

PASSION

CHIRURGIE

PANORAMA

SCHWANGER IM OP
ERFAHRUNGSBERICHT

im Fokus

DIGITALISIERUNG IM
GESUNDHEITSWESEN

11 | 2019

MITGLIEDERZEITSCHRIFT:
DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR CHIRURGIE
BERUFSVERBAND DER DEUTSCHEN CHIRURGEN





TachoSil® – ruhig Blut!

Durch die Kraft der Natur.



Auch als
Pre-rolled TachoSil®

TachoSil® Versiegelungsmatrix

Zusammensetzung: 1 cm² enthält: Fibrinogen vom Menschen 5,5 mg, Thrombin vom Menschen 2,0 I.E. Sonstige Bestandteile: Kollagen vom Pferd, Albumin vom Menschen, Riboflavin (E101), Natriumchlorid, Natriumcitrat, L-Argininhydrochlorid.
Anwendungsgebiete: TachoSil® wird bei Erwachsenen zur unterstützenden Behandlung in der Chirurgie zur Verbesserung der Hämostase, zur Unterstützung der Gewebeersealung und zur Nahtsicherung in der Gefäßchirurgie angewendet, wenn Standardtechniken insuffizient sind, sowie zur unterstützenden Versiegelung der Dura Mater, um postoperative Liquorleckagen nach neurochirurgischen Eingriffen zu vermeiden. **Gegenanzeigen:** Intravasculäre Anwendung, Überempfindlichkeit gegen die Wirkstoffe oder einen der sonstigen Bestandteile. **Nebenwirkungen:** In seltenen Fällen kann es zu Hypersensitivität oder allergischen Reaktionen kommen (inklusive Angioödem, Brennen und Stechen an der Applikationsstelle, Bronchospasmus, Schüttelfrost, Flush, generalisierte Urtikaria, Kopfschmerz, Nesselausschlag, Hypotonie, Lethargie, Übelkeit, Ruhelosigkeit, Tachykardie, Engegefühl in der Brust, Kribbeln, Erbrechen, keuchende Atmung), die in Einzelfällen bis 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

Digitalisierung im Gesundheitswesen!



Dr. med. Matthias Krüger MA

Leiter Themen-Referat Chirurgie,
Ökonomie & Zukunftsfragen im BDC
Chefarzt
ZB spez. Viszeralchirurgie/Proktologie/
Notfallmedizin
Gesundheitsökonom (MA HBA)
Klinischer Risikomanager (DioCert)
Klinik für Chirurgie Querfurt
Carl-von-Basedow-Klinikum Saalekreis
gGmbH
Vor dem Nebraer Tor 11
06268 Querfurt
m.krueger@klinikum-saalekreis.de

Was macht die Digitalisierung mit dem Arztberuf? Digitalisierung ist zurzeit in aller Munde. Jeder glaubt hier mitreden zu müssen oder zumindest zu können. Aber Digitalisierung in der Medizin ist viel mehr als nur Smartphone, iPad, Laptop oder Apps.

Seit Jahren fasziniert mich die Digitalisierung und insbesondere deren enormes Potenzial für die medizinische Versorgung unserer Patienten und den medizinischen Fortschritt in Wissenschaft- und Medizintechnik. Kliniken und Praxen sind von der Digitalisierung und dem Internet abhängig geworden. Aber wie können wir dieses enorme Potenzial wirklich ausschöpfen?

Ich denke, wir stehen hier erst am Anfang einer spannenden Entwicklung. Wir Mediziner und Ärzte müssen uns mit diesem Thema verantwortungsvoll beschäftigen. Die Digitalisierung in der Medizin und was diese mit und aus dem Arztberuf macht, sollten wir aktiv begleiten. Der Motor dieser Entwicklung müssen wir Ärzte und Mediziner sein. Nur dann können wir sicher sein, dass uns diese Entwicklungen nützen und uns nicht überrennen oder sogar überfordern. Digitalisierung und deren Transformation ins Gesundheitswesen finden schon längst statt. Aber wer ist Treiber dieser Entwicklung? Leider nicht wir Mediziner! Dies muss sich ändern! Die Digitalisierung in Praxen und Kliniken bedarf der ärztlichen Kompetenz.

Fast jede Woche finden Konferenzen, Symposien und Kompetenzveranstaltungen statt, bei denen über Digitalisierung im Gesundheitswesen und deren Transformation, Smart Hospitals*, Digital Health usw. diskutiert wird. Schnell wird aber klar, dass ärztliche Kompetenz hier nicht immer gegeben ist. Es wird zurzeit viel diskutiert, nur ändert sich sehr wenig. Vielfach verliert man sich im „klein-klein“. Ob das Fax noch das richtige Medium ist, brauchen wir den eKrankenschein usw. Es scheitert zurzeit an der Logistik und an den Kosten.

Digitalisierung kostet Geld, vielleicht mehr als wir zurzeit wirklich ahnen und bereit sind zu zahlen. Der Wille ist allenthalben vorhanden. Aber wir müssen uns auch darüber unterhalten, wer diese Digitalisierung finanziert. Alle möchten eine moderne und fortschrittliche Medizin. Diese wird es aber nicht zum Nulltarif geben.

Die Digitalisierung bietet für die Zukunft der Medizin enorme Chancen. Ich bin der festen Auffassung, dass diese digitale Transformation die Medizin enorm verbessern wird. Nein, sie wird sie sogar auf eine neue Qualitätsstufe heben. Aber, ist dann diese Medizin noch ein attraktives Berufsfeld? Ich glaube ja.

In diesem Heft wollen wir ein paar dieser Problemfelder schwerpunktmäßig bearbeiten. Uns ist bewusst, dass dies nicht abschließend sein kann. Das Feld der Digitalisierung ist so weit und das Thema so komplex, dass wir Bände füllen könnten. Wir versuchen nun einen ersten Anfang, Sie liebe Kolleginnen und Kollegen, in die Thematik ein wenig einzuführen. Es werden weitere Schwerpunktheft zu diesem Thema folgen*.

Ich bin gespannt auf Ihre Reaktionen und fordere Sie aktiv auf, mit mir zu diskutieren, was Digitalisierung für uns bedeutet. Lassen Sie uns über die Möglichkeiten, aber auch über die Grenzen der Digitalisierung diskutieren, nur so können wir Ängste und Verlustaversionen begegnen. Denn eins ist klar und unaufhaltsam: Die Digitalisierung wird den Arztberuf und die Medizin radikal verändern. Wir sollten Motor und nicht Hemmschuh dieser Entwicklung sein.

Ich wünsche Ihnen eine angenehme Lektüre und verbleibe mit vielen digitalen Grüßen,
Ihr Matthias Krüger

*Im Februarheft 2020 mehr zu diesem Thema!

Krüger M: Digitalisierung im Gesundheitswesen! Passion Chirurgie. 2019 November; 9(11): Artikel 01.



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

IMPRESSUM

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,
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
Karin Kammerer (Tel.: +49 (0) 30 28004-202 |
passion_chirurgie@bdc.de)
Julia Weibach

VERLAG

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

DESIGN

Nina Maria Küchler, Berlin

ANZEIGEN

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

ABBILDUNGSHINWEISE

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 Digitalisierung im Gesundheitswesen! M. Krüger

6 SCHAUFENSTER

8 CHIRURGIE

8

im Fokus
DIGITALES KRANKENHAUS – STÄNDIGER WANDEL IST ZUM NORMALFALL GEWORDEN
D. Matusiewicz

14

DIE DIGITALISIERUNG NICHT ANDEREN ÜBERLASSEN!
H. Feußner, D. Wilhelm

19 CHIRURGIE⁺

- 19 Webinar-Termin im Dezember 2019: S2e-Leitlinie „Karpaltunnelsyndrom, Diagnostik und Therapie“
- 20 HBA – Ende der Übergangsfrist am 31.12.2019
- 22 Bundeskongress Chirurgie 2020: Freiberuflichkeit und Kollegialität im chirurgischen Alltag S. Dittrich
- 25 IT-Sicherheit ist Chefsache! D. Hrycej
- 29 **Hygiene-Tipp:** Handschuhe und Handschuhwechsel im OP: Wie und wann? K.-D. Zastrow, H. Adler
- 31 Personalia



32 RECHT

- 32 Big Data – wem gehören die Daten? *J. Heberer*
- 36 F+A: Anhebung der Beschäftigtenzahl für
Bestellpflicht eines Datenschutzbeauftragten
J. Heberer
- 38 F+A: Blutentnahme für HIV-Test nach
Nadelstichverletzung *J. Heberer*

39 GESUNDHEITSPOLITIK

- 39 Gesetz für eine bessere Versorgung durch
Digitalisierung und Innovation *BMG*
- 41 Chirurgen und Orthopäden kritisieren geplante
Änderung des Notfallsanitättergesetzes
DGOU, DGCH, BDC, BVOU
- 43 Aktuelle Meldungen

44 INTERN

44 DCGH

- 44 Rekrutierende multizentrische chirurgische Studien
in Deutschland
- 47 Spendenaufruf und Bausteine Langenbeck-Virchow-
Haus
- 51 DGCH-Präsidium ab 1. November 2019
- 53 Meine Daten haben sich geändert

55 BDC

- 55 BDC|News
- 56 BDC|Landesverbände
- 58 BDC|Pressespiegel
- 59 Termine BDC|Akademie
- 63 Veranstaltungshinweise
- 64 Lifestyle-Angebote im Oktober 2019

66 PANORAMA

- 66 Schwanger im OP – Erfahrungsbericht der Einführung
eines Leitfaden-gestützten Konzeptes *J. Gaedcke*

Die Mediathek für ALLE!

Seit 01. Juli 2019 steht die umfangreiche Mediathek der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie e.V. mit über 400 qualitätsgeprüften Filmen zu verschiedenen Indikationen allen Chirurgen und Chirurgen, Studierenden, Medizinischem Fachpersonal und anderen sowie interessierten Personen kostenfrei auf einer neuen Plattform zur Verfügung. Das Konzept dahinter: von Chirurgen für Chirurgen – praxisnahe Lehrfilme Schritt-für-Schritt und Fortbildungsvideos zu speziellen OP-Situationen. Jede Chirurgin und jeder Chirurg kann eigene Fortbildungsfilme aufnehmen und diese zur Begutachtung und Veröffentlichung in der Mediathek

einreichen. Das Gremium der Chirurgischen Arbeitsgemeinschaft Medien (CAM) prüft alle neuen Beiträge und entscheidet über deren Aufnahme, so dass der Inhalt der Mediathek kontinuierlich erweitert wird. Die bereits seit 2011 existierende Partnerschaft mit dem Thieme Verlag bietet jedem, der ein eigenes Fortbildungsvideo einreicht, zusätzlich die Möglichkeit, dieses auch als Videopaper in einer Zeitschrift des Thieme Verlags inklusive Pubmed-Zitation und Impact Factor zu veröffentlichen.

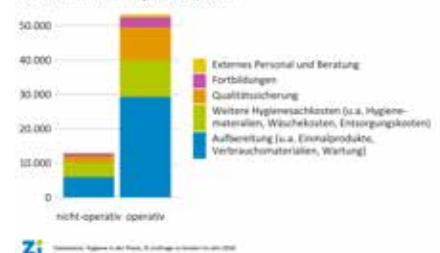
Den kostenfreien Zugriff auf die Mediathek erhalten Sie unter www.mediathek-dgch.de

ZI-ERHEBUNG

Hygienekosten 2018 im Durchschnitt bei über 24.000 Euro je Praxis

Hygienekosten sind für Vertragsarztpraxen ein signifikanter Kostenblock: 2018 mussten die Praxen durchschnittlich 24.287 Euro für Hygienesachkosten aufwenden (ohne Dialyse; einschließlich Fortbildungen von Hygienefachpersonal). Deutliche Unterschiede ergeben sich bei der Kostenhöhe nach Leistungsspektrum: rein konservativ 8.140 Euro, invasiv tätige Praxen 25.242 Euro, Ambulantes Operieren 53.281 Euro, Dialysepraxen 116.823 Euro. Die meisten Kosten verursachten Hygiene- und Verbrauchsmaterialien sowie Einmalprodukte. Diese schlugen mit einem durchschnittlichen Anteil von über 30 Prozent an den Gesamtkosten zu Buche.

Hygienekosten nach Praxistyp im ambulanten Bereich
durchschnittliche Beträge in Euro pro Jahr



Das ist das Ergebnis einer aktuellen Zi-Erhebung zu Hygienekosten im Jahr 2018 in vertragsärztlichen Praxen in Deutschland. In die Auswertungen sind 1.855 Praxen eingegangen. Hiervon haben 433 Praxen ambulante Operationen durchgeführt, 1.001 Praxen sind rein konservativ und 386 Praxen invasiv tätig. 35 Praxen führen Dialysen durch. Neben den monetären Aufwendungen wurden auch Informationen zum Zeitaufwand für Hygienetätigkeiten der Mitarbeitenden erhoben. Die Auswertung offenbart erstmals Struktur und Höhe des tatsächlichen Hygieneaufwands sowie die finanzielle und zeitliche Zusatzbelastung in Vertragsarztpraxen, die mit der Umsetzung der Hygienevorschriften und der Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention verbunden sind.

Mehr lesen...

Aktuelle

BDC|Umfrage

Personalbemessung in der Chirurgie

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

[Zur Umfrage...](#)



Erster Healthcare Hackathon

400 Besucher und 130 Hacker in 22 Teams machten den ersten Healthcare Hackathon des Health Innovation Hubs in Berlin zu

einem besonderen Erlebnis. Entwickelt wurden digitale Lösungen, die den Patienten und die Pflege in den Mittelpunkt stellen. 13 Teams gewannen Vernetzungs-Preise im Wert von 25.000 Euro.

[Mehr lesen...](#)

HERZ-OP IN ZAHLEN

23 Prozent mehr Eingriffe als zehn Jahre zuvor

Im Jahr 2018 wurden in deutschen Krankenhäusern 410.840 operative Eingriffe am Herzen durchgeführt. Wie das Statistische Bundesamt (Destatis) anlässlich des Welt-Herz-Tages am 29. September 2019 weiter mitteilt, waren das rund 23 Prozent mehr Herzoperationen als vor zehn Jahren (2008: 334.262).



© iStock/BraunS

[Mehr lesen...](#)

LOHFERT-PREIS 2019

Entlastung der Pflege durch vereinfachte Pflegedokumentation

Der Stiftungsvorsitzende Prof. Dr. Dr. Kai Zacharowski überreichte am Welttag der Patientensicherheit feierlich den mit 20.000 Euro dotierten Lohfert-Preis 2019. Ausgezeichnet wurde das Projekt „Vereinfachung und Vereinheitlichung der stationären Pflegedokumentation“ unter der Leitung von Sabine Wolf, MBA, Direktorin des Pflegedienstes vom Allgemeinen Krankenhaus der Stadt Wien – Medizinischer Universitätscampus (AKH Wien).

