sich geändert

69 BDC

- 69 BDC|News
- 70 BDC|Landesverbände
- 72 BDC|Pressespiegel
- 73 Termine BDC|Akademie
- 76 Veranstaltungshinweise
- 77 Lifestyle-Angebote im Juli 2019

78 PANORAMA

- 78 Zwei Jahrzehnte als Leitender Chirurg –
Traum, Alptraum und Realität *K. Ebert, C. J. Krones*

AWMF begrüßt Gesetzentwurf des Gesundheitsministe- riums zur Finanzie- rung von Leitlinien

Die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) e.V. fordert seit vielen Jahren eine nachhaltige, unabhängige Finanzierung für hochwertige interdisziplinäre, evidenzbasierte Leitlinien. Im aktuellen Gesetzentwurf „für eine bessere Versorgung durch Digitalisierung und Innovation (Digitale Versorgungs-Gesetz – DVG)“ hat das Bundesministerium für Gesundheit nun auch die Finanzierung von Leitlinien über den Innovationsfonds vorgesehen. Mit jährlich mindestens fünf Millionen Euro sollen die Entwicklung neuer Leitlinien sowie die Weiterentwicklung bestehender Leitlinien unterstützt werden, sofern für sie in der Versorgung ein besonderer Bedarf besteht. Der Gesetzgeber kommt damit der langjährigen AWMF-Forderung nach unabhängig finanzierten Leitlinien nach.

Leitlinien sind eine wesentliche Wissensgrundlage für die Gestaltung des deutschen Gesundheitssystems. Als Entscheidungshilfen bilden sie die Basis für eine wissenschaftlich begründete und patientenzentrierte Versorgung. Bei deren Entwicklung berücksichtigen die unter dem Dach der AWMF vernetzten 179 wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften die Erkenntnisse aus der klinischen Forschung ebenso wie die individuellen Bedürfnisse von Patientinnen/Patienten und Bürgerinnen/Bürgern. Seit Beginn der Leitlinien-Arbeit vor über 20 Jahren verbessern

die AWMF-Fachgesellschaften kontinuierlich die Leitlinienqualität. Je höher die methodische Qualität, umso höher werden jedoch auch die Aufwände, die Leitlinien zu erstellen und aktuell zu halten. Bislang stemmen die Fachgesellschaften die Finanzierung weitestgehend allein.

Seit Jahren fordert die AWMF daher die nachhaltige und unabhängige Finanzierung von hochwertigen interdisziplinären, evidenzbasierten Leitlinien. Die jetzt im Gesetzentwurf vorgesehene Finanzierung über den Innovationsfonds bildet endlich die notwendige Voraussetzung, um auch künftig methodisch solide und qualitativ hochwertige Leitlinien zu erstellen.

„Wir sind außerordentlich froh, dass das Ministerium erkannt hat, welchen unverzichtbaren Wert Leitlinien für die Versorgungsqualität in Deutschland haben“, kommentiert AWMF-Präsident Professor Dr. med. Rolf Kreienberg den jetzt vorliegenden Referentenentwurf. Von der in Aussicht gestellten, unabhängigen Finanzierung von Leitlinien werde das gesamte Gesundheitssystem profitieren. „So werden wir auch künftig die internationalen Qualitätsstandards an hochwertige Leitlinien wahren können“, ergänzt Professor Dr. med. Ina B. Kopp, Leiterin des AWMF-Instituts für Medizinisches Wissensmanagement (AWMF-IMWi).

[Mehr lesen...](#)

LOHFERT-PREIS 2019

Pflegedokumentation des AKH Wien

Das Projekt „Vereinfachung und Vereinheitlichung der stationären Pflegedokumentation“ des Allgemeinen Krankenhauses der Stadt Wien – medizinischer Universitäts-campus (AKH Wien) erhält den Lohfert-Preis 2019, der in diesem Jahr zum siebten Mal vergeben wird. Der Preis ist mit 20.000 Euro dotiert. Er steht unter der Schirmherrschaft der Hamburger Gesundheits-senatorin Cornelia Prüfer-Storcks. Die Preisverleihung und Vorstellung des Preisträgers findet am 17. September 2019 im Rahmen des Gesundheitswirtschaftskongresses in Hamburg statt.



[Mehr lesen...](#)

Neue Studierenden-Arbeitsgruppe gegründet: InciSioN Germany - junge DTC

Die Studierendenorganisation „InciSioN Germany - junge DTC“ hat sich Ende 2018 als Deutsche Nationale Arbeitsgruppe des internationalen Studierendennetzwerkes für globale Chirurgie „InciSioN-International Student Surgical Network“ und als Studiengruppe der Deutschen Gesellschaft für Tropenchirurgie (DTC) gegründet. Im Moment besteht die Gruppe aus ca. 30 Studierenden aus verschiedenen deutschen Universitäten. Die Gruppe setzt sich für die Förderung der Gebiete Globale Chirurgie und Anästhesie in Deutschland ein und baut ein Netzwerk aus interessierten Studierenden und jungen Assistenzärzt*innen auf, um Erfahrungen und Wissen auszutauschen.

Als Studiengruppe der Deutschen Gesellschaft für Tropenchirurgie ist die Arbeitsgruppe aktiv in die Organisation der DTC Jahrestagung im Oktober in Lübeck zum Thema „Global

Surgery - Infections and Education“ eingebunden. Dort wird es praktische chirurgische Workshops für Studierende geben und auch während des Symposiums wird ein Fokus auf dem Thema chirurgische Ausbildung/chirurgischer Nachwuchs liegen. Die Studierenden-AG wird auf dem Kongress Gastgeber einer Posterpräsentation mit Posterwettbewerb zu studentischen Projekten im Bereich globaler Chirurgie und einer Session zum Thema „Involvement of students in young doctors in Global Surgery“ sein. Dadurch können die Mitglieder von „InciSioN Germany - junge DTC“ einen Einblick in die Global Surgery Arbeit von Studierenden aus anderen Ländern bekommen und internationale Bekanntschaften schließen. Dies ist für uns besonders wertvoll, da der Bereich globale Chirurgie in Deutschland, im Vergleich zu anderen Ländern, unter Studierenden noch recht unbekannt ist.

[Mehr lesen...](#)

ERSTE HILFE

Weniger Bereitschaft zu Herzdruckmassage

Die Bereitschaft zur Ersten Hilfe bei Herzstillstand nimmt ab: Die Quote der Menschen, die mit der Herzdruckmassage beginnen, wenn sie einen Bewusstlosen finden, ist im vergangenen Jahr in Deutschland um rund drei auf 39 Prozent gesunken. Dieses Ergebnis wurde von der „Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin“ (DGAI) auf dem Anästhesie-Kongress in Leipzig bekanntgegeben.



[Mehr lesen...](#)

Neuer Geschäftsführer der gematik

Zum 01. Juli 2019 trat Dr. med. Markus Leyck Dieken (54) sein Amt als neuer Alleingeschäftsführer der gematik Gesellschaft für Telematikanwendungen der Gesundheitskarte mbH an. Das Gesundheitswesen kennt er von der Pike auf: Dr. Leyck Dieken ist von Hause aus Internist und Notfallmediziner. Er promovierte 2001 an der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg in Endokrinologie. Seine siebenjährige klinische Erfahrung umfasst stationäre und ambulante Tätigkeiten in Köln und Engelskirchen.

[Mehr lesen...](#)

Telematikinfrastruktur: Neubewertung des Sanktionszeitraums

Die Telematikinfrastruktur und die drohenden Sanktionen haben in den vergangenen Monaten die Gemüter erregt. Insbesondere die Befürchtung, dass trotz rechtzeitiger Bestellung der Komponenten aufgrund des Liefer- und

Installationsengpasses der Industrie der notwendige Stammdatenabgleich nicht rechtzeitig vorgenommen werden kann und unverschuldet die Sanktionierung droht, hat für Empörung bei den KVN-Mitgliedern gesorgt.

Kurz zusammengefasst: Wer bis zum 31. März 2019 die TI-Komponenten bestellt hat, bleibt ohne Sanktionen, wenn er den Stammdatenabgleich bis zum 30. September 2019 durchführt.

[Mehr lesen...](#)

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 wollen wir eine Datengrundlage auch für den ärztlichen Dienst schaffen!

[Zur Umfrage...](#)



BDC Umfrage

WIE GEFÄLLT IHNEN DIE PASSION CHIRURGIE?

SAGEN SIE UNS IHRE MEINUNG!

zur
Umfrage



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



IM FOKUS

”

Hygiene in der Praxis

PRAXIS





Dr. med. Peter Kalbe
Vizepräsident
Berufsverband der Deutschen Chirurgen
e.V. (BDC)
Leiter des Themen-Referates
„Niedergelassene“ im BDC
Praxis am Wall in Rinteln
Gelenkzentrum Schaumburg
Josua-Stegmann-Wall 7
31737 Rinteln
Kalbe@bdc.de

Hygiene – Kernziel des Qualitätsmanagements

Die optimale Hygiene in den Praxisräumen und vor allem im OP-Bereich ist für chirurgische Praxen ein unverzichtbares Qualitätsmerkmal. Die öffentliche Diskussion über spektakuläre Hygienemängel in den letzten Jahren hat zu einer Verschärfung der Vorgaben aus dem schon seit 01.01.2001 gültigen Infektionsschutzgesetz (IfSG) [1] geführt. Die Inhaber und Leiter der chirurgischen Praxen sollten diese Aufgabe proaktiv angehen und dieses als wesentliches Kernziel des ohnehin verpflichtenden einrichtungsinternen Qualitätsmanagements [3] definieren. Grundsätzlich sind die Hygiene-Regeln für Krankenhäuser und operativ tätige Arztpraxen gleich. Aus der ambulanten Durchführung einer Operation, sei es im Krankenhaus, in einem ambulanten Operationszentrum oder in einer Praxis, darf kein erhöhtes Komplikationsrisiko resultieren. Dieser Artikel kann nur ein Schlaglicht auf die wichtigsten Herausforderungen im Hinblick auf die Hygiene in der chirurgischen Praxis werfen. Für den tieferen Einstieg in die Thematik wird auf das Literaturverzeichnis [15, 16, 18, 19] und auf die einschlägigen Kursformate zum **Hygienebeauftragten Arzt (HBA)** [10] verwiesen.

RECHTLICHE VORGABEN: INFEKTIONSSCHUTZGESETZ UND HYGIENEVERORDNUNGEN, SQS

Die Umsetzung des maßgeblichen § 23 des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) war anfangs zögerlich, sodass der Gesetzgeber durch eine Novellierung des IfSG die Bundesländer verpflichtet hat, bis zum 30.03.2012 zusätzliche länderspezifische Hygiene-Richtlinien zu erlassen. Die föderale Struktur der BRD hat zur Folge, dass sich diese Bestimmungen in den einzelnen Bundesländern im Detail deutlich unterscheiden [17]. Zusätzlich wurden diese Richtlinien in einigen Bundesländern bereits novelliert und angepasst. Daher ist es für die niedergelassenen Chirurgen

notwendig, die für den Praxisort aktuell gültige Hygiene-Richtlinie zu recherchieren und inhaltlich umzusetzen. Gewisse Verpflichtungen sind in unterschiedlicher Ausprägung in allen Hygiene-Verordnungen enthalten, z. B.:

- Beratungen durch und Beschäftigung von Hygiene-Fachpersonal in unterschiedlichem Umfang,
- Antibiotic Stewardship und Fachberatung zum Antibiotika-Einsatz,
- Hygienische Beratung vor und bei Baumaßnahmen und
- Schulung des Praxispersonals.

Die Hygiene-Richtlinien gelten für alle „Einrichtungen für ambulantes Operieren“ und damit auch für stationärsersetzende Eingriffe nach § 115 b des SGB V, also in der Regel auch für alle Prozeduren, die in (ehemals sogenannten) Eingriffsräumen erfolgen. Die Auslegung des Rechtsbegriffs „Einrichtung für ambulantes Operieren“ erfolgt durch die Prüfbehörden in der Regel umfassend [2]. Als Orientierungshilfe empfiehlt es sich, von „ambulanten Operationen“ auszugehen, sobald Gebühren aus dem Kapitel 31 des EBM abgerechnet werden.

Die tatsächliche Umsetzung dieser Hygiene-Richtlinien wird ab 2018 (unter Bezug auf das Jahr 2017) in einem zusätzlichen Qualitätssicherungsverfahren – der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung (sQS) – untersucht. Zielrichtung ist vor allem die Langzeit-Beobachtung von postoperativen Wundinfektionen. Dazu werden die Informationen über Infektionen im postoperativen Verlauf aus den Krankenhäusern und aus dem vertragsärztlichen Bereich zusammengeführt. Auffälligkeiten sollen durch „Fachkommissionen“ auf Länderebene bewertet werden. Als zweites Instrument ist mit der sQS eine bundesweite Einrichtungsbefragung verbunden, welche die wesentlichen Elemente des Hygiene-Managements abfragen soll. Das übliche Spektrum der häufig durchgeführten

Kalbe P: Hygienische Herausforderungen für die chirurgische Praxis. *Passion Chirurgie*. 2019 Juli, 9(07): Artikel 03.



Fortbildung für Hygienebeauftragte Ärzte (HBA)



Empfehlungen der KRINKO herunterladen



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

ambulanten Operationen (außer der Oberflächenchirurgie) ist als Tracer-Eingriff definiert, sodass fast jeder ambulant operierende Arzt mit dieser Befragung konfrontiert werden wird. Für eine Testphase von fünf Jahren (als Modellversuch) sind zunächst keine daraus resultierenden Sanktionen vorgesehen. Die Abfrage wird in den meisten Kassenärztlichen Vereinigungen über ein Online-Tool erfolgen, um den bürokratischen Aufwand gering zu halten. Auf der Homepage der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) finden sich weitere ausführliche Informationen und Arbeitshilfen zur vereinfachten Umsetzung [4].

KOMMISSION FÜR KRANKENHAUSHYGIENE UND INFektionsPRÄVENTION (KRINKO) UND KOMMISSION ANTIINFektIVA, RESISTENZ UND THERAPIE (ART)

Eine zentrale Quelle für Vorgaben und Informationen zur Hygiene sind die Empfehlungen der KRINKO und der ART des Robert Koch-Instituts (RKI, vormals Bundesgesundheitsamt). Im § 23 Absatz 3 des Infektionsschutzgesetzes findet sich ein expliziter Bezug auf diese Empfehlungen, welche dadurch ein hohes Maß an Verbindlichkeit und somit quasi einen Gesetzes-Status erlangen. Es heißt dort: „Die Einhaltung des Standes der medizinischen Wissenschaften auf diesem Gebiet (Hygiene) wird vermutet, wenn jeweils die veröffentlichten Empfehlungen der Kommissionen KRINKO und ART beim RKI beachtet werden.“ Die Empfehlungen der KRINKO und ART werden im Bundesgesundheitsblatt veröffentlicht, sind aber bequem und stets aktuell von der [Homepage des RKI](#) herunterzuladen [5].

Verstöße gegen die (quasi verbindlichen) Empfehlungen können zu finanziellen Sanktionen (Bußgeldern in einigen Bundesländern) und im Schadensfall zu zivil- und strafrechtlichen Konsequenzen führen. Die Einhaltung und Umsetzung wird daher dringend angeraten.

VORHALTUNG VON FACHPERSONAL

Eine Übersicht des notwendigen Fachpersonals zeigt die **Tabelle 1**. Die Beratung durch die genannten Hygiene-Fachkräfte kann durch externe Beratung eingeholt werden. Die

Anzahl der tätigen Krankenhaushygieniker ist allerdings viel zu gering, um neben dem stationären Sektor auch die ambulanten Operateure mit zu versorgen. In Anbetracht dieses Mangels wird in manchen Bundesländern auf diese Vorgabe der Hygiene-Verordnung verzichtet, da sie schlicht und einfach nicht umsetzbar ist. Alternativ kann die Hygiene-Beratung auch durch private Anbieter oder durch einen Facharzt für Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie erfolgen. Diese Facharzt-Qualifikation ist in vielen medizinischen Laboren vorhanden, sodass sich eine Kooperation auf dieser Ebene als Alternative anbietet. Dies hat den Vorteil, dass diese Person auch gleichzeitig als Berater für den Einsatz von Antibiotika entsprechend den verpflichtenden Vorgaben des IfSG und der Hygiene-Verordnungen fungieren kann. Auch verschiedene Chirurgen-Genossenschaften bieten eine umfassende Beratung und Betreuung nicht nur in Hygiene-Fragen.

Ein entsprechender Beratungs-Vertrag muss einen Passus über ein Beratungshonorar enthalten, um den Verdacht von Zuweisungen an das Labor gegen einen geldwerten Vorteil zu vermeiden.

Nachdem die Hygiene-Verordnungen der Länder in der ersten Fassung eine Umsetzung der personellen Voraussetzungen bis spätestens Ende 2016 gefordert hatten, wurde

diese Frist bereits auf Ende 2019 verlängert. Eine Ausnahme besteht für die Beratung zum Antibiotika-Verbrauch und -Einsatz, die sofort umgesetzt werden muss.

In manchen Bundesländern wird zusätzlich die Fortbildung und Beschäftigung einer Hygienebeauftragten Medizinischen Fachangestellten (MFA) vorgeschrieben. Dies als Korrelat für die „Hygienebeauftragte in der Pflege“ im Krankenhaus. Da insbesondere die Vorgaben für die Beschäftigung von Fachpersonal in den Bundesländern sehr unterschiedlich sind, muss dazu unbedingt die länderspezifisch gültige Hygiene-Verordnung analysiert und beachtet werden.

Die Systematik des Antibiotic Stewardship ist bisher nur für Krankenhäuser in einer schriftlichen Handlungsempfehlung der KRINKO näher spezifiziert worden. Für den ambulanten Bereich soll dies noch umgesetzt werden. Bis dahin bleibt unklar, ob der Gesamtverbrauch an Antibiotika bewertet werden soll oder nur die Antibiotikagabe nach eigenen Operationen bzw. Infektionen unter Beachtung des nachgewiesenen Keimspektrums. In jedem Fall ist es erforderlich, eine praxisindividuelle Verfahrensanweisung zur Indikation und Dauer von Antibiotika-Behandlungen unter Beachtung des individuellen Keimspektrums zu entwickeln und umzusetzen. Dazu gehört auch

Tab. 1: Notwendiges Fachpersonal und Beratungen gemäß Hygiene-Richtlinien: Es wird dringend geraten, die länderspezifischen Anforderungen zu prüfen und umzusetzen.

Bezeichnung	Vorschriften	Frist zur Umsetzung
Hygiene-Kommission	Nur für Krankenhäuser verpflichtend	
Krankenhaushygieniker	Externe Beratung	31.12.2019
Hygiene-Fachkraft	Externe Beratung	31.12.2019
Hygienebeauftragter Arzt (HBA)	Ein HBA muss in der Einrichtung beschäftigt sein*	31.12.2019
Hygienebeauftragte(r) in der Pflege	Nur für stationäre und vergleichbare Einrichtungen	31.12.2019
Hygienebeauftragte(r) MFA	In einigen Ländern (z. B. Bayern) Alternative für Ambulante Op.-Zentren	31.12.2019
Beratung zum Einsatz von Antibiotika (durch Apotheker oder Mikrobiologen)	Schon im Infektionsschutzgesetz vorgeschrieben	Sofort umzusetzen
Bauliche Beratung vor Bauten/Umbauten in Einrichtungen für Operationen	In unterschiedlicher Ausprägung Inhalt aller Hygiene-Verordnungen	Sofort umzusetzen

eine Verfahrensanweisung zur perioperativen Antibiotika-Prophylaxe (PAP) [8].

ZENTRALER PFEILER: DER INDIVIDUELLE HYGIENEPLAN

In den Anfängen des Qualitätsmanagements (QM) war es weit verbreitet, von der Industrie oder von Kollegen vorbereitete Hygienepläne zu übernehmen und lediglich in den Stammdaten an die eigene Einrichtung anzupassen. Dies ist nicht Sinn und Zweck des Hygieneplans. Es ist vielmehr unabdingbar, einen auf die eigene Einrichtung zugeschnittenen und individuell gestalteten Plan zu erstellen. Dieser Plan ist auch der Dreh- und Angelpunkt von behördlichen Überprüfungen und Begehungen und wird von diesen in der Regel vorab zur Beurteilung angefordert. Der Hygieneplan sollte als QM-Dokument angelegt und regelmäßig überprüft und aktualisiert werden. Der Plan geht weit über die Auflistung der Reinigungs- und Desinfektionsarbeiten und der dazu verwendeten Mittel hinaus und stellt somit die Zusammenstellung aller Verfahrensanweisungen der Praxis zur Umsetzung der Hygiene-Richtlinien dar. Er enthält mindestens die in der **Tabelle 2** aufgeführten Elemente.

Tab. 2: Elemente eines Hygieneplans für die chirurgische Praxis

- Händehygiene, Hautschutz und Hautpflege
- Reinigungsplan der Praxis
- Festlegung und Bewertung der eingesetzten Mittel für Reinigung, Desinfektion und Hautpflege
- Fortbildungen und Kontrollmechanismen
- Organisation der Aufbereitung von Medizinprodukten (Instrumenten-Sterilisation)

STRUKTURELLE VORGABEN FÜR RÄUME UND RAUMLUFTTECHNIK

Größe und Einrichtungen der Räume für Eingriffe und Operationen sind nicht verbindlich festgelegt. Es werden aber bei Begehungen gewisse Mindestgrößen aus praktischen Erwägungen gefordert. Dabei ist zu berücksichtigen, dass eine ausreichende Größe der Räume das Arbeiten auch mit dem notwendigen Hilfspersonal und immer mehr

technischen Geräten erlauben muss, ohne dass die räumliche Enge zu einer erhöhten Kontaminationsgefahr führt.

Die baulichen Strukturen für Eingriffs- und Operationsräume sind sowohl in den Vorgaben der Bundesärztekammer [15] als auch in den vertraglichen Vereinbarungen nach § 115 b geregelt, deren Einhaltung jeder Arzt schriftlich bestätigen muss, bevor er stationerisierende Eingriffe über die kassenärztliche Vereinigung abrechnen will. Wie in allen anderen Bereichen des Hygiene-Managements bieten die Vorgaben der KRINKO [8] eine ausgezeichnete Orientierungshilfe. Entscheidend ist aber stets die fachliche Beurteilung durch die prüfende Gesundheitsbehörde. Daher wird dringend empfohlen, vor jeglichen (Um-)Baumaßnahmen im OP-Bereich oder vor Umzug in andere Räumlichkeiten eine verbindliche Beratung durch die Prüfbehörde einzuholen. Zumal dies auch in den Hygiene-Richtlinien der Länder in unterschiedlicher Stringenz vorgeschrieben ist.

Die 2018 überarbeitete KRINKO Empfehlung zur Prävention postoperativer Wundinfektionen [8] rückt erfreulicherweise von der früher üblichen schematischen Zuordnung von bestimmten operativen Eingriffen zur Erbringung in einem Eingriffs- oder Operationsraum ab. Der Begriff „Eingriffsraum“ findet sich dort nicht mehr. Es wird vielmehr gefordert, das individuell erbrachte Operationsspektrum nach dem daraus resultierenden Risiko einer postoperativen Wundinfektion (Surgical Site Infection/SSI) zu bewerten und daraus Schlüsse für die notwendigen strukturellen Bedingungen und organisatorischen Maßnahmen zu ziehen. Diese Risiko-Bewertung soll vom chirurgischen Fachvertreter gemeinsam mit dem beratenden Hygieniker durchgeführt werden. Demnach können bestimmte Eingriffe mit einem niedrigen Infektionsrisiko auch außerhalb der Operationsabteilung erbracht werden, wie es der gelebten chirurgischen Routine entspricht (**Tab. 3**).

Von entscheidender Bedeutung für die Beurteilung des SSI-Risikos ist weiterhin die einrichtungsinterne Infektionsstatistik (Surveillance) und deren Interpretation gemeinsam mit dem beratenden Hygieniker. Die aktuelle KRINKO

Empfehlung [8] geht unter diesem Gesichtspunkt sehr detailliert auf alle relevanten Ausstattungsfragen ein. So werden z. B. notwendige Bodeneinläufe innerhalb eines Operationsraums (z. B. für Arthroskopie-Säle) als zulässig beurteilt, sofern durch technische Maßnahmen eine Kontamination der Umgebung verhindert wird.

Die Frage, welche Raumluftechnik vorgeschrieben ist, führt immer wieder zu Kontroversen mit den prüfenden Behörden. Grundsätzlich gilt beim Einsatz von Klimaanlage, dass diese die in der **Tabelle 4** aufgeführte Klassifizierung einhalten und regelmäßig gewartet werden müssen. Aus den aktuellen KRINKO-Empfehlungen ist die zwingende Vorhaltung von raumluftechnischen Anlagen unter hygienischen Gesichtspunkten nicht abzuleiten [8].

Gleichwohl kann sich diese Verpflichtung aus den Regeln des Arbeitsschutzes (Technische Regeln für Arbeitsstätten, ASR) ergeben. Es ist bekannt, dass bei fehlender Klimaregelung der CO₂-Gehalt und die Temperatur der Raumluf rasch ansteigen, was zu mangelnder Konzentration und Beschwerden der OP-Mannschaft und damit zu einer Qualitätsminderung führen kann. Die Evidenz einer Risikoreduzierung von Infektionen durch eine turbulenzarme Verdrängungsströmung (TAV/LAF = Laminar Flow) wird unterschiedlich bewertet, sodass der Einsatz dieser aufwändigen Technik (Raumklasse Ia) laut KRINKO-Empfehlung [8] nicht zwingend vorgeschrieben ist. Für kurze Eingriffe ist sogar eine Fensterlüftung zwischen den Operationen bei Verwendung eines Insektengitters an den Fenstern vertretbar.

AUFBEREITUNG VON MEDIZINPRODUKTEN

Kein anderer Bereich des Hygiene-Managements in der Praxis hat sich in den letzten Jahren so diversifiziert wie die Instrumentenaufbereitung. Dies liegt auch daran, dass es durch Fehler in diesem Bereich zu spektakulären Schadensfällen mit weitreichenden Komplikationen und sogar Todesfällen gekommen ist. Der Umgang mit Medizinprodukten ist im Medizinproduktegesetz umfänglich geregelt. Für chirurgische Praxen ist die Medizinprodukte-

Tab. 3: Orientierungsrahmen zur Einordnung von Operationen und invasiven Eingriffen gemäß unterschiedlichem postoperativem Infektionsrisiko (SSI) in Anlehnung an die KRINKO Empfehlung „Prävention postoperativer Wundinfektionen“ 2018 [8]. Entscheidend ist jeweils die individuelle Risiko-Beurteilung der durchgeführten Eingriffe in Absprache zwischen dem Chirurgen und beratendem Hygieniker.

Operationen und Eingriffe mit geringem SSI-Risiko*	Operationen und Eingriffe mit noch geringerem SSI-Risiko*	Alle übrigen Operationen mit durchschnittlichem oder hohem SSI-Risiko*
OP-Bereich mit modifizierten räumlichen Bedingungen - Außerhalb des eigentlichen OP-Raumes liegende Nebenräume können zusammengefasst werden - Bei mobilen Patienten keine Umlagerung (Schleusung) erforderlich - Raumluft-technische Einrichtungen aus hygienischer Sicht verzichtbar	Hygienisch einwandfreier Raum auch außerhalb der OP-Abteilung - Die räumlichen Funktionen/strukturellen Voraussetzungen sind dort zusammengefasst - Ausreichend großer Raum - Oberflächen leicht zu reinigen und zu desinfizieren - Steriler Schutzkittel, Haarschutz und Mund-Nase-Schutz sind nicht regelhaft erforderlich - Sterilabdeckung und Personalbekleidung nach Erfordernis	OP-Bereich mit allen strukturellen Voraussetzungen - Ein oder mehrere OP-Räume mit je einem OP-Tisch - Fläche oder Raum für Narkoseeinleitung und Patientenvorbereitung - Fläche oder Raum für Narkoseausleitung und unmittelbare Patientennachsorge - Fläche oder Raum für Händedesinfektion - Lagerräume für saubere Geräte, für Sterilgut und für andere Vorräte - Mitarbeiteraufenthaltsraum - Raum für die Aufbereitung unreiner/benutzter Geräte - Raum zur Lagerung von Reinigungsutensilien - Schleusensysteme für Personal, Patienten, reine Güter, unreine Güter - Aufwachraum/-bereich - Abstellplatz für OP-Tische - Raum für Dokumentation und Verwaltung - Raum oder Fläche zur Händewaschung - Ggfs. Vorbereitungsraum für Instrumentiertische - Ggfs. Patientenumkleideraum - Räumliche Trennung septisch/aseptisch nicht erforderlich
Kleine Eingriffe: - an der Haut/Subkutis - am Auge - in der Mund-/Kiefer-/Stirnhöhle - Endoskopie von Körperhöhlen - Abszesseröffnung - Interventionelle Radiologie bzw. Kardiologie (außer bei regelhaft erwartetem Verfahrenswechsel)	Invasive Maßnahmen: - Entfernung von im Hautniveau liegenden Tumoren oder Fremdkörpern - Versorgung von Verletzungen der Haut oder der Subkutis (außer wenn sehr ausgedehnt)	Gilt für alle anderen Operationen und invasiven Maßnahmen im nicht grün unterlegten Bereich

* Gemäß KRINKO-Empfehlungen

Betreiber-Verordnung (MPBetreibV) von besonderer Bedeutung, die zum 01.01.2017 novelliert wurde [12]. Die Instrumentenaufbereitung ist im § 8 geregelt. Damit untrennbar verbunden sind die ausführlichen und sehr differenzierten Empfehlungen der KRINKO und des Bundesinstitutes für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) [5].