Gemeinsam mit den Projektverantwortlichen David Bayer, MSc, Leiter Abteilung Pflege- und Betriebsprozesse sowie Renate Hadi, Pflegeberaterin, stellte die Wiener Pflegedirektorin die Besonderheit des ausgezeichneten Projekts vor. Die Preisverleihung fand im Rahmen des 15. Hamburger Gesundheitswirtschaftskongresses in Hamburg statt.

[Mehr lesen...](#)

IM FOKUS

Digitalisie- rung



Prof. Dr. David Matusiewicz
 Dekan und Institutsdirektor
 FOM Hochschule
 Digitale Transformation des
 Gesundheitswesens, Arbeit und
 Gesundheit 4.0.
david.matusiewicz@googlemail.com

Digitales Krankenhaus – ständiger Wandel ist zum Normalfall geworden

Das Krankenhaus heute entwickelt sich zu einem Digitalen Krankenhaus. Dieses wird heute als Krankenhaus 4.0, Lean Hospital oder Smart Hospital bezeichnet. Der sozio-demografische Wandel, die Ökonomisierung der Medizin, die immer kürzer werdenden Gesundheitsreformen, der Fachkräftemangel und auch der medizinisch-technische Fortschritt führen dazu, dass das Thema Wandel im „Ökosystem“ Krankenhaus immer wichtiger wird. Das Krankenhaus befindet sich heute in einer extrem dynamischen Umwelt, bei der die digitale Transformation eine entscheidende Rolle spielt [1]. Eine zeitgerechte und an die Bedürfnisse der Patienten angepasste Gesundheitsversorgung kann durch sektorenübergreifende und vernetzte Strukturen unterstützt werden. Das Konzept des Smart Hospitals setzt hier an und schafft durchgängige digitale sektorenübergreifende Prozesse, in welche das Krankenhaus der Zukunft als digitale Steuerungseinheit eine wichtige Funktion einnimmt.

Digital Health-Anwendungen ermöglichen Krankenhäusern, ihre Souveränität zu fördern und die Versorgung auf ein neues Level zu heben. Um das Potenzial der Digitalisierung optimal zu nutzen, müssen Strukturen und Prozesse nicht einfach nur digitalisiert, sondern komplett neu geordnet werden. Die Prozesse sind nur dann „smart“, wenn die Möglichkeiten der Digitalisierung und somit der Vernetzung vollumfänglich im Patienteninteresse genutzt werden und Systeme miteinander kommunizieren. Daten über Behandlungsverläufe, diagnostische Ergebnisse und Therapien müssen disziplin- und standortübergreifend digital miteinander vernetzt werden. Das Smart Hospital beinhaltet somit die Vision und gleichzeitig das Ziel einer zeitgerechten, auf die Bedürfnisse des Patienten abgestimmten Gesundheitsversorgung, welche durch eine digitale Transformation, Vernetzung und den strukturierten Datenaustausch realisiert wird. Daraus lässt sich ableiten, dass das Smart Hospital ein

ÜBER DEN AUTOR

David Matusiewicz ist Professor für Medizinmanagement an der FOM Hochschule – der größten Privathochschule in Deutschland. Seit 2015 verantwortet er als Dekan den Hochschulbereich Gesundheit & Soziales und leitet als Direktor das Forschungsinstitut für Gesundheit & Soziales (ifgs). Darüber hinaus ist er Gründungsgesellschafter des Essener Forschungsinstituts für Medizinmanagement (EsFoMed GmbH) und unterstützt als Gründer bzw. Business Angel technologie-getriebene Start-ups im Gesundheitswesen. Berufserfahrung sammelte Matusiewicz bis 2017 zudem in der Stabsstelle Leistungscontrolling in der Gesetzlichen Krankenversicherung (Betriebskrankenkasse u.a. von Thyssen Krupp). Er ist zudem Gründer der Digital Health Academy mit Sitz in Berlin und des Medienformats Digi Health Talk.

Matusiewicz D: Digitales Krankenhaus – ständiger Wandel ist zum Normalfall geworden. *Passion Chirurgie*. 2019 November, 9(11): Artikel 03_01.



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

komplexes Innovationsfeld der Anwendung von 4.0-Technologien mit neuen Anforderungen in der klinischen Versorgung darstellt. Ein exzellentes Beispiel hierfür ist die Universitätsmedizin Essen (UME).

Die UME gilt als Vorreiter auf dem Gebiet Smart Hospital in Deutschland und weist mehr als 29 Teilprojekte aus, die punktuell in dem vorliegenden Beitrag skizziert werden [2]. Hierfür ist eine innovative Orchestrierung des Zusammenspiels zwischen Patienten und Angehörigen sowie Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, also ärztlichem, therapeutischem, pflegerischem und administrativem Personal notwendig. Es geht nicht nur darum zu definieren, wie die Interaktion zwischen Mensch und Maschine im Kontext Krankenhaus künftig ausgestaltet sein soll, sondern viel mehr wie innovative Neuerungen für beide Seiten genutzt werden können, um einerseits Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu entlasten und vor allem, um Patienten und Angehörige in den Mittelpunkt zu stellen. Die Krankheitsgeschichte als solches und das reibungslose Zusammenspiel zwischen Spitzenmedizin basierend auf lückenloser Kenntnis der Patientendaten und der Integration von wissenschaftlichen Erkenntnissen bezüglich neuester Therapieformen bis hin zur personalisierten Medizin bilden die Basis für das Konzept.

Die Universitätsmedizin Essen sieht die Umsetzung der Digitalisierungsstrategie mit dem Konzept Smart Hospital als eine ihrer wichtigsten strategischen Ausrichtungen in den letzten drei Jahren, wobei hierzu nicht nur die konsequente Umsetzung der digitalen Transformation, die Neugestaltung der Prozesse, sondern auch die fortlaufende Testung und Beurteilung von verfügbaren technischen Neuerungen wichtig sind. Zentrale Grundlage für alle Entscheidungen ist hierbei selbstverständlich der Datenschutz: Dem Schutz der Gesundheitsdaten der Patientinnen und Patienten gilt höchste Priorität und gleichzeitig müssen gesetzliche Vorgaben wie beispielsweise das Medizinproduktegesetz (bezüglich Nutzung von Software) oder im Rahmen des IT-Sicherheitsgesetzes der Schutz von kritischen Infrastrukturen vollumfänglich erfüllt werden. Im Folgenden werden

konkrete Beispiele skizziert, die einen Überblick über den Stand des Smart Hospitals in Essen geben.

BEISPIELE FÜR DAS SMART HOSPITAL

Im Folgenden wird ein kurzer Statusbericht zum Smart Hospital gegeben und es wird auf ausgewählte Projekte hingewiesen. Derzeit gibt es insbesondere die nachfolgenden Projekte, die wie folgt aufgelistet werden:

- Lenkungsgruppe Smart Hospital (> 30 Einzelprojekte – gesteuert durch Digital Change Management)
- Elektronische Patientenakte (ePA)
- DIGITAL UNTERSTÜTZTE ZNA (seit 2018)
- Institut für PatientenErleben
- DataTrust Center/Kooperation Health Bank
- Institut für digitale Innovation in Medizin und Medizinmarkt
- Institut für KI in der Medizin (vier Berufungsverfahren für W3-Professuren)
- Ethik-Ellipse Smart Hospital
- Diskussion um Studium Digitale Pflege (zusammen mit FOM Hochschule)
- u.v.m.

Im Folgenden wird auf die elektronische Patientenakte, den Da-Vinci-Roboter und die Digitale Radiologie im Einzelnen eingegangen.

ELEKTRONISCHE PATIENTENAKTE

Ein wesentlicher Bestandteil der Digitalisierung im Krankenhaus ist die elektronische Patientenakte (ePA), in der alle relevanten Patienteninformationen wie Bilddaten, Diagnosen oder Medikationen digital gespeichert und abrufbar sind. Innerhalb und außerhalb einer Klinik ist somit die optimale Patientenbehandlung gewährleistet. Zusätzlich sollen Doppeluntersuchungen vermieden und die Behandlungsqualität und -sicherheit gesteigert werden. Somit stellt die konsequente Einführung und Durchführung einer standardisierten Kommunikation mit Hilfe der ePA ein zentrales Merkmal für die Prozesse und Effektivitätssteigerung durch das neue digitale Gesundheitsnetzwerk dar. Die Universitätsmedizin Essen hat die Einführung und Nutzung der ePA an allen ihren Standorten

zum Herzstück des Projektes Smart Hospital gemacht.

Denn eine Patientenakte aus Papier hat einige Nachteile: Sie muss von A nach B transportiert werden, die Daten in ihr sind nicht strukturiert, man kann vielleicht die Schrift nicht lesen oder diese kann schlicht verloren gehen. An der UME ist dies Geschichte. Patientendaten werden im gleichen Krankenhausinformationssystem, Archivsystem und mit einheitlicher ePA gemäß einem Mandantenkonzept für die einzelnen Standorte (z. B. Ruhrlandklinik) digital gespeichert. Dabei umfasst diese digitale Akte deutlich mehr Informationen als die Papierakte von der Anamnese bis zur Fieberkurve des Patienten. Verfügbare Bilddaten können ebenso wie Medikationsdaten inklusive möglicher Wechselwirkungen im zeitlichen Verlauf analysiert werden, wodurch gerade bei komplizierteren Fällen sich erhebliche Vorteile in der umfassenden Patientenbetreuung – mitunter durch Personal von mehreren Standorten – zeigen. Als nächster Schritt wird derzeit der Einsatz und die Nutzungsmöglichkeiten der ePA auf mobilen Endgeräte wie Smartphones und Tablets geprüft.

Neben dieser eher logistischen Betrachtung geht der Nutzen der elektronischen Patientenakten aber auch in Richtung der Verbesserung der Möglichkeiten in der Versorgungsforschung und Versorgungsrealität. So können künftig auf Basis von großen Datenmengen (sog. Routinedaten oder neudeutsch Big Data) wichtige Rückschlüsse gezogen werden. Voraussetzung hierfür ist die Kompatibilität von Daten, eine einheitliche Datenstruktur und die Schaffung und Nutzung von integrierten Daten. Nur so können auch Anwendungen aus dem Bereich Machine Learning und künstlicher Intelligenz entwickelt, validiert, getestet und später eingesetzt werden. Auch hier ist die UME an Spitzenforschung beteiligt.

DA-VINCI-ROBOTE

Der Da-Vinci-Roboter wurde damals im Krieg entwickelt, da es zu gefährlich war, die Ärzte zu den verwundeten Soldaten an der Front zu schicken. Damals gab es allerdings einen

Zeitverzug in der telemedizinischen Versorgung. Während das Blut des Patienten bereits spritzte, wurde dies erst zeitverzögert auf dem Monitor des Operators übertragen, mit der Folge, dass einige der verwundeten Soldaten dennoch starben. Die Technologie war zu der Zeit noch nicht ausgereift genug. Heute gehört der Da-Vinci-Roboter zum Repertoire der Universitätsmedizin Essen und vieler anderer Krankenhäuser. Er operiert allerdings nicht alleine, sondern die vier Roboterarme werden durch einen Chirurgen im Nachbarraum gesteuert. Einer der Arme macht Videoaufnahmen, die anderen drei Arme führen die OP-Instrumente. Mithilfe des Roboters kann minimalinvasiv operiert werden. Ein Vorteil ist hierbei die Ermüdungsfreiheit der Technik: die Arme des Roboters zittern auch nach stundenlanger OP nicht und werden auch nicht müde. Um die Führungskonsole zu bedienen ist eine zeitintensive Schulung notwendig: Ärztinnen und Ärzte werden im Vorfeld ca. ein Jahr lang geschult. Der Aufwand lohnt sich allerdings, da aufgrund der physischen Entlastung der Chirurgen und der höheren Präzision des Roboters der Nutzen für Patientinnen und Patienten als auch für das Personal nachweisbar ist. Dies ist ein weiteres Beispiel für die digitale Transformation.

DIGITALE RADIOLOGIE

Gerade die digitale Transformation der Radiologie ist ein gutes Beispiel für die Möglichkeiten des Smart Hospital. Digitale Bildspeicherung in radiologischen Informationssystemen (Picture Archiving and Communication System PACS) gibt es bereits seit vielen Jahren. Sie beinhaltet nicht nur die rasche Verfügbarkeit von Aufnahmen (inklusive Voraufnahmen mit klarer zeitlicher Historie) eines einzelnen Patienten, sondern auch die Möglichkeiten der Datenauswertung und Entwicklung von neuen Algorithmen zur Unterstützung des Personals. Es leuchtet ein, dass ein Arzt, der nur wenige Sekunden hat, um eine einzelne Schichtaufnahme eines Computertomogramms (CT) oder Kernspintomogramms (MRT) anzuschauen rascher etwas übersehen kann, als dies bei einer maschinellen Auswertung unter radiologischer Kontrolle geschieht. Die Entwicklung

dieser Algorithmen basiert auf tausenden von Bilddaten, deren Bedeutung zweifelsfrei gesichert ist: Die Maschine lernt mittels bekannter Diagnosen, wie die Bilddaten interpretiert werden können, wodurch die Diagnostik maßgeblich unterstützt werden kann. Aber auch Auswertungen von Krankheitsverläufen im Sinne der automatischen Ausmessung von Befunden und deren Vergleich im Zeitintervall wird deutlich schneller durch einen Computeralgorithmus produziert als durch ein manuelles Ausmessen auf einzelnen Schichten. Ein Anwendungsbeispiel sind Kontrolluntersuchungen in der Onkologie, deren Auswertung dann durch den radiologischen ärztlichen Dienst kontrolliert und freigegeben wird. Studien zeigen die größere Genauigkeit bei verkürztem Zeitaufwand, sodass der ärztliche Dienst eine erheblich größere Anzahl von Befundungen im Zeitintervall durchführen kann. Voraussetzung hierfür ist die Entwicklung des Machine Learning Process mit meist mehreren hunderttausend Bildern, um eine hohe diagnostische Genauigkeit zu etablieren [3].

KRITISCHE DISKUSSION

Die digitale Transformation des Krankenhauses als Smart Hospital stellt auch die Organisation im Allgemeinen und das Berufsbild des ärztlichen Dienstes im Besonderen vor enorme Veränderungen. Ausbildungsinhalte und berufliche Anforderungen unterliegen einem stetigen Wandel.