DER BETREIBER IST BEI DER AUFBEREITUNG VERANTWORTLICH FÜR:

- die Risikobewertung und Einstufung der Medizinprodukte (Instrumente),
- die schriftliche Definition der Aufbereitungsschritte (Verfahrens- und Arbeitsanweisungen),

Tab. 4: Raumklassen für Operationsbereiche nach DIN 1946 Teil 4 (Fassung 2008).

Raumklasse Ib* (3-stufige Filterung) Überdruck von ca. 50 mbar im Op.	Raumklasse II (2-stufige Filterung)
Operationsraum	Flure im OP-Bereich
	Ein- und Ausleitung
	Waschraum
	Lager für Geräte und Instrumente
	Ver- und Entsorgung

* Für die gelegentlich von Gesundheitsbehörden aufgestellte Forderung einer TAV (Laminar Air Flow, Raumklasse Ia) gibt es keine Grundlage in den Empfehlungen der KRINKO [12]. Für ältere Operationsbereiche gilt teilweise noch die ältere Fassung (1999) der DIN 1946-4 mit abweichenden Regeln.

- die Durchführung der Dokumentation der Aufbereitung,
- die Validierung der Verfahren zur Reinigung, Desinfektion und Sterilisation sowie
- die Ressourcen, also qualifiziertes Personal, Betriebsmittel, Räumlichkeiten.

Grundsätzlich wird die maschinelle Reinigung und Desinfektion der Instrumente empfohlen, für Hohlkörperinstrumente der Klasse Kritisch B ist der Einsatz eines Reinigungs- und Desinfektionsgerätes (RDG) unabdingbar. Sowohl dieses Gerät als auch der verwendete Sterilisator müssen regelmäßig gewartet und validiert werden. Zur Validierung gehört der gesamte Prozess der Instrumentenaufbereitung von der Ablage nach dem operativen Eingriff bis zur Verbringung an einen geeigneten Lagerplatz in der Praxis.

Darüber hinaus gelten strenge Maßstäbe für die Fortbildung und Qualifikation des für die Instrumentenaufbereitung eingesetzten Fachpersonals. Grundsätzlich wird der Nachweis der Sachkunde durch einen 40-stündigen von der DGSV (Deutsche Gesellschaft für Sterilgutversorgung) anerkannten Lehrgangs gefordert. Als weiteres Erschweris muss ein besonders qualifizierter „Beauftragter für Medizinproduktesicherheit“ in der Einrichtung beschäftigt werden, sofern regelmäßig mehr als 20 Mitarbeiter beschäftigt werden.

Dies kann auf größere ambulante OP-Zentren durchaus zutreffen.

Der technische und personelle Aufwand der Aufbereitung hat durch die verschärften Vorgaben dermaßen zugenommen, dass vermehrt Alternativen zur Sterilisation in der eigenen Einrichtung gesucht werden:

1. **Outsourcing der Aufbereitung:** Die Übertragung der Aufbereitung an Fremdfirmen oder die Kooperation mit zertifizierten Aufbereitungseinrichtungen in benachbarten Kliniken kann zu erheblichen Einsparungen führen. Dabei ist zu berücksichtigen, dass ein Mehrbedarf an Instrumenten bzw. Sieben resultiert und auch der gesamte Transportprozess unter hygienischen Gesichtspunkten bewertet und gesichert werden muss.
2. **Verwendung von Einmalinstrumenten:** Für einfache chirurgische Eingriffe kommt auch die Verwendung von Einmalinstrumenten in Betracht. Danach ist allerdings das Problem einer hygienisch einwandfreien und trotzdem umweltgerechten Entsorgung zu lösen. Darüber hinaus sollten die Lieferfirmen auf eine ausreichende Corporate Social Responsibility (CSR) festgelegt werden, um die Lieferung von Einmalprodukten aus Entwicklungsländern unter Einsatz von Kinderarbeit zu verhindern.

Beide Möglichkeiten des Outsourcings bieten die Chance auf betriebswirtschaftliche Einsparungen, wenn der stetig wachsende

materielle und personelle Aufwand für die leitliniengerechte Aufbereitung von Medizinprodukten dagegen kalkuliert wird.

HYGIENE BEI HÄUFIGEN PROZEDUREN IN DER CHIRURGISCHEN PRAXIS

Der Hygieneaufwand für chirurgische Prozeduren muss in einem rationellen Verhältnis zur davon ausgehenden Infektionsgefahr stehen. Da Infektionen insgesamt sehr selten auftreten, kann man als Chirurg in der Regel nicht auf eigene Erfahrungen zurückgreifen, sondern muss sich auf die Ergebnisse von wissenschaftlichen Studien verlassen. Für die häufig in der chirurgischen Praxis durchgeführten Injektionen und Punktionen bietet die Empfehlung der KRINKO dazu eine Einteilung in vier Risikoklassen (**Tab. 5**), die einen steigenden Aufwand für Desinfektion, Abdeckung und persönlicher Schutzausrüstung erfordern [7].

Besonderes Augenmerk verdienen dabei vor allem die im chirurgisch-orthopädischen Bereich häufig durchgeführten Gelenkinjektionen. Das Qualitätsmanagement der Praxis muss eine dezidierte und auf die Praxis individuell zugeschnittene Arbeitsanweisung zu dieser häufigen und risikobelasteten Prozedur enthalten. Sofern die Vorgaben der Leitlinie der wissenschaftlichen Fachgesellschaft DGOOC [11] nicht eingehalten werden, kann es bei Eintreten einer Gelenkinfektion zu rechtlichen Problemen kommen.

HYGIENE BEI GELENKPUNKTIONEN UND GELENKINJEKTIONEN

Eine Gelenkinfektion nach Punktion und/oder Injektion stellt eine gravierende Komplikation dar, ist aber gemäß der Literatur nicht komplett vermeidbar. Gleichwohl muss das Risiko für den Patienten so weit wie möglich und im Praxisablauf zumutbar reduziert werden. Dazu gehört an erster Stelle eine strenge Indikationsstellung. Die hier dargestellten Grundsätze gelten für Gelenkpunktionen, am häufigsten durchgeführt am Kniegelenk, und analog auch für Punktionen und Injektionen in gelenknahen Bereichen, z. B. subakromial an der Schulter.

GELENKERGUSS/HYDROPS/HÄMARTHROS

Konkurrierend zur Entlastung eines Ergusses bzw. eines Hämatoms im Gelenk sind die Möglichkeiten der medikamentösen Behandlung mit Antiphlogistika und physikalischer Maßnahmen mit Schonung und Kühlung zu erwägen. Eine notfallmäßige Punktion bzw. Entlastung ist nur in seltenen Fällen bei extremer Ausprägung und starken Schmerzen indiziert. Am Hüftgelenk kann die Entlastung eines Hämarthros zur Sicherung der Hüftkopfdurchblutung indiziert sein. Die früher gelegentlich gestellte Indikation zur Unterscheidung zwischen Reizerguss und intraartikulärem Hämatom ist durch moderne Diagnoseverfahren (MRT) nicht mehr zu halten. Eine intraartikuläre Injektionsbehandlung mit Hyaluronsäure ist in der nicht-operativen Arthrosetherapie etabliert. Intraartikuläre Cortison-Injektionen sind fester Bestandteil der Rheumatologie, ansonsten aber bezüglich der Evidenz umstritten. Gleichwohl kann dies bei einer aktivierten Arthrose mit schmerzhaftem Gelenkerguss indiziert sein. Bei strenger Indikationsstellung nimmt die Frequenz von Gelenkpunktionen und -injektionen in der Praxis deutlich ab. Eine dokumentierte Aufklärung des Patienten hat grundsätzlich die Risiken dieses Eingriffs, speziell das Infektionsrisiko, und alternative Behandlungsmöglichkeiten zum Inhalt. Das Infektionsrisiko wird nach Literaturangaben sehr unterschiedlich und bis zu 0,6 % angegeben. Grundlage der Aufklärung sollten die Angaben aus der Leitlinie [11]

Tab. 5: Risikoklassifizierung nach KRINKO [7] für Injektionen und Punktionen: Die in der chirurgischen Praxis häufigen Gelenkpunktionen sind der Risikoklasse 3 zugeordnet und erfordern einen hohen hygienischen Aufwand.

Gruppe	Beschreibung	Beispiele
1	Einfacher Punktionsablauf Geringes Infektionsrisiko	Subkutane, i. v.-Injektion i. m.-Injektion
2	Wie Gruppe 1, zusätzlich dokumentierte schwerwiegende Infektionsfolgen bei Infektion	Shunt-Punktion bei Dialyse Punktion Portkammer Lumbalpunktion
3	Punktion von Organen und Hohlräumen	Gelenkpunktion Transvaginale Zystenpunktion
4	Komplexe Punktion mit Ablage von Zubehör, Einbringen Katheter in Körperhöhlen oder tief ins Gewebe	Thorax-Drainage Periduralkatheter

sein, die ein Risiko zwischen 1 : 20.000 und 1 : 50.000 aufführt.

RÄUMLICHE VORAUSSETZUNGEN

Um das Risiko einer Keimverschleppung zu reduzieren, empfehlen die aktuellen Leitlinien [14], die Punktion mindestens unter den räumlichen Bedingungen eines sogenannten Eingriffsraums durchzuführen. Bei der Lagerung des Patienten ist darauf zu achten, dass keine Kontamination durch Kleidungsstücke des Patienten erfolgen kann. Eine Kniegelenkspunktion erfordert daher in der Regel das Entkleiden der unteren Extremitäten des Patienten. Von einer Rasur bei starker Körperbehaarung wird abgeraten. Nur wenn die Haare stören wird die Kürzung durch „Clipping“ empfohlen. Für die Hautdesinfektion beim Patienten ist Wisch- oder Sprühdesinfektion möglich. Dazu müssen aber die Anwendungshinweise des eingesetzten Desinfektionsmittels vor allem hinsichtlich der Einwirkzeit beachtet werden. In der Regel ist eine Wartezeit von mindestens einer Minute, bei talgdrüsenreicher Haut auch drei Minuten einzuhalten.

Die Leitlinien zeigen keine Evidenz für das Tragen steriler Handschuhe bei der Punktion, jedoch liegt einschlägige höchstrichterliche Rechtsprechung dazu vor, sodass dies dringend zu empfehlen ist. Sofern ein Spritzenwechsel mit Diskonnektierung erfolgt, wird auch das Tragen eines Mund-/Nasen-Schutzes empfohlen. Zur Vermeidung eines Stanzzyllinders intraartikulär können speziell angeschliffene Spezialkanülen verwendet werden oder eine Vor-Injektion mit Lokalanästhesie extraartikulär im Subkutangewebe. Abschließend wird ein steriles Wundpflaster aufgebracht. Eine schriftliche Information zum Verhalten bei Komplikationen und die Angabe einer Notfall-Telefonnummer muss mitgegeben werden.

Es sind zahlreiche Verfahren bei den Schlichtungsstellen für Arzthaftpflichtfragen wegen Gelenkinfektionen nach Punktion/Injektion bekannt geworden, sodass die Einhaltung und Dokumentation des geschilderten Ablaufs zur Abwehr ungerechtfertigter Ansprüche dringend empfohlen wird.



Abb. 1: Vorbereitung zur Durchführung einer Kniegelenkspunktion mit hygienischer Händedesinfektion.



Abb. 2: Anreichen der Materialien unter aseptischen Bedingungen: Da eine Dekonnektierung erfolgt, tragen Arzt und MFA einen Mund-Nasen-Schutz.



Abb. 3: Punktion unter aseptischen Bedingungen im Eingriffsraum; Abdeckung mit Lochtuch optional



Abb. 4: Verteilung des Desinfektionsmittels, mit fluoreszierendem Farbstoff sichtbar gemacht



Abb. 5: Selbstkontrolle und kollegialer Crosscheck der Qualität der Händedesinfektion der MFA

HYGIENE BEI AMBULANTEN OPERATIONEN

Die Regeln der Asepsis bei Operationen und der präoperativen Händedesinfektion sind täglicher Bestandteil der Facharztweiterbildung sowie der späteren Tätigkeit des Chirurgen und bedürfen somit hier keiner weiteren Erläuterung. Gleichwohl haben sich in den letzten Jahren einige Details im empfohlenen Vorgehen geändert, die in Folgenden kurz aufgezählt werden.

HÄNDEHYGIENE

Während die präoperative Händedesinfektion für jeden Chirurgen zur Selbstverständlichkeit geworden ist, bedarf es

bezüglich der regelmäßigen hygienischen Händedesinfektion im täglichen Praxisbetrieb noch einer Verbesserung des Bewusstseins. Die regelmäßige 30-sekündige Händedesinfektion vor und nach jedem Patientenkontakt steht daher im Fokus vieler Hygiene-Fortbildungsveranstaltungen. Es ist nicht zu unterschätzen, welche wesentliche Bedeutung hier die Vorbildfunktion der Chefs in den chirurgischen Praxen hat. Zur pragmatischen Umsetzung empfiehlt es sich daher, Desinfektionsmittelpender in großer Anzahl zumindest in jedem Behandlungsraum, aber auch an strategisch günstigen Positionen in den täglichen Laufwegen des medizinischen Personals anzubringen. In der aktuellen Fassung der KRINKO-Empfehlung

zur Händehygiene (Stand 2016) werden ausdrücklich Maßnahmen zur Verbesserung der Compliance der Mitarbeiter in Gesundheitseinrichtungen gefordert [6]. Eine geeignete Maßnahme ist die Visualisierung des Effektes der Einreibetechnik z. B. mit einem fluoreszierenden Farbstoff (Abb. 4-5)

Um einen Eindruck von der tatsächlichen Umsetzung dieser wesentlichen Hygiene-Regel zu erhalten, wird die Einrichtungsbefragung im Rahmen der SQS (s. dort) den Verbrauch an Händedesinfektionsmittel abfragen und eine Berechnung des Verbrauchs pro behandelte Patienten errechnen. In der ersten Konzeption wurde gefordert, diesen Verbrauch um den im OP-Bereich zu vermindern. Mittlerweile wurde erkannt, dass diese Forderung nicht umzusetzen ist. Jedoch sollten die Praxen schon jetzt darauf achten, dass der jährliche Verbrauch dokumentiert wird. In der Regel kann dabei auf die Statistik der Lieferanten zurückgegriffen werden.

EINMALMATERIAL UND VERZICHT AUF INZISIONSFOLIEN

Der Einsatz von Einmalmaterial sowohl für die sterile Abdeckung des OP-Feldes als auch für OP-Mäntel hat sich weitgehend durchgesetzt. Dafür sprechen nicht nur betriebswirtschaftliche Erwägungen, welche die hygienisch einwandfreie Aufbereitung von OP-Wäsche durch eine zertifizierte Wäscherei als unwirtschaftlich darstellen, sondern auch hygienische Argumente. Moderne Einmalmaterialien haben zahlreiche Vorteile im Hinblick auf Freiheit von Baumwollpartikeln und Feuchtigkeitsdichte [8]. Die Verwendung von Inzisionsfolien bringt keinen nachweisbaren Vorteil. Im Gegenteil kann es sogar durch Ansammlung von Blut, Sekret und Spülflüssigkeit zu einer erhöhten Keimzahl im OP-Gebiet kommen [8].

CLIPPING STATT RASUR

Die früher übliche präoperative Rasur des OP-Gebietes (am Tag vor der Operation) führt nachweisbar zu einer Keimvermehrung im OP-Gebiet und erhöhten postoperativen Infektionsraten [8]. Daher wird empfohlen, Körperbehaarung nur dann zu entfernen, wenn sie sich als mechanisch störend erweist und

in diesem Falle durch ein sogenanntes „Clipping“ statt der Rasur. Dabei werden die Haare maschinell oder mit einer Schere auf einige mm gekürzt, sodass sie mechanisch nicht mehr stören. Verletzungen der Haut werden dadurch vermieden. Sofern eine Rasur unmittelbar vor einer chirurgischen Maßnahme erfolgt, z. B. vor einer Wundversorgung, ist aus hygienischer Sicht dagegen nichts einzuwenden.

PERIOPERATIVE ANTIBIOTIKA-PROPHYLAXE DURCH SINGLE SHOT-GABE

Aus wissenschaftlichen Studien ist belegt, dass bei Risikoeingriffen eine perioperative Antibiotika-Prophylaxe zur Senkung des Risikos einer postoperativen Infektion beiträgt. Die Gabe des Antibiotikums sollte präoperativ so rechtzeitig erfolgen, dass ein ausreichender Wirkspiegel beim Hautschnitt vorliegt. Eine Einmalgabe (Single Shot) ist ausreichend und eine Fortsetzung als postoperative Prophylaxe wird als unnütz, gefährlich und teuer bewertet [8]. Die Auswahl des Antibiotikums hängt vom Eingriff und dem zu erwartenden Keimspektrum ab. Bei längeren Eingriffen ist ggf. eine erneute Gabe nach drei Stunden empfehlenswert.

INFEKTIONSSTATISTIK (SURVEILLANCE)

Eine systematische Erfassung und Bewertung von postoperativen Infektionen war schon in der Erstfassung des Infektionsschutzgesetzes zwingend vorgeschrieben. Als ideales Instrument hierfür galt bisher das AMBU-KISS Verfahren des NRZ, welches leider wegen ungeklärter Finanzierungsfragen zum Jahr 2018 eingestellt wurde. Somit ist die ambulante Operationseinrichtung gezwungen, ein anderes (anerkanntes) Verfahren zu verwenden. Sinn und Zweck ist es, durch eine systematische Aufzeichnung von Infektionen Hinweise auf Häufungen bzw. Ausbrüche zu erhalten und zeitnah zielgerichtete Gegenmaßnahmen ergreifen zu können. Es empfiehlt sich, dies zusammen mit der Analyse und der Bewertung des Antibiotikaverbrauchs zu organisieren. Die bisher ermittelten Infektionsraten aus dem AMBU-KISS können als Benchmark zu den eigenen Daten dienen. Bei einer geringen Infektionsrate ohne Hinweis auf außergewöhnliche Häufungen hält sich der administrative Aufwand in Grenzen. Woischke hat ein entsprechendes Dokumentationsblatt entwickelt und vorgeschlagen [14].

HYGIENE BEI VERBANDWECHSELN

Nach den aktuellen Empfehlungen sollte der erste routinemäßige postoperative Verbandwechsel nicht vor Ablauf von 48 Stunden erfolgen, sofern nicht besondere Umstände eine frühere Wundkontrolle erfordern [8]. Nach zwei Tagen ist die Wunde häufig bereits so gut verheilt, dass auf einen weiteren sterilen Verband verzichtet werden kann. Gemäß den Hygiene-Vorgaben sind bei Verrichtungen am Patienten stets keimarme (unsterile) Handschuhe zu tragen, sofern es zu einer Kontamination mit Erregern kommen kann. Bei Manipulationen an perkutanen Drainagen und beim Wechsel einer Drainageflasche werden sterile Einmalhandschuhe empfohlen.

UMGANG MIT POTENZIELL INFEKTIOSEN PATIENTEN

Nicht selten stellt sich für die chirurgische Praxis das Problem, dass Verbandwechsel und Wundbehandlungen bei Patienten erforderlich werden, bei denen eine Keimbesiedlung der Wunde mit ORSA/MRSA- oder anderen multiresistenten Keimen bekannt ist oder aus der Vorgeschichte (v. a. Unterbringung in Altenheimen) vermutet werden kann. Diese Patienten sollten ohne Wartezimmeraufenthalt in den Behandlungsraum gebracht werden. Die Maßnahmen der Basishygiene (Händedesinfektion, Tragen von Untersuchungshandschuhen) sind hier sorgfältig einzuhalten. Eine Erregertransmission ist insbesondere über kontaminierte Flächen zu befürchten, sodass bei Verbandwechseln besondere Sorgfalt und Vorsicht vonnöten ist. Wenn eine Kontamination der Arbeitskleidung nicht auszuschließen ist, muss ein ausreichend großer Schutzkittel getragen werden. Ein Mund-Nasen-Schutz dient der Prävention einer Selbst-Kolonisierung des Personals, sobald eine Tröpfcheninfektion nicht auszuschließen ist, z. B. bei der Pflege eines Tracheostomas. Nach Verlassen des Behandlungsraums ist eine sorgfältige Flächendesinfektion erforderlich, sodass die meisten Chirurgen organisatorisch sicherstellen, dass potenziell infektiöse Patienten an den Schluss der Sprechstunde terminiert werden.

ABFALLENTSORGUNG

Bei der Entsorgung von Abfällen aus Arztpraxen steht vor allen die Vermeidung von

Infektionen durch kontaminierte Abfälle im Fokus [9]. An erster Stelle muss der Schutz des eigenen Personals einschließlich der Reinigungskräfte gewährleistet sein, indem für alle spitzen und scharfen Gegenstände (AS 180101) zuverlässig stichsichere Behälter eingesetzt werden. Sofern diese fest und sicher verschlossen werden können, sind diese mit dem allgemeinen Hausmüll zu entsorgen. Das gleiche gilt auch für mit Blut und Sekreten kontaminierte Tupfer und Kompressen sowie für das Abdeckungsmaterial.

Infektiöser Müll (AS 180103) dürfte in chirurgischen Praxen nur in Ausnahmefällen vorkommen.

Eine häufige Frage bezieht sich auf die Entsorgung von Exzidaten. Für Organe und Extremitätenteile gilt ein gesonderter Abfallschlüssel (AS 180102). Diese müssen einer gesonderten Entsorgung zugeführt werden. Chirurgische Exzidate dürften in der Regel zur histologischen Aufarbeitung an Pathologie-Institute eingesandt und von dort entsorgt werden. Sofern es sich um kleinere Gewebeteile, z. B. aus Wundrandexzisionen oder um nicht untersuchungspflichtige Gewebeteile handelt, können diese zusammen mit dem anderen Operationsmüll entsorgt werden. Es ist lediglich vorgeschrieben, diesen Müll in der Praxis gesondert zu lagern und eine Kontamination der Umgebung durch verschlossene Behältnisse zu vermeiden. Es empfiehlt sich aber, die Satzung des regionalen Entsorgungsunternehmens zu konsultieren, da hier im Einzelfall abweichende Vorschriften enthalten sein können.

BEGEHUNGEN DURCH DIE GESUNDHEITSBEHÖRDEN

Zuständig für Begehungen sind die örtlichen Gesundheitsbehörden, in der Regel das zuständige Gesundheitsamt (§ 23 (6) IfSG) [1].

Des Weiteren prüft das zuständige Gewerbeaufsichtsamt die Einhaltung der Vorschriften zur Aufbereitung von Medizinprodukten. Darüber hinaus gibt es länderspezifisch unterschiedliche Zuständigkeiten, z. B. bei den Bezirksregierungen. Die Ärzteschaft beklagt

zu Recht, dass es häufig keine Koordination der verschiedenen Prüfbehörden gibt und dass die Inhalte der Prüfungen Redundanzen enthalten und somit den bürokratischen und finanziellen Aufwand für alle Beteiligten unnötig vergrößern. Zudem kommen unterschiedliche und zum Teil sich widersprechende Beurteilungen von hygienischen Situationen vor. Hier ist der Gesetzgeber aufgefordert, Vorgaben für eine verbesserte Koordination und Regelungen zur Vereinheitlichung der Vorgaben zu entwickeln.

Eine Begehung durch die Gesundheitsbehörden wird in der Regel zeitgerecht zuvor angekündigt und durch schriftliche Abfragen vorbereitet [13]. Die zentrale Frage gilt dabei meist dem Hygieneplan sowie z. B. den durchgeführten Personalschulungen und den eingesetzten Desinfektionsmitteln. Der Umfang der Überprüfung vor Ort ist unterschiedlich und meist auch abhängig von Erst- oder Wiederholungsprüfung. Darüber hinaus sind die Begehungen mit Kosten für die Praxis verbunden, die leider von den Krankenkassen nicht refinanziert werden. Während der Begehung sollte unbedingt das Hygiene-Fachpersonal der Praxis anwesend sein.

Es empfiehlt sich dringend, die Hygieneexperten der Gesundheitsbehörden als kompetente Ratgeber zu verstehen und etwaige Vorschläge zur Verbesserung der hygienischen Bedingungen zeitnah umzusetzen. In der Regel reicht dann die schriftliche Bestätigung über die Durchführung der Maßnahmen aus. Aus den mitgeteilten Erfahrungen ist zu entnehmen, dass es nur in extremen Einzelfällen zu (vorübergehenden) Schließungen

von Einrichtungen gekommen ist. Gleichwohl ist teilweise der Aufwand für die Umsetzung von hygienischen Verbesserungen erheblich. Außerdem sehen die meisten Hygiene-Richtlinien finanzielle Sanktionen bei grober Missachtung von Vorgaben vor.

ZUKUNFTSPERSPEKTIVE, HBA UND FINANZIERUNG

Insgesamt hat sich der administrative und bürokratische Aufwand zur Sicherung einer optimalen Hygiene in den letzten Jahren vervielfacht. Dies setzt insbesondere Einzelpraxen unter Druck, denn die Umsetzung ist aufwändig und zeitintensiv. In Gemeinschaftspraxen ist dies durch Delegation auf einen der Partner einfacher zu realisieren, der dann auch die Qualifikation als Hygienebeauftragter Arzt (HBA) erwerben sollte. Entsprechende Fortbildungs-Curricula werden unter anderem vom Berufsverband der Deutschen Chirurgen und von der Bundesärztekammer angeboten [10]. Blended-Learning-Kurse reduzieren den Präsenzteil auf einen Arbeitstag und reduzieren damit die Umsatzverluste durch Abwesenheit des Arztes. Grundsätzlich sollte in jeder Einrichtung für ambulantes Operieren mindestens ein Arzt beschäftigt werden, der die Qualifikation als Hygienebeauftragter Arzt besitzt. In fast allen Hygieneverordnungen der Länder ist dies auch vorgeschrieben.

Sofern sich der Chirurg in einem ambulanten Operationszentrum einmietet, ist der jeweilige Betreiber für die Umsetzung der Hygiene-Richtlinien verantwortlich. Unabhängig davon wird sich der erhöhte Aufwand

aber auf die dafür entstehenden Kosten auswirken. Für die Aus- und Weiterbildung von Hygienepersonal in den Krankenhäusern werden gesetzlich vorgeschrieben bis 2020 fast 500 Mio. Euro zusätzlich von den Krankenkassen bereitgestellt. Für die niedergelassenen ambulanten Operateure hat ein Gutachten von Woischke [14] durchschnittliche zusätzliche Hygiene-Kosten von 55 Euro pro Eingriff ergeben. Trotzdem konnte bisher keine gezielte finanzielle Förderung durch die Krankenkassen für die niedergelassenen Operateure erreicht werden. Dies bleibt aber eine wesentliche Forderung der KBV im Rahmen der Reform des EBM und auf regionaler Ebene.

Es ist das Ziel jeder chirurgischen Praxis, die bestmöglichen hygienischen Bedingungen für die Patienten zu gewährleisten. Die heute schon bestehenden Vorgaben der Qualitätssicherung erfordern einen hohen personellen und organisatorischen Aufwand, der sich betriebswirtschaftlich nur noch in größeren Kooperationen wie Gemeinschaftspraxen und ambulanten Operationszentren einigermaßen darstellen lässt. Die chirurgischen Praxen stellen sich grundsätzlich dieser Herausforderung, fordern jedoch analog zum Krankenhausbereich einen adäquaten finanziellen Ausgleich für den erhöhten personellen und organisatorischen Aufwand und darüber hinaus die Vermeidung unnötiger Bürokratie.

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





Webinar-Termin im August 2019: S3-Leitlinie „Colitis ulcerosa“

**Webinar S3-Leitlinie
„Colitis ulcerosa“
29.08.2019, 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 20 Leitlinien von Experten erfolgreich vorgestellt und besprochen. Jeden Monat wird von einem 45-minütigen 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

- S1-Leitlinie „Vordere Kreuzbandruptur“, Prof. Dr. med. Mirco Herbort, 26.09.2019, 18:00 Uhr
- S3-Leitlinie „Gallensteine“, Prof. Dr. med. Dr. h.c. Carsten Gutt, 17.10.2019, 18:00 Uhr
- S2e-Leitlinie „Schenkelhalsfrakturen“, Prof. Dr. med. Felix Bonnaire, 14.11.2019, 18:00 Uhr

www.bdc-webinare.de

**60
CME-
Punkte!**

Hygiene- beauftragter Arzt (HBA)

Geeignet für alle Ärzte



Mit der Smart-Learning-Methode

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.

Ein modernes Lernkonzept für flexible und individuelle Fortbildung:

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

Im Gegensatz zu den üblichen 40-stündigen Präsenzkursen zeichnet sich unser Kurs durch einen kombinierten Ansatz aus E-Learning, Abschlusscolloquium sowie einem kontinuierlichen Wissens-Update aus.

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



meduplus

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







Patientensicherheit in Deutschland: Geschichte und Gegenwart

**Korrespondierende Autorin:****Hedwig François-Kettner**

Vorsitzende

Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V.

Am Zirkus 2

10117 Berlin

info@aps-ev.de

**Dr. Ilona Köster-Steinebach**

Geschäftsführerin

Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V.

Am Zirkus 2

10117 Berlin

Quelle: Köster-Steinebach, I., & François-Kettner, H. (2019). Patientensicherheit in Deutschland: Geschichte und Gegenwart. Onkologische Pflege, 9(1), 16-21. © Alle Rechte vorbehalten. Zuckschwerdt Verlag GmbH, München. © Alle Rechte vorbehalten. Zuckschwerdt Verlag GmbH, München.

François-Kettner H, Köster-Steinebach I: Patientensicherheit in Deutschland: Geschichte und Gegenwart. Passion Chirurgie. 2019 Juli, 9(07): Artikel 04_02.



Liste der APS-Handlungsempfehlungen



APS-Patienteninformation „Checkliste für die Nutzung von Gesundheits-Apps“



Handlungsempfehlung der APS zum Thema Digitalisierung im Rahmen der Risikomanagementsysteme



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

EINLEITUNG: GESCHICHTE DER PATIENTENSICHERHEIT

Um zu verstehen, warum in Deutschland ein Verband wie das Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V. (APS) gegründet wurde, muss man ein amerikanisches Buch in den Blick nehmen. Im Jahr 2000 veröffentlichte das Institute of Medicine das bahnbrechende Werk *To Err is Human*. Darin wurde mit der Vorstellung aufgeräumt, dass Fehler im Medizinbetrieb, insbesondere solche mit nachfolgenden Schäden bei den Patientinnen und Patienten, eine seltene, unvorhersehbare und damit letztlich auch unvermeidliche Ausnahme darstellen.

Selbst hoch qualifizierte und motivierte Ärzte und Pflegekräfte sind mitnichten davor gefeit, Fehler zu begehen. Wenn nicht systematisch vor und nach einer Operation alle Instrumente und Verbrauchsmaterialien gezählt werden, kann es sein, dass sie im Körper verbleiben. Wenn nicht Vorkehrungen gegen die Verwechslung von Patienten getroffen werden (z. B. durch identifizierende Armbänder), dann kann es zu Irrtümern kommen, insbesondere wenn die Patienten während eines Teils der Behandlung nicht auskunftsfähig bzw. sediert sind. Wenn vor einer Operation nicht sorgfältig das Operationsgebiet angezeichnet wird, kann es z. B. zu Seitenverwechselungen kommen. All diese Vorkommnisse bezeichnet man als sogenannte „never events“, also Fehler, die absolut vermeidbar sind und deshalb nie auftreten sollten, es aber dennoch tun.

Eine der großen Leistungen von *To Err is Human* ist, dass es gelungen ist, auf der einen Seite ungeschönt den Blick auf das Ausmaß der Problematik zu lenken, andererseits aber auch zu vermeiden, anklagend mit dem Finger auf die handelnden Personen zu zeigen. Irren ist eben menschlich, Fehler machen auch. Das ermöglichte insbesondere der Ärzteschaft, sich den Tatsachen zu stellen und aktiv zu werden. Nur wenn es gelingt, Scham oder falsch verstandenes Berufsethos zu überwinden, kann man konstruktiv nach Lösungen suchen. Nicht die Einrichtung, egal ob Krankenhaus oder Arztpraxis,

die die meisten Fehler zugibt und aktiv bearbeitet, hat das größte Patientensicherheitsproblem, sondern diejenige, die die Existenz von Problemen leugnet. Tatsächlich war es in Deutschland vor allem eine Koalition von Wissenschaftlern und ärztlichen Standesvertretern, die im Jahr 2005 als Reaktion auf *To Err is Human* das Aktionsbündnis Patientensicherheit als gemeinnütziger Verein gründete. Seine Zielsetzung ist, aus der Praxis für die Praxis Handlungsempfehlungen für Professionelle im Gesundheitswesen und Informationen für Patienten zu erarbeiten, die helfen, Fehler zu vermeiden.

NEUES VERSTÄNDNIS DER PATIENTENSICHERHEIT

Im Jahr 2018 veröffentlichte das APS sein Weißbuch Patientensicherheit (Schrappe 2018). Dieses neue Standardwerk zum Thema ist nicht nur eine Zusammenstellung der Geschichte der Patientensicherheit und des aktuellen Wissensstandes, es bietet auch ein einzigartiges Verständnis und eine scharfe Analyse des gesamten Themenkomplexes. Eine Abbildung aus dem Weißbuch macht besonders deutlich, wie es zu sogenannten „Unerwünschten Ereignissen“ kommt, also Situationen, in denen Patienten in der Gefahr stehen, im Rahmen der Gesundheitsversorgung Schäden zu erleiden (vgl. **Abb. 1**).

Am Beginn der Kette stehen Managemententscheidungen z. B. darüber, welche Bedeutung man der Patientensicherheit in der jeweiligen Gesundheitseinrichtung einräumt. Diese führen einerseits zu einer bestimmten Organisationskultur (z. B. hinsichtlich des Ansehens, das Bemühungen um eine sichere Versorgung in der Organisation einbringen), andererseits fallen die Managemententscheidungen natürlich auch aufgrund der bereits bestehenden Organisationskultur: Beide bedingen sich also gegenseitig. Als Folge beider werden konkrete Vorgaben für die Patientenversorgung gemacht, also ob z. B. ein aktives klinisches Risikomanagement eingerichtet wird oder ob OP-Checklisten verwendet werden. Kommen nun Auslösefaktoren wie etwa Patienten mit besonders komplexem Versorgungsbedarf oder ein hoher

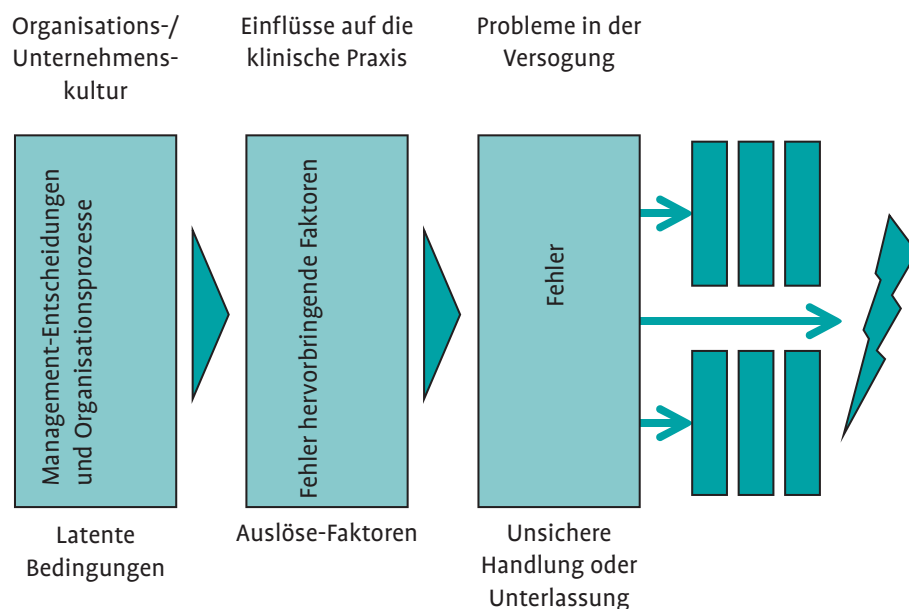


Abb. 1: Prozessmodell der Patientensicherheit (Schrappe 2018:123)

Arbeitsanfall mit Zeitmangel zum Tragen, dann entscheiden diese konkreten Rahmenbedingungen der klinischen Praxis darüber, in welchem Ausmaß Fehler auftreten. Ob allerdings diese Fehler auch zu einem Schaden beim Patienten führen, hängt davon ab, ob die Organisation genügend Sicherheitsbarrieren errichtet hat. Wenn beispielsweise beim Stellen der Arzneimittel Fehler auftreten, dann kann verhindert werden, dass dadurch Patienten gefährdet werden, wenn ein konsequentes Vier-Augen-Prinzip dazu führt, dass der ursprüngliche Fehler beseitigt wird, bevor er beim Patienten ankommt. Beim Bemühen um Patientensicherheit geht es also darum, diesen gesamten Prozess von der Organisationskultur bis hin zu den Sicherheitsbarrieren in den Blick zu nehmen.

Betrachtet man die Arbeitsfelder im Aktionsbündnis Patientensicherheit bisher, dann wird deutlich, dass man sich mit allen Teilaspekten dieses Prozesses der Patientensicherheit beschäftigt hat. Der möglicherweise einfachste Verbesserungsansatz sind Handlungsempfehlungen zu Sicherheitsbarrieren, beispielsweise dazu, wie man Eingriffsverwechselungen in der Chirurgie vermeidet oder dass „Jeder Tupfer zählt“ oder auch zu Hochrisiko-Arzneimitteln und sicheren Luer-Verbindungen (vgl. Liste der **APS-Handlungsempfehlungen**). Es handelt

sich also um ganz spezielle, isolierte Maßnahmen zu einzelnen Gefahren für die Patientensicherheit. Tatsächlich kann so aber nur ein kleiner Bereich von potentiellen Gefährdungen adressiert werden. Deshalb hat sich das APS auch bereits früh zur Aufgabe gemacht, sich dafür einzusetzen, dass die Einrichtungen selbst ein internes System etablieren, um Gefahrenquellen zu erkennen, auf ihre Organisation abgestimmte Sicherheitsmechanismen zu entwickeln und diese Lösungen auch nachdrücklich umzusetzen. Bekannt sind solche Mechanismen unter der Überschrift „klinische Qualitäts- oder Risikomanagementsysteme“. Auch hierzu hat das APS Handlungsempfehlungen für die praktische Umsetzung veröffentlicht. Von außen ist meist nicht zu erkennen, welche Auslösefaktoren in einzelnen Versorgungseinrichtungen zu unerwünschten Ereignissen führen. Risikomanagementsysteme in den Einrichtungen haben deshalb die Aufgabe, Fehler bzw. Beinahe-Fehler zu sammeln, die Ursachen zu erforschen, angepasste Maßnahmen zu entwickeln, wie diese Vorkommnisse in Zukunft vermieden werden können, und diese Maßnahmen auch durchzusetzen. In diesem Kreislauf ist auch gleich die Überprüfung der Wirksamkeit der Veränderungen eingebaut, denn das Sammeln von Fehlerquellen ist in dieser Logik niemals abgeschlossen. „Jeder Fehler zählt!“ ist das Credo aller, die sich mit Patientensicherheit beschäftigen.

Denkt man den Ansatz des klinischen Risikomanagements zu Ende, dann wird nicht nur klar, dass die Aufgabe niemals abgeschlossen ist und ständig neue Anstrengungen nötig macht, sondern auch, dass es um einen permanenten Innovationsprozess geht, also um Neuerungen. Darauf aufbauend hat Schrappe (2018) im APS-Weißbuch eine neue Definition der Patientensicherheit propagiert:

„Patientensicherheit ist das aus der Perspektive der Patienten bestimmte Maß, in dem handelnde Personen, Berufsgruppen, Teams, Organisationen, Verbände und das Gesundheitssystem

1. einen Zustand aufweisen, in dem Unerwünschte Ereignisse selten auftreten, Sicherheitsverhalten gefördert wird und Risiken beherrscht werden,
2. über die Eigenschaft verfügen, Sicherheit als erstrebenswertes Ziel zu erkennen und realistische Optionen zur Verbesserung umzusetzen, und in der Lage sind, ihre Innovationskompetenz in den Dienst der Verwirklichung von Sicherheit zu stellen.“

NEUE HANDLUNGSFELDER DER PATIENTENSICHERHEIT

A. PATIENTENSICHERHEIT UND DIGITALISIERUNG

Während in der letzten Legislaturperiode der Begriff „Qualität“ das Kapitel Gesundheit im Koalitionsvertrag dominierte, liegt der aktuelle Schwerpunkt eindeutig auf der Digitalisierung. Auch wenn bereits seit den 1980er Jahren Computer und prozessorgesteuerte Geräte in den Medizinbetrieb Einzug gehalten haben, ist doch das aktuelle Jahrzehnt von sehr vielen und ausgesprochen weitreichenden Neuerungen geprägt. Beispiele dafür, die das APS besonders in den Blick genommen hat, sind:

- Vernetzung von computerisierten Geräten (*Internet of Things* (IoT)) als Grundlage von Prozessautomatisierungen auch in der Gesundheitsversorgung,
- Robotik (OP-Technik und Pflege),
- mHealth Anwendungen/ Gesundheits-Apps und daraus folgend der fließende Übergang von Wellness, Selbstmedikation, Fremdbestimmung und ärztlich geleiteter Therapie,

- Software-Lösungen, die mit großen Datenmengen Erkenntnisse generieren, Big Data als neue Qualität der medizinischen Forschung,
- Künstliche Intelligenz und Expertensysteme und
- Informationsangebote im Internet (z. B. Gesundheitsinformationsangebote zu Krankheiten oder Leistungserbringern), die auf neue Datenquellen zugreifen können bzw. könnten und Patienten eine nie dagewesene Souveränität, aber auch Beeinflussbarkeit bescheren können.

Alle diese Faktoren zeigen deutlich, dass mit dieser neuen Welle der Digitalisierung im Gesundheitswesen ebenso große Chancen wie Risiken verbunden sind, was im Folgenden am Beispiel der Apps einmal ausgeführt werden soll.

Die App-Stores der großen Anbieter quellen über mit verschiedensten Angeboten. Viele davon beziehen sich auf Lifestyle und Fitness, z. B. Programme, mit denen man die eigene körperliche Aktivität, den Schlafrhythmus oder die Kalorienaufnahme überwachen und den Verlauf auch mit anderen Nutzern im Netz teilen kann. Es ist umstritten, ob solche Programme die Motivation zu sportlichen Aktivitäten erhöhen oder nicht – auf jeden Fall werden persönliche Daten in einem Ausmaß erfasst, veröffentlicht oder zumindest für Hacker angreifbar gemacht, die über jede Kontrolle in einem klassischen Überwachungsstaat weit hinausgeht. Die psychologischen „Nebenwirkungen“ und Gefahren für die informationelle Selbstbestimmung bleiben nicht aus. Andere Programme gehen weiter. Mit ihnen kann Empfängnisverhütung vorgenommen bzw. der Kinderwunsch unterstützt werden, die Pulsfrequenz analysiert oder gar die erforderliche Gabe an Medikamenten z. B. Insulin bei Diabetes berechnet werden. Andere übermitteln die Messergebnisse der heimischen Waage hinsichtlich Wassereinlagerungen bei Herzerkrankungen an zentrale Rechner oder steuern sogar den implantierten Herzschrittmacher, Defibrillator oder die Insulinpumpe. Dass ihr fehlerfreies Funktionieren erhebliche Bedeutung für die Patientensicherheit hat, leuchtet

unmittelbar ein. Trotzdem werden nur die wenigsten auch nur in dem Umfang kontrolliert, wie es für die Zulassung als Medizinprodukt im Rahmen der CE-Zertifizierung erforderlich ist (und wie die „Implant Files“ kürzlich gezeigt haben, ist selbst diese Kontrolle dürftig). Bei einem nicht geringen Anteil derartiger Apps fehlt sogar ein Impressum, d. h. im Fall von Schäden infolge der Anwendung des Produkts wissen Patienten noch nicht mal, wer überhaupt der Urheber ist und haftbar gemacht werden kann. Da dennoch die Patienten (ebenso wie die sie betreuenden Ärzte) bei der Bewertung, welcher App sie Vertrauen schenken, weitgehend allein gelassen werden, hat das APS 2018 eine Patienteninformation mit dem Titel **„Checkliste für die Nutzung von Gesundheits-Apps“** herausgebracht. Damit soll keinesfalls die Verantwortung von den Herstellern auf die Nutzer verlagert werden, angesichts der unzureichenden Qualitätstransparenz sollen die Patienten aber Hilfestellungen erhalten, zu ihrer eigenen Sicherheit beizutragen.

Ebenso wie die Flut der mobilen Anwendungen für die Zielgruppe der Verbraucher bzw. Patienten sich jeder Überprüfung hinsichtlich Sicherheit oder gar Nutzen entzieht, ebenso problematisch ist auch die Lage in den Gesundheitseinrichtungen wie z. B. Krankenhäusern. Digitalisierung bietet große Chancen für die Optimierung von Prozessen und Kosteneinsparungen, besonders aber auch für die Patientensicherheit. Gleichzeitig ergeben sich aber auch neue Risiken, beispielsweise wenn die digitalen Geräte nicht korrekt miteinander kommunizieren oder ganz ausfallen oder wenn die Einweisung in die Geräte für die Mitarbeiter nicht ausreicht, um eine sichere Beherrschung zu ermöglichen. Und für kriminelle Angriffe auf die Computernetze mit dem Ziel, Lösegelderpressungen für die verschlüsselten Daten zu erzielen, gibt es bereits Beispiele. Da die jeweiligen Systeme und damit auch die Schwachstellen unterschiedlich sind, ist es nicht möglich, von außen sinnvolle Lösungsvorschläge oder gar Patentrezepte zu geben. Das APS hat deshalb eine eigene **Handlungsempfehlung** dem Thema gewidmet, wie die Digitalisierung im Rahmen der Risikomanagementsysteme

einrichtungsindividuell aufgegriffen werden kann, womit der Bedeutungsrahmen des Risikomanagements wesentlich erweitert wird.

Beide Publikationen, die Patienteninformation und die Handlungsempfehlung für Professionelle im Gesundheitswesen, wurden auf der Jahrestagung des APS im Mai 2018 vorgestellt, die insgesamt dem Thema der Digitalisierung im Zusammenhang mit der Patientensicherheit gewidmet war. Dabei wurde deutlich, dass es in diesem Themenfeld noch viel weiteren Handlungsbedarf gibt. Dem wird sich das APS auch in Zukunft stellen.

B. PATIENTENSICHERHEIT UND PFLEGEPERSONAL

Ein anderes Themenfeld, das die Arbeit des APS auch weiterhin begleiten wird, ist die Pflegepersonalausstattung insbesondere im Krankenhaus. Wie an kaum einem anderen Beispiel lässt sich hier die Stichhaltigkeit des in **Abbildung 1** dargestellten Verständnisses von Patientensicherheit verdeutlichen.

Spätestens seit der Einführung des Fallpauschalensystems im stationären Sektor steht die Pflege unter dem besonderen Druck, bei oberflächlicher Betrachtung nur Kosten für die Einrichtungen zu produzieren, ohne direkt erlösrelevant zu sein. Hinzu kommt die weit verbreitete Hierarchie zwischen der ärztlichen und der pflegerischen Profession. Dass vor diesem Hintergrund nicht nur ein Abbau der Pflege am Bett – zumindest in Relation zu den ärztlichen Stellen – erfolgte, sondern auch eine Vernachlässigung der Belange der Pflegenden, ist aus Patientenberichten, eigenen Beobachtungen, Aussagen von Insidern und der Tatsache abzulesen, dass viele Führungsetagen von Krankenhäusern Kaufleute und Ärzte, aber keine Pflegekräfte enthalten. In nicht wenigen Einrichtungen ist also die Organisationskultur von mangelnder Wertschätzung gegenüber der Pflege gekennzeichnet. Damit korrespondieren Managemententscheidungen, die Pflege personell auszudünnen oder zumindest nicht in den Aufbau von pflegerischen Kompetenzen und die Ausbildung neuer Kräfte im erforderlichen Maß zu investieren. Im klinischen Alltag hat das zur Folge, dass deutsche Pflegekräfte im Vergleich mit ähnlich wohlhabenden Nationen deutlich

mehr Patienten pro Schicht zu versorgen haben. Die aktuelle politische Debatte rund um die Pflegepersonaluntergrenzen machte deutlich, dass die Pflegepersonalausstattung in Deutschland – bezeichnenderweise! – eine „empirische Wüste“ ist (Zitat Wulf Leber, GKV-Spitzenverband auf dem Nationalen Qualitätskongress im Dezember 2018). Selbst grobe (und nicht mehr ganz aktuelle) Verhältniszahlen aus der RN4CAST-Studie von 2009/2010 sind eindrucksvoll. Während in Deutschland im Durchschnitt eine Pflegekraft 13 Patienten zu versorgen hatte, waren es in den USA und Norwegen wenig mehr als fünf, in den Niederlanden und Irland sieben und in den (abgesehen von Deutschland) schlechtesten Ländern Polen 10,4, Belgien 10,7 und Spanien 12,4 (vgl. <http://www.rn4cast.eu/about1.html>). Unter diesen extremen Bedingungen genügen schon geringe Auslösefaktoren bezüglich des individuellen Pflegebedarfs der Patienten, damit Fehler aufgrund der permanent erforderlichen impliziten Rationierung der Pflegekräfte unweigerlich passieren. Und da keine personellen Reserven vorhanden sind, um Sicherheitsbarrieren zu etablieren, schlagen sich diese unweigerlich bei den Patienten nieder – während und nach dem Krankenhausaufenthalt.

Tabelle 1 zeigt übersichtsartig, welche Bedeutung Pflege für die Patienten hat. Unter den Bedingungen von Pflegepersonalmangel ergeben sich aus der Vorenthaltung von Pflegeleistungen Risiken für die Patienten, und zwar auch dann, wenn sie sich nicht unmittelbar dem Bereich der Patientensicherheit im engsten Sinne (Stufe 2) zuschreiben lassen. Hierfür einige Beispiele:

- Selbständigkeit und Selbstbestimmung: Patienten, die während ihres stationären Aufenthaltes kaum Anleitung im Umgang mit ihrer Krankheit bekommen haben, erkennen zu Hause nicht, ob sich eine kritische Verschlechterung einstellt oder machen Fehler z. B. bei der Medikamenteneinnahme. Ist die Entlassung nicht ausreichend vorbereitet, unterbleibt z. B. Anschlussversorgung in Form von häuslicher Pflege oder notwendigen Arztbesuchen oder kritische Hilfsmittel fehlen.

- Rahmenbedingungen für Genesung: Dem psychosozialen Zuspruch kommt beispielsweise bei der Vermeidung oder Verringerung von Delir im Zusammenhang mit Operationen insbesondere hochbetagter Menschen zu. Die Folgen unterbleibender Vorsorge sind oft bleibend und lebensverkürzend – von zutiefst belastend für Betroffene und Angehörige ganz abgesehen. Unzureichendes Schmerzmanagement führt zu erheblichen Verzögerungen bei der Genesung, im schlimmsten Fall sogar zum Einstieg in chronische Schmerzen.

Das Jahr 2018 war wegen der Verabschiedung des Pflegepersonalstärkungsgesetzes von der politischen Debatte um das Thema geprägt. Das APS hat versucht, in diese Debatte drei Aspekte einzubringen:

1. Pflegepersonaluntergrenzen dürfen nicht auf einem Niveau von Pflege ansetzen, das gerade einmal die Vermeidung unmittelbarer und schwerwiegender Patientengefährdung ausschließt, denn auch die implizite Rationierung anderer Pflegeleistungen hat (wie die Beispiele oben zeigen) erhebliche Auswirkungen auf die Patientensicherheit. Auch wenn man in einem allerersten Schritt zunächst die schlimmsten Mangelsituationen abstellt, muss das Ziel sein, eine Pflegepersonalausstattung vorzugeben, die auch die Rahmenbedingungen

für Genesung und die Unterstützung von Selbständigkeit und Selbstbestimmung ermöglicht – im Interesse von Patienten und Pflegekräften gleichermaßen.

2. Es ist unerlässlich, Transparenz über das Verhältnis von Pflegebedarf und Pflegepersonalausstattung herzustellen. Dazu muss ein entsprechendes, pflegewissenschaftlich fundiertes Personalbemessungstool entwickelt und verpflichtend angewendet werden. Die Ansätze über Pflegepauschalen sind abzulehnen, da ansonsten die Patienten mit dem höchsten Pflegebedarf (in der Onkologie beispielsweise Menschen in palliativen Situationen) strukturell unterversorgt und für die Einrichtungen unattraktiv sind.
3. Der Einsatz von Leihkräften in der Pflege ist – abgesehen von außerordentlichen und seltenen Belastungsspitzen – für die Patienten mit besonderen Risiken verbunden, da sich diese Pflegekräfte nicht in den Einrichtungen auskennen und teilweise auch nicht über die erforderlichen Qualifikationen verfügen. Deshalb muss über den Einsatz von Leasing-Arbeitnehmern dringend Transparenz geschaffen und der Ausbreitung entgegen gewirkt werden.

Alle drei Aspekte sind in der aktuellen Gesetzgebung nicht umgesetzt, so dass sich das APS hier weiter engagieren wird.

Tab. 1: Bedeutung von Pflege aus Patientensicht (eigene Zusammenstellung, auch verwendet in Köster-Steinebach 2018: 48)

Stufe 4				Selbständigkeit und Selbstbestimmung:
				• Anleitung im Umgang mit der Krankheit • Erfassen und Beachten von Willensäußerungen und Präferenzen, <i>shared decision making</i> • Unterstützung der Selbstfürsorge • Entlassungsmanagement
Stufe 3			Rahmenbedingungen für Genesung:	
			• Schmerzmanagement • Frührehabilitation/-mobilisation • Psychosozialer Zuspruch	
Stufe 2		Vermeidung unerwünschter Ereignisse:		
		• Dekubitus • Sturzprophylaxe • Infektionsprävention • korrekte Medikation • metab. Entgleisung • ungeplante Extubation etc		
Stufe 1	Erhaltung von Vitalfunktionen:			
	Atmung, Temperatur, Flüssigkeitszufuhr etc.			

AUSBLICK AUF DIE ZUKUNFT: PATIENTENSICHERHEIT ALS FÜHRungsverANTWORTUNG

So wie der Einsatz für Patientensicherheit in den Gesundheitseinrichtungen nicht enden kann, so herrscht auch kein Mangel an immer neuen Fragestellungen im Rahmen der Patientensicherheit, denen sich das APS widmen kann, soll und will. Arzneimitteltherapiesicherheit und Digitalisierung werden auch in Zukunft Dauerbrenner unter den Arbeitsgruppen des APS sein. Aktuell arbeitet das APS beispielsweise an Materialien zur Notfallversorgung, zur außerklinischen Intensivversorgung beatmelter Patienten und zur Sepsis, aber auch an der Ausbreitung der Prinzipien des klinischen Risikomanagements (einrichtungsübergreifende Fehlermeldesysteme) auf den ambulanten Sektor. Immer wieder kommen neue Themen hinzu, etwa der Einsatz von Psychopharmaka als freiheitsentziehende Maßnahme in der Pflege. Unterstützung für die Arbeit und die Anliegen des APS ist immer willkommen.

Sowohl die Erkenntnisse im APS-Weißbuch Patientensicherheit als auch das Beispiel des

Pflegepersonal mangels haben eindringlich ins Bewusstsein gerufen, dass die konkreten Maßnahmen aber oft nicht ausreichend sind, um nachhaltige und weitreichende Verbesserungen zu erreichen. Oft ist die Verantwortung, ja die Haltung der Führungsebene in den Einrichtungen, aber auch in den Verbänden im Gesundheitswesen entscheidend dafür, ob das Bemühen um Patientensicherheit ein Feigenblatt bleibt, das hervorgeholt wird, wenn öffentlichkeitswirksame Vorfälle passieren, oder ob es tatsächlich ein Leitmotiv ist. Eine zentrale Forderung, die das APS rund um die Veröffentlichung des Weißbuchs erhoben hat, ist deshalb, Verantwortliche für Patientensicherheit in den Chefetagen von allen Gesundheitseinrichtungen zu etablieren. Patientensicherheit ist Führungsverantwortung. Endlich muss mit dem Irrglauben aufgeräumt werden, dass Patientensicherheit und Wirtschaftlichkeit einander ausschließen: Nichts ist so teuer für das Gesundheitssystem, für Patienten aber letztlich auch für die Einrichtungen selbst wie qualitativ schlechte, unsichere Versorgung. Diese Botschaft, dass Sicherheitskultur auf allen Ebenen dringend

erforderlich ist, hat auch die Jahrestagung des APS im Mai 2019 bestimmt, in der Hoffnung, immer mehr Akteure im Gesundheitssystem zu erreichen und einen kulturellen Wandel anzustoßen. Dieser Aufgabe bleibt das APS auch in Zukunft treu.

LITERATUR

- [1] Institute of Medicine, Committee on Quality of Health Care in America (Hg.) (2000): To Err is Human – Building a Safer Health System, Washington: National Academy Press, verfügbar unter: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK225182/>.
- [2] Köster-Steinebach, Ilona (2018): "Pflegepersonaluntergrenzen, das Selbstverständnis der GKV und die Rolle der Versorgungsforschung", in: Monitor Versorgungsforschung 01/2018, S. 46-50.
- [3] Schrappe, Matthias (2018): APS-Weißbuch Patientensicherheit, Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, verfügbar unter: https://www.aps-ev.de/wp-content/uploads/2018/08/APS-Weissbuch_2018.pdf. 

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: Infektionsquelle Bauchnabel – Piercing im Visier



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



Dr. med. Helmut Adler
Hygieneinstitut der
REGIOMED-KLINIKEN Bayern/
Thüringen
Facharzt für Chirurgie
Notfallmedizin
Curriculärer Krankenhaushygieniker

Seit vielen Jahren sind Bauchnabelpiercings als Körperschmuck in Mode und zwischenzeitlich in nahezu allen Altersstufen verbreitet. So wie Schmuck an Händen und Unterarmen eine wirksame hygienische Händedesinfektion verhindert, so kann auch ein Bauchnabelpiercing zu erheblichen Einschränkungen bei einer notwendigen Hautantiseptik führen.

Abhängig von der körperlichen Konstitution findet sich zudem oft eine tief eingezogene Nabelgrube. Der Nabelgrund ist meist nicht einsehbar. In der tiefliegenden Nabelgrube sammeln sich leicht Sekret, Hautschuppen und Textilfusseln. Im Laufe der Zeit können so auch fest anhaftende Auflagerungen, nicht selten sogar „Nabelsteine/Nabelkrokant“ entstehen. Eine sorgfältige Reinigung einer tiefliegenden Nabelgrube wird oft durch den einliegenden Körperschmuck stark eingeschränkt oder vernachlässigt. Das Lumen des Piercingkanals/Fistelgang wird bei der Hautantiseptik nicht immer sicher und vollständig erreicht. Die Haut der Nabelgrube ist zudem zart und leicht verletzlich.