Das Smart Hospital befindet sich in einem ständigen Wandel. Hier sind nicht nur die vorgestellten einzelnen Prozesse wichtig, sondern vor allem das Thema Bildung, damit die Digitalisierung von dem strategischen Ansatz her bis in die kleinste Organisationseinheit hinein diffundiert. Dem Thema Corporate Education kommt in Zukunft eine viel größere Bedeutung zu und so auch dem Thema der interprofessionellen Ausbildung, wie mit dem Beispiel Digitale Pflege aufgezeigt wurde.

Neben den neuen Möglichkeiten in der Diagnostik und Therapie fallen einerseits bislang getätigte Aufgaben weg, während andererseits neue Aufgaben hinzukommen. Auch

die Arzt-Patienten Beziehung verändert sich, da der Arzt/die Ärztin zunehmend gut informierten Patienten gegenübersteht [4]. Neben der Veränderung der klassischen Rollenbilder wird es in Zukunft sicherlich auch neue Berufsbilder, wie bereits jetzt den Physician Assistant oder den Case Manager, geben. Ebenfalls sind Arzt-Assistenten, die als Daten-Manager den digitalen Prozess rund um den ärztlichen, therapeutischen oder pflegerischen Dienst begleiten möglich.

AUSBLICK

Die strategische Ausrichtung und Umsetzung der digitalen Transformation zum Smart Hospital ist eine wichtige Entscheidung für die Universitätsmedizin Essen geworden, welche mittlerweile einige Jahre Erfahrung in diesem Gebiet beinhaltet. Trotzdem ist die Transformation noch nicht abgeschlossen, sondern das Smart Hospital UME steht erst am Anfang eines langen und intensiven Veränderungsprozesses.

Im Smart Hospital gewinnen IT-Infrastruktur, IT-Sicherheit und Datenschutz zunehmend an Bedeutung. Die Patientendaten und somit die digitale Krankheitsgeschichte stehen im Zentrum der Bemühungen – personalisierte Medizin kombiniert mit Interdisziplinarität und der Verknüpfung von Informationen vom stationären in den ambulanten Sektor sind von wesentlichem Interesse für den Patienten. Zudem können digitale Technologien Abläufe beschleunigen, Fehler reduzieren und auf Präzision fokussieren. Auf dem Weg zum Krankenhaus der Zukunft steht der Patient mit seinen Bedürfnissen im Fokus des digitalen Gesundheitsnetzwerks. Digitale Prozesse wirken auch für die Medizinerinnen und Mediziner als Unterstützung und Entlastung im Krankenhausalltag und sind eine große Chance für das ärztliche Berufsbild, das sich mit der Digitalisierung verändern wird [5].

Das Smart Hospital ist nie fertig und die Transformation ist zum Normalfall geworden. In Zukunft muss aus dem Smart Hospital sicher auch ein smartes Ökosystem werden, damit auch die anliegenden ambulanten Strukturen zu einem großen Ganzen zusammenwachsen – zum Wohle des Patienten.

LITERATUR

- [1] Matusiewicz D, Pittelkau C, Elmer A (2017): Die Digitale Transformation im Gesundheitswesen, MWV-Verlag, 1. Auflage, Berlin, 2017.
- [2] Kusch C, Matusiewicz D (2018): Digital Health – Auf dem Weg zum Smart Hospital, in: Health & Care Management (HCM), Ausgabe 4, 9. Jg., 2018, S. 46.
- [3] Matusiewicz D, de Witte B (2019): Risikofaktor Mensch – Ist die Maschine der bessere Arzt? in: Oubaid V: Der Faktor Mensch – Personalmanagement und Patientensicherheit, MWV-Verlag 2019, S. 1-12.
- [4] Matusiewicz D, Aulenkamp J, Werner J (2019): Effekte der digitalen Transformation des Krankenhauses auf den Wandel des Berufsbildes Arzt, in: n: Klauber J, Geraedts M, Friedrich J, Wasem J: Krankenhausreport 2019 das digitale Krankenhaus, Springer, 2019.
- [5] Matusiewicz D, Diehl A (2019): Smart Hospital – Stand zur digitalen Transformation der Universitätsmedizin Essen, in: Stoffers C, Krämer N, Heitmann C: Digitale Transformation im Krankenhaus, 1. Auflage, 2019, 46-52. 

eAKADEMIE

Wissen Bit für Bit

WEBINARE

MEDIATHEK

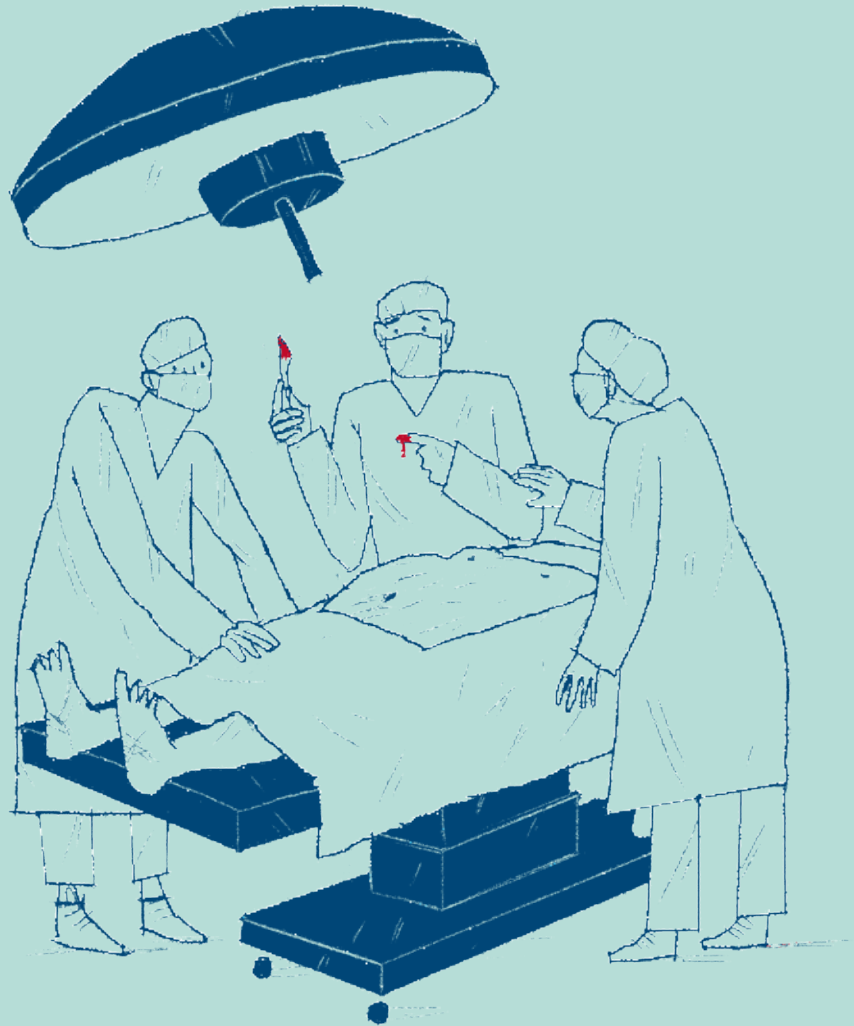
eCME-CENTER

[eCME-CENTER]

eCME-center.org
supporting 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

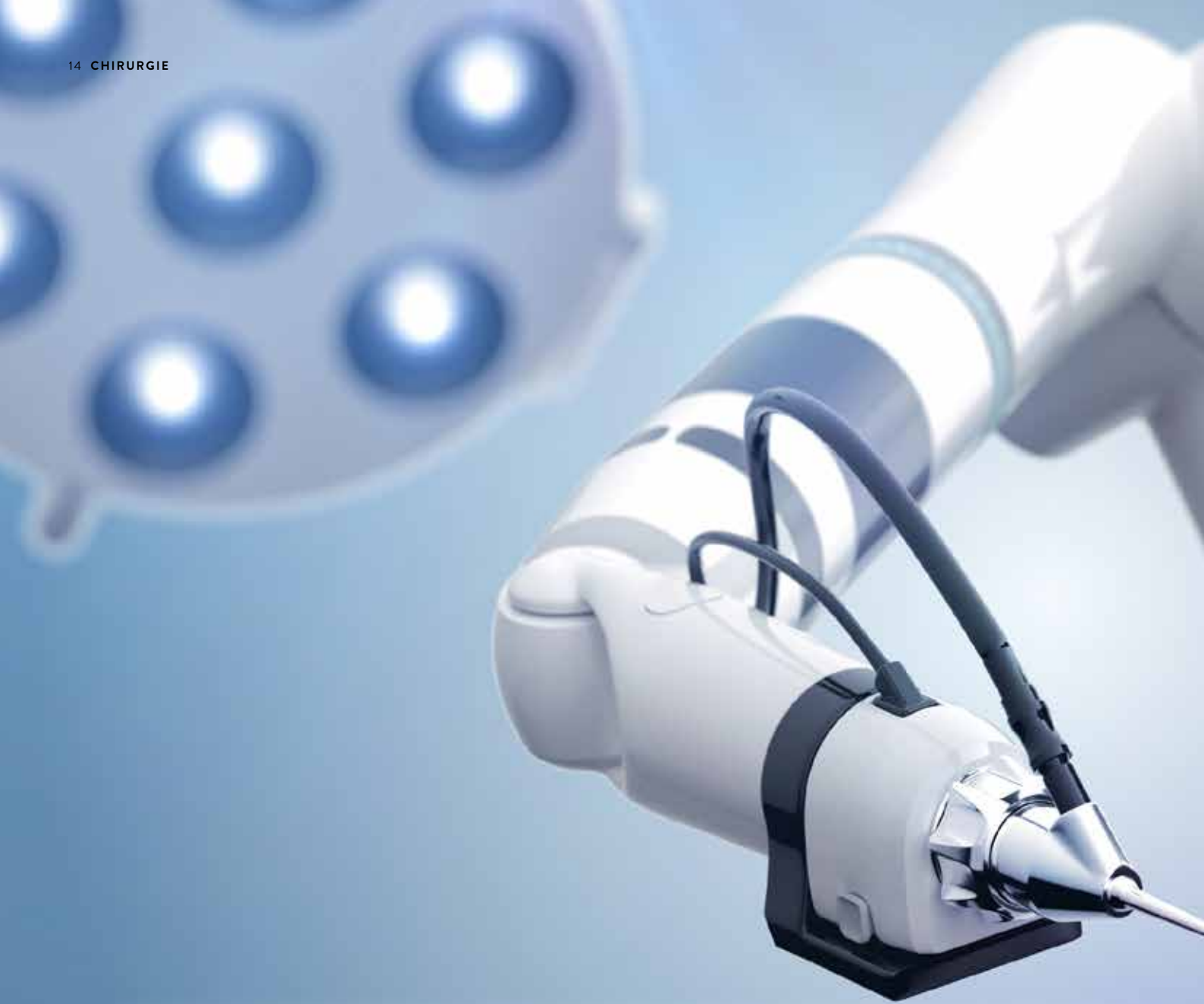


Am Ende braucht jeder einen Verband.



**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



Die Digitalisierung nicht anderen überlassen!

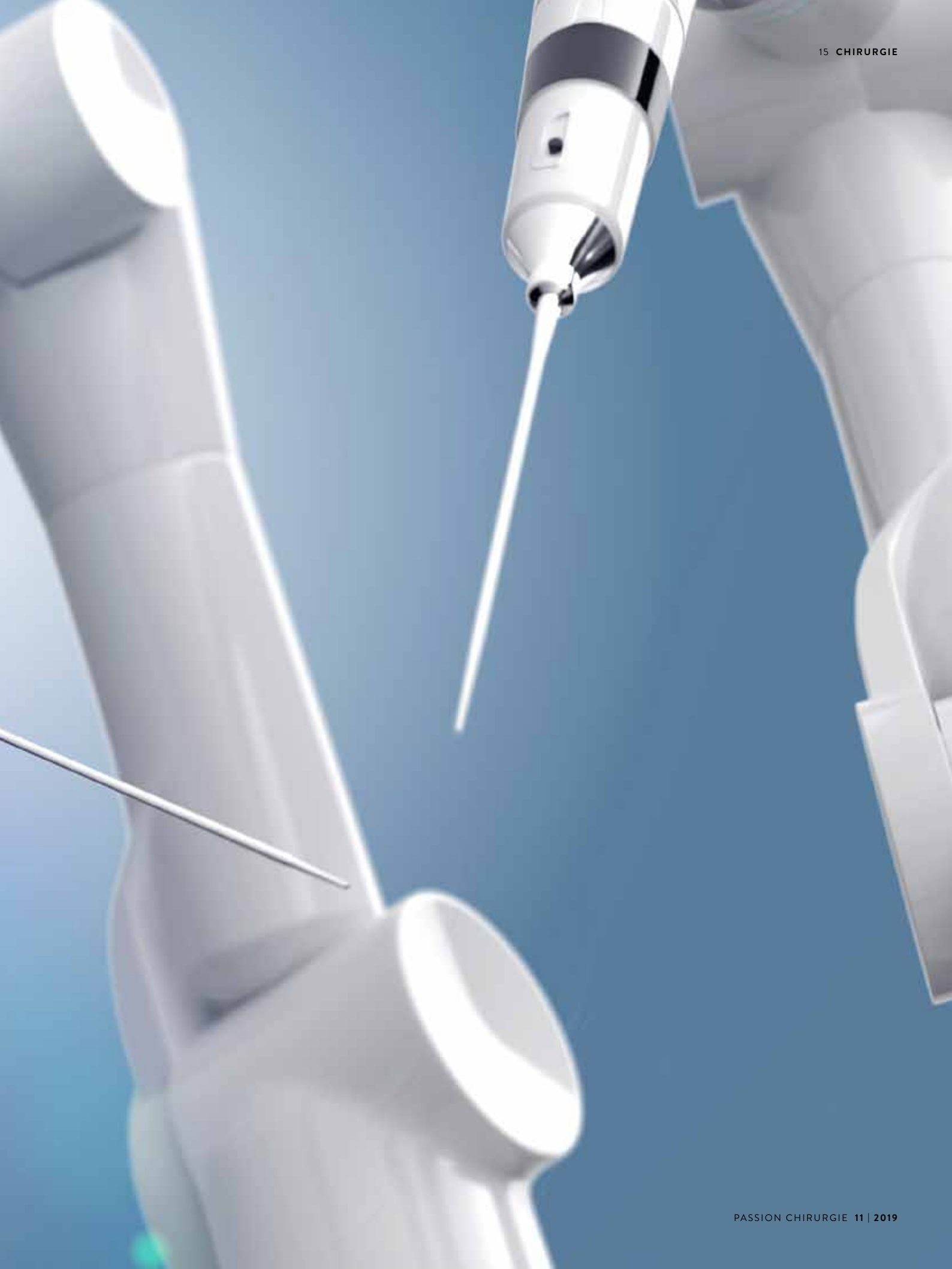
DAS POSITIONSPAPIER

„DIGITALE TRANSFORMATION DER CHIRURGIE“
DER DEUTSCHEN GESELLSCHAFT FÜR CHIRURGIE

Auch das gesamte Feld der Chirurgie kann sich auf Dauer nicht dem Trend zur Digitalisierung entziehen. Es wäre auch unklug, diese Entwicklung rein passiv abzuwarten und damit hinzunehmen,

was andere für unser Fach als sinnvoll und zweckmäßig erachten. Der Generalsekretär der Gesellschaft für Chirurgie, Prof. Meyer, hat deshalb eine Initiative ins Leben gerufen, die sich aktiv nach innen und

von außen wahrnehmbar mit dem Phänomen der „Digitalisierung“ auseinandersetzen soll und die alle Fachgesellschaften der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie einbindet.