Es ist notwendig diese besonderen Eigenschaften bei der präoperativen Hautantiseptik gesondert zu berücksichtigen. Oftmals ist

eine zusätzliche schonende und sorgfältige Reinigung der Nabelgrube mit Entfernung von Talg und krustigem Material aus der Nabelgrube und anschließender Trocknung bereits im Vorfeld der Operation erforderlich.

Patienten mit einem Bauchnabelpiercing und zudem besonders tiefliegendem Bauchnabel sollten vor der Operation auf eine schonende mechanische Reinigung mit Ausduschen und Trocknung der Nabelgrube hingewiesen werden. Mehrmaliges aufweichen und Ausduschen verhindert Mikroverletzungen der Haut. Selbst mit einem Wattestäbchen soll hier nur sehr vorsichtig manipuliert werden, um bei der groben Reinigung Mikroverletzungen der empfindlichen oft auch faltigen Haut am Boden der Nabelgrube zu verhindern. Auch nur geringe Restverschmutzungen machen die Hautantiseptik in diesem Bereich unwirksam und fördern eine Wundinfektion.

Piercings werden meist auch aus Angst „der Fistelkanal könne sich leicht verschließen“ erst unmittelbar vor der Operation entfernt. Eine vorausgehende gründliche Reinigung wird nicht durchgeführt oder ersatzweise Platzhalter aus Kunststoff in den Piercing-Kanal eingebracht.

EMPFEHLUNGEN

- Nabelgrube und Fistelgang des Piercings sollten mit verlängerter Einwirkzeit bei der präoperativen Hautantiseptik berücksichtigt werden.
- Eine gründliche und schonende mechanische Reinigung ist zwingende Voraussetzung für eine wirksame Hautantiseptik.
- Mikroverletzungen der empfindlichen Haut der Nabelgrube müssen vermieden werden.

Der Kurz Tipp gibt die Meinung der Autoren wieder. 



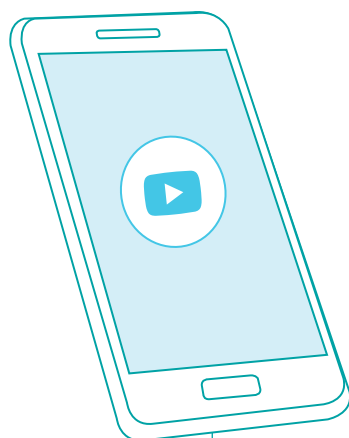
Zastrow KD, Adler H: Hygiene-Tipp. Infektionsquelle Bauchnabel – Piercing im Visier. Passion Chirurgie. 2019 Juli; 9(07): Artikel 04_03.



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

HYGIENE
CLIPGet Your
Disinfection

Erfolgreiche bundesweite
Kampagne des BDC
in Kooperation
mit DGKH und BDH



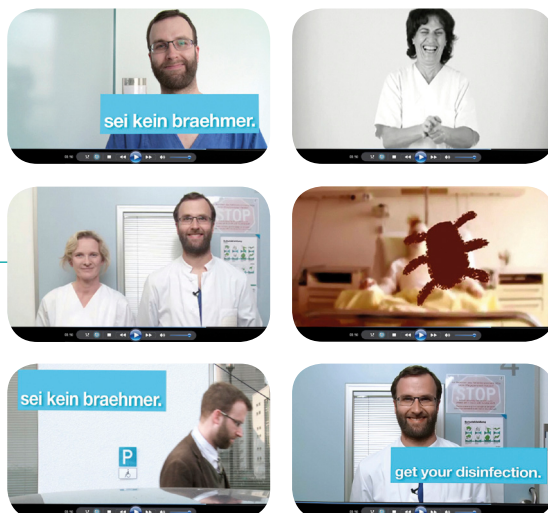
Gute Chirurgie kann durch eine Infektion gefährdet werden. Es gibt vermeidbare und unvermeidbare Infektionen. Letztere sind schicksalhaft und kaum zu beeinflussen. Der Berufsverband der Deutschen Chirurgen und die deutschen Hygieniker betreiben seit 2008 eine bundesweite Informationskampagne, die dazu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

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

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

Die Thematik Händedesinfektion wurde von vielen weiteren guten Projekten, wie der „Aktion saubere Hände“ aufgegriffen. Auch wir produzieren ständig neue Video-clips und werden Ihnen diese in den kommenden Ausgaben vorstellen.

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



PATIENTENSCHUTZ DURCH HYGIENE IST EINE
BUNDESWEITE KONZERTIERTE AKTION VON:

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

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.

JULI 2019

Dr. med. Eduard Aspenleiter ist seit April 2019 Nachfolger von **PD Dr. med. Uwe Specht**, der nach über 25 Jahren seinen Posten als Chefarzt der Kinderchirurgie des Marienhaus-Klinikums Saarlouis niedergelegt hat und sich in den Ruhestand verabschiedete.

PD Dr. med. Nikos Emmanouilidis ist Chefarzt der Allgemein-, Viszeral- und Thoraxchirurgie am St. Elisabeth-Hospital in Gütersloh. Zuvor war Emmanouilidis Oberarzt der Allgemein-, Viszeral- und Transplantationschirurgie an der Medizinischen Hochschule Hannover.

Prof. Dr. med. Jürgen Ordemann, ehemals Oberarzt der Abteilung Adipositas und Metabolische Medizin am HELIOS Klinikum Berlin-Buch, ist seit dem 01.05.2019 Chefarzt des Zentrums für Adipositas und metabolische Chirurgie am Vivantes Klinikum Spandau in Berlin.

Dr. med. Harald Rieger ist seit Mai 2019 Sektionsleiter der Unfallchirurgie der Asklepios Stadtklinik Bad Tölz. Er wechselte von der Kreisklinik Wolfartshausen, wo er zuvor Leiter der Unfall- und orthopädischen Chirurgie war.

Dr. med. Frank Schönenberg ist neuer Chefarzt der Chirurgie am Franziskus-Krankenhaus Berlin und übernimmt damit auch die Leitung des „Deutschen Gefäßzentrums Berlin“. Er wechselte vom Sankt Gertrauden-

Krankenhaus, wo **Dr. med. univ. Ioannis Thomas Passaloglou** die Position des Chefarztes der Gefäßchirurgie übernahm.

Dr. med. Franz-Josef Schumacher, ehemals Chefarzt der nun geschlossenen Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie am Katholischen Klinikum Oberhausen, wechselte an die Katholischen Kliniken Essen-Nord Philippsstift. Dort leitet er seit März 2019 die Allgemein- und Viszeralchirurgie. Sein Ziel ist die Zertifizierung seiner Klinik als Darmkrebszentrum nach Vorgaben der Deutschen Krebsgesellschaft.

Prof. Dr. med. Ulrich Stöckle wechselte zum 01. Mai 2019 als Chefarzt von der Berufsgenossenschaftlichen Unfallklinik und Unfallchirurgischen Universitätsklinik an der Eberhard Karls Universität Tübingen nach Berlin an das Centrum für Muskuloskeletale Chirurgie der Charité Universitätsmedizin Berlin, Campus Virchow.

Prof. Dr. med. Ralf-Bodo Tröbs ist seit Mai 2019 Chefarzt der Kinderchirurgie am HELIOS Klinikum Duisburg. Er war zuvor Direktor der Klinik für Kinderchirurgie am Marienhospital Herne Universitätsklinik der Ruhr-Universität Bochum.

Dr. med. Ralf Michael Wilke leitet seit April die Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie und Proktologie der Asklepios Kliniken Weißenfels. ○



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



© iStock/ralaj

Gewinnverteilung in der Berufsausübungsgemeinschaft: Ein heißes Eisen

Berufsausübungsgemeinschaften sind auch bei Chirurgen beliebt. Gemäß Kassenärztlicher Bundesvereinigung (KBV) praktizieren heute gut 37 % aller Chirurgen in Berufsausübungsgemeinschaften. Die Tendenz ist allerdings in den letzten Jahren gemäß KBV-Zahlen rückläufig.

Hinsichtlich der Gestaltung von Arbeitszeiten und der Verteilung von Verwaltungsaufgaben bietet eine Berufsausübungsgemeinschaft den Partnern erhöhte Flexibilität. Das Arbeitspensum der Inhaber einer Berufsausübungsgemeinschaft liegt gemäß Zentralinstitut für die

kassenärztliche Versorgung (ZI) statistisch um rund 2,5 Stunden pro Woche niedriger als dasjenige von Kollegen in Einzelpraxis. Wirtschaftlich ist eine chirurgische Gemeinschaftspraxis jedoch nicht immer ein Selbstläufer. Gemäß ZI und statistischem Bundesamt bleiben die Überschüsse in Berufsausübungsgemeinschaften teilweise hinter den Ergebnissen lukrativer Einzelpraxen zurück. Denn erst durch die bestmögliche Bewirtschaftung der Praxis-Infrastruktur und durch die Ausnutzung der meist vorteilhaften Außenwirkung einer Gemeinschaftseinrichtung erzielen Ärzte in kooperativen Praxisstrukturen Zusatzgewinne.



Oliver Frielingsdorf

öffentlich bestellter und vereidigter
Sachverständiger für die Bewertung
von Arzt- und Zahnarztpraxen und
von vergleichbaren Einrichtungen des
Gesundheitswesens
Frielingsdorf und Partner
Hohenstaufenring 48-54
50674 Köln
www.frielingsdorf-partner.de

SENSIBLES THEMA: DIE GEWINNVERTEILUNG

Merkmal einer Berufsausübungsgemeinschaft ist die gemeinsame Gewinnermittlung. Die Honorare fließen dabei auf ein gemeinschaftliches Konto, von dem sodann die Praxiskosten bezahlt werden. Am Jahresende ermittelt der Steuerberater aus den Zahlungsvorgängen den verbleibenden Praxis-Gewinn, der auf die Praxispartner aufzuteilen und von diesen zu versteuern ist.

Hiermit wären wir an einem der neuralgischen Punkte jeder Gemeinschaftspraxis angelangt: Der Gewinnverteilung. Deren Ausgestaltung kommt erfahrungsgemäß große Bedeutung für den dauerhaften Bestand einer ärztlichen Kooperation zu. Zu unterscheiden ist hierbei zunächst zwischen zwei grundsätzlich unterschiedlichen Verteilungsphilosophien. So wird in vielen Berufsausübungsgemeinschaften der Gewinn gleichmäßig auf die beteiligten Partner verteilt. Jeder Partner erhält also denselben Anteil am gemeinschaftlich erarbeiteten Praxisgewinn eines Jahres. Man spricht dann von einer „paritätischen“ Gewinnverteilung. Demgegenüber steht das Modell einer „variablen“ Gewinnverteilung, bei der der auf die einzelnen Partner entfallende Gewinnanteil anhand bestimmter Kriterien ermittelt und daher unterschiedlich hoch sein kann.

Beide Verteilungsphilosophien (paritätisch oder variabel) haben Vor- und Nachteile. Es empfiehlt sich daher, das für die eigene individuelle Praxissituation besser geeignete Modell auszuwählen und die ggf. festzulegenden Parameter sorgfältig zu diskutieren und zu vereinbaren. Ansonsten drohen Streit und Unzufriedenheit und schlimmstenfalls das Auseinanderbrechen einer eigentlich für alle Beteiligten vorteilhaften Zusammenarbeit.

PARITÄTISCHE GEWINNVERTEILUNG

In vielen Fällen hat sich eine paritätische Verteilung der Gewinne bewährt, bei der jeder Praxispartner den gleichen Gewinnanteil erhält. Diese solidarische Regelung hat den Vorteil großer Einfachheit und vermeidet

wirksam Neid und Konkurrenz zwischen den Partnern. Alle Partner wissen, dass jeder verdiente Euro (gleich von welchem Partner abgerechnet) allen Partnern gleichermaßen zugutekommt.

In bestimmten Konstellationen kann eine paritätische Gewinnverteilung bei einzelnen Partnern jedoch ein Gefühl der Ungerechtigkeit entstehen lassen. Dies ist etwa dann der Fall, wenn die Partner (objektiv oder nur gefühlt) ungleichmäßig zum Praxiserfolg beitragen, etwa durch unterschiedlich lange Arbeitszeiten, unterschiedliche Arbeitseffizienz oder durch ein besonders lukratives oder eben weniger honorarträchtiges Leistungs- oder Patientenspektrum. Auch bei unterschiedlichen Anteilen am Praxisvermögen (welches häufig in Senior-Junior-Konstellationen vorliegt) ist eine rein paritätische Gewinnverteilung in vielen Fällen nicht angezeigt.

Zur Vermeidung von Unzufriedenheiten kann in solchen Situationen ein variables Gewinnverteilungsmodell beitragen, bei dem der Gewinn (oder ein Anteil des Gewinnes) nach einem oder mehreren Leistungskriterien unterschiedlich auf die Partner verteilt wird.

VARIABLE GEWINNVERTEILUNG

Unter Beachtung der einschlägigen berufsrechtlichen und steuerlichen Rahmenbedingungen haben die Partner einigen Gestaltungsspielraum bei der Gewinnverteilung. So kann sich die Gewinnverteilung ganz oder teilweise an den je Partner erzielten Honoraren orientieren. Es gilt dann: Wer höheres Honorar erarbeitet, erhält mehr vom Praxisgewinn als andere Partner mit geringerem Honorarvolumen. Hierzu ist es natürlich erforderlich, das von jedem Partner erarbeitete Honorar möglichst genau zu ermitteln. Dies ist bei der GOÄ-Abrechnung in der Regel relativ problemlos möglich. Im Bereich der KV-Honorare sind bei der Honorardifferenzierung u. a. Budget-Effekte zu beachten, was die Aufgabe komplizierter macht. Viele KVen stellen als Sonderleistung eine arztbezogene Honorardifferenzierung zur Verfügung, deren Tauglichkeit jedoch vor Nutzung für die Gewinnverteilung sorgfältig

Frielingsdorf O: Gewinnverteilung in der
Berufsausübungsgemeinschaft: Ein heißes
Eisen. *Passion Chirurgie*. 2019 Juli, 9(07):
Artikel 04_05.



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

überprüft werden muss. Eine Gewinnverteilung anhand der je Partner erzielten Honorare führt zu einer Belohnung besonders hoher Abrechnungen und trimmt damit die Praxis insgesamt vor allem auf wirtschaftlichen Ertrag.

Typische Diskussionen bei der Einführung einer honorar-orientierten Gewinnverteilung drehen sich um die Frage der Chancengleichheit. Diese stellt sich dann, wenn die Partner über unterschiedlich lukrative Qualifikationen verfügen oder wenn die PrivatpatientInnenschaft ungleichmäßig verteilt ist. Auch der möglicherweise unterschiedliche Umgang mit Wahlleistungen führt bei einer honorar-orientierten Gewinnverteilung selbstverständlich zu unterschiedlichen Gewinnzuweisungen. Erfahrungsgemäß ist daher darauf zu achten, dass zwischen den Partnern kein praxis-interner Wettbewerb (bspw. um Privatpatientinnen) entsteht.

Im Rahmen einer variablen Gewinnverteilung kann der Praxisgewinn jedoch nicht nur anhand der Honorarleistung der Praxispartner verteilt werden. Alternativ oder ergänzend sind weitere Kriterien denkbar. So ist es betriebswirtschaftlich geboten, unterschiedliche Gesellschaftsanteile am Praxisvermögen in der Gewinnverteilung abzubilden. Denn der Praxisgewinn wird von den Partnern auch unter Nutzung der Praxisinfrastruktur erzielt. Sind die Eigentumsanteile an der Praxis ungleichmäßig, so ist ein Ausgleich hierfür legitim.

Nicht selten nutzen die Partner einer Berufsausübungsgemeinschaft auch die erhöhte Flexibilität dieser Praxisform für Teilzeitmodelle. In diesen Fällen ist es angezeigt, die unterschiedlichen Arbeitszeiten ebenfalls in die Gewinnverteilung einfließen zu lassen. Erfahrungsgemäß führt die Diskussion an diesem Punkt häufig zu der Frage, ob alle Partner ihre Anwesenheitszeiten in gleicherweise effektiv nutzen – und kann dann ins Subjektive und Persönliche abgleiten. Wird hierüber keine Einigkeit erreicht, kann ggf. anstelle der persönlichen Arbeitszeit die Zahl der behandelten Patientinnen als Bemessungskriterium in die variable Gewinnverteilung eingeführt werden.

Zwischenfazit: Die Einführung eines variablen Gewinnverteilungsmodells erfolgt oft vor dem Hintergrund gefühlter Ungerechtigkeit bei der paritätischen Gewinnverteilung oder zur Prävention einer solchen. Bei der Entwicklung einer praxis-individuell passenden Gewinnverteilungsabrede besteht aber regelmäßig die Gefahr, eine Ungerechtigkeit durch eine andere abzulösen. Gewinnverteilungsmodellen „von der Stange“ sollte daher eine Absage erteilt werden.

Empfehlenswert ist die Entwicklung von Gewinnverteilungskriterien, die zur eigenen Praxis passen und deren Komplexität begrenzt ist. Grundsätzlich können mehrere der zuvor genannten Kriterien bei einer variablen Gewinnverteilung individuell gemischt werden. Ein Teil des Gewinnes wird dann nach abgerechneten Honoraren verteilt, ein anderer Teil nach den Arbeitszeiten der Partner.

Die Notwendigkeit, die vereinbarten Kriterien mit den in der Praxis zur Verfügung stehenden Mitteln ohne großen Aufwand regelmäßig messen zu können, wird häufig genug übersehen. Am Ende steht dann ein theoretisches Gewinnverteilungsmodell, dessen Umsetzung in der chirurgischen Praxis scheitert. Üblicherweise werden Bemessungskriterien einer variablen Gewinnverteilung nur einmal im Jahr (meist am Jahresende) ermittelt, um die unterjährig pauschal verteilten Einnahmen nach Vorliegen des steuerlichen Jahresabschlusses spitz abzurechnen und zu verteilen. Gegebenenfalls können zu diesem Zeitpunkt auch die unterjährigen Entnahmepauschalen angepasst und aktualisiert werden.

EIN PRAXISBEISPIEL

Am Beispiel einer Berufsausübungsgemeinschaft mit vier Partnern wird nachfolgend dargestellt, wie ein variables Gewinnverteilungsmodell mit drei unterschiedlichen Kriterien aussehen kann und wie es sich auswirkt.

In der Beispielpraxis halten die Partner Dr. A bis D unterschiedliche Praxisanteile. Die Gründer der Praxis (Dr. A und Dr. B) halten mit je ein Drittel größere Praxisanteile, die zuletzt hinzugekommenen Juniorpartner Dr. C und Dr. D mit je ein Sechstel kleinere Anteile. Herr Dr. D ist zudem mit 25 Stunden pro Woche nur in Teilzeit tätig. Die übrigen Partner arbeiten vollschichtig, wobei Herr Dr. A aus der Historie heraus die Praxisgeschäfte führt und daher auf die höchste durchschnittliche Arbeitszeit aller Partner (50 h/Woche) kommt. Herr Dr. A als „Motor“ der Praxis verfügt auch über den größeren Stamm an Privatpatientinnen und erwirtschaftet nicht zuletzt auch deswegen den größten Honoraranteil aller vier Partner.

Auf Betreiben von Herrn Dr. A wurde die frühere paritätische in eine variable Gewinnverteilung wie folgt geändert:

- ein Drittel der Praxisgewinne wird verteilt anhand der Arbeitszeiten,
- ein Drittel der Praxisgewinne wird verteilt anhand der Praxisanteile,
- ein Drittel der Praxisgewinne wird verteilt anhand der Honorarleistung.

Bei Anwendung dieses Modells ergibt sich für das letzte Wirtschaftsjahr, in dem von allen vier Partnern gemeinsam ein Praxisgewinn in Höhe von 510.000 Euro erzielt wurde, die folgende variable Gewinnverteilung.

Entsprechend ihrer Praxisanteile, ihrer Arbeitszeit und ihrer Honorarleistung ist der Gewinnanteil von Herrn Dr. A der größte

Tab. 1: Arbeitsleistungen und Gesellschaftsanteile der vier Partner

	Partner A	Partner B	Partner C	Partner D	Summe
Arbeitszeit in Wochenstunden	50 h	40 h	40 h	25 h	155 h
Gesellschaftsanteile an Praxis	33,3 %	33,3 %	16,7 %	16,7 %	100 %
Honorarleistung	35 %	25 %	25 %	15 %	100 %

Tab. 2: Resultierende Gewinnverteilung

Gewinn-Töpfe		Partner A	Partner B	Partner C	Partner D
Topf 1 (33,3 %) – Verteilung nach	170.000 €	54.839	43.871 €	43.871 €	27.419
Topf 2 (33,3 %) – Verteilung nach	170.000 €	56.667	56.667 €	28.333 €	28.333
Topf 3 (33,3 %) – Verteilung nach	170.000 €	59.500	42.500 €	42.500 €	25.500
Summe	510.000 €	171.006 €	143.038 €	114.704 €	81.252 €

von allen vier Partnern. Herr Dr. D erhält hingegen im Vergleich zu einer paritätischen Gewinnverteilung einen deutlich reduzierten Gewinnanteil. Aufgrund der Tatsache, dass eine variable Gewinnverteilung zwangsläufig einige Partner besserstellt und andere Partner schlechter, ist die Abänderung einer einmal vertraglich getroffenen Gewinnverteilung in der Regel nur einvernehmlich möglich. Medizinrechtler sehen

daher im Gesellschaftsvertrag teilweise eine sogenannte Öffnungsklausel vor, nach der ein Partner unter gewissen Bedingungen die Überprüfung und Neuverhandlung der Gewinnverteilung fordern kann.

ZUSAMMENFASSUNG

Über Geldfragen kann in Berufsausübungsgemeinschaften heftig diskutiert werden.

Eine paritätische Gewinnverteilung ist erfahrungsgemäß die einfachste Lösung und enthebt die Partner der Pflicht, die eigenen Leistungen in der Praxis zu messen und zu bewerten. Dies wiederum kann drohende Diskussionen, Neid und praxisinternen Wettbewerb vermeiden. Sind jedoch die notwendigen Voraussetzungen für eine paritätische Gewinnverteilung in einer Berufsausübungsgemeinschaft nicht gegeben, kann die Einführung einer variablen Gewinnverteilung im Konsens erwogen werden. In diesen Fällen kann durch eine individuell passende Gewinnverteilung mit variablen Komponenten die Chance, die bestehenden Vorteile der gemeinschaftlichen Berufsausübung dauerhaft nutzen zu können, in vielen Fällen deutlich erhöht werden.



Sozialversicherungspflicht für Honorarärzte

ENDE DES BELIEBTEN MODELLS ODER BESSERE RECHTLICHE POSITION?

In zunehmendem Maße übernehmen externe Ärzte Aufgaben in Krankenhäusern, meist in der Konstruktion des Honorararztes, der für eine konkrete Leistung, im Falle der Chirurgie meist definierte Operationen, vom Krankenhaus unmittelbar aus dem DRG-Erlös bezahlt wird. Das ist sowohl für die Häuser von Vorteil, die in der Regel lukrative Fälle zugewiesen bekommen und auch das Problem der Mindestmengen auf diese Weise lösen können, wie auch für die Operateure, die eine deutlich höhere Vergütung als im EBM-System erhalten.

Angesichts einer solchen Win-win-Situation bleibt es nicht aus, dass Schwierigkeiten auftreten. So ist beispielsweise eine Operation bei Privatpatienten durch Honorarärzte nicht möglich, weil dies zwingend durch Krankenhausangestellte zu erfolgen hat. Der BDC hat daher schon lange dazu geraten, dass Honorarärzte sich in welchem Umfang auch immer, am Krankenhaus in Teilzeit anstellen lassen. Das zweite Problem kam im Zuge des Antikorruptionsgesetzes hinzu, das eine unangemessene (zu hohe) Vergütung des Honorararztes unter Strafandrohung stellt. Wie hoch die Angemessenheit der Vergütung ausfallen darf, ist nach wie vor ungeklärt. Der BDC rät derzeit, sich an den in den DRG



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



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



Oliver Butzmann
 Rechtsanwalt
 Rechtsanwaltskanzlei
 Paul-Hösch-Str. 25 A
 81243
 München

Rüggeberg JA, Heberer J, Butzmann O:
 Sozialversicherungspflicht für Honorarärzte. Juli;
 9(07): Artikel 04_06_01.



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

ausgewiesenen Vergütungsanteilen für die jeweiligen Leistungen zu orientieren.

Soweit die bisherige Ausgangslage, die trotz gewisser Unsicherheiten das Honorararztsystem zu einer relevanten zusätzlichen Versorgungsform hat aufblühen lassen, die auch den Charme einer tatsächlich gelebten sektorenüberwindenden Versorgung besitzt. Jetzt aber droht diesem Modell das Aus, nachdem das Bundessozialgericht entschieden hat, dass Honorarärzte im Prinzip keine Selbständigen sind und insofern der Sozialversicherungspflicht wie alle anderen Angestellten auch unterliegen.

AKTUELLE BSG-URTEILE ZU HONORARARZT UND SCHEINSELBSTSTÄNDIGKEIT – EINE ERSTE EINSCHÄTZUNG

Der 12. Senat des Bundessozialgerichts hatte am 03.06.19 und 07.06.19 über insgesamt siebzehn Verfahren zu entscheiden, in denen es im Rahmen von Anfragesverfahren nach § 7a SGB IV und Betriebsprüfungsverfahren nach § 28p SGB IV über die Abgrenzung zwischen selbstständiger Tätigkeit und abhängiger Beschäftigung und in der Folge Versicherungspflicht bei verschiedenen Gesundheitsberufen ging. Das Thema Honorararzt wurde hierbei am 03.06.19 verhandelt und durchweg entschieden, dass die Honorarärzte derart in die Arbeitsorganisation des Krankenhauses eingegliedert und weisungsgebunden sind, dass diese Tätigkeit als sozialversicherungspflichtige, abhängige Beschäftigung einzuordnen ist.

Aus den bisher vorliegenden Terminberichten lässt sich entnehmen, dass es sich hierbei primär um solche Ärzte handelte, die über Agenturen oder eigenständig an verschiedenen Krankenhäusern tätig waren, ohne dass aber eine gleichzeitige Niederlassung in eigener Praxis im Vordergrund stand. Häufig betrafen die Entscheidungen Fachärzte für Anästhesie.

Dementsprechend lässt sich den knappen Urteilsbegründungen aus den Terminberichten entnehmen, dass die gleichzeitige

Tätigkeit in freier Praxis für die Entscheidungen keine wesentliche Rolle spielte. So heißt es in Bezug auf einen Facharzt für Innere Medizin und Kardiologie, der in der kardiologischen Abteilung eines Städtischen Klinikums auf Grundlage eines „Honorararztvertrages“ tätig war:

„Die Revision des klagenden Arztes hat keinen Erfolg gehabt. Er war nicht frei in der Wahl der Patienten und hatte fachliche und organisatorische Vorgaben des Krankenhauses zu berücksichtigen. An den Einsatztagen hatte er so lange zu arbeiten, bis sämtliche ihm zugeteilten Patienten behandelt oder betreut waren. Das Letztentscheidungsrecht in medizinischen Fragen lag beim Chefarzt, so dass er selbst auch Weisungen unterworfen war.“ (Az. B 12 R 20/18 R).

Diese Beurteilung kann bei mit einem Krankenhaus kooperierenden niedergelassenen Vertragsärzten oder bei Gemeinschaftspraxen, die teils eigene Ressourcen benutzen, teils eigene Patienten einweisen und keiner chefarztlichen Weisungsbefugnis unterworfen sind, sicherlich ganz anders ausfallen. Insofern haben die jetzigen Entscheidungen für eine Vielzahl von Honorarärzten offensichtlich keine Klarheit geschaffen.

Dennoch sind die Urteile ein deutlicher Hinweis darauf, dass unsere Empfehlung der Umstellung vorhandener Honorararztverträge in (Teilzeit-)Anstellungsverhältnisse wegen der Wahlleistungsthematik und im Hinblick auf größtmögliche Transparenz zur Vermeidung korruptionsrechtlicher Vorwürfe auch wegen der Gefahr der Scheinselbstständigkeit Gültigkeit hat und von den Betroffenen zeitnah umgesetzt werden sollte.

Eine weitergehende und detailliertere Bewertung der aktuellen BSG-Entscheidung werden wir nach dem Vorliegen der vollständigen Urteilsgründe vornehmen können.

Dr. jur. Jörg Heberer
 Oliver Butzmann

Wie immer, bezieht sich das Urteil des BSG auf konkrete Einzelfälle, die, liest man die Texte genauer, tatsächlich ziemlich eindeutig eine abhängige Beschäftigung der betroffenen Ärzte nachweist. Das trifft für den klassischen chirurgischen Operateur so nicht immer zu, wenngleich es sich kaum abstreiten lässt, dass auch der Honorararzt sich an die Ablaufstrukturen des Krankenhauses anpassen muss und insofern in seinem Handeln nicht völlig frei ist. Wie oben schon erwähnt, ist es wegen der Problematik von

Privatpatienten sowieso sinnvoll, als Honorararzt eine partielle Anstellung am Krankenhaus anzustreben. In diesem Fall ist die Sozialversicherungspflicht sowieso fällig. Es bleibt dann immer noch die Frage nach dem angemessenen Gehalt (kein Honorar mehr). Dazu wird es leider wegen des Antikorruptionsgesetzes keine verbindliche Aussage geben können. Vorstellbar ist eine projektive Kalkulation der zu erwartenden Honorare, die dann als Gehaltszahlung vereinbart werden müssen, auch in Form eines Sockels mit

ggf. erfolgsabhängigen Bonuszahlungen. Leider darf man davon ausgehen, dass die Kliniken diese ihnen zusätzlich entstehenden Lohnnebenkosten auf den Honorararzt werden abwälzen wollen.