Korrespondierender Autor:
Prof. Dr. med. Hubertus Feußner
 Klinikum rechts der Isar
 Klinik und Poliklinik für Chirurgie
 Technische Universität München
 Ismaninger Str. 22
 81675 München



PD Dr. med. Dirk Wilhelm
 Geschäftsführender Oberarzt
 Klinik und Poliklinik für Chirurgie
 Klinikum rechts der Isar
 Technische Universität München
 Ismaningerstr. 22
 81675 München
 dirk.wilhelm@tum.de

Feußner H, Wilhelm D: Die Digitalisierung
 nicht anderen überlassen! Passion Chirurgie.
 2019 November, 9(11): Artikel 03_02.



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

Die „digitale Revolution“ ist kein eindeutig beschreibbarer, homogener Prozess, sondern nur die Summe von vielen einzelnen Entwicklungen, die keineswegs nur technischer oder erkenntnistheoretischer Natur sind, sondern auch gesellschaftliche, politische und nicht zuletzt ethische Bezüge haben.

Durch seine Komplexität ist der Umwälzungsprozess nur schwer zu überschauen – speziell aus der Sicht des Chirurgen, der in der Regel nur marginale Kenntnisse der modernen IT besitzt. Dies erzeugt Unsicherheit oder gar Angst und blockiert den Willen und die Fähigkeit, sich den beiden wichtigsten Herausforderungen für die Chirurgie zu stellen, die sich jetzt durch die Digitalisierung der Chirurgie ergeben:

- Einerseits ist es höchste Zeit, die Chancen zu identifizieren und alles daran zu setzen, sie auch in unserem und für unser Fach einzusetzen.
- Andererseits müssen auch potentielle Gefahren rechtzeitig erkannt und Fehlentwicklungen vermieden werden.

Die aktive Auseinandersetzung mit dem Thema der Digitalisierung in der Chirurgie ist also dringend geboten. Erforderlich dafür ist eine gemeinsame Terminologie, ein ausreichendes Verständnis der Werkzeuge und Prozesse und eine systematische Beschreibung heute bereits ablaufender und künftig zu erwartender Entwicklungen.

Dazu soll von der Projektgruppe der DGCH ein Positionspapier verfasst werden, das mehrere Ziele verfolgen soll:

1. Die verständliche Darstellung und begriffliche Klärung der für die Chirurgie relevanten Werkzeuge, Methoden und Prozesse.
2. Die Zuordnung der unter 1. aufgeführten Inhalte zu den spezifischen Anwendungsbereichen innerhalb der Chirurgie im weiteren Sinn. Das umfasst nicht nur den Einsatz in allen prä-, intra- und postoperativen Schritten, sondern auch alle damit direkt oder indirekt verbundenen Prozesse wie z. B. Organisation, Administration, rechtliche Fragen und Ethik.
3. Die gemeinsame Aufdeckung von noch bestehenden Defiziten und die Definition von Handlungsfeldern.

Für diese Aufgabe hat die DGCH – in praktischer Umsetzung durch ihre Sektion für computer- und telematikassistierte Chirurgie (CTAC) gemeinsam mit der chirurgischen Arbeitsgemeinschaft Qualitätssicherung (CAQS) – einen Expertenkreis einberufen, dem ausgewiesene chirurgische Experten für alle Teilaspekte des Digitalisierungsprozesses angehören. Diese erarbeiten in einem strukturierten Vorgehen interaktiv das geplante Positionspapier, das primär für die Mitglieder der DGCH bestimmt ist. Darüber hinaus soll es aber auch der interessierten Öffentlichkeit vorgestellt werden und als Basis für die Diskussion der DGCH mit anderen medizinischen Fachgesellschaften sowie politischen oder behördlichen Gremien dienen.

Um dem Papier eine hinreichende fachliche Tiefe und damit Überzeugungskraft zu geben, reicht allerdings die Bearbeitung der Thematik allein durch Chirurgen – unbeschadet der oft ausgezeichneten Expertise in Einzelaspekten – sicher nicht aus.

Die Abfassung des Positionspapiers verlangte die Einbeziehung von Experten aus den Grundlagen- und Ingenieurwissenschaften sowie der Informatik, die die betreffenden Wissensdomänen besser überschauen. Als diesbezügliche Partner konnten die Deutsche Gesellschaft für Biomedizinische Technik im Verband der Elektrotechnik (VDE) und die Deutsche Gesellschaft für Computer- und Roboterassistierte Chirurgie (CURAC) gewonnen.

Die Gesamtprojektgruppe wurde folgendermaßen strukturiert:

Das sogenannte „**Kernteam**“ besteht aus Prof. Dr. med. Dr. h. c. H.-J. Meyer, Generalsekretär der DGCH; Prof. Dr. med. H. Feußner, CTAC; Prof. Dr. med. A. Stier, CAQS; Dr. med. K. Neuder, DGBMT im VDE.

Dem **Redaktionsteam** gehören die folgenden Personen an: PD Dr. med. D. Back, Ulm; Dr. med. Dr. S. Böttger, Giessen; Dr. med. Ch. Czermak, Heidelberg; Prof. Dr. med. I. Gockel, Leipzig; Dr. med. J. Goedeke, Mainz; Dr. med. E. Hecker, Herne; PD Dr. med. A. Kirschniak, Tübingen; Prof. Dr. med. M. Kleemann, Lübeck;

MITGLIEDER DES KERNTREAMS

Prof. Dr. med. Dr. h. c. H.-J. Meyer	Prof. Dr. med. H. Feußner	Prof. Dr. med. A. Stier	Dr. med. K. Neuder
			

MITGLIEDER DES REDAKTIONSTEAMS

PD Dr. med. D. Back	Dr. med. Dr. S. Böttger	Dr. med. Ch. Czermak	Prof. Dr. med. I. Gockel
			
Dr. med. Dipl.-Oek. E. Hecker	PD Dr. A. Kirschniak	Prof. Dr. M. Kleemann	Ing. J. Klodmann
			
Prof. Dr. T. Neumuth	Dipl.-Ing. (E-Technik) D. Ostler	Prof. Dr. med. St. Rosahl	Dr. med. S. Tretbar
			
Dr. med. J. Goedeke	Prof. Dr. med. B. Müller	PD Dr. med. D. Wilhelm	PD Dr. med. Th. Wittenberg
			

MITGLIEDER DES PROJEKTEAMS

PD Dr. med. H. Kenngott	PD Dr. med. M. Kranzfelder	Prof. Dr. med. W. Lamadé	Dr. med. St. Mayer	PD Dr. med. F. Nickel
				
Dr. med. D. Pörringer	Dr. med. St. Rohleder	Dr. med. J. Sperber	Dr. med. M. Wagner	
				

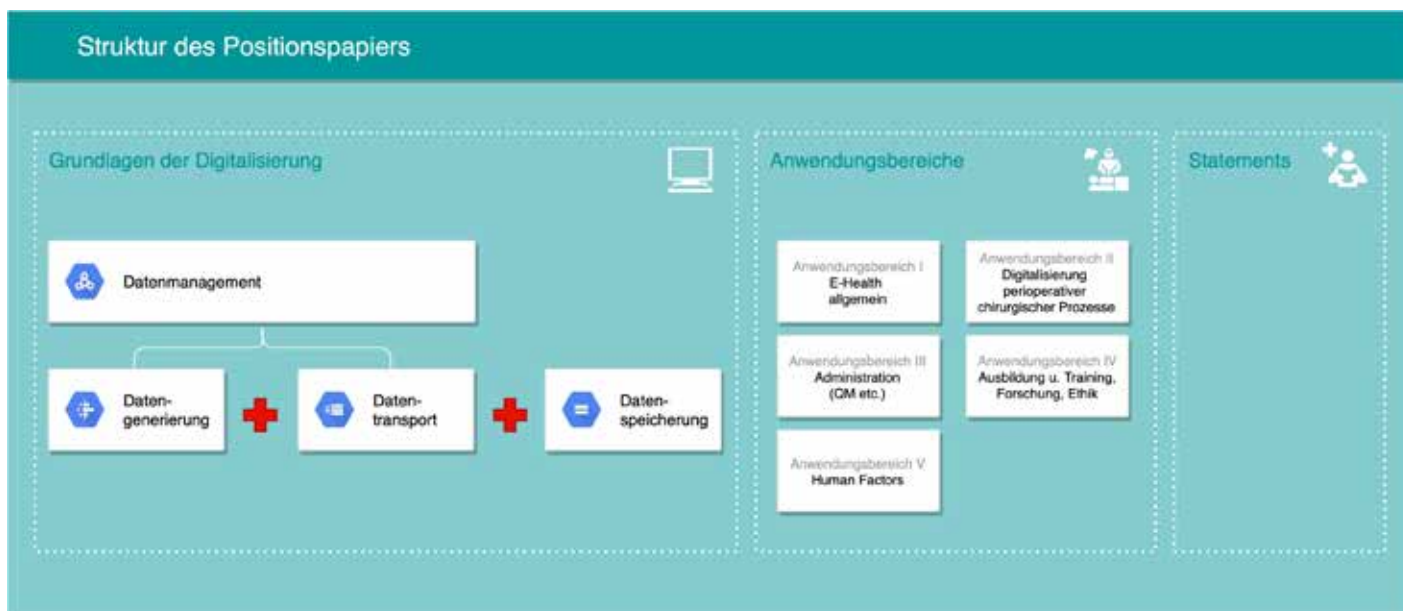


Abb. 1: Struktur des Positionspapiers

Ing. J. Klodmann, Oberpfaffenhofen; Prof. Dr. med. B. Müller, Heidelberg; Prof. Dr. med. Th. Neumuth, Leipzig; Dipl.-Ing. D. Ostler, München; Prof. Dr. med. St. Rosahl, Erfurt; Dr. med. S. Tretbar, St. Ingbert; PD Dr. med. D. Wilhelm, München; PD Dr. med. Th. Wittenberg, Erlangen

Die Arbeit des Kern- und Redaktionsteams wird unterstützt durch die weiteren Mitglieder des **Projektteams**: PD Dr. med. H. Kenn-gott, Heidelberg; Dr. med. M. Kranzfelder, München; Prof. Dr. med. W. Lamadé, Überlingen; Dr. med. St. Mayer, Leipzig; PD Dr. med. F. Nickel, Heidelberg; Dr. med. D. Pförringer, München; Dr. med. St. Rohleder, Mainz; Dr. med. J. Sperber, Saarbrücken

Das Positionspapier wird insgesamt drei große Abschnitte umfassen. In Abschnitt 1 werden technische Grundlagen auch für nicht damit vertraute „Einsteiger“ in das Thema erläutert.

Im größeren zweiten Teil werden die konkreten Applikationen der Digitalisierung in der Chirurgie anhand von fünf Themengebieten und Arbeitsbereichen illustriert:

- TG/AB I Tele-Health
- TG/AB II Perioperative Aspekte der Digitalisierung
- TG/AB III Digitalisierung intraoperativer Prozesse
- TG/AB IV Lehre/Forschung
- TG/AB V Human Factors

In Abschnitt 3 werden schließlich die konkreten Positionen und Forderungen aus chirurgischer Sicht präzisiert.

Die inhaltliche Bearbeitung ist derzeit in vollem Gang, mit dem Ziel, die erste Version des Positionspapiers zum Chirurgenkongress 2020 der chirurgischen Öffentlichkeit vorzustellen. Ein Diskurs insbesondere bezüglich des dritten Abschnitts mit der durchpointierten Darstellung chirurgische Positionen und Forderungen

ist dabei zu erwarten und aus Sicht der Autoren durchaus gewünscht. Am Ende soll jedoch ein konsensfähiges Papier entstehen, das die Position aller Chirurgeninnen und Chirurgen zum Ausdruck bringt und dementsprechend eine mächtigere Wirksamkeit entfaltet.

Es soll eine emotionslose und objektive Einschätzung des positiven und negativen Potenzials der „digitalen Transformation“ in der Chirurgie ermöglichen und somit als Grundlage für künftiges Handeln dienen. Damit wäre dieses chirurgische Positionspapier mit seiner Systematik und seinem Umfang das erste seiner Art von allen medizinischen Disziplinen. Vielleicht kann es dadurch sogar zu einem Kristallisationskern für eine gemeinsame Positionierung aller interventionellen Fächer oder gar der Medizin in ihrer Gesamtheit werden. Jedenfalls erwarten die Autoren mit Spannung zunächst die Perzeption der chirurgischen Öffentlichkeit im Frühjahr nächsten Jahres.



Webinar-Termin im Dezember 2019: S3-Leitlinie „Karpaltunnelsyndrom, Diagnostik und Therapie“

**Webinar S3-Leitlinie
„Karpaltunnelsyndrom,
Diagnostik und Therapie“
05.12.2019, 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 23 Leitlinien von Experten erfolgreich vorgestellt und besprochen. Jeden Monat wird von einem 45-minütigem Webinar eine chirurgisch relevante Leitlinie in ihren Grundzügen vorgestellt. Anschließend kann mit dem Referenten und anderen Teilnehmern via Chat diskutiert werden, selbstverständlich kostenfrei für alle BDC-Mitglieder. Und jede Teilnahme

wird in der Regel mit zwei CME-Punkten zertifiziert.

WEBINARE IM ARCHIV ABRUFEN

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

GEPLANTE WEBINARE 2019

- S2k-Leitlinie „Typ B Aortendissektion“, Prof. Dr. med. Thomas Schmitz-Rixen, 30.01.2020, 18:00 Uhr

www.bdc-webinare.de

HBA – Ende der Übergangsfrist am 31.12.2019

Am 31. Dezember 2019 endet die Übergangsfrist zur Schulung von Hygienefachkräften, Krankenhaushygienikern und **Hygienebeauftragter Ärzte**. Ab dem ersten Januar 2020 müssen Krankenhäuser, MVZ und Arztpraxen eine dem Infektionsschutzgesetz sowie den Hygieneverordnungen der Länder entsprechende Anzahl von Hygienepersonal vorhalten.