Jedenfalls sehen wir mit diesem Urteil kein Menetekel mit einer sofortigen Abschaffung des Honorararztsystems, sondern eine zwar lästige, aber zu bewältigende administrative Hürde, die am Ende auch eher zu rechtssicheren Vertragsverhältnissen führen wird. ○

eAKADEMIE

Wissen Bit für Bit

WEBINARE

MEDIATHEK

eCME-
CENTER

BDC | WEBINAR

WEBINARE



Namhafte Experten live direkt in Ihrem Arbeitszimmer.

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

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

www.bdc-webinare.de

Wer haftet für den Honorararzt?

Niedergelassene Vertragsärzte, die in Krankenhäusern auf freiberuflicher Basis allgemeine Klinikleistungen, insbesondere Operationen, durchführen, sind aus dem Alltag vieler Krankenhäuser nicht mehr wegzudenken. Auch für die niedergelassenen Ärzte eröffnet solch eine Honorararztstätigkeit weitere, sowohl fachliche als auch wirtschaftliche, Möglichkeiten. Allerdings birgt dies natürlich ein weiteres Risiko im Hinblick auf eine Haftungserweiterung für beide Seiten.

DEFINITION „HONORARARZT“

Eine Legaldefinition des Begriffs „Honorararzt“ gibt es bislang nicht. Die Bundesärztekammer definiert den Honorararzt als externen Facharzt, der in einer medizinischen Einrichtung zeitlich befristet und auf freiberuflicher Basis persönlich ärztliche Leistungen erbringt

und hierfür von der Einrichtung eine Vergütung erhält. Sein Einsatz ist sowohl in ambulanter als auch stationärer Versorgung möglich.

Der Bundesgerichtshof versteht darunter gemäß seinem Urteil vom 16.10.2014, welches sich konkret auf die Kooperation mit einem Krankenhausträger bezog, einen Facharzt, der im stationären und/oder ambulanten Bereich des Krankenhauses ärztliche Leistungen für den Krankenhausträger erbringt, ohne bei diesem angestellt oder als Belegarzt oder Konsiliararzt tätig zu sein. Er wird zeitlich befristet freiberuflich auf Honorarbasis tätig, wobei das Honorar mit dem Krankenhausträger frei und unabhängig von den Vorgaben der GOÄ vereinbart wird und mangels Anstellung des Honorararztes keinen tarifvertraglichen Bindungen unterliegt (vgl. BGH, Urteil vom 16.10.2014 – III ZR 85/14).



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

Diese beiden Definitionen unterscheiden sich somit von ihrem Inhalt her aus Sicht des Verfassers nicht wesentlich, wobei die vom BGH für den Krankenhausbereich aufgestellte Definition detaillierter und damit auch juristisch klarer ist.

DELIKTIISCHE HAFTUNG

Unabhängig von der Art der Behandlung, also ambulant oder stationär, sowie von der vertraglichen Situation zwischen Patient und Honorararzt besteht im Falle eines vorwerfbaren Behandlungsfehlers des Honorararztes zunächst stets die gesetzlich normierte Haftung des Arztes aus unerlaubter Handlung gemäß §§ 823 ff. BGB.

Der Honorararzt haftet danach für eigene Behandlungsfehler stets aus Delikt gemäß § 823 Abs. 1 BGB persönlich gegenüber dem Patienten.

Daneben ist eine Haftung der Einrichtung für fremde Fehler ihrer Verrichtungsgehilfen (z. B. sonstige Ärzte, Pflegepersonal) gem. § 831 Abs. 1 S. 1 BGB möglich. Allerdings steht der Einrichtung die Führung des sog. Entlastungsbewei- ses gem. § 831 Abs. 1 S. 2 BGB offen, wenn diese bei der Auswahl der bestellten Person und, sofern sie Vorrichtungen oder Gerätschaften zu beschaffen oder die Ausführung der Ver- richtung zu leiten hat, bei der Beschaffung oder der Leitung die im Verkehr erforderliche Sorgfalt beobachtet oder wenn der Schaden auch bei Anwendung dieser Sorgfalt entstan- den sein würde.

VERTRAGLICHE HAFTUNG

Als weitere Anspruchsgrundlage zu Gunsten des Patienten kommt neben dem gesetz- lichen Haftungstatbestand im Falle eines Behandlungsfehlers die Haftung aus dem Behandlungsvertrag zum Tragen. Hierbei ist stets die jeweilige vertragliche Konstellation zwischen der Einrichtung (Krankenhaus/ MVZ/Praxis), dem Honorararzt und dem Pati- enten maßgeblich.

1) AMBULANTE VERSORGUNG

Im Rahmen der ambulanten Versorgung kommt der Behandlungsvertrag ausschließ-

lich mit der medizinischen Einrichtung zu Stande, also mit der Arztpraxis oder dem MVZ. Rechtlich kommt es damit zu einer allei- nigen Haftung der Einrichtung nach Vertrag gegenüber ihren Patienten für ein schuld- haftes Handeln des Honorararztes. Denn Behandlungsfehler des Honorararztes werden der Einrichtung zugerechnet, da dieser deren Erfüllungsgehilfe gem. § 278 BGB ist.

Nicht vergessen werden darf dabei aber, dass selbstverständlich der Honorararzt, wie oben dargestellt, daneben aus Delikt gemäß § 823 Abs. 1 BGB haftet.

2) STATIONÄRE VERSORGUNG

Bei der stationären Versorgung ist zwi- schen den folgenden drei Vertragstypen zu unterscheiden:

- dem totalen Krankenhausaufnahmever- trag,
- dem totalen Krankenhausaufnahmever- trag mit Arztsatzvertrag und
- dem gespaltenen Krankenhausaufnah- mevertrag.

2.1) Totaler Krankenhausaufnahmevertrag

a) Für die Haftung gilt zunächst im Rahmen eines totalen Krankenhausaufnahmevertra- ges, wie er in der Konstellation der Erbrin- gung von Regelleistungen gemäß § 2 Abs. 1 S. 1, Abs. 2 KHEntG durch den Honorararzt üblicherweise vorliegt, dass lediglich der Krankenhausträger dem Patienten gegen- über aus dem Behandlungsvertrag haftet, da dieser ausschließlich zwischen Kran- kenhaus und Patient zu Stande kommt. Das Krankenhaus ist danach nämlich ver- pflichtet, alle für die stationäre Versorgung des Patienten erforderlichen Leistungen, und somit auch sämtliche ärztliche Regel- leistungen, zu erbringen. Zur Erfüllung der allgemeinen Krankenhausleistungen kann das Krankenhaus externe, nicht festange- stellte Honorarärzte heranziehen (§ 2 Abs. 1 S. 1, Abs. 3 KHEntG). Dem Krankenhausträ- ger wird deshalb auch das Verschulden des Honorararztes nach § 278 Satz 1 BGB zuge- rechnet. Ein eigenständiges Vertragsver- hältnis zwischen dem Honorararzt und dem Patienten wird jedenfalls nicht begründet.

b) **Wie sieht jedoch die Haftungsverteilung aus, wenn dem Honorararzt im Rahmen**

Heberer J: Wer haftet für den Honorararzt? Juli; 9(07): Artikel 04_06.



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

seiner niedergelassenen Praxistätigkeit bei einem Patienten, der dann später auch von ihm im Krankenhaus im Rahmen seiner Honorararztstätigkeit als Regelleistung operiert wird, sowohl ein Behandlungsfehler im Rahmen der niedergelassenen Praxistätigkeit als auch später bei der OP unterläuft? Mit Urteil vom 13.03.2018 - VI ZR 151/17 - hat der BGH nunmehr hierzu entschieden (siehe [HIER](#)).

Sachverhalt

In vorliegendem Fall verklagte die Haftpflichtversicherung des Krankenhausträgers den honorarärztlich tätigen Arzt auf Gesamtschuldnerausgleich, d. h. auf Zahlung der Hälfte des von der Haftpflichtversicherung an den geschädigten Patienten gezahlten Betrages.

Der beklagte Arzt behandelte in seiner Praxis den Patienten wegen seit Jahren andauernder Rückenschmerzen. Nach Durchführung eines Magnetresonanztomographie (MRT) wurde die weitere Behandlung inkl. einer möglichen Operation (OP) von ihm gegenüber dem Patienten erklärt. Nachdem der Patient sich zur OP entschieden hatte, führte der Arzt die Aufklärung in seiner Praxis durch. In der Folge wurde die vom beklagten Arzt gestellte OP-Indikation auch durch die orthopädische Abteilung des Krankenhauses anhand der Auswertung radiologischer, kardiologischer und allgemeinärztlicher Unterlagen überprüft. Etwas mehr als einen Monat nach dem Aufklärungsgespräch überprüfte auch der Arzt erneut die OP-Indikation. Zwei Tage später begab sich dann der Patient in die stationäre Behandlung des Krankenhauses, in dem der beklagte Arzt als Honorararzt tätig war. Der Arzt führte sodann im Rahmen seiner honorarärztlichen Tätigkeit die Operation durch.

Zwei Tage nach der OP kam es zu einer Komplikation, in deren Folge eine Revisions-OP durch den Arzt notwendig wurde. Diese blieb jedoch erfolglos. Der Patient wurde dann verlegt und musste sich einem weiteren Revisionseingriff unterziehen, jedoch wurde ein beschwerdefreier Zustand nicht erreicht.

Im Honorararztvertrag zwischen Krankenhausträger und niedergelassenem Arzt war in § 6 vereinbart, dass sich die Betriebshaftpflichtversicherung des Krankenhausträgers auch auf die im Rahmen des Honorararztvertrages zu erbringenden ärztlichen Leistungen des Arztes bezieht. Für seine niedergelassene Tätigkeit besaß der Arzt eine eigenständige Haftpflichtversicherung.

Im Rahmen eines Schlichtungsverfahrens zwischen Krankenhausträger und Patient wurde sodann festgestellt, dass sowohl Indikation als auch Aufklärung fehlerhaft gewesen waren. Zudem wurden die eigentliche OP sowie die erste Revisions-OP nicht fachgerecht vom Honorararzt durchgeführt. Hierdurch war dem Patienten ein Dauerschaden entstanden. Aufgrund dieses Ergebnisses schloss die Haftpflichtversicherung des Krankenhauses mit dem Patienten eine Abfindungsvereinbarung in Höhe von 170.000 Euro zzgl. dessen Anwaltskosten. Der Patient verzichtete dafür auf alle Ansprüche gegen das Krankenhaus und den Arzt. Des Weiteren zahlte die Haftpflichtversicherung an die gesetzliche Krankenkasse des Patienten einen Betrag in Höhe von 24.500 Euro im Hinblick auf den von dieser gemäß § 116 SGB X geltend gemachten Behandlungskostenregress zurück. Die Hälfte dieser gezahlten Beträge verlangte die Haftpflichtversicherung des Krankenhauses nunmehr vom Arzt zurück, indem sie sich auf einen Erstattungsanspruch aus einem behaupteten Gesamtschuldverhältnis berief (vgl. zu alldem: BGH, a. a. O. Rn. 1-7).

Das Landgericht wies die Klage in I. Instanz ab. Auch das OLG Naumburg als Berufungsgericht lehnte in der Folge einen Gesamtschuldnerausgleich ab.

Hierbei kam das OLG Naumburg – aus Sicht des Verfassers richtigerweise – zu der Auffassung, dass im Außenverhältnis sowohl der Arzt als auch das Krankenhaus gegenüber dem Patienten als Gesamtschuldner haften würden. Denn das Behandlungsverschulden des Arztes bei dessen honorarärztlicher Tätigkeit im Krankenhaus sei dem Krankenhaus

vertraglich im Rahmen des einheitlichen Krankenhausaufnahmevertrages nach § 278 Satz 1 BGB, deliktsrechtlich nach § 831 BGB zuzurechnen. Zudem hafte der Arzt dem Patienten gegenüber auch aus seiner niedergelassenen Tätigkeit aufgrund des Indikations- und Aufklärungsfehlers. Auch mit dieser Haftung stünde er in einem Gesamtschuldverhältnis mit dem Krankenhaus, denn es bestehe sowohl eine Identität des Leistungsinteresses als auch eine Gleichstufigkeit der Verpflichtungen (vgl. BGH, a. a. O., Rn. 10).

Nach Auffassung des OLG bestehe ein Ausgleichsanspruch des Krankenhauses im Innenverhältnis der Gesamtschuldner dabei aber nur bei einer Zuordnungsfähigkeit der schadensursächlichen Tätigkeit zur niedergelassenen Tätigkeit des Arztes, die nicht von der Haftpflichtversicherung des Krankenhauses umfasst werde.

Hierzu führte das OLG sodann aus, dass eine solch klare Zuordnung in der vorliegenden Konstellation gerade nicht möglich sei, da bei einem honorarärztlich operierenden Arzt, der in seiner ambulanten Praxis die OP-Indikation stelle und den Patienten aufkläre, eine unteilbare Verbindung mit der späteren stationären Leistung bestehe. Bei Personenidentität zwischen ambulant vorbehandelndem Arzt und honorarärztlichem Operateur liege eine einheitliche Behandlung mit Operationsschwerpunkt vor (vgl. BGH, a. a. O., Rn. 11).

Aus diesem Grund sei eine klare Trennung der Verantwortlichkeit für die OP-Vorbereitung und die OP-Durchführung nicht möglich, sodass sich eine eindeutige Zuordnung zum Verantwortungsbereich des einen oder des anderen verbiete, wie dies beispielsweise bei personenverschiedenem ambulanten Behandler und stationärem Operateur sei. Das OLG stellte hierbei zudem auf die Patientensicht ab, da diesem klar gewesen sei, dass der Arzt ihn nicht nur ambulant behandle, sondern, dass dieser auch die stationäre Leistung, konkret die OP, erbringen werde und dass die im Rahmen der niedergelassenen

Tätigkeit durchgeführten Arbeitsschritte in Vorbereitung der Operation im Krankenhaus erfolgten. Über die OP könne nach Ansicht des OLG auch nicht hinweggedacht werden, da wenn sie nicht stattgefunden hätte, Indikationsstellung und Aufklärung für sich genommen keinen Gesundheitsschaden ausgelöst hätten. Insofern urteilte das OLG, dass das honorarärztliche Haftpflichtversicherungsverhältnis auch für die operationsvorbereitenden ärztlichen Tätigkeiten „ein anderes“ im Sinne des § 426 Abs. 1 Satz 1 BGB bestimme, selbst wenn diese zeitlich und örtlich vorverlagert in der ambulanten Praxis des Honorararztes durchgeführt worden seien (vgl. BGH, a. a. O., Rn. 11).

Diese Ausführungen des OLG Naumburg bedeuten mit anderen Worten: die ambulanten Tätigkeiten des Arztes und seine honorarärztliche Tätigkeit stellen in dieser Konstellation eine einheitliche Behandlung dar, sodass auch die ambulanten Tätigkeiten bei Personenidentität unter den vereinbarten Betriebshaftpflichtversicherungsschutz des Krankenhauses fallen.

Entscheidung des BGH

Der BGH bestätigte zwar die OLG-Entscheidung im Ergebnis, jedoch hielt er die höchst brisante Frage, ob die zeitlich und örtlich vorgelagerten Behandlungsteile im Rahmen der niedergelassenen Tätigkeit des Honorararztes einem einheitlichen Behandlungsgeschehen mit Operationschwerpunkt und damit als untrennbare Einheit insgesamt der honorarärztlichen Tätigkeit zuzuordnen sind, nicht für erforderlich.

Der BGH bestätigte dabei zunächst noch einmal die oben genannten Haftungsgrundlagen und die bestehende Gesamtschuldnerschaft zwischen Krankenhaus und Arzt.

Im Hinblick auf die Gesamtschuld führte der BGH aus, dass jedoch zwischen dem Krankenhaus und dem Arzt nur ein einheitliches Gesamtschuldinnenverhältnis bestehe. Er lehnte nämlich eine gesonderte Gesamtschuld im Sinne des § 421 BGB ab, d. h. der

Arzt haftet hier nicht zusätzlich wegen der schuldhaften Verletzung ärztlicher Pflichten im Rahmen seiner niedergelassenen Tätigkeit. Denn der BGH stellte klar, dass durch die Verdopplung der Anknüpfungspunkte für eine Haftung des beklagten Arztes gegenüber dem Patienten die Gesamtschuld zwischen dem Krankenhausträger und dem Arzt nicht um einen zusätzlichen Ausgleichsanspruch aus § 426 Abs. 1 BGB erweitert werde (vgl. BGH, a. a. O., Rn. 16).

Die Erstattungsansprüche der Haftpflichtversicherung des Krankenhausträgers aus dem Gesamtschuldverhältnis wies der BGH sodann aber aus zwei Gründen zurück:

1. Zum einen verneinte er die Ansprüche, da der Arzt, soweit das Behandlungsverschulden die honorarärztliche Tätigkeit betrifft, im Innenverhältnis nicht ausgleichspflichtig und zudem nicht Dritter i. S. d. § 86 Abs. 1 S. 1 VVG sei.

Denn im konkreten Fall sei eine von der gesetzlichen Grundregel des § 426 Abs. 1 S. 1 BGB abweichende, andere Bestimmung als die hälftige Verpflichtung beider Schuldner getroffen worden. Diese abweichende Bestimmung ergab sich nach Auffassung des BGH vorliegend aus § 6 des Honorararztvertrages zwischen Krankenhaus und Arzt. Denn hierin wurde dem Arzt für den Fall der Verletzung von im Rahmen des Honorararztverhältnisses zu erbringenden ärztlichen Pflichten Haftpflichtschutz gegen Ansprüche von Patienten aus zivilrechtlicher Haftung zugesagt, ohne dass sich das Krankenhaus einen Rückgriff vorbehalten hätte (vgl. BGH, a. a. O., Rn. 18).

Folglich wurde die gesetzliche hälftige Ausgleichspflicht durch die Regelung im Honorararztvertrag in Verbindung mit dem vereinbarten Versicherungsschutz des Krankenhauses abgeändert.

Nachdem sich der Versicherungsschutz des Krankenhauses somit jedenfalls auch auf die honorarärztliche Tätigkeit erstreckte, sei der Arzt als versicherte Person anzusehen und damit jedenfalls nicht Dritter

im Sinne des § 86 Abs. 1 Satz 1 VVG, sodass ebenso hiernach schon kein Anspruch übergehen könne (vgl. BGH, a. a. O., Rn. 19).

2. Hinsichtlich des im niedergelassenen Bereich erfolgten Behandlungsverschuldens sah der BGH einen Fall der Mehrfachversicherung, weswegen er den Ausgleichsanspruch der klagenden Haftpflichtversicherung insoweit jedenfalls wegen des Vorrangs des Ausgleichs unter den Haftpflichtversicherern gemäß § 78 Abs. 1 und 2 VVG verneinte.

Hierzu stellte der BGH fest, dass der Arzt für Behandlungsfehler bei seiner niedergelassenen Tätigkeit nach den allgemeinen Grundsätzen selbst hafte. Soweit diese Fehler (hier fehlerhafte Indikation und Aufklärung) mitursächlich für den später durch die fehlerhafte OP eingetretenen Schaden des Patienten geworden sein sollten, hafte der Arzt gegenüber dem Patienten daher schon aus diesem vorgelagerten Fehlverhalten grundsätzlich in voller Höhe. Dieses eigene Haftungsrisiko unterliefe dem Versicherungsschutz bei seiner Haftpflichtversicherung für den niedergelassenen Bereich, sodass dieser Versicherungsschutz insoweit neben den Versicherungsschutz durch das Krankenhaus trete.

Das Versicherungsinteresse des Arztes, nämlich die Absicherung vor Vermögensseinbußen durch eine Belastung mit Schadensersatzansprüchen des Patienten, sei auf Basis der vom OLG vorgenommenen tatsächlichen Annahmen somit doppelt abgedeckt. Nämlich durch die eigene Haftpflichtversicherung und durch die auf ihn ausgedehnte Haftpflichtversicherung des Krankenhauses. Wenn jedoch das identische Interesse gegen die identische Gefahr mehrfach haftpflichtversichert sei, so liege aus Sicht des BGH ein Fall des § 78 Abs. 1 Alternative 2 VVG vor, der einen Innenausgleich zwischen den Haftpflichtversicherern bedingt. Dies gelte nach Meinung des BGH auch dann, wenn sich die Mehrfachversicherung nur für eine Schnittmenge bestimmter Tätigkeiten (hier: ambulante Vorbereitungsmaßnahmen für eine spätere stationäre operative Behandlung)

ergäbe. Folglich habe der Innenausgleich zwischen den Haftpflichtversicherern, wenn keine Subsidiaritätsklauseln vorliegen, Vorrang vor einem Regress gegen den Arzt nach § 86 Abs. 1 VVG (vgl. zu alldem: BGH, a. a. O., Rn. 20-22).

Dies hatte hier konkret zur Folge, dass der Arzt schon nicht passivlegitimiert und damit nicht richtiger Beklagter des Anspruches war. Die Haftpflichtversicherung des Krankenhauses hätte ihren Anspruch auf Gesamtschuldnerausgleich damit allein gegenüber der Haftpflichtversicherung des Arztes geltend machen müssen.

Für die honorarärztlich tätigen Ärzte wäre zwar nach Ansicht des Verfassers eine klare Bestätigung der OLG Auffassung durch den BGH sicherlich wünschenswert und erfreulich gewesen, da dies zu einem erweiterten Haftungsrisiko der Krankenhausträger geführt hätte. Sofern nämlich im jeweils konkreten Einzelfall die honorarärztliche Tätigkeit durch die Betriebshaftpflichtversicherung des Krankenhauses abgedeckt wäre, hätte die Rechtsprechung des OLG Naumburg aus Sicht des Verfassers in der Folge bedeutet, dass selbst bei einem Behandlungsfehler ausschließlich im niedergelassenen Bereich, also beispielsweise wie hier bei der Indikationsstellung oder der Aufklärung, dies von der Haftpflichtversicherung des Krankenhausträgers gedeckt gewesen wäre, obwohl bei der eigentlichen Behandlung im Krankenhaus kein Fehler unterlaufen war.

Allerdings hätte dies als mögliche Konsequenz aus Sicht der Krankenhausträger auch zu einer Reduzierung von Kooperationen mit Honorarärzten führen können, was regelmäßig aus Sicht der Ärzteschaft nicht wünschenswert ist.

2.2) totaler Krankenhausaufnahmevertrag mit Arztzusatzvertrag

In dieser Konstellation wird ein Behandlungsvertrag zwischen Krankenhausträger und Patient über allgemeine Krankenhausleistungen und Wahlleistungen sowie zusätzlich ein gesonderter, i. d. R. konkludenter Vertrag zwischen dem Arzt und dem Patienten

über die Erbringung ärztlicher Leistungen geschlossen. Allerdings ist **diese Vertragsgestaltung für nicht festangestellte Honorärärzte nicht mehr rechtlich zulässig**, da die gefestigte BGH-Rechtsprechung die Erbringung und Abrechnung wahlärztlicher Leistungen durch diese verbietet (vgl. BGH, Urteil v. 16.10.2014 – III ZR 85/14; ders. Urteil vom 10.01.2019 – III ZR 325/17).)

Insofern sind weitere rechtliche Ausführungen hierzu aus Sicht des Verfassers nicht veranlasst.

2.3) gespaltenen Krankenhausaufnahmevertrag

Zum einen kommt ein Behandlungsvertrag zwischen dem Krankenhausträger und dem Patienten über allgemeine Krankenhausleistungen (Unterbringung, Verpflegung, pflegerische Versorgung und ärztliche Versorgung, soweit sie nicht zum Fachgebiet des externen Arztes gehört) zu Stande. Zum anderen wird zusätzlich ein Behandlungsvertrag zwischen dem externen Arzt und seinen eigenen Patienten über ärztliche Leistungen seines Fachgebiets abgeschlossen. Als klassisches Beispiel ist hier der Belegarztvertrag zu nennen.

Eigentlich ist auch hier nicht von einem „Honorararzt“ i. S. d. Definition gemäß Ziffer 1. zu sprechen, da der Arzt ja gerade keine ärztlichen Leistungen für das Krankenhaus erbringt, sondern eigene ärztliche Leistungen gegenüber seinen eigenen Patienten.

Bei einer derartigen Kooperation haftet der Arzt aus dem Behandlungsvertrag gegenüber dem Patienten sowohl für seine eigenen Fehler als auch für fremde Fehler des von ihm herangezogenen Personals (z. B. der von ihm angestellten Hilfspersonen oder des nichtärztlichen und ärztlichen KH-Personals, soweit er sich dieses zur Erfüllung seiner Verbindlichkeiten aus dem Behandlungsvertrag bedient, da diese wiederum juristisch als Erfüllungsgehilfen des Arztes gemäß § 278 BGB gelten).

Bei dieser Kooperationsform ergibt sich somit aufgrund der Haftungserweiterung auch ein erhöhtes Haftungsrisiko für den Arzt.

Der Krankenhausträger haftet dabei lediglich aus dem mit dem Patienten geschlossenen Behandlungsvertrag für Fehler seiner Krankenhausärzte, die nicht zum Fachgebiet des Arztes gehören sowie seines Pflegepersonals, das nicht von ihm hinzugezogen wurde.

HAFTUNGSSCHULDNER IM VERHÄLTNIS EINRICHTUNG + HONORARARZT GEGENÜBER PATIENT (= AUSSENVERHÄLTNIS)

Im Fall eines vom Honorararzt verursachten Behandlungsfehlers ist grundsätzlich eine gesamtschuldnerische Haftung von medizinischer Einrichtung (aus Vertrag und ggf. Delikt) und Honorararzt (stets aus Delikt und ggf. aus Vertrag) im Außenverhältnis gegenüber dem Patienten gegeben.

Der medizinischen Einrichtung wird dabei das Verschulden des Honorararztes entweder aus Vertrag gemäß § 278 BGB aufgrund Erfüllungsgehilfeneigenschaft oder nach § 831 BGB deliktsrechtlich aufgrund Verrichtungsgehilfeneigenschaft zugerechnet.

Die Haftung von medizinischer Einrichtung und Honorararzt als Gesamtschuldner nach § 421 BGB bedeutet, dass der Patient im Falle eines Behandlungsfehlers sowohl gegenüber der Einrichtung als auch gegenüber dem Honorararzt etwaige Schadensersatzansprüche geltend machen kann. Denn im Rahmen einer Gesamtschuldnerschaft kann der Patient Schadensersatz nach seinem Belieben von jedem der Schuldner ganz oder zu einem Teil fordern, wobei er die Leistung insgesamt nur einmal beanspruchen kann. In der Regel werden damit die Einrichtung und der Honorararzt nebeneinander in Anspruch genommen. Dem Patienten stehen somit im Außenverhältnis zwei Schuldner zur Verfügung, an die er sich im Falle eines Schadens halten kann.

Eine vertragliche Abbedingung oder Begrenzung der Gesamtschuldnerschaft betreffend das Außenverhältnis gegenüber dem Patienten zwischen medizinischer Einrichtung und Honorararzt ist rechtlich nicht möglich, da dies einen unzulässigen Vertrag zu Lasten Dritter darstellen würde.

HAFTUNGSVERHÄLTNIS ZWISCHEN MEDIZINISCHER EINRICHTUNG UND HONORARARZT (= INNENVERHÄLTNIS)

Die Haftung im Innenverhältnis, also ob beispielsweise die medizinische Einrichtung den Honorararzt von einer Haftung im Rahmen seiner honorarärztlichen Tätigkeit freustellen hat oder der Honorararzt hierfür ein Ausgleich zu leisten hat, ist stets Frage der Regelungen im Honorararztvertrag zwischen Krankenhausträger und Honorararzt. Auf die Anspruchsgeltendmachung durch den Patienten haben diese Regelungen im Innenverhältnis aber, wie bereits erläutert, keine Auswirkungen.

Ebenso ist aus ärztlicher Sicht die Einbeziehung honorarärztlicher Tätigkeit in die Betriebshaftpflichtversicherung der

medizinischen Einrichtung zwingend im Kooperationsvertrag zu regeln und durch Einblick in die Versicherungsunterlagen zu prüfen. Die Mitversicherung der honorarärztlichen Tätigkeit in der Betriebshaftpflichtversicherung der medizinischen Einrichtung ist aus juristischer Sicht des Verfassers für Honorarärzte unbedingt anzuraten.

Dabei ist Honorärärzten ebenfalls zwingend zu empfehlen, auch darauf zu achten, dass im Kooperationsvertrag **keine** Vereinbarung dahingehend getroffen wird, dass sich die medizinische Einrichtung einen Regress gegenüber dem Honorararzt vorbehält.