Der BDC bietet **Hygienefortbildungen** kosten- und zeiteffizient für das ganze Team an. Unser Kurs zeichnet sich durch eine Kombination aus Online-Fortbildung und kurzer Präsenzphase aus. Aus je 20 Stunden Online-Fortbildung und Präsenzphase ergeben sich die geforderten 40 Stunden Lernzeit.

novelliert und erheblich verschärft. Grund dafür waren einige in der Öffentlichkeit stark diskutierte Hygieneskandale in Krankenhäusern. Den Bundesländern wurde bis Ende März 2012 Zeit gegeben entsprechende Hygieneverordnungen zu erlassen, die die Umsetzung des IfSG in Krankenhäusern, MVZ und Arztpraxen regeln sollten. Bei niedergelassenen Ärzten waren besonders Ambulante Operationszentren (AOZ) von diesen Änderungen betroffen.

Im eCME-Center bietet Ihnen der BDC eine Fortbildung für hygienebeauftragte Ärzte (HBA) an. **Alle Informationen...**

HBA – Ende der Übergangsfrist am 31.12.2019.
Passion Chirurgie. 2019 November, 9(11): Artikel
04_02.



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

Im Juli 2011 wurde der § 23 des Infektionsschutzgesetzes von der Bundesregierung



Kompaktkurs – geeignet für alle Ärzte

Hygienebeauftragter Arzt (HBA)

Mit der Smart-Learning-Methode

Ein modernes Lernkonzept für flexible und individuelle Fortbildung:

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



continuing medical education

meduplus

**60
CME-
Punkte!**



► **Jetzt anmelden:**

www.ecme-center.org/hba



Online-Fortbildung für Chirurginnen und Chirurgen

So einfach
geht's:

Am PC:

Im Internet das [eCME-Center] unter www.ecme-center.org aufrufen und einloggen. Ihre Logindaten wurden Ihnen aus der BDC-Mitgliederverwaltung per Post zugesendet.*

Schauen Sie in „Mein Schreibtisch“ unter „Gebuchte Kurse“. Dort finden Sie Ihre kostenlosen Kurse.**

Auf einem mobilen Gerät:

Kostenlos **BDC|Mobile** aus dem **App Store** und bei **Google Play** laden und öffnen. BDC-Mitglieder loggen sich unter ZUGANGSDATEN einmal ein.*

Dann geht's über E-LEARNING in das mobile [eCME-Center] des BDC.

Der aktuelle Artikel wurde Ihnen bereits in die App gebucht.**



**[eCME-Center] ist
Bestandteil von
BDC|Mobile**



Fortbildung unterwegs, im Büro und zuhause

Das [eCME-Center] ist die Fortbildungsplattform für Chirurgen und Orthopäden im Internet (www.ecme-center.org) mit einer Vielzahl von Fortbildungskursen und Lernpaketen aus allen Disziplinen.

Es erwarten Sie ein umfangreiches Angebot an E-Learning-Kursen aus allen chirurgischen Disziplinen in diversen Formaten, vom Lehrbuch über Vorträge bis hin zum Videokurs. Viele der Kurse sind CME-zertifiziert!

Kursformate im Internet und für Tablets und Smartphones

-  **CME-Kurse in Textform**
Lehrbuchartige Kurse mit Grafiken, Tabellen und zahlreichen Abbildungen
-  **Videokurse**
Lernvideos in hoher Bildqualität
-  **Podcast**
Live-Vortragsaufzeichnungen mit Slideshow renommierter Chirurgen
-  **BDC|Mobile**
Kurs für Smartphone und Tablet verfügbar

Informieren Sie sich ausführlich unter:

www.ecme-center.org

Mit dem [eCME-Center] holen Sie sich jetzt CME-Kurse, Videos und Podcasts auf Ihren PC, aufs Handy oder das Tablet. So können Sie Ihre Fortbildung dort machen, wo es für Sie am bequemsten ist, statt selbst zu Seminaren fahren zu müssen.

**Wir fangen da an, wo Lehrbücher
und Zeitschriften aufhören.**



BDC | Berufsverband der
Deutschen Chirurgen e.V.

Luisenstraße 58/59, 10117 Berlin
Tel.: 030/28004-100, Fax: 030/28004-108
E-Mail: ecme-center@bdc.de

* Wenn Sie Fragen oder Probleme haben, melden Sie sich bei uns, wir stehen gern zur Verfügung: Telefon 030/28004-100 oder per E-Mail ecme-center@bdc.de

** CME-Punkte sind nur ein Jahr ab Zertifizierung eines Kurses gültig (konkretes Ablaufdatum im eCME-Center ersichtlich). Der aktuelle Artikel ist bis drei Monate nach der Veröffentlichung für BDC-Mitglieder kostenlos ins Konto eingebucht. Eine spätere kostenfreie Nutzung ist mit dem angegebenen PIN (siehe Vorseite) möglich.

Bundeskongress Chirurgie 2020: Freiberuflichkeit und Kollegialität im chirurgischen Alltag

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

die Diskussionen um eine sektorenübergreifende Vernetzung der Gesundheitssysteme reißen nicht ab. Welche Rollen spielen dabei die ambulanten Fachärzte, Praxiskliniken, Integrative Versorgungszentren, MVZ, Krankenhäuser der Grund- und Regelversorgung? Wie können sektorenübergreifende Modelle sinnvoll gestaltet werden? Wie geht es ganz konkret weiter? Ist die Grund- und Regelversorgung in Praxis und Klinik Auslaufmodell oder Zukunft?

Diese Themen werden vom berufspolitischen Teil des Kongresses, der unter dem Motto „Freiberuflichkeit und Kollegialität im chirurgischen Alltag“ steht, aufgegriffen. Bedeutet doch Freiberuflichkeit auch Sektorenunabhängigkeit in der medizinischen Entscheidung im Sinne des Patienten, Qualität ärztlichen Handelns, Kooperationsfähigkeit, Streben nach sinnvoller Innovation und Fortschritt – analog, digital und reflektierend.

Neben Statements der tragenden Berufsverbände und Fachgesellschaften im Rahmen der Kongresseröffnung am Freitag widmet sich insbesondere das Symposium der ambulanten Operateure und Anästhesisten am Sonnabend der Schnittstellenproblematik und bietet eine neue Plattform für das gemeinsame Auftreten der Anästhesisten, Chirurgen und ambulanten Operateure in Praxis und Klinik. Hochkarätige Experten sind zum produktiven Meinungsaustausch geladen. Diverse Workshops zu Praxisabgabe, -übernahme, Abrechnung und aktuellen Rechtsfragen runden das Thema ab.

Die medizinisch-wissenschaftlichen Sitzungen umfassen die breite Palette der Chirurgie mit praxisrelevanten Themen der Unfall-, Fuß-, Hand-, Allgemein- und Viszeral-, Kinder- und Plastischen Chirurgie sowie der Orthopädie, der Phlebologie und der Proktologie. Die einzelnen Sitzungen werden mit hoher fachlicher Kompetenz von den (erstmalig) 19 am Kongress beteiligten Fachgesellschaften und



07.–08.02.2020, NürnbergConvention Center



Dr. med. Stephan Dittrich
Kongressleiter Bundeskongress
Chirurgie
Praxis für medizinische Gutachten und
Beratung
Neue Str. 1
08525 Plauen-Kauschwitz
dr.dittrich@gmx.de

Berufsverbänden gestaltet und sind so strukturiert, dass nach den Übersichtsreferaten genug Zeit zur Diskussion bleibt. Einen festen Platz hat das Herniensymposium am Freitag, ebenso wie Vorträge und Workshops zu chronischen Wunden, Hygiene, Arzt und Recht sowie zum Praxismanagement. Erstmals beteiligt sich der Berufsverband der Anästhesisten mit einem eigenen Symposium „Ambulante Anästhesie“ am Bundeskongress.

Das Junge Forum wurde komplett neu strukturiert. Konkrete Fallvorstellungen aus dem chirurgischen Alltag werden in drei Sitzungen unter Moderation eines Assistenten und eines erfahrenen Praktikers diskutiert. Zuvor befassen sich zwei Sessions mit den Sorgen und Nöten sowie Perspektiven unserer jungen Kolleginnen und Kollegen. Schon im Vorfeld hat dieses Konzept eine breite Resonanz bei vielen Universitäten und Kliniken gefunden. Mit dem Jungen Forum bietet sich eine Plattform auch für alte Hasen in der Diskussion Wissen weiterzugeben, Kontakte zu knüpfen und sicherlich das eine oder andere interessante Neue zu erfahren. Spezielle Themen werden in den zahlreichen Workshops abgehandelt und unsere Industriepartner nutzen diese Plattform auch, um ihre Innovationen vorzustellen.

Abgerundet wird das wissenschaftliche Programm durch Seminare, auf denen die Ärzte und MFA die Fortbildungsvorgaben der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (Kindertraumatologie, Gutachten, Rehamedizin und Rehamangement), des Strahlenschutzes und der Hygienerichtlinien (z. B. Präsenzseminar „Hygienbeauftragter Arzt“) erfüllen können. Der Reanimationskurs steht ebenso wieder auf dem Programm wie der

Tag der Medizinischen Fachberufe mit praxisrelevanten Themen.

Der Bundeskongress Chirurgie in Nürnberg ist in der Kongresslandschaft in seiner Art einmalig. An zwei Tagen gibt es für Fachärzte und Assistenten aus Praxis, BAG, MVZ und Klinik fachliche Updats und alles was für einen ambulant tätigen bzw. ermächtigten Chirurgen, Operateur bzgl. Fortbildung und Praxismanagement wichtig ist – inklusive zahlreicher CME-Punkte. In erster Linie bietet der Kongress die Möglichkeit des interkollegialen Meinungsaustauschs und die Gelegenheit mehr miteinander als übereinander zu reden. Dazu dient auch der Gesellschaftsabend am Freitag – rustikal, deftig, chirurgisch, kommunikationsfähig.

Der Bundeskongress Chirurgie kann aber nur seinem Namen Ehre machen und das Plakat ambulanter und sektorenübergreifender Medizin sein, wenn Sie sich engagieren. Kommen Sie nach Nürnberg! Zeigen Sie Flagge! Lassen Sie uns als Ärzte zusammen mit unseren Partnern gemeinsam stark die Zukunft gestalten.

Das aktuelle Programm finden Sie auf der Kongresshomepage: www.bundeskongresschirurgie.de. Nutzen Sie die Online-Anmeldung und Frühbucherrabatte.

Ich freue mich auch im Namen aller beteiligten Verbände und Organisatoren, Sie auf dem Bundeskongress Chirurgie 2020 in Nürnberg begrüßen zu dürfen!

Dr. med. Stephan Dittrich
Kongressleiter



Dittrich S: Bundeskongress Chirurgie 2020:
Freiberuflichkeit und Kollegialität im chirurgischen
Alltag. *Passion Chirurgie*. 2019 November, 9(11):
Artikel 04_04.



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

BUNDESKONGRESS CHIRURGIE 2020

BNC · BDC · BAO
GEMEINSAM STARK

07.–08.02.2020, NürnbergConvention Center



Information & Auskunft

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

**Das Programm finden Sie
ab Oktober auf der Homepage**



© iStock/NicoElNino

IT-Sicherheit ist Chefsache!



Erpressersoftware, Hackerattacken oder Doxing, das „Absaugen“ von sensiblen Daten wie vor einiger Zeit von privaten Politiker-Telefonnummern, lösen viele sorgenvolle Diskussionen aus. Aber gegen solche und ähnliche Machenschaften kann man sich schützen. In PASSION CHIRURGIE wollen wir uns in den nächsten Ausgaben mit unterschiedlichen Themenaspekten der Sicherheit elektronischer Daten beschäftigen. Am Anfang steht ein Interview mit Detlev Hrycej, Experte für Cyberversicherungen. Er weist unter anderem darauf hin, dass Hacker nicht die einzige Gefahr für Datenbestände sind.

Herr Hrycej, Anfang der 2000er-Jahre hat die Ecclesia Gruppe das Thema Cyberversicherungen in ihr Portfolio aufgenommen. Was gab damals den Ausschlag dafür?

Detlev Hrycej: Das Thema „Cyberversicherungen“ ist hierbei zu kurz gegriffen. Es geht letztlich darum, mit welchen Risiken unsere Mandanten im Zuge der fortschreitenden Digitalisierung konfrontiert werden. Deshalb haben wir früh ein Projekt aufgelegt, um zunächst zu identifizieren, in welchen Versicherungssparten Datenrisiken überhaupt abgedeckt sind und wie diese Abdeckungen aussehen. In einem zweiten Schritt haben wir daraus Rückschlüsse für die notwendige Produktentwicklung gezogen.

» ZUR PERSON



Detlev Hrycej, Leiter der Arbeitsgruppe „Cyber“ in der Ecclesia Gruppe, zeigt im Interview Risiken für Manager und Unternehmen in der Gesundheits- und der Sozialwirtschaft auf. Hacker sind dabei nicht die einzige Gefahr für Datenbestände.

Die Fragen stellte:

Thorsten Engelhardt

Ecclesia med GmbH

BDC-Versicherungsservice

Ecclesiastraße 1-4

32758 Detmold

Weitere Artikel zu Cyberschäden, Cybersicherheit und Cyberversicherungen, siehe www.ecclesia.blog.

bdc-versicherungsservice@ecclesia.de

In den vergangenen Jahren sind sukzessive immer mehr Anbieter von Cyberpolicen auf den Markt gekommen. Die Produkte sind aber nicht oder nur schwer vergleichbar. Je nachdem aus welcher Sparte heraus die Produktentwicklung erfolgt, gibt es unterschiedliche Schwerpunkte und Definitionen des Versicherungsschutzes. Dies führt zu absoluter Intransparenz. Deshalb haben wir, auch unter dem Blickwinkel unserer umfangreichen Schadenerfahrung, nach sorgfältiger Analyse auf die Einrichtungen der Gesundheitswirtschaft und der Sozialwirtschaft zugeschnittene und sehr weitgehende, exklusive Versicherungskonzepte entwickelt, um die IT- und Cybergefahren absichern zu können.

Erst war die Datenschutz-Grundverordnung das große Thema, vor Kurzem dann gingen Hackerangriffe durch die Presse. Das Kreisklinikum Fürstentfeldbruck wurde durch eine Schadsoftware lahmgelegt und auch der

Maschinenbaukonzern Krauss Maffei wurde schwer getroffen. Wie wirken diese Ereignisse bei den Kunden nach?

Detlev Hrycej: Das Thema der Ransomware-Attacken (IT-System wird gesperrt, um Lösegeld zu erpressen, d. Red.) begleitet uns schon länger. Vor Fürstentfeldbruck war 2016 das Lukaskrankenhaus Neuss in den Medien präsent. Insgesamt handelt es sich hier nach unserer Erkenntnis allerdings um ungerichtete Hackerattacken, die auch viele Unternehmen außerhalb der Gesundheitswirtschaft getroffen haben und deren Schaden wir begleitet haben.

Zwischenzeitlich hat es einen rapiden Bewusstseinswandel im Management der von uns betreuten Einrichtungen gegeben. Wurde früher das Thema IT-Sicherheit an die IT-Leitung delegiert, ist es jetzt ganz klar Chefsache! Zu diesem Bewusstseinswandel haben allerdings nicht nur die zunehmenden Attacken oder Erpressersoftware beigetragen, sondern auch die geänderte Rechtslage. Sowohl das IT-Sicherheitsgesetz als auch die EU-Datenschutz-Grundverordnung haben die Anforderungen an das Management erhöht, einhergehend mit teils drastischen Strafen bei Nicht-Beachtung.

Welche Entwicklung lässt sich beim Thema Cyberschäden feststellen?

Detlev Hrycej: Die Nachfrage zu umfassendem Cyberversicherungsschutz hat sich deutlich erhöht. Allein in den vergangenen 13 Monaten haben wir eine Verdoppelung der Vertragsanzahl verzeichnet. Insgesamt haben wir mehr als 400 dieser Schadenfälle mit einem Gesamtaufwand von gut 4,5 Millionen Euro in Abwicklung. Schäden dieser Art nehmen zu. Der Aufwand, bezogen auf das Jahr 2018, liegt bei rund 1,35 Millionen Euro, dies entspricht rund 30 Prozent des Gesamtaufwands.

Wir sind schnell versucht, mit dem Thema Cyberisiken Computerkriminalität, Viren, Würmer und Trojaner zu verbinden. Es gibt aber viele weitere und bekannte Gefahren durch Feuer, Wasser,

Hrycej D: IT-Sicherheit ist Chefsache! Passion Chirurgie. 2019 November, 9(11): Artikel 04_05.



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

Elementarschäden, Unachtsamkeiten und Bedienungsfehler etc. Diese Risiken führen täglich zu Schäden, die auch die IT-Infrastruktur unserer Mandanten betreffen. 58 Prozent der IT- und Cyberschäden in unserer Begleitung gehen auf diese Ursachen zurück; 42 Prozent beziehen sich auf Schadsoftware und Co.

Allein daraus ist abzuleiten, wie wichtig die richtige und dem Kunden nutzenbringende Versicherungstechnik ist. Die Konzepte der Ecclesia Gruppe sind modular aufgebaut, sie liefern dem Kunden Transparenz und insbesondere Wahlmöglichkeiten, damit der Versicherungsschutz individuell anhand der Gegebenheiten und des bestehenden Versicherungsschutzes des Unternehmens fachgerecht abgebildet werden kann, ohne Doppelversicherungen einzugehen.

Wie ist es um die Risikoprävention bei den Kunden bestellt?

Detlev Hrycej: Prävention steht vor Risikotransfer! Denn was nützt eine Einbruchdiebstahlversicherung, wenn Tür und Tor offenstehen? Hier muss eine Standortbestimmung her. Nur durch ein systematisches Management der Cyber Risiken können die zentralen

IT-Schutzziele Vertraulichkeit, Verfügbarkeit und Integrität realisiert werden. Die gesetzlichen Anforderungen müssen ebenfalls berücksichtigt werden.

Was lässt sich in punkto Schutz überhaupt tun, die Angriffe werden ja offenbar immer perfider?

Detlev Hrycej: Den Kunden aus der Gesundheitswirtschaft bietet die Ecclesia Gruppe in Kooperation mit renommierten Beratungsunternehmen für IT-Sicherheit ein systematisches Cyber-Risk-Management an. Der Aufbau, auch dieser Exklusivkonzepte, ist modular. Basis ist immer ein Sicherheitscheck.

Um die Verwundbarkeit der IT-Infrastruktur einzugrenzen, muss das Management aber auch genau diese Prozesse und Strukturen in den Blick nehmen und überprüfen. Dafür gibt es sehr viele Möglichkeiten: von der Einführung eines Managementsystems für Informationssicherheit (ISMS) bis hin zur Zertifizierung beispielsweise von kritischen Infrastrukturen. All diese Möglichkeiten bieten wir unseren Mandanten. IT- und Datensicherheit sind Chefsache und nicht delegierbar!

Heißt das auch, dass Chefs unter Umständen selbst haften, wenn es zu Schäden kommt?

Detlev Hrycej: Datenrisiken sind erst in den vergangenen Jahren stärker zu einem haftungsrechtlichen Thema und somit auch zum neuen Haftungspotenzial für Manager geworden. Bisher ist dieses Risiko in keiner Vermögensschaden-Haftpflicht- oder D&O-Versicherung (Directors-and-Officers-Versicherung, d. Red.) umfassend abgesichert. Deshalb ist es – bei aller Komplexität – entscheidend, den Kunden so zu beraten, dass nicht nur das Cyberrisiko für das Unternehmen deutlich wird, sondern auch das zivil- und strafrechtliche Risiko der Geschäftsleitung, wenn sie ihrer Verantwortung für die Datensicherheit nicht gerecht wird.

Zur Absicherung der Unternehmen und der persönlichen Gefahren des Managements aus Datenrisiken müssen individuell zugeschnittene Versicherungskonzepte her, um umfassenden Schutz zu gewährleisten. Deshalb hat die Ecclesia Gruppe eigene und exklusive Produkte für die Gesundheits- und die Sozialwirtschaft entwickelt. ○

**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: Handschuhe und Handschuhwechsel im OP: Wie und wann?



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



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

OP-Handschuhe dienen neben der chirurgischen Händedesinfektion als Infektionsschutz für Patient, Operateur und Assistenz. Dieser Schutz ist durch Tragedauer und Materialermüdung zeitlich begrenzt. Jede Handschuhperforation birgt die Gefahr der Übertragung von Mikroorganismen.

Bisher gibt es keine festen Vorschriften für intraoperative Wechselzeiten der OP-Handschuhe. Einerseits soll die Operation durch den Handschuhwechsel nicht unterbrochen werden. Andererseits benötigt ein sorgfältiger Handschuhwechsel auch die entsprechende Zeit.

Selbst nach der chirurgischen Händedesinfektion befindet sich in den OP-Handschuhen ein ideales Milieu (feucht und warm) zur Vermehrung von Mikroorganismen der residenten Flora der Hand („Handschuhsaft“).

Bei einer bemerkten oder unbemerkten Handschuhperforation ist eine Erregerübertragung nicht zu vermeiden. Vorbeugen kann man durch einen regelmäßigen Handschuhwechsel. Der Handschuhwechsel kann auch außerhalb fester Intervalle in den OP Ablauf eingebaut werden und so während kleinerer Unterbrechungen erfolgen. Es muss eben nur daran gedacht werden, z. B.:

- ...während des Seiten- oder Positionswechsel des Operateurs

- ...beim Warten auf den Schnellschnitt
- ...vor dem Neueinstellen des OP-Situs

Zusätzliche Empfehlung eines Handschuhwechsels:

- vor Implantation einer Gelenkprothese/Schrittmacher/Port
- nach Manipulation an scharfkantigem Material/Explantat, Knochen – erhöhtes Perforationsrisiko

Beim intraoperativen Handschuhwechsel immer beachten:

- Hände nach ausziehen der OP-Handschuhe vollständig trocknen; Restfeuchte beeinträchtigt die Wirkung des Händedesinfektionsmittels.
- Erst bei vollständig trockenen Händen die Zwischendesinfektion der Hände beginnen (Einwirkzeit 30 Sekunden – satt benetzen!)
- Handschuhwechsel immer abseits vom OP-Feld und abseits vom Instrumentiertisch.
- Gebrauchte Handschuhe nicht über den Tisch reichen.
- Handschuhe beim Ausziehen nicht „schnalzen“ (umgangssprachlich) lassen – keine Kontamination durch Handschuhsaft.

Der Hygiene-Tipp gibt die Meinung der Autoren wieder.



© iStock/Merzavka

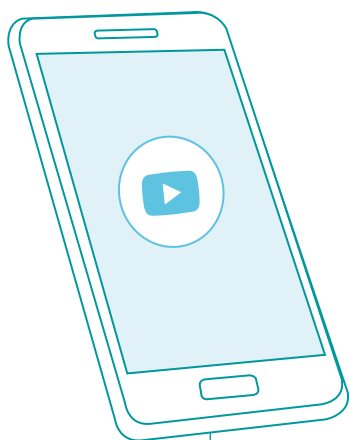
Zastrow KD, Adler H: Hygiene-Tipp: Handschuhe und Handschuhwechsel im OP: Wie und wann? *Passion Chirurgie*. 2019 November; 9(11): Artikel 04_06.



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.

NOVEMBER 2019

Dr. med. Thomas Haak ist der neue Chefarzt der Klinik für Unfall- und Orthopädie, Hand- und Wiederherstellungschirurgie am St. Georg-Klinikum in Eisenach. Er wechselte vom Klinikum Main-Spessart Lohr, wo er als Oberarzt tätig war.

PD Dr. med. Hansjörg Heep hat am 1.10.2019 die Stelle als Direktor der Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie an der Universitätsmedizin Essen St. Josef Krankenhaus Werden angetreten. Zudem ist er erneut in den Vorstand der Ärztekammer Nordrhein gewählt worden und als Vorsitzender des Weiterbildungsausschusses bestätigt worden.

Dr. med. Holger Herzing ist Facharzt für Chirurgie, Orthopädie und Unfallchirurgie mit dem Schwerpunkt Spezielle Unfallchirurgie und seit Mitte September neuer Chefarzt der chirurgischen Hauptabteilung der Sana Klinik Nürnberg.

Dr. med. Dirk Meisel ist neuer Chefarzt der Allgemein-, Viszeral- und Kinderchirurgie des Kreiskrankenhauses Freiberg gGmbH. Die Gefäßchirurgie wurde als eigenständiger Bereich ausgegliedert und vom bisherigen Chefarzt geleitet.

Ulf Niemann wechselte zum 01.10.2019 als Chefarzt der Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Gefäßchirurgie des Regio Klinikum Elmshorn nach Husum an das Klinikum Nordfriesland.

Masoud Pahlevansharif, leitet seit dem 01. Oktober 2019 die Allgemein-, Viszeral- und onkologische Chirurgie der Rotkreuzklinik Wertheim. Er war dort zuvor als Oberarzt tätig.

Prof. Dr. med. Wolfgang U. Wayand (Linz) wurde im Rahmen des Jahreskongresses der europäischen Gesellschaft für endoskopische Chirurgie (EAES) in Sevilla am 22.6.2019 der LIFE AWARD für seine Pionierleistungen im Bereich der minimal invasiven Chirurgie überreicht. 



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

Big Data – wem gehören die Daten?

Aufgrund der in Einrichtungen des Gesundheitswesens ständig wachsenden Größe der Datenmenge sowie der auch dort zunehmenden Datenanalysen, spielt Big Data auch dort eine immer größere Rolle. Big Data-Analysen könnten im medizinischen Bereich zu vielen Vorteilen, auch für die Patienten, führen, indem sie zu einer Verbesserung der Behandlungsqualität und zu einer Minimierung der Risiken beitragen können sollen. Beispielsweise soll ein entsprechender Datenpool das Finden von kausalen Zusammenhängen zwischen Erkrankung, Diagnostik und Therapie erleichtern.

Allerdings ergeben sich aufgrund der Nutzung personenbezogener Daten Konflikte mit dem geltenden Datenschutzrecht. Hierbei ergeben sich diverse Fragen, von denen einige in diesem Artikel näher betrachtet werden sollen. Es handelt sich um eine Auswahl von Fragen, die an den Verfasser im Rahmen seiner medizinrechtlichen Beratungstätigkeit zu diesem Thema herangetragen wurden.

1. BESTEHT EIN EIGENTUMSRECHT DES PATIENTEN AN SEINEN DATEN?

In Deutschland sind zivilrechtlich nur bewegliche und unbewegliche Sachen sowie Tiere eigentumsfähig. Unkörperliche Gegenstände können dagegen nicht Gegenstand des Eigentumsrechts nach § 903 BGB sein. Daten als solches fehlt jedoch die Körperlichkeit, sodass ihnen die Sacheigenschaft fehlt und ein Eigentum im Sinne des Zivilrechts, das dem Eigentümer die Befugnisse gibt, mit der Sache nach Belieben verfahren zu können sowie Einwirkungen Dritter auf die Sache auszuschließen, nicht begründet werden kann. Bereits das Bundesverfassungsgericht hat mit seinem Volkszählungsurteil aus dem Jahr 1983 festgestellt, dass der Einzelne kein Recht im Sinne einer absoluten, uneinschränkbaren Herrschaft über „seine“ Daten habe; er sei vielmehr eine sich innerhalb der sozialen Gemeinschaft entfaltende, auf Kommunikation angewiesene Persönlichkeit. Information, auch soweit sie personenbezogen ist, stelle ein Abbild sozialer Realität dar, das nicht ausschließlich dem Betroffenen allein zugeordnet werden



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

könne (vgl. BVerfG, Urteil vom 15.12.1983 – 1 BvR 209/83, NJW 1984, 419 ff.).

Wenn Daten auf einem Datenträger, z. B. einer CD oder Festplatte, gespeichert sind, kann lediglich an dem Datenträger Eigentum entstehen. Das Eigentum an dem Datenträger, das in der Regel dem Praxisinhaber bzw. der Klinik zusteht, kann zwar übertragen werden, allerdings gibt das Eigentumsrecht an dem Datenträger keinesfalls das Recht, die Daten schrankenlos und umfassend zu verarbeiten, also zu nutzen, übermitteln etc.

Folglich haben Patienten kein Eigentum gemäß § 903 BGB an ihren personenbezogenen Daten. Auch aus Art. 14 Grundgesetz oder dem Urheberrecht kann ein Eigentumsrecht und damit ein Ausschließlichkeitsrecht nach Ansicht des Verfassers nicht hergeleitet werden. Die personenbezogenen Daten des Patienten unterfallen jedoch dem Schutz des grundgesetzlich garantierten Rechts auf informationelle Selbstbestimmung gemäß Art. 2 Abs. 1 i. V. m. Art. 1 Abs. 1 GG, sodass sich bereits hieraus die Befugnis einer Person ergibt, grundsätzlich selbst über die Preisgabe und Verwendung ihrer persönlichen Daten zu bestimmen (vgl. BVerfG, a. a. O.). Daneben dienen natürlich die Vorschriften der Datenschutzgrundverordnung dem Schutz der Daten und geben den Patienten detaillierte Rechte.