FAZIT

Niedergelassenen Ärzten, die in einer medizinischen Einrichtung honorarärztlich tätig

sind, insbesondere im Rahmen von § 2 Abs. 1, 2 KHEntgG in einem Krankenhaus Regelleistungen erbringen, sollten deshalb aus juristischer Sicht des Verfassers zwingend ein Augenmerk darauf legen, dass die honorarärztliche Tätigkeit von der Haftpflichtversicherung der Einrichtung umfasst ist und dass dies auch im Honorararztvertrag so vereinbart wird. Ferner sollte ein Rückgriffsvorbehalt zu Gunsten der Einrichtung nicht vereinbart werden. Sofern bezüglich vorgenannter Punkte kein ausreichender Versicherungsschutz der Betriebshaftpflichtversicherung der medizinischen Einrichtung festgestellt werden kann, ist dem Honorararzt dringend anzuraten, eine eigene Haftpflichtversicherung für die honorarärztliche Tätigkeit abzuschließen und auch auf einen ausreichenden Versicherungsschutz der niedergelassenen Tätigkeit zu achten. ○

eAKADEMIE

Wissen Bit für Bit

WEBINARE

MEDIATHEK

eCME-CENTER

MEDIATHEK

mediathek
DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR CHIRURGIE
ÖSTERREICHISCHE GESELLSCHAFT FÜR CHIRURGIE



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

Frage & Antwort



Aufbewahrungsfrist für Sachverständigengutachten



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

Heberer J. F+A: Aufbewahrungsfrist für Sachverständigengutachten. 2019 Juli; 9(07): Artikel 04_07.



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

FRAGE:

Ein niedergelassener Chirurg, der ausschließlich als Sachverständiger tätig ist, fragt an, wie lange die von ihm im Rahmen einer Begutachtung erhobenen Daten, Befunde sowie das erstellte Gutachten und Stellungnahmen hierzu aufbewahrt werden müssen.

ANTWORT:

Gesetzlich festgelegte Fristen speziell für die Aufbewahrung der Gutachten und Stellungnahmen bzw. der hiermit verbundenen Befunde und Daten gibt es nach Kenntnis des Verfassers nicht. Zudem ist dem Verfasser keine Rechtsprechung zu dieser Problematik bekannt.

Es existiert jedoch eine seit 31.01.2019 aktualisierte S2-Leitlinie der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) „**Allgemeine Grundlagen der medizinischen Begutachtung**“, die zur Beurteilung herangezogen werden kann.

Hieraus ergibt sich, dass die Aufzeichnungen des Sachverständigen wie auch die im Rahmen des Gutachtens erhobenen Befunde und

Zusatzuntersuchungen (z. B. Röntgenbilder), sofern sie nicht ohnehin mit dem Gutachten zu den Akten des Gerichts bzw. des Auftraggebers gelangen, vorbehaltlich spezieller Rechtsvorschriften (z. B. StrlSchG) zumindest für die Dauer des Verfahrens aufzubewahren sind, um für Rückfragen etc. zur Verfügung zu stehen.

Explizit normierte Aufbewahrungsfristen für Gutachten sind, wie erwähnt, – von Detailbereichen abgesehen, nach Ansicht des Verfassers beispielsweise für Röntgenbilder – nicht ersichtlich. Andererseits spricht aus Sicht der AWMF aber auch nichts gegen die Anwendbarkeit der berufsrechtlich verankerten zehnjährigen Aufbewahrungsfrist für ärztliche Aufzeichnungen.

Auch in der DSGVO wurden keine festen Löschpflichten festgelegt. Hinsichtlich seiner Daten hat ein Patient insbesondere einen Anspruch auf unverzügliche Löschung, wenn diese nicht mehr benötigt werden, wenn er die Einwilligung in die Verarbeitung widerrufen oder einen Widerspruch gegen die Verarbeitung erklärt hat oder wenn deren Speicherung nicht rechtmäßig ist. Ferner besteht unabhängig hiervon eine Pflicht zur Löschung, wenn die Daten für die Zwecke, für

die sie erhoben oder auf sonstige Weise verarbeitet wurden, nicht mehr notwendig sind.

Allerdings wird dieser Löschungsanspruch eingeschränkt durch die Dokumentations- und Aufbewahrungspflichten des Arztes. Ein Löschungsanspruch kommt nämlich gemäß § 35 Abs. 3 BDSGneu i. V. m. Art. 17 Abs. 3 DSGVO dann nicht in Betracht, wenn diesem eine vertragliche oder satzungsgemäße Aufbewahrungspflicht entgegensteht. Nachdem es sich hier nicht um Behandlungsdaten handelt, besteht nach Ansicht des Verfassers aber unabhängig hiervon zumindest für Röntgenbilder etc. eine längere Aufbewahrungspflicht.

Ferner sind zusätzlich die zivilrechtlichen Verjährungsfristen, die etwa für die Geltendmachung von Schadensersatzansprüchen eines Begutachteten wegen eines behaupteten unrichtigen Gutachtens gegen einen Sachverständigen bestehen (s. beispielsweise aus

§ 839a BGB), zu beachten. Die regelmäßige Verjährungsfrist nach § 195 BGB beträgt drei Jahre. Allerdings beginnt diese erst mit dem Ende des Jahres, in dem der Begutachtete von den anspruchsbegründenden Umständen der fehlerhaften Gutachtenserstellung Kenntnis erlangt oder die Kenntnisnahme grob fahrlässig versäumt hat.

Zudem gilt für derartige Schadensersatzansprüche gemäß § 199 Abs. 3 als Höchstfrist für die Verjährung entweder eine zehnjährige Frist ab Entstehung oder eine 30-jährige Frist unabhängig von der Entstehung von der Begehung der Handlung, der Pflichtverletzung oder dem sonstigen, den Schaden auslösenden Ereignis an. Maßgeblich ist die früher endende Frist. Dies müsste in jedem Einzelfall dann geprüft werden.

Diese zivilrechtlichen Verjährungsfristen können somit eine weitere Ausnahme von

der Löschpflicht aus Art. 17 Abs. 3 lit. e DSGVO begründen, da die weitere Speicherung zur Verteidigung von Rechtsansprüchen dienen kann. Hierzu ist in jedem Einzelfall aber eine Abwägung vorzunehmen unter Berücksichtigung der Interessen des Betroffenen (= Begutachteter) und der Wahrscheinlichkeit der Geltendmachung von Ansprüchen.

Aufgrund der in einem etwaigen zivilrechtlichen Haftungsprozess gegebenen Beweislast ist damit aus juristischer Sicht des Verfassers grundsätzlich zu empfehlen, die Daten, Gutachten, Befunde etc. zur Vermeidung von Beweisnachteilen im Hinblick auf die Höchstfristen des § 199 Abs. 3 BGB in der Regel 30 Jahre aufzubewahren, sofern sich aus Datenschutzgesichtspunkten nach einer Abwägung nichts anderes ergibt. Dies wäre jedenfalls der absolut rechtssicherste Weg. ○

eAKADEMIE

Wissen Bit für Bit

WEBINARE

MEDIATHEK

eCME-CENTER

[eCME-CENTER]

eCME-center.org
continuing medical education



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

www.ecme-center.org



Stellungnahme des BDC zum MDK-Reformgesetz

Der Berufsverband der Deutschen Chirurgen e. V. (BDC) begrüßt den „Entwurf eines Gesetzes für bessere und unabhängigere Prüfungen – MDK-Reformgesetz“. Durch den Einbezug von Vertretern u. a. der Patienten, Verbraucher, Pflegeberufe und Ärzteschaft soll die Unabhängigkeit des Medizinischen Dienstes gefördert werden. Positiv bewertet der BDC zudem die beabsichtigte Effizienzsteigerung durch die Einführung maximaler Quoten für Abrechnungsprüfungen je Krankenhaus, abhängig von der Qualität der jeweiligen Abrechnungen im Vorjahr.

Gleichwohl weist der BDC darauf hin, dass die Einflussmöglichkeiten in den

Verwaltungsräten – insbesondere durch Pflege und Ärzteschaft – nach jetzigem Planungsstand limitiert bleiben. Dies resultiert aus der, gegenüber den weiteren Beteiligten, eher geringen Anzahl zulässiger Vertreter. Hier sieht der BDC Nachbesserungsbedarf.

ARTIKEL 1 – ÄNDERUNG DES FÜNFTEN BUCHES SOZIALGESETZBUCH

§ 109 ABSATZ 6 ABSCHLUSS VON VERSORGUNGSVERTRÄGEN MIT KRAKENHÄUSERN
Der BDC begrüßt die geplante Neuregelung, die das **Aufrechnen von Rückforderungen** der Krankenkassen mit der Vergütung für andere, durch das Krankenhaus erbrachte



Dr. med. Friederike Burgdorf, M. Sc.
Geschäftsführerin
Berufsverband der Deutschen Chirurgen
e.V. (BDC)
Luisenstraße 58/59
10117 Berlin
burgdorf@bdc.de

Leistungen, in der Regel **ausschließt**. Dadurch geht das Prozessrisiko, Vergütungsansprüche ggf. durch Klage durchzusetzen, wieder an die Krankenkassen zurück. Dies erachtet der BDC in diesem Fall grundsätzlich als sachgerecht.

§ 115 B AMBULANTES OPERIEREN IM KRANKENHAUS
Deutsche Krankenhausgesellschaft, GKV-Spitzenverband und Kassenärztliche Bundesvereinigung sollen auf Basis eines in Auftrag zu gebenden Gutachtens den Katalog ambulant durchführbarer Operationen, sonstiger stationersetzender Eingriffe und stationersetzender Behandlungen („AOP-Katalog“) weiterentwickeln. Hintergrund ist, dass in Deutschland im internationalen Vergleich operative Eingriffe überdurchschnittlich häufig stationär erbracht werden. Zudem soll eine Differenzierung der Fälle nach Schweregrad eingeführt werden sowie weitere „stationersetzende Behandlungen“ identifiziert werden, welche in der Regel ambulant erbracht werden können. Die Leistungen, die Krankenhäuser nach dem neuen AOP-Katalog erbringen, sollen zukünftig von den Kontrollen des MDK ausgenommen werden.

Der **BDC unterstützt die geplante Überarbeitung des AOP-Kataloges**, einschließlich der Aufwertung und Differenzierung der korrespondierenden Leistungen. Zum einen wurde dieser seit 2005 nur noch marginal weiterentwickelt und eine Modernisierung erscheint somit sachgerecht. Zum anderen kann mit den o. g. Regelungen einem der häufigsten Prüfanlässe des MDK entgegengewirkt werden. **Ergänzt werden muss aus Sicht des BDC, dass in die Weiterentwicklung des AOP-Kataloges medizinischer Sachverstand – sowohl seitens der wissenschaftlichen Fachgesellschaften, als auch vonseiten der Berufsverbände – einzubeziehen und zu berücksichtigen ist.** Die Verbände und ihre Mitglieder stellen die tägliche Versorgung von Patientinnen und Patienten sicher und verfügen daher über elementare Kenntnisse bezüglich der Fragestellung, in welchem Setting und unter welchen Modalitäten die entsprechenden Leistungen erbracht werden können.

Gleichzeitig fordert der BDC im Sinne einer echten sektorenübergreifenden Behandlung,

neben der Öffnung der Krankenhäuser für die Erbringung weiterer ambulanter Leistungen, auch die (kurzzeitige) **stationersetzende Versorgung von Patienten in Praxiskliniken** nach §§ 115 und 122 SGB V im Sinne einer „erweiterten ambulanten Versorgung“ zu fördern. Denn erst die Option, Patienten bei Bedarf auch über einen Zeitraum von bspw. bis zu drei Tagen zu versorgen, ermöglicht niedergelassenen Kollegen einen ähnlichen Zugang zu dem neuen Katalog „ambulant durchführbarer Operationen, sonstiger stationersetzender Eingriffe und stationersetzender Behandlungen“ (einschließlich der Differenzierung nach Schweregrad) wie ihren stationär tätigen Kollegen.

Konkret empfiehlt der BDC daher dringend, § 115 Absatz 2 SGB V um folgenden Passus zu ergänzen:

§ 115 ABSATZ 2 SGB V

(...)

Die Praxiskliniken nach Satz 1 Nr. 1 sind zur Durchführung der im Katalog nach § 122 Satz 1 Nr. 1 genannten ambulant oder stationär durchführbaren stationersetzenden Behandlungen zugelassen.

Schließlich sollte die Umsetzung der Aufgaben gemäß § 122 SGB V (Erstellung Leistungskatalog und Definition von Maßnahmen zur Qualitätssicherung) mit einer Frist belegt und eine Schiedsregelung eingeführt werden.

§ 275C DURCHFÜHRUNG UND UMFANG VON PRÜFUNGEN BEI DER KRANKENHAUSBEHANDLUNG DURCH DEN MEDIZINISCHEN DIENST

In diesem neu formulierten Absatz wird zum einen eine Aufwandspauschale von 300 Euro eingeführt, die durch die Krankenkasse gegenüber dem Krankenhaus zu entrichten ist, sofern eine Prüfung nicht zur Minderung des Abrechnungsbetrages geführt hat. Zudem sollen zukünftig quartalsbezogene Prüfquoten je Krankenhaus gelten. Ab 2021 sollen sich diese nach den Auffälligkeiten in den Vorjahresabrechnungen des jeweiligen Krankenhauses richten. Schließlich sollen Krankenhäuser bei einem Anteil auffälliger Abrechnungen von über

Burgdorf F: Stellungnahme des BDC zum MDK-Reformgesetz. Passion Chirurgie. 2019 Juli, 9(07): Artikel 05_01.



Weitere Stellungnahmen des BDC finden Sie auf BDC|Online (www.bdc.de, Rubrik Presse | Stellungnahmen).

40 Prozent Aufschläge auf die ermittelten Abrechnungsbeträge an die Krankenkassen zahlen.

Der BDC unterstützt die Einführung von Obergrenzen für den Umfang der Prüfungen durch den Medizinischen Dienst, da damit der Aufwand für alle Beteiligten nach oben hin begrenzt wird. Diesem Ziel dient ebenfalls die genannte Aufwandspauschale, die zudem ein effizienteres Prüfwesen fördern kann.

Hingegen sieht der BDC die Einführung von Aufschlägen, abhängig lediglich von einer definierten „Fehlerquote“, kritisch, insbesondere wenn die Fehlerquote unverschuldet entstanden ist. Diesbezüglich empfiehlt der BDC dringend eine entsprechende Konkretisierung des Gesetzentwurfs.

Ebenfalls Konkretisierungsbedarf sieht der BDC in Bezug auf **die Kriterien zur Definition von „Auffälligkeiten“ bzw. von Abrechnungsfehlern**, um mögliches Konfliktpotenzial bereits von vornherein einzugrenzen.

Schließlich macht der BDC darauf aufmerksam, dass die **vorgesehenen Rückzahlungen gemäß § 275c Absatz 3 in spezifischen Konstellationen zu ungewollt hohen Rückzahlungen** vonseiten der Krankenhäuser (insbesondere bei Maximalversorgern, bzw. bei hochspezialisierten Leistungen) führen könnte. Vor diesem Hintergrund sollte der Gesetzgeber die Möglichkeit eröffnen, definierte DRGs von der Strafe auszunehmen, bzw. eine Deckelung einzuführen.

§ 278 MEDIZINISCHER DIENST

Hier wird die spezifische ärztliche bzw. pflegerische Expertise und Gesamtverantwortung als *conditio sine qua non* für die Begutachtung der entsprechenden Sachverhalte implementiert. Diese ist aus Sicht des BDC unbedingt erforderlich. Aus Sicht des

BDC **sollte darüber hinaus eine fachspezifische Expertise vorgegeben werden**, um eine sachgerechte Prüfung zu fördern.

§ 279 VERWALTUNGSRAT UND VORSTAND UND

§ 282 MEDIZINISCHER DIENST BUND

Das **Einbeziehen ärztlichen bzw. pflegerischen Sachverständs** durch eine Repräsentanz im Verwaltungsrat wird begrüßt. Jedoch wird eine Anzahl von insgesamt vier Vertretern auf Vorschlag der Verbände sowohl der Pflegeberufe als auch der Landesärztekammern gegenüber je 6 Vertretern auf Vorschlag a) der Landesverbände von Kranken-/Ersatzkassen/Rentenversicherung und b) vonseiten der Selbsthilfeorganisationen/Verbraucherschutz für **zu gering** erachtet. Bei der Beurteilung der medizinisch geprägten Sachverhalte sollten die **entsprechenden Berufsgruppen unbedingt als gleichwertige Partner einbezogen** werden.

ARTIKEL 2 – ÄNDERUNG DES KRANKENHAUSFINANZIERUNGSGESETZES

§ 17C ABSATZ 2A

Folgender Absatz 2a soll gemäß Referententwurf eingefügt werden:

„Nach Übermittlung der zahlungsbegründenden Unterlagen an die Krankenkasse ist eine Korrektur dieser Unterlagen durch das Krankenhaus ausgeschlossen. In der Vereinbarung nach Absatz 2 Satz 1 können von Satz 1 abweichende Regelungen vorgesehen werden.“

Dieser Passus scheint in sich einen gewissen Widerspruch zu bergen. Der BDC bittet – um das Abrechnungsgeschehen nicht unnötig zu verkomplizieren – um folgende Anpassung:

„Nach Übermittlung der zahlungsbegründenden Unterlagen an die Krankenkasse ist eine

Korrektur dieser Unterlagen ausschließlich aufgrund von Regelungen gemäß der Vereinbarung nach Absatz 2 Satz 1 zulässig.“

§ 18B SCHLICHTUNGSAUSSCHUSS AUF BUNDESEBENE ZUR KLÄRUNG STRITTIGER KODIERFRAGEN

In Absatz 3 wird geregelt, welche Institutionen den Schlichtungsausschuss anrufen können.

Der BDC weist darauf hin, dass die mit Kodierfragen befassten Berufsverbände unbedingt ergänzt werden müssen. Sie verfügen über eine hohe Expertise, u. a. im Bereich der Systematisierung der Berufsausübung sowie der Dokumentation:

„Der Schlichtungsausschuss kann vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen, der Deutschen Krankenhausgesellschaft, den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen, den Landeskrankenhausesellschaften, den Krankenkassen, den Krankenhäusern, den Medizinischen Diensten, den mit Kodierung von Krankenhausleistungen befassten Fachgesellschaften und Berufsverbände, dem Bundesministerium für Gesundheit und dem unparteiischen Vorsitzenden angerufen werden.“

Absatz 5 beinhaltet die Regelung, dass der Schlichtungsausschuss zunächst über die zwischen der Sozialmedizinischen Expertengruppe Vergütung und Abrechnung der Medizinischen Dienste und dem **Fachausschuss für ordnungsgemäße Kodierung und Abrechnung der Deutschen Gesellschaft für Medizincontrolling** bis zum 31. Dezember 2019 als strittig festgestellten Kodierempfehlungen entscheidet.

Der BDC möchte anregen, **weiteren Fachgesellschaften Zugang** zu gewähren, um dem Umstand gerecht zu werden, dass weitere strittige Fragestellungen existieren. ○

Marburger Bund und VKA erzielen Einigung

Marburger Bund Bundesverband

Referat Verbandskommunikation

Hans-Jörg Freese (Pressesprecher)

Tel.: 030/746846-41

Handy: 0162/2112425

presse@marburger-bund.de

www.marburger-bund.de

WENIGER WOCHENENDDIENSTE, BESSERE ARBEITSZEITERFASSUNG, MEHR GEHALT IN DREI STUFEN – ECKPUNKTE DER EINIGUNG ZWISCHEN MARBURGER BUND UND VKA

„Mit der heutigen Einigung verringern wir die Gesamtbelastung der Ärztinnen und Ärzte und schaffen verlässlichere Rahmenbedingungen.“ So kommentierte Rolf Lübke, Verhandlungsführer des Marburger Bundes, das vom Marburger Bund und der Vereinigung der kommunalen Arbeitgeberverbände (VKA) am erzielte Tarifergebnis. „Die Verhandlungen waren hart umkämpft. Am Ende haben wir gegen manchen Widerstand der Arbeitgeberseite einen Abschluss erreicht, der wichtige Wegmarken setzt“, betonte Lübke.

Vereinbart wurden Regelungen zur verlässlichen Dienstplanung, zur Begrenzung der Bereitschaftsdienste, zur Arbeitszeiterfassung und zur Vergütung der rund 55.000 Ärztinnen und Ärzte in kommunalen Kliniken. Die Arbeitszeiten der Ärztinnen und Ärzte sind vom 1. Juli 2019 an vollständig durch elektronische oder andere genauso genaue Verfahren zu erfassen. Dabei gilt die gesamte Anwesenheit abzüglich der tatsächlich gewährten Pausen als Arbeitszeit. Die Ärztinnen und Ärzte erhalten darüber hinaus ein persönliches Einsichtsrecht in die Arbeitszeitdokumentation, um die dokumentierten Anwesenheitszeiten überprüfen zu können.

Mit Wirkung vom 1. Januar 2020 erhalten Klinikärzte im Durchschnitt eines Kalenderhalbjahres Anspruch auf mindestens zwei arbeitsfreie Wochenenden pro Monat in der Zeit von Freitag 21 Uhr bis Montag 5 Uhr. Zusätzliche Bereitschafts- oder Rufbereitschaftsdienste sind nur zu leisten, wenn andernfalls eine Gefährdung der Patientensicherheit droht. Nicht gewährte freie Wochenenden müssen auf Antrag innerhalb des nächsten Kalenderhalbjahres zusätzlich nachgeholt werden.

Auch auf finanzielle Verbesserungen einigen sich die Vertragsparteien: Die Gehälter der Klinikärzte erhöhen sich in drei Stufen um insgesamt 6,5 Prozent. Die Steigerungen verteilen sich auf eine Gesamtlaufzeit von 33 Monaten: Rückwirkend zum 1. Januar 2019 erhöhen sich die Gehälter um 2,5 Prozent, zum 1. Januar 2020 noch einmal um 2,0 Prozent und zum 1. Januar 2021 erneut um 2,0 Prozent.

Die Verlässlichkeit von Dienstplänen wird durch finanzielle Sanktionen bei kurzfristigen Arbeitsaufnahmen gestärkt. Dienstpläne müssen zukünftig spätestens einen Monat im Voraus aufgestellt sein. Abweichungen sind nur in Ausnahmefällen möglich.

Vor dieser Verhandlungsrunde hatte die VKA bereits verbindlich zugesagt, eine Regelung zu vereinbaren, die eine Verdrängung des Tarifvertrages durch die Anwendung der Kollisionsnorm im Tarifeinheitsgesetz ausschließt. Anerkannt wurde auch die Tarifzuständigkeit des Marburger Bundes für die Ärztinnen und Ärzte im Öffentlichen Gesundheitsdienst und anderen kommunalen Diensten. Für diese Gruppe wird es separate Tarifverhandlungen geben, die bis spätestens Ende Oktober dieses Jahres aufgenommen werden sollen.

„Für den Marburger Bund ist das ein bemerkenswerter Erfolg hartnäckiger Tarifarbeit und auch ein Verdienst Tausender von Mitgliedern, die in den vergangenen Wochen an Warnstreiks teilgenommen haben. Natürlich haben wir weitere Wünsche, aber wesentliche Forderungen sind erfüllt. Bei der Arbeitszeiterfassung ist sogar eine Zeitenwende gelungen. Das von uns geforderte Prinzip ‚Anwesenheit ist geleistete Arbeitszeit‘ ist nunmehr im Tarifvertrag fest verankert. Die VKA hat auch akzeptiert, dass wir uns nur mit einer rechtssicheren Regelung zufriedengeben, die den Fortbestand des Ärztetarifvertrages trotz Tarifeinheitsgesetz sicherstellt“, erklärte Rudolf Henke, 1. Vorsitzender des Marburger Bundes.

Diese Einigung steht noch unter dem Vorbehalt der Zustimmung der Tarifgremien beider Seiten.

Marburger Bund: Marburger Bund und VKA erzielen Einigung. *Passion Chirurgie*. 2019 Juli, 9(07): Artikel 05_02.



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

AKTUELLE MELDUNGEN



26.06.2019

BESSERE RAHMENBEDINGUNGEN UND MEHR VERNETZUNG FÜR DIE ORGANSPENDE

Ein breites Bündnis von Institutionen und Organisationen, die für die Organspende Verantwortung tragen, hat heute den „Gemeinschaftlichen Initiativplan Organspende“ vereinbart.



24.06.2019

NOTFALLVERSORGUNG: KBV UND MB PRÄSENTIEREN NEUE VORSCHLÄGE

Niedergelassene und Krankenhausärzte haben ein gemeinsames Konzept für die künftige Notfallversorgung ausgearbeitet. Kernelemente sind eine gezielte Steuerung akut hilfebedürftiger Patienten sowie Gütekriterien für die medizinische Ersteinschätzung.



19.06.2019

BDC⁺ REFORMBEDARF DER AKUTSTATIONÄREN VERSORGUNG

Professor Dr. Augurzky, Leiter des Kompetenzbereichs Gesundheit am RWI in Essen, behandelt in seinem Beitrag in IMPLICONplus den „Reformbedarf der akutstationären Versorgung“.



17.06.2019

40 PROZENT DER KLINIKEN MISSACHTEN MINDESTMENGEN

Die Mindestmengenregelung zeigt 15 Jahre nach ihrer Einführung nicht die erzielte Wirkung: Laut einer Analyse des Science Media Centers und der Weissen Liste der Bertelsmann Stiftung halten 40 Prozent der Kliniken die Vorgaben nicht ein.



14.06.2019

KBV FORDERT NACHBESSERUNGEN BEIM ENTWURF ZUM DIGITALISIERUNGSGESETZ

Der Referentenentwurf des Digitale Versorgung-Gesetzes muss aus Sicht der KBV in bestimmten Punkten nachgebessert werden. Generell begrüßt die Ärzteschaft jedoch eine nutzbringende Digitalisierung im Gesundheitswesen zur Vereinfachung und Verbesserung der Versorgung...



13.06.2019

AUSREICHENDE VERSORGUNG MIT BLUTPRODUKTEN ZUNEHMEND FRAGE DER DEMOGRAFIE

Die ausreichende Versorgung mit Blutprodukten in Deutschland wird aufgrund des demografischen Wandels zu einer immer größeren Herausforderung. Die Zahl der möglichen Blutspender zwischen 18 und 65 Jahren nimmt konstant ab.

WWW.BDC.DE/POLITIK


 AUS DER
DGCH

Prof. Thomas Schmitz-Rixen ist neuer Präsident der DGCH

Professor Dr. med. Thomas Schmitz-Rixen steht seit dem 1. Juli 2019 an der Spitze der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH). Der Direktor der Klinik für Gefäß- und Endovascularchirurgie und des universitären Wundzentrums des Universitätsklinikum Frankfurt am Main übernimmt das Präsidentenamt turnusgemäß für ein Jahr von Professor Dr. med. Matthias Anthuber. Schmitz-Rixen legt den Schwerpunkt auf Digitalisierung und Künstliche Intelligenz, um auch in der Chirurgie für künftige Herausforderungen gerüstet zu sein. Ein besonderes Anliegen ist ihm der Einsatz dieser Techniken zur Komplikations- und Fehlervermeidung. Zudem erklärt er: „Parallel zur erfolgreichen Spezialisierung der Chirurgie sollten wir den ganzheitlichen und individuellen Zugang zu unseren Patienten nicht aus dem Auge verlieren.“

PROFESSOR SCHMITZ-RIXEN GESTALTET ALS PRÄSIDENT DEN 137. KONGRESS DER DEUTSCHEN GESELLSCHAFT FÜR CHIRURGIE.

Professor Schmitz-Rixen studierte Medizin in Köln, wo er auch seine Facharztausbildung abschloss. Er ist seit 1999 Direktor der Klinik für Gefäß- und Endovascularchirurgie im Universitätsklinikum Frankfurt am Main. Er ist Past-Präsident der Deutschen Gesellschaft für Gefäßchirurgie und Gefäßmedizin. Als Präsident der DGCH wird Professor Dr. med. Thomas Schmitz-Rixen, gemeinsam mit den chirurgischen Fachgesellschaften unter dem Dach der DGCH, das Programm des 137. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie im Jahr 2020 in Berlin unter dem Motto „Intelligenz,

Intuition und Individualität“ orchestrieren. Die Schwerpunkte des Kongresses werden sich sehr stark an diesem Motto orientieren, erläutert Professor Schmitz-Rixen. Des Weiteren wird das Problem des fehlenden ärztlichen und pflegerischen Nachwuchses, welches neue Konzepte erfordert, die interprofessionell entwickelt und ausgebaut werden müssen, eines der Hauptthemen des Kongresses sein. Erneut wird auch die Problematik der Organspende angesprochen werden; wie in den Vorjahren ist die Durchführung eines öffentlichkeitswirksamen Organspende-Laufs unter Mitwirkung von prominenten Leistungssportlern geplant.

Mit der Amtszeit von Professor Thomas Schmitz-Rixen 2019/2020 ergeben sich weitere Änderungen im DGCH-Präsidium: Der bisherige Präsident Professor Dr. med. Matthias Anthuber wird erster Vizepräsident, Professor Dr. med. Dr. med. dent. Michael Ehrenfeld, Past-Präsident der Deutschen Gesellschaft für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie (DGMKG), wird zweiter Vizepräsident und damit Präsident 2020/2021. Zum dritten Vizepräsidenten 2019/2020 und Präsidenten 2021/2022 wählte die diesjährige Mitgliederversammlung Professor Dr. med.

Hauke Lang aus Mainz. Professor Dr. med. Jörg Fuchs aus Tübingen ist turnusgemäß aus dem Vorstand ausgeschieden. Generalsekretär bleibt unverändert Professor Dr. med. Dr. h.c. Hans-Joachim Meyer aus Hannover, zugleich Präsident des Berufsverbands der Deutschen Chirurgen e.V. (BDC). Das Amt des Schatzmeisters wird durch Professor Dr. med. Jens Werner aus München ausgeübt.

Weitere Mitglieder des Präsidiums sind unter anderem Repräsentanten der zehn chirurgischen Fachgesellschaften, die in der DGCH vereint sind, sowie frühere Präsidenten. Eine vollständige Übersicht über Vorstand und Präsidium der DGCH ist ab dem 1. Juli auf der DGCH-Homepage zu finden.