DEFINITION BIG DATA: RIESIGE DATENMENGEN ODER TECHNOLOGIEN ZUR VERARBEITUNG UND AUSWERTUNG RIE- SIGER DATENMENGEN

2. WANN LIEGT AUS JURISTISCHER SICHT EIN DATENMISSBRAUCH VOR UND WELCHE FOLGEN KÖNNEN HIERAUS RESULTIEREN?

Eine Legaldefinition des Begriffs Datenmissbrauch existiert nicht. Grundsätzlich versteht

man juristisch unter dem Begriff Missbrauch den Fehlgebrauch von Rechtsmacht, also die wirksame Ausnutzung des rechtlichen Könnens im Außenverhältnis unter Überschreiten des rechtlichen Dürfens im Innenverhältnis zu Lasten des Opfers. Folglich liegt ein Missbrauchstatbestand immer dann vor, wenn eine Abweichung von Außenmacht und Innenberechtigung festgestellt wird, was durch einen Vergleich des gesetzlichen oder vertraglichen Befugnisumfangs mit dem Innenrechtsverhältnis zu beurteilen ist (vgl. Fischer T., Strafgesetzbuch, C. H. Beck Verlag, 59. Auflage 2012, § 266 Rn. 24, 25, 28).

Beim Datenmissbrauch bezieht sich der Missbrauch damit aus Sicht des Verfassers allein auf die Befugnis zur Verwendung bzw. Verarbeitung der Daten zu bestimmten Zwecken, sodass es auf die Art und Weise der Datenerlangung nicht ankommt (vgl. Fischer T., a. a. O., § 238 Rn. 15).

Somit kann nach Meinung des Verfassers juristisch zumindest immer dann von einem Datenmissbrauch gesprochen werden, wenn Daten unbefugt verarbeitet werden. Ein Datenmissbrauch kann für den Täter strafrechtliche Konsequenzen nach sich ziehen, wenn hierdurch ein Straftatbestand erfüllt wird.

Ferner können zivilrechtliche Konsequenzen in Form eines Schadensersatzanspruchs bei Eintritt eines materiellen oder immateriellen Schadens beim Betroffenen drohen. Des Weiteren können dem datenschutzrechtlich Verantwortlichen, also dem Praxis-/Klinikinhaber, bei Verstößen gegen die Pflichten aus der DSGVO nicht unerhebliche Geldbußen drohen.

3. WER HAFTET IM FALLE EINES DATENMISSBRAUCHS VON GESUNDHEITSDATEN?

Für eine zivilrechtliche Haftung auf Schadensersatz, sei es aus Vertrag oder gesetzlich aus Delikt gemäß § 823 BGB, ist zunächst erforderlich, dass ein materieller oder immaterieller Schaden beim Betroffenen eingetreten ist. Sofern dies der Fall ist, haftet gegenüber dem Patienten grundsätzlich der

Heberer J: Big Data – wem gehören die Daten?
Passion Chirurgie. 2019 November, 9(11): Artikel
04_08.



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

Schadensverursacher, wobei regelmäßig ein Verschulden, d. h. Vorsatz oder Fahrlässigkeit, erforderlich ist. Grundsätzlich kommt damit eine Haftung des Praxis-/Klinikinhabers in Betracht.

Hierbei ist insbesondere wichtig zu wissen, dass die DSGVO ein Schutzgesetz im Sinne des § 823 Abs. 2 BGB darstellt, sodass ein Verstoß des Praxis-/Klinikinhabers gegen die DSGVO auch zu einer zivilrechtlichen Haftung führen kann. Allerdings ist in diesem Fall, selbst wenn der Verstoß gegen die DSGVO kein Verschulden voraussetzt, für einen Schadensersatzanspruch des Patienten trotzdem ein Verschulden des Praxis-/Klinikinhabers erforderlich.

Daneben wurde mit Art. 82 DSGVO eine eigenständige Rechtsgrundlage für eine Haftung auf Schadensersatz geschaffen. Dieser Anspruch lässt somit die vorgenannten Ansprüche unberührt. Art. 82 Abs. 1 DSGVO bestimmt, dass jede Person, der wegen eines Verstoßes gegen die DSGVO ein materieller oder immaterieller Schaden entstanden ist, Anspruch auf Schadensersatz gegen den Verantwortlichen oder gegen den Auftragsverarbeiter hat. Verantwortlicher für den Schutz der Gesundheitsdaten eines Patienten ist der Praxis-/Klinikinhaber. Die Haftung setzt voraus, dass gegen Vorschriften der DSGVO oder gleichgestellte Bestimmungen bei der Datenverarbeitung verstoßen wurde. Hier kommt jede Vorschrift der DSGVO in Betracht, beispielsweise bezüglich der Zulässigkeit der Datenverarbeitung, aber auch bezüglich der vom Verantwortlichen umzusetzenden Verfahrensvorschriften wie der Führung eines Verzeichnisses von Verarbeitungstätigkeiten. Des Weiteren ist ein Verschulden des Verantwortlichen unmaßgeblich für die Haftung nach Art. 82 DSGVO.

Eine Befreiung von der Haftung dem Grunde nach kommt für den Verantwortlichen damit nur dann in Frage, wenn er nachweist, dass er in keinerlei Hinsicht für den Umstand, durch den der Schaden eingetreten ist, verantwortlich ist. Hierbei ist derzeit noch umstritten, wie das Merkmal „in

keinerlei Hinsicht“ auszulegen ist. Dies wird nach Ansicht des Verfassers somit abschließend wohl nur durch die Gerichte geklärt werden können. Einig sind sich die unterschiedlichen Literaturmeinungen jedoch darin, dass die Haftung des Verantwortlichen gemäß Art. 82 DSGVO dann entfallen soll, wenn ein Dritter unbefugt auf Daten zugegriffen hat, wodurch kausal ein Schaden entstanden ist und der Verantwortliche alle gebotenen Sicherheitsmaßnahmen gegen solche Zugriffe vorher verwirklicht hat (vgl. Däubler W. in Däubler/Wedde/Weichert/Sommer, EU-Datenschutz-Grundverordnung und BDS-neu Kompaktkommentar, Bund-Verlag GmbH, 2018, DSGVO Art. 82 Rn. 25).

Allein hieraus wird ersichtlich, wie wichtig die korrekte Umsetzung und Beachtung der Vorschriften der DSGVO durch Praxis-/Klinikinhaber ist. Insbesondere ist der in Art. 5 Abs. 2 DSGVO geforderten Rechenschaftspflicht, die auch die Dokumentation der Beachtung und Umsetzung der DSGVO-Bestimmungen umfasst, erhebliche Bedeutung im Hinblick auf die Beweisbarkeit der Datenschutzkonformität bzw. eines etwaigen Nichtverschuldens beizumessen.

4. WELCHE KONSEQUENZEN DROHEN, WENN ELEKTRONISCHE DATEN ODER EINGESCANNTE DATEN/DOKUMENTE ODER ELEKTRONISCHE PATIENTENAKTEN VERLOREN GEHEN UND NICHT MEHR WIEDERHERGESTELLT WERDEN KÖNNEN?

Dies kann zum einen, wie unter Ziffer 3 ausgeführt, zu ggf. nicht unerheblichen Schadensersatzforderungen des Patienten führen. Zum anderen können dem Praxis-/Klinikinhaber erhebliche Geldbußen aufgrund eines Datenschutzverstoßes drohen.

Des Weiteren können sich für den Praxis-/Klinikinhaber negative Folgen ergeben, wenn er von einem Patienten auf Schadensersatz wegen eines Behandlungsfehlers in Anspruch genommen wird. Denn dies kann zu massiven Beweismängeln für den Arzt führen.

Zwar muss der Patient grundsätzlich das Vorliegen eines Behandlungsfehlers beweisen. Allerdings sieht § 630h Abs. 3 BGB eine Beweislastumkehr zu Gunsten des Patienten vor, wenn der Arzt eine medizinisch gebotene wesentliche Maßnahme und ihr Ergebnis entgegen § 630f Abs. 1 oder Abs. 2 BGB nicht in der Patientenakte aufgezeichnet oder er die Patientenakte entgegen § 630f Abs. 3 BGB nicht aufbewahrt hat. Denn dann wird vermutet, dass der Arzt eine dokumentationspflichtige Maßnahme bzw. Behandlung nicht vorgenommen hat. Dem Arzt bzw. Krankenhaus steht aber die Widerlegung der Vermutung offen.

Ferner können berufsrechtliche Konsequenzen für einen Arzt drohen, da er auch durch Regelung in der Berufsordnung verpflichtet ist, die Patientenakte mindestens zehn Jahre aufzubewahren.

5. WER HAFTET FÜR EXTERNE MANIPULATIONEN VON ELEKTRONISCHEN GERÄTEN, DIE ÜBER DAS INTRANET DER EINRICHTUNG GESTEUERT WERDEN?

Kommt es hierdurch zu einem Datenschutzverstoß bzw. einem Datenmissbrauch, so gilt hinsichtlich der Haftung nach Ansicht des Verfassers das unter Ziffer 3 Gesagte. Es haftet damit grundsätzlich nach der DSGVO der jeweilige Verantwortliche sowie zivilrechtlich der Schadensverursacher.

6. DARF EIN UNTERNEHMEN IM RAHMEN VON SERVICEUPDATES BEI ELEKTRONISCHEN GERÄTEN ANONYMISIERTEN DATEN VON PATIENTEN FÜR EIGENE ENTWICKLUNGEN VERWENDEN?

Die Verarbeitung anonymisierter Daten fällt mangels Personenbezugs der Daten nicht unter den Schutzbereich der DSGVO. Dies ergibt sich aus Erwägungsgrund 26 Sätze 5 und 6 zur DSGVO. Folglich ist der Verantwortliche an einer beliebig freien Verarbeitung anonymisierter Daten, also demzufolge auch einer Datenübermittlung an

Dritte, nicht gehindert. Ebenso wenig wäre das Unternehmen an einer Nutzung dieser anonymisierten Daten aus Sicht des Verfassers gehindert.

Die Problematik liegt hier aber grundsätzlich darin, dass dies nur gilt, wenn eine absolute Anonymisierung erreicht werden kann. Dies bedeutet, dass ein Personenbezug überhaupt nicht mehr hergestellt

werden kann, also eine Re-Identifizierung ausgeschlossen sein muss (Re-Identifizierungsverbot). Sofern ein völliger Ausschluss der Re-Identifizierung nicht gewährleistet werden kann, liegen jedenfalls wieder personenbezogene Daten vor, auf deren Verarbeitung die DSGVO Anwendung findet, sodass die Grundsätze der rechtmäßigen Datenverarbeitung zu beachten sind. Die Beweislast für eine ausreichende Anonymisierung

trägt der Verantwortliche, also der Praxis-/Klinikinhaber.

Gerade im Bereich von Big Data-Analysen wird man sich nach Ansicht des Verfassers deshalb nicht auf eine absolute Anonymisierung stützen bzw. verlassen können, da dort üblicherweise gerade Mengen von Datensätzen kombiniert werden, sodass häufig eine Re-Identifizierung möglich wird. ○

eAKADEMIE

Wissen Bit für Bit

WEBINARE

MEDIATHEK

eCME-CENTER

MEDIATHEK



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

Von Chirurgen für Chirurgen –

praxisnäher lässt sich Fortbildung nicht darstellen.
Es können auch eigene Fortbildungsfilme
eingereicht werden!

www.mediathek-dgch.de

mediathek
DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR CHIRURGIE
ÖSTERREICHISCHE GESELLSCHAFT FÜR CHIRURGIE

BDC
Berufsverband der
Deutschen Chirurgen e.V.

Frage & Antwort



Anhebung der Beschäftigtenzahl für Bestellpflicht eines Datenschutzbeauftragten



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

Heberer J. F+A: Anhebung der Beschäftigtenzahl für Bestellpflicht eines Datenschutzbeauftragten. 2019 November; 9(11): Artikel 04_09.



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

FRAGE:

Ein niedergelassener Arzt fragt an, ob es richtig sei, dass eine Arztpraxis erst ab 20 Beschäftigten einen Datenschutzbeauftragten bestellen muss.

ANTWORT:

Aufgrund des Gesetzesentwurfs der Bundesregierung hat der Bundesrat nunmehr am 20.09.2019 diesem zugestimmt, wonach die Beschäftigtenanzahl für die Bestellpflicht eines Datenschutzbeauftragten angehoben wurde, sodass künftig ab Inkrafttreten des Gesetzes in der Regel erst bei mehr als 20 Beschäftigten in der Datenverarbeitung eine Bestellpflicht für einen betrieblichen Datenschutzbeauftragten gilt. Das Gesetz muss nun noch vom Bundespräsidenten unterzeichnet werden und tritt dann am Tag nach der Verkündung im Bundesgesetzblatt in Kraft.

Allerdings kann eine Bestellpflicht nach § 38 BDSG und Art. 37 Abs. 1 lit. c, Art. 35 DSGVO auch unabhängig von der Beschäftigtenzahl bestehen, nämlich dann, wenn in der Arztpraxis umfangreich Verarbeitungen von Gesundheitsdaten vorgenommen

werden bzw. eine Datenschutzfolgeabschätzung notwendig ist.

Die Konferenz der unabhängigen Datenschutzbehörden des Bundes und der Länder hat zwischenzeitlich beschlossen, dass :

1. bei Ärzten, die zu mehreren in einer Berufsausübungsgemeinschaft (Praxisgemeinschaft) bzw. Gemeinschaftspraxis zusammengeschlossen sind oder die ihrerseits weitere Ärzte bzw. sonstige Angehörige eines Gesundheitsberufs beschäftigt haben, **in der Regel nicht von einer umfangreichen Verarbeitung** besonderer Kategorien von personenbezogenen Daten im Sinne von Art. 37 Abs. 1 lit. c DSGVO auszugehen ist und
2. bei Ärzten i. S. d. Ziffer 1, bei denen ein **hohes Risiko** für die Rechte und Freiheiten bei der Verarbeitung personenbezogener Daten zu erwarten ist, eine **Datenschutzfolgenabschätzung** vorgeschrieben und damit zwingend ein Datenschutzbeauftragter zu benennen ist. Ein solches Risiko kann neben einer umfangreichen Verarbeitung (z. B. bei großen Praxisgemeinschaften/Gemeinschaftspraxen), die ohnehin zu einer Benennungspflicht führt, beispielsweise

beim Einsatz von neuen Technologien (z. B. Telemedizin), die ein hohes Risiko mit sich bringen, gegeben sein. In diesem Fall wäre eine Benennungspflicht dann auch bei weniger als künftig 20 Beschäftigten gegeben.