Die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie e.V. (DGCH) ist seit ihrer Gründung 1872 mit mehr als 6.100 ordentlichen und 16.200 assoziierten Mitgliedern insgesamt die größte medizinischwissenschaftliche Fachgesellschaft in Deutschland im Gebiet der Chirurgie.



Univ.-Prof. Dr. med. Thomas Schmitz-Rixen

Präsident DGCH 2019/2020

Klinik für Gefäß- und Endovascularchirurgie und des Universitären Wundzentrums

Universitätsklinikum Frankfurt

Theodor-Stern-Kai 7

Frankfurt

60590



© iStock/Oleg Albinsky

Reisebericht zum Stipendium als Fortbildungshilfe

Zunächst gilt mein besonderer Dank der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie dafür, dass sie mir ein solches Stipendium gewährt hat. Die damit verbundene Ehre und Auszeichnung weiß ich sehr zu schätzen.

Reiseberichte sind mitunter schwierig zu verfassen. Sie sind eine Notwendigkeit, die meist mit dem Stipendium verbunden ist und daher verfasst werden müssen. Eine reine Darstellung meiner Reise aber wäre, über den Nachweis der sinnvollen Verwendung der Stipendiengelder hinaus, für viele Leser nicht weiter relevant. Dieser Reisebericht ist daher ein Versuch, die Aufzählung möglichst kurzweilig und die gezogenen Erkenntnisse

für den Leser möglichst allgemeingültig und nützlich zu formulieren.

Im Rahmen des Stipendiums durfte ich eine fünfeinhalbwöchige Reise antreten, die vom Deutschen Kongress für Orthopädie und Unfallchirurgie in Berlin an die Fußchirurgischen Kliniken des New York Presbyterian Hospitals der Cornell University (Dr. A. Sands) und an das Florida Orthopaedic Institute in Tampa (Dr. R. Sanders) führte.

BERLIN

Ein Kongressbesuch ist immer eine erbauliches Unterfangen und bringt auf engem



Dr. med. Benedikt Braun

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

Raum konzentriert viele Möglichkeiten der persönlichen Weiterbildung mit sich. Darüber hinaus ist der Jahreskongress eine gute Plattform, um seine eigenen Arbeiten im Kontext der weiteren nationalen Forschungsanstrengungen zu diskutieren. Zum einen konnte ich in diesem Jahr die Ergebnisse meiner Arbeitsgruppe zum Simulationsablauf für die interfragmentäre Frakturbewegung nach Tibiaschaftfrakturen, beruhend auf dem individuellen Gang des Patienten, vorstellen. Im Rahmen der anschließenden Diskussion ergab sich zum anderen die Möglichkeit, neue Anregungen für etwaige Folgeprojekte zu gewinnen, aber auch Kooperationen mit neuen Partnern zu besprechen. Auch der reine Besuch der vielen wissenschaftlichen Sitzungen war dabei, wie in jedem Jahr und während des DCK auch ungemein gewinnbringend. Um mich auf die anstehende Reise vorzubereiten legte ich dieses Jahr den Fokus vor allem auf die fußchirurgischen Spezialsitzungen.

NEW YORK

In New York (**Abb. 1**) war ich Gast an der Fußchirurgischen Klinik von Dr. Andrew Sands (**Abb. 2**). Da mir „Andy“ schon aus einem gemeinsamen AO-Projekt bekannt ist, wurde mir der Einstieg hier sehr leicht gemacht. Durch den schon

bestehenden persönlichen Kontakt konnte ich rasch in den gesamten Arbeitsablauf eingliedert werden und hatte so für zwei Wochen ein 1:1 Mentoring durch den Abteilungsleiter. So konnte ich vor allem durch den intensiven Kontakt während der Sprechstundenzeiten profitieren, während derer man von einem erfahrenen Fußchirurgen viele kleine Handgriffe und Arbeitstechniken abschauen konnte, die in der eigenen Arbeitsroutine ansonsten hätten mühsam erarbeitet werden müssen. Darüber hinaus war auch die Kontinuität von Sprechstunde, Indikation und OP gewahrt, die die Indikationsrationale eines altgedienten Kollegen erfahrbar machten. Auch im OP-Saal war der freundschaftliche Kontakt dienlich und ermöglichte den in den USA ansonsten eher unüblichen, direkten Einsatz am Patient. Geprägt war der OP-Plan während meines Aufenthaltes von fußchirurgisch, traumatologischer Notfallversorgung, aber auch posttraumatischen Korrekturen, ein Spektrum, wie es auch an unserer Klinik vorkommt und so einen direkten Vergleich und direkte Übertragbarkeit des Gelernten ermöglichte.

Neben der Arbeit bot New York natürlich beeindruckende kulturelle Möglichkeiten, sodass sich ein Besuch beim New York City Marathon mit dem Metropolitan Museum verbinden



Abb. 1: Skyline von Manhattan von Brooklyn aus gesehen

ließ, oder ausgedehnte Museumsbesuche (**Abb. 3**) an den Wochenenden (MoMA, New Museum usw.) mit musikalischen Highlights (Symphonische Tänze von Rachmaninov in der Geffen Hall; Dvorak Cello Konzert in h-moll an der Juilliard School).

TAMPA

In Tampa war ich Gast an der Klinik von Dr. Roy Sanders (**Abb. 4**), der durch seine Publikationen und nicht zuletzt durch das Etablieren der gebräuchlichen Klassifikation der Calcaneusfraktur einen entsprechenden Welt Ruf erlangt hat. Hier konnte ich ein breites Spektrum an Operationen hin von einfacher, fußchirurgischer „Daysurgery“ bis hin zu Endoprothetik des Fußes und schweren Korrektureingriffen erleben. Das reine Erlebnis, den bekannten Chirurgen bei der Arbeit beobachten zu dürfen, ist dabei schon die gesamte Reise wert gewesen. Besonders eindrucksvoll war auch der OP-Betrieb in den angegliederten Surgical Centern, die sich nur auf ambulante Eingriffe beschränken, da dort der bis ins Detail durchstrukturierte OP-Tag das Erleben einer hohen Zahl an Eingriffen möglich machte. Neben dem reinen OP-Betrieb war es hier möglich, zusätzlich den Arbeitsalltag des „Fellows“ vor Ort zu erleben. Das gab direkte Eindrücke in die Tätigkeiten eines Kollegen auf dem gleichen Weiterbildungsstand. Die eigene Ausbildung rückt dadurch nochmal in ein anderes Licht, wenn der Arbeitsalltag mit einer Visite deutlich vor 6:00 Uhr morgens beginnt, damit man pünktlich um 8:00 Uhr an einem Krankenhaus womöglich am anderen Ende der Stadt Schnitt haben kann. Das feste Ziel vor Augen, eine besondere fußchirurgische Ausbildung zu genießen, werden diese Arbeitszeiten aber hier akzeptiert. Soweit es mir in der kurzen Zeit ersichtlich war, wurde das von den Ausbildern dementsprechend honoriert.

Auch in Tampa ist der Freizeitwert der Region nicht zu leugnen. Was dort vielleicht an kulturellen Möglichkeiten im Vergleich zu New York fehlt, macht die Region durch ihre amerikanische Sportversessenheit und die wunderbaren Strände am Golf von Mexiko wieder wett und so durfte ein Besuch bei den Tampa Bay Lightning ebenso wenig fehlen wie der



Abb. 2: Dr. Sands und ich zum Abschied



Abb. 3: Das „New Museum“ in der Bowery



Abb. 4: Tampa General Hospital

Ausklang der Reise mit einem Sonnenuntergang auf Anna Maria Island (**Abb. 5**).

RESÜMEE

Im Grunde ist eine Reise und dieser Bericht beruhigend, denn auch in den Leistungszentren im Ausland wird, wie man sagt, mit Wasser gekocht. Die Grundzutaten der Medizin sind allerorts gleich: Viele kleine Dinge, modifizierte Techniken, geänderte

Arbeitsabläufe und letztlich die Einstellung zur Arbeit machen eine solche Reise aber zu einem lehrreichen Erlebnis.

Gerade im Nachwuchsbereich existieren in den USA, trotz der mitunter irrsinnig anmutenden Arbeitszeit, Konzepte, die für die chirurgische Ausbildung in Deutschland gewinnbringend sein könnten: Ein klar verbindliches, curriculares Ausbildungskonzept mit übersichtlichen und



Abb. 5: Sonnenuntergang auf Anna Maria Island

transparenten OP-Zahlen wie auch eine für alle faire und quasi zentralisierte Facharztprüfung sind nur einige Beispiele. Durch das Fellowship-System der Spezialisierung ist die berufliche Perspektive nach der

Assistenzarztzeit dort viel klarer zu erkennen und erlaubt einen raschen Umstieg von der generalistischen „Grundausbildung“ hin zur gewünschten Spezialisierung – die amerikanische Leistungsbezogenheit beugt dabei

Verteilungsproblematiken vor. Gleichzeitig liegen an den besuchten Zentren Entlassungssysteme für das ärztliche Personal vor, die eine stärkere Konzentration auf die ärztliche Kerntätigkeit erlauben, was gepaart mit den hochgradig prozessoptimierten Abläufen um den OP-Betrieb herum den strukturierten Ausbildungscharakter weiter unterstreicht. Da ist für die amerikanischen Residents auch die deutlich höhere zeitliche Belastung besser zu ertragen.

Letztlich glaube ich aber, dass auch unser deutsches Ausbildungssystem viele Vorteile bringt und bin, ob der gewonnenen Eindrücke wie auch meiner Ausbildung hier vor Ort, dankbar. Auch wenn der Satz etwas abgedroschen anmutet, war die Stipendienreise eine echte Horizonterweiterung, von der ich für meine persönliche Arbeit schon jetzt profitieren konnte. Ich kann nur jeder Kollegin und jedem Kollegen ans Herz legen, diese und ähnliche Möglichkeiten für sich zu nutzen.



Rekrutierende multizentrische chirurgische Studien in Deutschland

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

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

KONTAKT

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

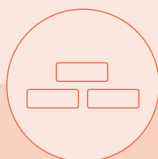
MULTIZENTRISCH RANDOMISIERT KONTROLLIERTE STUDIEN				
STUDIENLEITER	PATIENTEN/OP.-VERFAHREN	FIRST PATIENT IN/ STATUS DER STUDIE	FINANZIERUNG DER STUDIE/FALLGELD	ANSPRECHPARTNER/ KONTAKT
Studientitel: AWARE₊ Registriernummer: NCT01181206				
PD Dr. J. C. Lauscher Prof. Dr. M. E. Kreis Prof. Dr. J.-P. 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 627 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: BariSurg₊ 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 104 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 235 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: ESOPEC₃ Registrierungsnummer: NCT02509286, DRKS00008008				
Prof. Dr. Jens Höppner	Adenokarzinom des Ösophagus und des gastroösophagealen Übergangs (AEG) Experimentelle Gruppe: Perioperative Chemotherapie (FLOT) und Tumoresektion Kontrollgruppe: Neoadjuvante Radiochemotherapie (CROSS) und Tumoresektion	09.02.2016 308 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: IOWISI₃ 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 270 von 540 Patienten	DFG 400 € / Patient	PD Dr. med. D. Reim Klinik und Poliklinik für Chirurgie Klinikum rechts der Isar der Technischen Universität München (TUM) Ismaninger Str. 22 81675 München T: 089/4140-5019 E: daniel.reim@tum.de
Studientitel: iPEP₃ 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 35 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

MULTIZENTRISCH RANDOMISIERT KONTROLLIERTE STUDIEN				
STUDIENLEITER	PATIENTEN/OP.-VERFAHREN	FIRST PATIENT IN/ STATUS DER STUDIE	FINANZIERUNG DER STUDIE/FALLGELD	ANSPRECHPARTNER/ KONTAKT
Studientitel: PONI_Y 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 76 von 340 Patienten	KCI USA, Inc. 50 € / Patient	Dr. med. R. Schirren Chirurgische Klinik und Poliklinik Klinikum rechts der Isar der Technischen Universität München T: 089/4140-5138 E: rebecca.schirren@tum.de
Studientitel: RELY₊ 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 264 von 366 Patienten	– Kein Fallgeld	PD Dr. N. N. Rahbari Chirurgische Klinik Universitätsmedizin Mannheim T: 0621/383-3591 F: 0621/383-3809 E: nuh.rahbari@umm.de
Studientitel: WOPP₊ Registrierungsnummer: NCT01855464				
Prof. Dr. T. Walles, FETCS Prof. Dr. J. Neudecker (Stellvertreter) Studienleiter	Patienten (15–40 Jahre) mit Rezidiv eines primären Spontanpneumothorax (PTX) oder therapierefraktärem PTX Erstereignis Experimentelle Gruppe: Lungenkeilresektion mit parietaler Pleurektomie Kontrollgruppe: Alleinige parietale Pleurektomie	FPI: 19.11.2013 287 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 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 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/m ² – a multicenter randomized trial [3] Biologisches versus synthetisches Netz bei der laparoskopischen Hernienversorgung – eine randomisierte multizentrische, prospektive, selbst-kontrollierte klinische Studie [4] Perioperative Chemotherapie (FLOT) im Vergleich zur neoadjuvanten Radiochemotherapie (CROSS) bei Patienten mit Adenokarzinom des Ösophagus [5] Intraoperative wound irrigation to prevent surgical site infection after laparotomy [6] Internet-based Perioperative Exercise Program in Patients With Barrett's Carcinoma Scheduled for Esophagectomy [7] Postoperative negative pressure incision therapy following open colorectal surgery: a randomized-controlled trial [8] Eine randomisierte, kontrollierte Studie zur Lymphknotenentfernung bei Resektion kolorektaler Lebermetastasen [9] 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: Juni 2019				

SPENDENAUFTRUF

Langenbeck-Virchow-Haus



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

sich mit einem Spendenaufruf an die Mitglieder zu wenden.

Mit „Bausteinen“ in **Bronze (ab 500 €)**, in **Silber (ab 1.500 €)** und **Gold (ab 5.000 €)**, in Form von Plaketten seitlich im 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. T. Schmitz-Rixen

Präsident

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

Generalsekretär

Prof. Dr. med. J. Werner

Schatzmeister

Bausteine Langenbeck-Virchow-Haus

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

BAUSTEIN IN GOLD

Vereinigung Mittelrheinischer Chirurgen

Herr Prof. Dr. med. Hans-Jürgen Peiper,
Göttingen

in memoriam Prof. Dr. med. Herbert
Peiper, Berlin und Mainz

Herr Prof. Dr. med. Dr. h.c. Karl-Walter Jauch,
München

in memoriam Prof. Dr. med. Georg
Heberer, München

Herr Prof. Dr. med. Reiner Gradinger,
München

Berufsverband der Deutschen Chirurgen e.V.
in memoriam Prof. Dr. med. Jens Witte

AO Deutschland, Arbeitsgemeinschaft für
Osteosynthesefragen, Berlin

Herr Prof. Dr. med. Dr. h.c. Axel Haverich,
Hannover

Herr Prof. Dr. med. Dr. h.c. Markus Büchler,
Heidelberg

DGTHG – 1971 mit Dank an die
Gründungsmitglieder

Herr Prof. Dr. med. Joachim Jähne, Hannover
in memoriam Manfred und Helmi Jähne,
Essen

Herr Prof. Dr. med. Uwe Klinge, Aachen

Herr Prof. Dr. med. Erhard Kiffner, Karlsruhe
in memoriam Prof. Dr. med. W. Brendel,
Prof. Dr. med. R. Zenker, Dr. med.
R. Kiffner

AIOD Deutschland e. V., Düsseldorf

Familie und Freunde Dr. Schreiter,
Hamburg

in memoriam Dr. med. Friedemann
Schreiter

Herr Prof. Dr. med. Hans Ulrich Steinau,
Bochum

Deutsche Gesellschaft der Plastischen,
Rekonstruktiven und Ästhetischen
Chirurgen e.V.

Herr Dr. med. Ernst Derra und Frau Dr. med.
Hildegard Derra-Henneke, Düsseldorf und
München

in memoriam Prof. Dr. med. Dr. h.c. mult.
Ernst Derra, Düsseldorf

Herr Prof. Dr. med. Dr. h.c. mult. Roland
Hetzer, Berlin

Herr Prof. Dr. med. Roderich Schwarz, Bristol,
Indiana, USA

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

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

BAUSTEIN IN SILBER

Herr Prof. Dr. med. Leonhard Schweiberer,
München

Herr Prof. Dr. med. Klaus Junghanns,
Ludwigsburg

Herr Prof. Dr. med. Hartwig Bauer, Neuötting

Herr Prof. Dr. med. Hendrik Dienemann,
Thoraxklinik Heidelberg

Herr Prof. Dr. med. habil. Dr.-Ing. Dr. med.
h.c. Michael Ungethüm, Tuttlingen

Herr Prof. Dr. med. Hartmut Siebert,
Schwäbisch-Hall

Herr Prof. Dr. med. Karl Herbert Welsch,
München

Herr Prof. Dr. med. Stefan Wysocki,
Heidelberg

Herr Dr. med. Jürgen Meier zu Eissen,
Hannover

Herr Prof. Dr. med. Stefan Post, Mannheim

Herr Prof. Dr. med. Wolf Mutschler, München

Frau Prof. Dr. med. Ursula Schmidt-
Tintemann, Vaterstetten

Herr Prof. Dr. med. Matthias Rothmund,
Marburg

Herr Prof. Dr. med. Christian H. Siebert,
Hannover

Herr Prof. Dr. med. Volker Bühren, Murnau

Herr Dr. med. Abdullah Mury, Heide

Herr Dr. med. Andreas Ungeheuer, München

Herr Prof. Dr. med. Wolf Schellerer, Bamberg

Herr Prof. Dr. med. Tilman Mischkowsky,
Berlin

Herr Prof. Dr. med. Hans-Joachim Wiendl,
Bamberg

Herr Prof. Dr. med. Klaus Roosen, Würzburg

Herr Prof. Dr. med. Dr. h.c. Gert Carstensen,
Mülheim

Herr Prof. Dr. med. Peter M. Vogt, Hannover

Herr Prof. Dr. med. Fritz L. Rüeff, München

- Herr Prof. Dr. med. Karl-Joseph Paquet, Bad Kissingen
- Herr Prof. Dr. med. Dr. h.c. Volker Schumpelick, Aachen
- Herr Prof. Dr. med. Yoshiki Hiki, Tokio/Japan
- Herr Prof. Dr. med. Hans-Bernd Reith, Konstanz
- Herr Dr. med. Goswin von Mallinckrodt, München
- Herr Prof. Dr. med. Lothar Kinzl, Ulm
- Frau Ingrid und Herr Dr. med. Robert Raus, Riedlingen
- Frau Dr. med. Ursula Engel, Hamburg
- Enddarm-Zentrum Bietigheim,
Herr Dr. med. Wolfgang Pfeiffer,
Herr Dr. med. Markus Piro-Noack,
Herr Dr. med. Edgar Kraft
- Herr Prof. Dr. med. Thomas Rüedi, Maienfeld/Schweiz
in memoriam Prof. Dr. med. Martin Allgöwer, Chur/Schweiz
- Herr Prof. Dr. med. Gert Specht, Berlin
- Herr Prof. Dr. med. Henning Weidemann, Berlin
- Herr Prof. Dr. med. Otto Scheibe, Stuttgart
in memoriam Prof. Dr. med. Helmut Remé, Lübeck
- Herr Prof. Dr. med. Stephan Langer, Mönchengladbach
- Herr Dr. med. José Luis Narro, Köln
- Herr Prof. Dr. med. Wolfgang Ulf Wayand, Linz
- Herr Prof. Dr. med. Werner Grill, Starnberg
- Herr Prof. Dr. med. Fritz Kümmerle, Mainz
- Herr Prof. Dr. med. Dr. h.c. mult. Friedrich Stelzner, Bonn
- Herr Prof. Dr. med. Günther Vetter, Bad Vilbel
in memoriam Prof. Dr. med. Hans-Bernhard Sprung, Dresden
- Frau Dr. med. Eva Böhlau, Bad Soden
1991–2011 DGT in memoriam
Prof. Dr. med. Ingolf Vogt-Moykopf zum 80. Geburtstag
- Herrn Prof. Dr. med. Gerhard Krönung, Wiesbaden
in memoriam Prof. Dr. med. Johannes Christian Dobroschke, Regensburg
- Herr Prof. Dr. med. Alois Fürst
- Herr Dr. med. Arthur Heiligensetzer
- Herr Dr. med. Peter Sauer
- Herr Dr. med. Bernfried Pikal
- Herr Dr. med. Johannes Winfried Pruy
in memoriam Prof. Dr. med. Johannes Christian Dobroschke, Regensburg
- Herr Prof. Dr. med. Christian Müller, Hamburg
- Herr Dr. med. Friedrich Klee, Heidelberg
- Herr Prof. Dr. med. Karl Dinstl, Wien
in memoriam Prof. Dr. med. K. Keminger
- Herr Prof. Dr. med. Axel Richter, Hildesheim
- Herr Prof. Dr. med. Ernst Teubner, Göppingen
- Herr Prof. Dr. med. Martin Büsing, Recklinghausen
- Herr Dr. med. Helge Hölzer, Stuttgart
in memoriam Prof. Dr. med. Gerhard Köveker, Sindelfingen und Böblingen
- Herr Dr. med. Friedemann Schreiter, Hamburg
- Herr Prof. Dr. med. Dr. h.c. Hans-Joachim Meyer, Hannover
- Herr Prof. Dr. med. Konrad Schwemmler, 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 Kothen,
 Tegernsee
 Herr Dr. med. Jürgen Friedrich, Essen
 Herr Dr. med. Arnd Siegel, Stade
 in memoriam Prof. Dr. med. Rudolf Nissen
 Herr Dr. med. Michael-Alexander Reinke,
 Plettenberg
 in memoriam Prof. Dr. med. E.H.
 Farthmann
 Saarländische Chirurgenvereinigung e.V.,
 Saarbrücken
 Herr Dr. med. Johannes Zeller, Laufenburg
 in memoriam Prof. Dr. med. Manfred
 Schmolke, Düsseldorf
 Herr Prof. Tomislav Stojanovic
 Dr. med. Radovan Stojanovic, Wolfsburg
 in memoriam Prof. Dr. med. Heinz Becker,
 Göttingen
 Herr Dr. med. Jürgen Benz
 in memoriam Prof. Dr. med.
 Hans-Joachim Streicher
 Frau Dr. med. Frauke Eleonore Meyer-Wigro,
 Bielefeld
 Herr Prof. Dr. med. Alfred Berger,
 Deutschlandsberg
 Herr Prof. Dr. med. Roland Eisele,
 Göppingen
 Herr Dr. Joachim Casper, Überlingen

Auf S. 79 der Juni-Ausgabe haben wir leider eine falsche Abbildung eingefügt. Wir bitten um Entschuldigung. Hier ist die Korrektur:



Junior-Fortüne-Programm:
 Dr. F. Scheufele

DGCH-PRÄSIDIUM

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

VERTRETER DER FACHGESELLSCHAFTEN

Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie	T. H. K. Schiedeck, Ludwigsburg
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. Giunta, 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	R. Lorenz, Berlin
Chirurg aus dem deutschsprachigen Ausland	R. Rosso, Comano/Schweiz
Vertreter der Sektion Chirurgische Forschung	C. Bruns, Köln

FRÜHERE PRÄSIDENTEN

G. Schackert, Dresden	2016
T. Pohlemann, Homburg	2017
J. Fuchs, Tübingen	2018

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
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
P. Vogt, 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

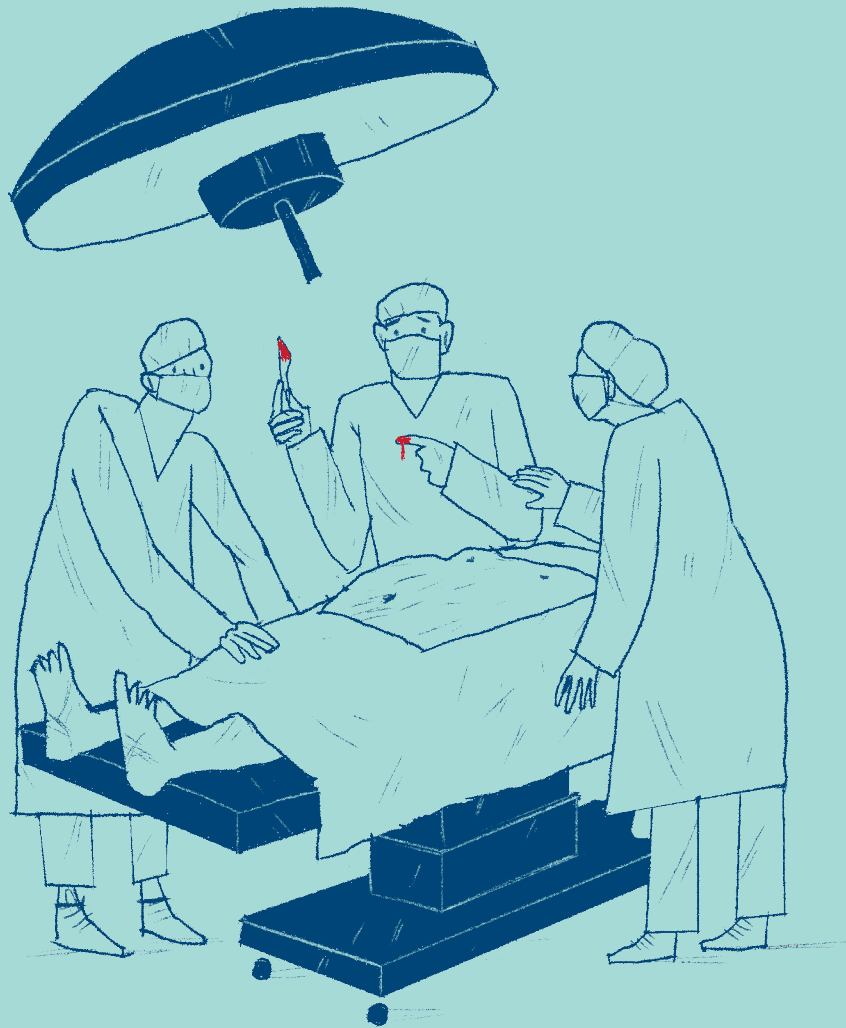
☐ Student

☐ 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



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

AUS DEM
BDC

2019: SILBERNADELN FÜR 384 MITGLIEDER



In diesem Jahr bekommen 384 BDC-Mitglieder eine Silbernadel anlässlich ihrer 25-jährigen Mitgliedschaft. Der BDC bedankt sich für das langjährig entgegengebrachte Vertrauen!

Alles neu beim Workshop „Chirurgische Anatomie“



Der Anatomie-Workshop findet in diesem Jahr zum ersten Mal in Aachen statt – unter neuer wissenschaftlicher Leitung und mit neuen Inhalten. In einem eintägigen Workshop für Berufseinsteiger werden zusammen mit dem Anatomischen Institut der Universität Aachen an Körperspendern die gesamte Oberflächenanatomie rekapituliert und alle chirurgischen Zugangswege an Stamm und Extremitäten anatomisch präzise erklärt und in Kleingruppen geübt. Chirurgische Sicherheit mit dem ersten Schnitt ist das Ziel dieses Workshops.

Zur Anmeldung...



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

BDC | Landesverbände

BDC | Westfalen-Lippe

Vorsitzender
Prof. Dr. med. Waldemar Uhl, MHSA

Stellv. Vorsitzender und Regionalvertreter NL
Jerzy Wielowiejski

BDC | Bremen

Vorsitzender
Prof. Dr. med. Michael Paul Hahn

Stellv. Vorsitzender
Prof. Dr. med. Heiner Wenk

Regionalvertreter NL
Dr. med. Björn Ackermann

BDC | Hamburg

Vorsitzender
Dr. med. Christopher Wenck

Stellv. Vorsitzender
Dr. med. Thomas Mansfeld

Regionalvertreter NL
Dr. med. Matthias Kemnitz

Stellv. Regionalvertreter NL
Dr. med. Gerd Fass

BDC | Schleswig-Holstein

Vorsitzender
Dr. med. Ralf Wilhelm Schmitz

Stellv. Vorsitzender
Dr. med. Michael Müller

Regionalvertreter NL
Dr. med. Ralf Wilhelm Schmitz

Stellv. Regionalvertreter NL
Dr. med. Bertram Wittrin

BDC | Nordrhein

Vorsitzender
Dr. med. 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. Arndt Voigtsberger

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

26.06.2019 aerzteblatt.de

Bundeskabinett billigt Ausbildungsreform für OP-Assistenzberufe

Das Bundeskabinett hat heute den Gesetzentwurf für eine Reform der Ausbildung zum Anästhesietechnischen Assistenten (ATA) und zum Operationstechnischen Assistenten (OTA) beschlossen. Die Reform soll ab dem Jahr 2021 gelten und bundesweit einheitliche Regelungen für die Ausbildungen in diesen Berufen schaffen.

03.06.2019 hamelnonline.de

Chirurgenverband gratuliert neuem Präsident der Bundesärztekammer

Der Berufsverband der Deutschen Chirurgen e. V. (BDC) gratuliert Dr. Klaus Reinhardt (59) als neuem Kammerpräsidenten zur erfolgreichen Wahl in das Spitzenamt der Bundesärztekammer. Reinhardt ist auf dem 122. Deutschen Ärztetag am 30. Mai zum Präsidenten gewählt worden. „Wir freuen uns, dass mit Herrn Dr. Reinhardt ein Kollege mit langjähriger berufspolitischer Erfahrung gewählt wurde“, kommentiert Prof. Dr. Dr. h.c. Hans-Joachim Meyer, Präsident des BDC, die Wahl.

31.05.2019 tagesspiegel.de

Charité macht sich mit Comic verständlicher

Berliner Ärzte setzen jetzt Comics ein, um Patienten besser über einen bestimmten Eingriff aufzuklären. Auch andere Kliniken zeigen Interesse.

23.05.2019 aerzteblatt.de

Mehr Praxisanleitung bei Ausbildung von OP- und Anästhesie-Assistenten gewünscht

Korrekturbedarf bei der Ausbildungsreform zum Anästhesietechnischen Assistenten (ATA) und zum Operationstechnischen Assistenten (OTA) sehen die Diakonie Deutschland und der Deutsche Evangelische Krankenhausverband (DEKV). Insbesondere fordern sie mehr Praxisanleitungen.

13.05.2019 aerzteblatt.de

Chirurgen dringen auf klare Aufgabenteilung bei Ausbildungsreform von OP-Assistenten

Bei der geplanten bundeseinheitlichen Ausbildungsregelung für Anästhesie- und Operationstechnische Assistenten sollten die Verbände der betroffenen Berufs- beziehungsweise Fachgruppen

sowie die wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften beteiligt werden. Dafür hat sich der Berufsverband der Deutschen Chirurgen (BDC) ausgesprochen.

13.05.2019 ÄrzteZeitung

Chirurgen für klare Grenzen im Berufsbild

Der Berufsverband der Deutschen Chirurgen (BCD) hat den Gesetzentwurf begrüßt, mit dem die Ausbildung zum Anästhesietechnischen (ATA) sowie zum Operationstechnischen Assistenten (OTA) geregelt werden soll.

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 Rintelner war bisher als Referatsleiter für niedergelassene Chirurgen und Chirurginen 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 ...

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
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	Seminar: Notfallmanagement im Bereitschaftsdienst	Dr. med. Ehrhardt Weiß	100,00	200,00
02.12.2019	06.12.2019	Berlin	2019-21664	Common Trunk	Prof. Dr. med. Stephan Gretschel; Dr. med. Christian Müller	400,00	600,00

FACHARZTVORBEREITUNG

DATUM		ORT	KURS-NR.	SEMINARTITEL	WISSENSCHAFTLICHER LEITER	PREIS MITGLIED	PREIS NICHT-MGL
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	Facharztseminar Allgemeinchirurgie	PD Dr. med. Maximilian Schmeling; Dr. med. Jens-Peter Stahl	350,00	550,00
04.11.2019	07.11.2019	Hamburg	2019-23672	Facharztseminar Viszeralchirurgie	Prof. Dr. med. Jakob Izbicki; Dr. med. Philipp Busch	350,00	550,00
04.11.2019	08.11.2019	Erfurt	2019-23822	Facharztseminar 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
06.09.2019	07.09.2019	Berlin	2019-23685	Viszeralchirurgie Kompakt: Becken-bodenchirurgie	PD Dr. med. Annett Gauruder-Burmester	300,00	500,00
19.09.2019	20.09.2019	Berlin	2019-22401	CAMIC 1	Prof. Dr. med. Ferdinand Köckerling	400,00	600,00
23.09.2019	24.09.2019	Norderstedt	2019-23617	Orthotrauma: Zugangswege untere Extremität	Prof. Dr. med. Burkhard Wippermann	800,00	1.000,00
26.09.2019				Webinar: S1-Leitlinie „Vordere Kreuzbandruptur“	Prof. Dr. med. Mirco Herbort		
27.09.2019	28.09.2019	Berlin	2019-23865	Fußchirurgie III	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	500,00	650,00
10.10.2019	11.10.2019	Tuttlingen	2019-23683	Spezielle Viszeralchirurgie	Prof. Dr. med. Michael Schäffer	300,00	500,00

FACHBEZOGENE SEMINARE, WORKSHOPS UND HOSPITATIONEN

DATUM		ORT	KURS-NR.	SEMINARTITEL	WISSENSCHAFTLICHER LEITER	PREIS MITGLIED	PREIS NICHT-MGL
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	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 Anastomoseninsuffizienzen 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
05.12.2019	06.12.2019	Berlin	2019-22407	CAMIC 4	Prof. Dr. med. Ferdinand Köckerling	400,00	600,00

FACHÜBERGREIFENDE SEMINARE

DATUM		ORT	KURS-NR.	SEMINARTITEL	WISSENSCHAFTLICHER LEITER	PREIS MITGLIED	PREIS NICHT-MGL
18.10.2019	19.10.2019	Berlin	2019-24708	Abschlusscolloquium hygienebeauftragte Ärzte	Prof. Dr. med. Julia Seifert; Prof. Dr. med. Axel Kramer		
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		
12.12.2019	13.12.2019	Berlin	2019-24620	Update perioperative Medizin	Prof. Dr. med. Alexander Schachtrupp; Prof. Dr. med. Johann Pratschke; Dr. med. Ralf Roland Lorenz	350,00	450,00

Datum		Ort	Kurs-Nr.	Seminartitel	Wissenschaftlicher Leiter	Preis Mitglied	Preis Nicht-Mgl
20.09.2019	21.09.2019	Köln	2019-25820	Begutachtung von Berufs- krankheiten	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	Prof. Dr. med. Thomas Auhuber	200,00	400,00
21.11.2019	23.11.2019	Köln	2019-25810	Unfallbegutachtung in der gesetzli- chen 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 Personal- praxis 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
06.12.2019	07.12.2019	Berlin	2019-26536	Refresherkurs: Chirurginnen auf dem Weg nach oben	Dr. med. Gunda Leschber, Prof. Dr. med. Katja Schlosser, Sabine Schicke	450,00	650,00

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



Hygienebeauftragter Arzt (HBA)

Ein modernes Lernkonzept für flexible und individuelle Fortbildung:

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

continuing medical education

meduplus

60 CME-Punkte



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

Veranstaltungshinweise

Datum		Ort	Seminartitel	Veranstalter	Preis Mitglied	Preis Nicht-Mitglied
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	07.09.19	Köln	IHK-Fortbildungsgang: „MVZ-Geschäftsführer/in (IHK)“ – Präsenzveranstaltung in Köln	Frielingsdorf Consult GmbH	3.504,55	3.867,50
02.09.19	20.09.19	Braunschweig	Basiskurs «Wundexperte ICW»	BSG Braunschweiger Studieninstitut für Gesundheitspflege GmbH		960,00
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
18.09.19	20.09.19	Gießen	43. Handchirurgischer Operationskurs mit Arthroskopie-Workshop "Die traumatisierte Hand"	Klinik und Poliklinik für Unfall-, Hand- und Wiederherstellungschirurgie, Universitätsklinikum Gießen und Marburg GmbH, Standort Gießen in Zusammenarbeit mit der AIOD Deutschland und dem Institut für Anatomie und Zellbiologie der Justus-Liebig-Universität Gießen	550,00	550,00
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 Steinfelstein	Kniegelenknahe Osteotomien	Intercongress GmbH		
11.10.19	11.10.19	Dinslaken	Laparoskopie-Workshop Grundkurs - Trainingskurs Minimal Invasive Chirurgie für Chirurgen	Dr. med. Klaus Peitgen Chefarzt Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie -Zentrum für Minimal Invasive Chirurgie - St. Vinzenz-Hospital Dinslaken Dr.-Otto-Seidel-Straße 31 - 33 46535 Dinslaken	120,00	120,00
17.10.19	19.10.19	Tübingen	Grundtechniken der Laparoskopie	Universitätsklinikum Tübingen Klinik für Allgemeine, Viszeral- und Transplantationschirurgie 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
01.11.19	02.11.19	Hamburg	ENDOCLUBNORD 2019	Interplan AG	240,00	240,00
04.11.19	08.11.19	Köln	IHK-Fortbildungsgang: "Praxismanager/in (IHK) - Arztpraxis / MVZ"	Frielingsdorf Consult GmbH	2.409,75	2.677,50
12.11.19	13.11.19	Köln	Impuls-Workshops "Führen" im medizinischen Kontext	Frielingsdorf Consult GmbH	262,40	291,55
16.11.19	16.11.19	Düsseldorf	Intensivkurs Röntgenbefundung im Wachstumsalter	durchblicken.org	350,00	350,00
22.11.19	22.11.19	Mannheim	Zertifikatskurs Fraktursonografie im Wachstumsalter	durchblicken.org	250,00	250,00
05.12.19	07.12.19	Tübingen	Grundtechniken der Laparoskopie	Universitätsklinikum Tübingen Klinik für Allgemeine, Viszeral- und Transplantationschirurgie AG Chirurgische Technologie und Training	345,00	345,00
05.12.19	07.12.19	Hamburg	38. Arbeitstagung der Chirurgischen Arbeitsgemeinschaft Endokrinologie (CAEK)	DGAV GmbH	160,00	160,00

LIFESTYLE- ANGEBOTE

im Juli 2019

%

15 %



**SHOEPASSION: 15 % RABATT FÜR
BDC-MITGLIEDER**

10 %



**GRUNDIG: 10 % RABATT FÜR
BDC-MITGLIEDER**

15 %



**TAKKO FASHION: 15 % RABATT FÜR
BDC-MITGLIEDER**

15 %



**SPORTSCHECK: 15 % RABATT FÜR
BDC-MITGLIEDER**

WIE KANN ICH DIE ANGEBOTE IN ANSPRUCH NEHMEN?

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



„Nimm die Erfahrung und die Urteilkraft der Menschen über 50 heraus aus der Welt, und es wird nicht genug übrigbleiben, um ihren Bestand zu sichern.“ Dieser Henry Ford zugeschriebene Aphorismus klingt in schnelllebiger Zeit vordergründig vielleicht nur nach der Sentimentalität des Alten, der kurz davor von der ungestümen Jugend überholt zu werden, ermattet innehält und auf den vermeintlichen Wert muffiger Erkenntnis verweist. Doch ein aus Sturm und Drang geborenes „Aus dem Weg!“ greift in der Beurteilung von Lebenserfahrungen viel zu kurz. Es verrät eher die Borniertheit des Adoleszenten als die Weitsicht des Strategen und führt nur selten zu nachhaltigem Erfolg. Der Kluge schenkt den Geschichten, die das Leben schrieb, dagegen geduldig Gehör. Denn man muss das Rad nicht jeden Tag neu erfinden und auch nicht jeden Fehler selber machen. Taktiken ändern sich und auch das Stadion wechselt, aber ein Fußballspiel dauert immer um die 90 Minuten und der Ball bleibt näherungsweise rund. Aufmerksame Rezeption mit innovativer Frische zu kombinieren bietet für Talente also die deutlich bessere Erfolgsaussicht. In dieser Kombination entstehen nachhaltig fundamentierte und gleichzeitig lebendige Schulen. Die Geschichte der Chirurgie ist dafür ein Paradebeispiel. Ganz in diesem Sinne veröffentlichen wir in dieser Ausgabe mit großer Freude den Zwischenbericht eines erfolgreichen Kollegen, der seine Lektionen gelernt hat. Natürlich ist die publizatorische Welt voll von ermüdenden Lebensbeichten, die wahlweise den eigenen Weg zum Credo aller Zeiten erheben oder geduldiges Papier zur allgemeinen Abrechnung missbrauchen. Doch Karl-Heinz Ebert schreibt anders. Der Autor verbreitet keine pathetischen Dogmen und auch keinen ätzenden Zynismus. Er schwelgt nicht im düsterhaften Epos des Helden, dessen Abgang eine unersetzliche Lücke aufreißt. Und er ist auch nicht so dumm, sich über die Welt zu ärgern, denn die kümmert sich nicht darum. Es scheint, er hat seinen Aurel gelernt. Und so ist der Beitrag vielleicht nur der einfache Bericht eines langsam scheidenden Chirurgen und Klinikleiters, dessen Quintessenz lauten könnte, dass der nächste Versuch der Triumph der Hoffnung über die Erfahrung ist. Diese Bescheidenheit macht ihn besonders wertvoll.

Viel Vergnügen bei der Lektüre

Ihr

Prof. Dr. med. Carsten J. Krones

PANORAMA

20 Jahre Leitender Chirurg

Zwei Jahrzehnte als
Leitender Chirurg –
Traum, Alptraum und Realität



Dr. med. Karl-Heinz Ebert

Chefarzt für Allgemein- und
Viszeralchirurgie
Leiter Darmzentrum Südwestfalen
Katholische Hospitalgesellschaft
Südwestfalen gGmbH
Chirurgische Klinik - St.
Martinus-Hospital Olpe
Hospitalweg 6
57462 Olpe
k.ebert@martinus-hospital.de



Prof. Dr. med. Carsten J. Krones

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

Ebert KH: Zwei Jahrzehnte als Leitender Chirurg -
Traum, Alptraum und Realität. Passion Chirurgie.
2019 Juli, 9(07): Artikel 09.



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

An jedem 1. Februar fühle ich mich in den Film versetzt „Und täglich grüßt das Murmeltier, so wie Bill Murray, der in einer Zeitschleife fest sitzt und denselben Tag immer wieder erlebt. Seit über 17 Jahren bin ich Chefarzt für Allgemein- und Viszeralchirurgie in einem Krankenhaus der Grund- und Regelversorgung in Südwestfalen. Der Zeitpunkt ist erreicht, um Zwischenbilanz zu ziehen und über das Erlebte nachzudenken. Insbesondere unter dem Aspekt: Was habe ich daraus gelernt?

Zur Jahrtausendwende wurde vom damaligen Verwaltungsrat, dem Geschäftsführer und den Chefärzten die Vision entwickelt zum 1. Februar 2002 aus der bis dahin großen ungeteilten chirurgischen Abteilung ein Kollegialsystem mit den Schwerpunkten Allgemein- und Viszeralchirurgie, Gefäßchirurgie und Unfallchirurgie/Orthopädie zu bilden, ein fortschrittliches, gleichzeitig nicht einschätzbares Vorhaben. Dazu kam, dass es sich bei den neuen Chefärzten um Hausberufungen handelte. Eine derartige Umstrukturierung war in kleineren Häusern zu dieser Zeit nicht die Regel. Vom Generalisten zum Spezialisten - mit großem Weitblick wurde ein Weg eingeschlagen, der in den folgenden Jahren sowieso erforderlich geworden wäre.

Der Träger schenkte uns uneingeschränkt Vertrauen. Das in uns gesetzte Vertrauen konnten wir rasch umsetzen. 2003 wurde in der Chirurgischen Klinik ein von der Deutschen Gesellschaft für Gefäßchirurgie zertifiziertes Gefäßzentrum gegründet. 2006 unternahmen wir erste Schritte um ein Darmkrebszentrum aufzubauen, das 2007 von der Deutschen Krebsgesellschaft zertifiziert wurde. Die von den Chefärzten vorgeschlagenen Ideen zur Gründung von Zentren wurden von der Geschäftsführung bzw. vom Träger gerne aufgegriffen und unterstützt. In dieser Sache war man sich stets schnell einig. Optimistisch gingen wir die Gründungen der Zentren an. Ich stellte mir die strukturellen Veränderungen einfacher vor als sie sich entwickelten. Bereits zu dieser Zeit gehörte zu unserem Träger ein sich in der Nähe befindendes Krankenhaus der Grund- und Regelversorgung. Nachdem wir das Darmkrebszentrum auf den Weg gebracht

hatten, sah ich es als selbstverständlich an, dass die Krebschirurgie nur noch in unserem Haus erfolgen würde. Doch der dortige Chirurg wollte weiterhin Patienten mit Darmkrebs behandeln. Es halfen keine Sachargumente. Erst nach mehreren Jahren und vielen Gesprächen legte der Träger fest, dass die operative Versorgung nur noch an unserem Standort erfolgen solle. Daraus habe ich gelernt, dass im Vorfeld strukturelle Veränderungen detailliert abzusprechen sind, sodass sich hinterher Diskussionsbedarf erübrigt. Problematisch war es auch, Forderungen nach zusätzlichem Personal oder Anschaffungen durchzuboxen. Es war Einfallsreichtum gefragt, schnelle unbürokratische Entscheidungen waren zu treffen. In einigen Fällen kamen die Dinge erst ins Rollen, wenn es zu Abweichungen bei Audits gekommen war. Beispielhaft sind die Einstellungen einer onkologischen Fachkraft, einer Study Nurse oder einer Dokumentarin zu nennen. Das gebetsmühlenartige Vortragen der Notwendigkeit bestimmte Voraussetzungen zu erfüllen, überzeugte am Ende jeden Geschäftsführer. Daraus kann ich empfehlen, vor Gründung eines Zentrums dafür zu sorgen, dass die Rahmenbedingungen durch die Geschäftsführung, auch mit der Übernahme von Folgeverpflichtungen, geklärt sind.

Die zunehmende Spezialisierung führte zwangsläufig dazu, dass sich auch die Oberärzte spezialisierten. Anfangs bestanden Hintergrundbereitschaften für Unfallchirurgie und kombiniert für Gefäß- und Viszeralchirurgie. In diese Zeit fällt leider ein Behandlungsfehler mangels fehlender Entscheidungskompetenz eines Gefäßchirurgen im Hintergrunddienst. Hinzu kam, dass ich es versäumt hatte, den Hintergrunddienst zu kontrollieren. Dieses entstammte der Zeit als Oberarzt, in der man sich nicht zuständig fühlte, wenn man dienstfrei hatte. Es kam zu einem belastenden Gerichtsprozess. Nach dem Urteil fasste ich den Entschluss, mir möglichst jeden Tag, auch an Wochenenden, ein eigenes Bild von den Patienten der Abteilung zu verschaffen. Um einen solchen organisatorischen Fehler nicht zu wiederholen, kam uns zur Hilfe, dass es zur Aufrechterhaltung eines Gefäßzentrums erforderlich wurde, dass nur Gefäßchirurgen Hintergrundbereitschaft für gefäßchirurgische Notfälle durchführen

durften. Das hatte zur Konsequenz, dass sich der viszeralchirurgische Hintergrunddienst auf wenige Köpfe verteilte. Eine für die Betroffenen belastende Situation. Über die Jahre musste ich feststellen, dass sich meine ursprünglichen Vorstellungen eines Kollegialchefarztsystems verflüchtigten bzw. dass immer wieder Veränderungen zu akzeptieren waren. Nach fünf Jahren schied unser Unfallchirurg aus persönlichen Gründen aus. Er konnte die zwangsläufig nicht zu vermeidenden Spannungen zwischen uns Chefärzten nicht ertragen. Daraus lernte ich, dass ein Kollegialchefarztsystem verträglich läuft, wenn man bereit ist und es kann, zwischen den unterschiedlichen Chefarzt-Charakteren auszugleichen.

Von Seiten der Geschäftsführung konnte man aufgrund der restriktiven Entwicklung im Gesundheitssystem dem Wunsch nach mehr ärztlichem Personal nur eingeschränkt entsprechen. Zusätzliche Einstellungen waren möglich, wenn es die wirtschaftliche Situation der einzelnen Abteilungen erlaubte. Neben den Spezialisierungen wurden Subdisziplinen auf Oberarztbene gegründet, so wie in Proktologie, Hernienchirurgie und Endoskopie. Dieses bedeutete auch eine Änderung des Führungsstils. Der über allen stehende Chefarzt war nicht mehr gefragt. Teambildung und eigenmächtige Entscheidungen in den Subdisziplinen mussten von den Beteiligten gelernt werden. Der einer Departmentstruktur gleichende Aufbau wurde von der Geschäftsführung gefördert. Zur weiteren Entwicklung wurde ein KV-Chirurgensitz vom Träger erworben und in ein MVZ umgewandelt. Vier Oberärzte erhielten damit die Möglichkeit, in ihren Subdisziplinen und Schwerpunkten tätig zu sein.

Die umfassende, spezialisierte Versorgung in einem Krankenhaus der Grund- und Regelversorgung in einer Region mit geringer Bevölkerungszahl war auch deshalb erfolgreich möglich, weil es über Jahre wenig Konkurrenz gab. In unserem Landkreis gibt es drei Krankenhausstandorte. Zwei Krankenhäuser gehören unserem Träger. Das dritte Krankenhaus erlebte Trägerwechsel und hatte in der Chirurgie in 17 Jahren mehrfach einen Chefarztwechsel. Erst im Rückblick wurde mir

bewusst, welche wichtige Rolle die weitgehend konkurrenzlose Lage der Abteilung bisher gespielt hat. Aber die konkurrenzarmen „goldenen“ Zeiten scheinen zu verblassen. Patienten sind zunehmend aufgeklärter. Die Mobilität hat zugenommen. Patienten suchen über das Internet den Super-Spezialisten. Die konkurrierenden Kliniken der Nachbarkreise haben ebenfalls in Ausstattung, Personal und Abteilungen investiert. Umso mehr ist gefragt, was nichts kostet – der „gute Arzt“ und das freundliche, engagierte Personal werden zukünftig ein gewichtiges Wort mitsprechen. Auch das Ambiente spielt eine nicht zu unterschätzende Rolle. In diesem Bereich hat sich in unserem Haus nicht das getan, was man sich langfristig erhofft hätte. Kleinere Dinge sowie der Ausbau des Funktionstraktes konnten zur Zufriedenheit umgesetzt werden. Eine große Lösung eines Neubaus blieb aus Kostengründen bisher aus.

Um eine Abteilung nachhaltig zu führen, bedarf es weiterer Dinge, wie gute Kontakte zu den Einweisern. Die Kontaktpflege erfordert zum einen ein hohes persönliches Maß an Dienstbereitschaft, zum anderen das Engagement der ganzen Abteilung. Zuverlässigkeit, immer ansprechbar zu sein, darf für jeden Mitarbeiter kein Fremdwort sein. Diese Dinge können von der Geschäftsführung nicht übernommen werden. Es können aber Ressourcen zur Verfügung gestellt werden. Der Erfolg des kollegialen Umgangs kann durch Fachveranstaltungen oder Rundbriefe gefördert werden. Als ich in noch einem anderen überregionalen Krankenhaus Oberarzt war, belächelte ich das Verhalten des dortigen Chefarztes. Er rief nach jeder Operation den Hausarzt an. Er diktierte samstags die Briefe der Stationsärzte, wenn diese in der Woche nicht bearbeitet worden waren. Mit seiner Art hatte er ein ungemein gutes Verhältnis zu den Einweisern. Als ich Chefarzt wurde, stellte ich fest, dass es nichts nützt sich zurückzulehnen. Ich erinnerte mich rasch an den früheren Chef und entwickelte Eigeninitiative. Ich lernte daraus, in Vorleistung zu treten und sich seinen Einweisern zu widmen.

Eine wichtige Stellschraube in der Bewältigung der Aufgaben ist die Zahl an Mitarbeitern. Zusammen haben wir bisher Großes

geleistet. Die Nachbesetzung ausscheidender Kollegen durch junge Ärzte war wegen vermeintlich fehlender Attraktivität der ländlichen Region oft schwieriger als in Großstädten. Um einen störungsfreien Operationsbetrieb sicherzustellen, haben uns folgende Wege geholfen: die DGAV-Ausbildung „Studentischer OP-Assistent“, die Einstellung von CTAs (Chirurgisch-Technischen Assistenten), die bis zu zweijährige Hospitation von Ärzten aus Mexiko, Kolumbien und Jordanien. Wir konnten den Kollegen die Visceralchirurgie näherbringen und deren Sprachverständnis soweit fördern, dass zwei dieser Ärzte mittlerweile in Deutschland chirurgisch tätig sind.

Die Arbeit ist in den letzten 17 Jahren nicht einfacher geworden. Ein permanent steigender Leistungsdruck bringt viele an den Rand des Ausgebranntseins. Der Glaube an das Gute und der Wille etwas Positives zu tun sind auf Führungsebene mehr denn je erforderlich. Durch das bewusste Vorleben kann es gelingen, Mitarbeiter auf allen Ebenen zu motivieren und Sorge dafür zu tragen, dass jeder seinem Talent entsprechend gefördert und gefordert wird. Von der Geschäftsführung werden gegenüber früher mehr Zahlen und Bilanzen gefordert. Zahlen als Basis, um das wirtschaftliche Verhalten zu optimieren. Doch die Begriffe Angebot und Nachfrage lassen sich nicht eins zu eins in die Medizin übertragen. Bei der Bewältigung der betriebswirtschaftlichen Aufgaben ist so viel Verständnis von beiden Seiten zu fordern, dass keine Ressentiments entstehen. Zu wünschen sind echte Gespräche und gemeinsame Entscheidungen auf Augenhöhe. Auch die Zahl an Sitzungen hat über die Jahre zugenommen. Die Sitzungen mögen im Einzelnen nötig sein. Dennoch sind sie Zeitfresser. Zeit, die dem Kranken verloren geht.

Mein Tagesablauf hat sich in den Jahren gewandelt. Zum Beginn meiner Chefarztstätigkeit richtete sich der Alltag nach dem Operationsplan, nach den Ambulanzen aus. Über die Jahre hat sich das Aufgabenfeld in Richtung Schreibtisch, Sitzungen, Audits, Mitarbeitergespräche usw. verlagert. Die operative Tätigkeit hat dazu tendenziell zugenommen. Die Eingriffe sind aufwändiger (z. B. MIC-Chirurgie)

und risikobelasteter (z. B. Geriatrische Chirurgie) geworden. Als Chefarzt benötigt man einen hohen Grad an Resilienz, an Dienstbereitschaft und Frustrationstoleranz. An einen Ausgleich durch Sport oder Hobbys sollte frühzeitig gedacht werden. Hilfreich sind intakte Familien- oder Partnerstrukturen.

Um in einem Haus der Grund- und Regelversorgung langfristig überleben zu können, habe ich gelernt, wie wichtig zum einen gute Beziehungen zu den Kollegen im Haus, zum anderen ein Netzwerk außerhalb des Krankenhauses sind. Beispielhaft existiert eine generationsübergreifende Kooperation mit einer benachbarten Universitätsklinik. Ein Netzwerk, welches sicherstellt, dass Patienten rasch übernommen werden, wenn die Behandlungsschwere die eigene Kompetenz übersteigt, aber auch aus Schlichtungsgründen. Gut erinnern kann ich mich in diesem Zusammenhang an einen komplikativen Verlauf nach einer Darmresektion. Die Komplikationen waren vor Ort beherrschbar, führten aber bei den Verwandten zu Behandlungsvorwürfen mit massiven Drohungen. Die medizinisch zwar nicht indizierte Verlegung gefolgt von einem Gespräch durch die Lehrstuhlinhaberin, in welchem den Verwandten klargelegt wurde, dass die Versorgung im erstbehandelnden Krankenhaus nicht zu bemängeln war, führte zu einer raschen Deeskalation. Im Umgang mit den Kollegen im Haus kann

uneingeschränkt empfohlen werden, zu prüfen, ob nicht die Übernahme in die geeignetere Abteilung die bessere Lösung für den Patienten ist oder wie man zusammen den Kranken behandeln kann. Die Bereitschaft sich selbst zurückzunehmen ist ein guter Ratgeber für den Umgang miteinander. Auch kann es ratsam sein, eigene Kompetenz abzugeben, um die Entwicklung eines Hauses zu fördern. Dieses geschieht aktuell, in dem die chirurgische Endoskopie in die Kompetenz der Gastroenterologen übergeben wurde.

Auf die Frage „Was hat Sie während der Chefarztstätigkeit am meisten belastet?“ gibt es aus meiner Sicht die Antwort, das „zweite Opfer“ zu sein. Es ist in den zwei Jahrzehnten nicht zu vermeiden gewesen, dass Patienten durch eigene Behandlung bzw. durch Mitarbeiter zu Schaden gekommen sind. Diese psychische Belastung ist gewaltig und verfolgt einen bis in die Nächte. Von Nicht-Medizinern kann dieses nur ansatzweise verstanden werden. Mitunter ist es nötig, psychologische Hilfe zu suchen. Persönlich hat mir dieses vor Jahren geholfen. Ich habe gelernt, dass ein Vogel-Strauss-Verhalten überhaupt nicht hilfreich ist. Der Schritt professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen, erfordert Mut und die Bereitschaft das eigene Tun zu hinterfragen.

Vor etwa 20 Jahren reifte in mir der Entschluss Chefarzt zu werden. Ein großer Traum. Über

die Jahre galt es, Veränderungen des Traumes zu akzeptieren. An der Realität geht kein Weg vorbei. Wenn es gelingt, auf Augenhöhe mit der Geschäftsführung zusammenzuarbeiten und eigene Ansprüche nach hinten zu stellen, ist ein befriedigendes Arbeiten auch langfristig möglich. In den mehr als 17 Jahren habe ich mit drei Geschäftsführern zusammengearbeitet. Jeder von ihnen hatte unterschiedliche Ansichten ein Krankenhaus zu führen. Die persönliche Herausforderung war es, für jeden den richtigen Ton zu treffen. Bewährt hat sich mein Ansatz einen Kompromiss immer dann zu suchen, wenn ein Kompromiss möglich war. Dinge, die von vornherein illusorisch erschienen, zu lassen oder damit solange zu warten, bis sie erfüllbar wurden. Hartnäckig ein Ziel zu verfolgen, aber auch abwarten können, galt es zu lernen. Chefarzt zu sein, heißt klug und nachhaltig zu entscheiden. Stets ein offenes Ohr für Mitarbeiter und Patienten zu haben. Zu einem Alptraum kann es werden, wenn eigene Arroganz und Unverständnis für die Situation Anderer Ratgeber sind.

17 Jahre Chefarztsein sind vorbei, kein Grund Trübsal zu blasen. Ich freue mich auf Begegnungen und neue Herausforderungen. Schließen möchte ich mit Worten von Uli Hoeneß „Das war's noch nicht.“ 