Dies bedeutet letztendlich, dass sobald mehrere Ärzte (BAG, PG, Angestellte) in einer Praxis tätig sind, die Pflicht zur Bestellung eines Datenschutzbeauftragten im Einzelfall geprüft werden muss und gemäß Ziffer 2 abhängig ist entweder von der Größe der Praxis, wenn eine umfangreiche Verarbeitung vorliegt, oder ob eine Datenschutzfolgenabschätzung notwendig ist.

Bei weniger als 20 Beschäftigten dürfte aus Sicht des Verfassers wohl künftig bei einer

Mehrarztpraxis nach obigem Beschluss in der Regel nicht von einer umfangreichen Datenverarbeitung auszugehen sein, sodass künftig auch bei mehr als einem Arzt und Nichterreichen der Beschäftigtenzahl keine Bestellpflicht gegeben wäre, es sei denn, es liegt eine überdurchschnittlich große Praxis vor bzw. es ist eine Datenschutzfolgenabschätzung notwendig. Nicht abschließend geklärt ist allerdings, wann von einer solch großen Praxisgemeinschaft/Gemeinschaftspraxis auszugehen ist. Auch wird fraglich sein, ob die Konferenz der unabhängigen Datenschutzbehörden des Bundes den genannten Beschluss nicht aufgrund der künftigen Gesetzesänderung in Zukunft anpassen wird, sodass eine abschließend gesicherte Rechtsauskunft für die Zukunft leider nicht erteilt werden kann.

Nach Auffassung des Bayerischen Landesamts für Datenschutzaufsicht ist bei einer normalen Arztpraxis in der Regel auch keine Datenschutzfolgenabschätzung durchzuführen, sodass – außer es liegt ein Ausnahmefall vor – auch hier nach Auffassung des Verfassers bei einer normalen Mehrarztpraxis, worunter der Verfasser jedenfalls lediglich zwei oder drei Ärzte verstehen würde, keine Bestellpflicht bei künftig unter 20 Beschäftigten gegeben wäre.

Im Zweifel ist aus Gründen der Rechtssicherheit jedoch dringend zu empfehlen, sich bezüglich dieser Voraussetzungen stets mit dem jeweils zuständigen Landesdatenschutzbeauftragten in Verbindung zu setzen und dies im Einzelfall konkret abzuklären. ○

Frage & Antwort



Blutentnahme für HIV-Test nach Nadelstichverletzung



Antwort von Dr. jur. Jörg Heberer:

Justitiar BDC

Rechtsanwalt und Fachanwalt für

Medizinrecht

justitiar@bdc.de

Heberer J. F+A: Blutentnahme für HIV-Test nach Nadelstichverletzung. 2019 November; 9(11): Artikel 04_10.



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

FRAGE:

Ein Chefarzt fragt an, ob bei einem unbekannten bewusstlosen Patienten ohne weiteres eine Blutentnahme zum Zweck der Durchführung eines HIV-Testes erfolgen kann, wenn sich ein Arzt bei diesem Patienten zuvor eine Nadelstichverletzung zugezogen hat.

ANTWORT:

Die Blutentnahme bei einem Patienten zum Zweck der Abklärung, ob hier eine Gesundheitsgefahr für den verletzten Arzt besteht, ist aus Sicht des Verfassers auch dann nicht statthaft, wenn der Patient nicht ansprechbar ist. Denn es handelt sich hierbei stets um einen Eingriff, der von der Einwilligung des Patienten gedeckt sein muss.

Liegt eine Einwilligung des Patienten nicht vor, handelt es sich juristisch um eine klassische Körperverletzung, die im vorliegenden Fall sogar vorsätzlich begangen werden würde. Nach Ansicht des Verfassers wird man dieses Problem auch nicht dadurch lösen

können, dass man von der mutmaßlichen Einwilligung des bewusstlosen Patienten ausgehen kann. Denn es liegt gerade nicht im Interesse des Patienten, sein Blut untersuchen zu lassen. Insofern können hier erhebliche zivil- und strafrechtliche Konsequenzen drohen.

Im Ergebnis ist nach Auffassung des Verfassers deshalb dringend davon abzuraten, im Fall einer Nadelstichverletzung ohne Einwilligung des Patienten eine Blutentnahme zum Ausschluss einer HIV-Infektion oder sonstiger Erkrankung durchzuführen. Dies unabhängig davon, ob der Patient ansprechbar ist oder nicht.

Für den Fall eines ansprechbaren und einwilligungsfähigen Patienten empfiehlt sich vielmehr bereits beim Aufklärungsbogen bzw. bei den Aufnahmebedingungen einen Passus mit aufzunehmen, wonach der Patient für den Fall einer Verletzung eines Arztes damit einverstanden ist, dass ein Bluttest zu vorgenanntem Zweck durchgeführt wird. ○

Gesetz für eine bessere Versorgung durch Digitalisierung und Innovation

Bundesministerium für Gesundheit (BMG)

Friedrichstraße 108
10117 Berlin (Mitte)
poststelle@bmg.bund.de

BMG: Gesetz für eine bessere Versorgung durch Digitalisierung und Innovation. Passion Chirurgie. 2019 November, 9(11): Artikel 05_01.



Hier finden Sie den aktuellen Gesetzesentwurf (09/2019)



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

Apps auf Rezept, Online-Sprechstunden einfach nutzen und überall bei Behandlungen auf das sichere Datennetz im Gesundheitswesen zugreifen – das soll das „Gesetz für eine bessere Versorgung durch Digitalisierung und Innovation“ (Digitale-Versorgung-Gesetz – DVG) ermöglichen, das am 27. September 2019 in der 1. Lesung im Bundestag beraten wurde.

DAS ÄNDERT SICH DURCH DAS GESETZ

PATIENTEN KÖNNEN GESUNDHEITS-APPS SCHNELLER NUTZEN

Viele Patienten nutzen schon jetzt Gesundheits-Apps, die sie zum Beispiel dabei unterstützen, ihre Arzneimittel regelmäßig einzunehmen oder ihre Blutzuckerwerte zu dokumentieren. Künftig können sie solche Apps von ihrem Arzt verschreiben lassen. Die

Kosten dafür zahlt die gesetzliche Krankenversicherung. Damit das möglichst unbürokratisch möglich ist, wird der Zugang für die Hersteller erleichtert: Nachdem die App vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) auf Datensicherheit, Datenschutz und Funktionalität geprüft wurde, wird sie ein Jahr lang vorläufig von der gesetzlichen Krankenversicherung erstattet. In dieser Zeit muss der Hersteller beim BfArM nachweisen, dass seine App die Versorgung der Patienten verbessert. Wie viel Geld der Hersteller erhält, verhandelt er dann selbst mit dem GKV-Spitzenverband.

Wir schaffen ein verpflichtendes digitales Netzwerk für den Gesundheitsbereich

Patientinnen und Patienten sollen digitale Angebote wie die elektronische Patientenakte möglichst bald flächendeckend nutzen

können. Darum verpflichten wir Apotheken (bis Ende September 2020) und Krankenhäuser (bis 1. Januar 2021), sich an die Telemedizin-Infrastruktur (TI) anschließen zu lassen. Hebammen und Physiotherapeuten sowie Pflege- und Rehabilitationseinrichtungen können sich freiwillig an die TI anschließen lassen. Die Kosten für die freiwillige Anbindung werden erstattet. Ärzte, die sich weiterhin nicht anschließen wollen, müssen einen erhöhten Honorarabzug von 2,5 Prozent ab dem 1. März 2020 in Kauf nehmen. Bisher lag er bei 1 Prozent.

VIDEOSPRECHSTUNDEN SOLLEN ALLTAG WERDEN

Welche Ärzte bieten eigentlich Videosprechstunden an? Bisher gibt es dazu nur wenige Informationen. Wir möchten, dass Patientinnen und Patienten solche Ärzte leichter finden können. Darum dürfen Ärztinnen und Ärzte künftig auf ihrer Internetseite über solche Angebote informieren. Die Aufklärung für eine Videosprechstunde kann jetzt auch online, also im Rahmen der

Videosprechstunde erfolgen – nicht mehr wie bisher im Vorfeld.

WENIGER ZETTELWIRTSCHAFT

Papier soll im Gesundheitswesen endlich zum Auslaufmodell werden: Neben der elektronischen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung und dem E-Rezept kommt nun auch die elektronische Heil- und Hilfsmittelverordnung. Bislang bekommen Ärztinnen und Ärzte für ein versendetes Fax mehr Geld als für das Versenden eines elektronischen Arztbriefs. Künftig erhalten Ärztinnen und Ärzte eine deutlich geringere Erstattung für die Übermittlung eines Telefax. Dadurch wird es zukünftig attraktiver, den Arztbrief elektronisch zu übermitteln. Wer einer gesetzlichen Kasse freiwillig beitreten möchte, kann das künftig auch elektronisch tun.

MEHR FÖRDERUNG FÜR INNOVATIVE PROJEKTE

Patientinnen und Patienten sollen möglichst schnell von innovativen Versorgungsansätzen

profitieren. Darum verlängern wir den Innovationsfonds bis 2024 mit 200 Millionen Euro jährlich. Und wir sorgen dafür, dass erfolgreiche Ansätze schnell in die Versorgung kommen.

WIE GEHT ES WEITER MIT DER ELEKTRONISCHEN PATIENTENAKTE?

Gesundheitsdaten sind extrem sensible Daten. Wir wollen optimale rechtliche Voraussetzungen für den Datenschutz. Dafür muss im SGB V datenschutzrechtlich vieles angepasst werden. Denn die gesetzlichen Grundlagen zur Patientenakte sind teilweise mehr als 15 Jahre alt. Wir legen zeitnah eine umfassende Lösung vor. Deshalb kommen die weiteren Regelungen zur Patientenakte nicht im Digitalisierungsgesetz, sondern in einem eigenen Datenschutzgesetz. An der Einführung zum 1. Januar 2021 ändert sich aber nichts.



Chirurgen und Orthopäden kritisieren geplante Änderung des Notfallsanitätärgesetzes

Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie e.V. (DGOU)

Straße des 17. Juni 106-108
10623 Berlin
emailoffice@dgou.de

Deutsche Gesellschaft für Chirurgie e.V. (DGCH)

Luisenstr. 58/59
10117 Berlin
info@dgch.de

Berufsverband der Deutschen Chirurgen e.V. (BDC)

Luisenstr. 58/59
10117 Berlin
mail@bdc.de

Berufsverband Deutscher Orthopäden und Unfallchirurgie e.V. (BVOU)

Straße des 17. Juni 106-108
10623 Berlin
office@bvou.net

Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU) zum Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Notfallsanitätärgesetzes (Bundesrat, Drucksache 428/19) in Abstimmung mit der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH), dem Berufsverband Deutscher Chirurgen (BDC) und dem Berufsverband für Orthopädie und Unfallchirurgie (BVOU)

„ÄRZTLICH TÄTIG SEIN KANN UND DARF NUR DER ARZT.“

„Wir sprechen uns gegen die eigenständige Durchführung von invasiven Maßnahmen durch Notfallsanitäter aus. Eine Substitution ärztlicher Leistung gerade im Kontext einer Notfallsituation wird von uns zum Wohle und zum Schutz der erkrankten und verletzten Patienten abgelehnt. Die Bedeutung gut ausgebildeter Notfallsanitäter wird ausdrücklich bejaht. Eine

Substitution ärztlicher Leistung hingegen führt im Schadensfall zur Frage der Übernahme juristischer Konsequenzen. Im Rahmen der Daseinsvorsorge kann vom Staat erwartet werden, eine ausreichende Struktur in der Notfallversorgung mit Notärzten, Notdienst tuenden Ärzten und Notaufnahmen der Krankenhäuser zu schaffen und zu unterhalten. Dies muss unabhängig von wirtschaftlichen Erwägungen bereitgestellt werden“, das sagte DGU-Generalsekretär und stellvertretender DGOU-Generalsekretär Prof. Dr. Dietmar Pennig im Vorfeld der 981. Plenarsitzung des Bundesrates. Diese findet am 11. Oktober 2019 statt. Auf der Tagesordnung steht unter anderem der Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Notfallsanitätärgesetzes.

In ihrer schriftlichen Stellungnahme gegenüber dem Gesundheitsministerium begrüßt



DGOU, DGCH, BDC, BVOU: Chirurgen und Orthopäden kritisieren geplante Änderung des Notfallsanitätärgesetzes. *Passion Chirurgie*. 2019 November, 9(11): Artikel 05_02.



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

die Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU) in Abstimmung mit der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH), dem Berufsverband für Orthopädie und Unfallchirurgie (BVOU) und dem Berufsverband Deutscher Chirurgen (BDC) eine klare Regelung des Tätigkeitsspektrums der Notfallsanitäter. Gerade im Notfalleinsatz entstehen besondere Herausforderungen, die für die Tätigkeit des hilfeleistenden Notfallsanitäters im Rahmen einer gesetzlichen Regelung festgeschrieben werden müssen. Jedoch sieht sie die deliktische Haftung für eine Maßnahme an Patienten, die durch einen Nicht-Arzt vorgenommen wird als ausgesprochen problematisch.

AKTUELLER ANLASS

Der Gesetzesantrag vom 10.09.2019 kommt aus den Ländern Bayern und Rheinland-Pfalz, die über den Bundesrat eine Initiative starten, um rechtliche Klarheit für Notfallsanitäter zu schaffen. Demnach soll das Notfallsanitätergesetz um eine Regelung erweitert werden, die ausdrücklich

sagt, dass Notfallsanitäter zur Ausübung heilkundlicher Tätigkeiten berechtigt sind. Diese Tätigkeiten werden nach § 4 Absatz 2 Nummer 1 Buchstabe c) wie folgt beschrieben:

„Durchführen medizinischer Maßnahmen der Erstversorgung bei Patientinnen und Patienten im Notfalleinsatz und dabei Anwenden von in der Ausbildung erlernten und beherrschten, auch invasiven Maßnahmen, um einer Verschlechterung der Situation der Patientinnen und Patienten bis zum Eintreffen der Notärztin oder des Notarztes oder dem Beginn einer weiteren ärztlichen Versorgung vorzubeugen, wenn ein lebensgefährlicher Zustand vorliegt oder wesentliche Folgeschäden zu erwarten sind, (...)“

Wegen des so genannten Heilkundevorbehalts dürfen bislang nur Ärzte solche lebensrettenden Maßnahmen vornehmen. Der Änderungsantrag wurde im Bundesrat am 20. September 2019 erstmals beraten und kommt jetzt am 11. Oktober 2019 erneut auf die Tagesordnung.

DAS BERUFSBILD NOTFALLSANITÄTER SEIT 2013

Das neue Berufsbild des Notfallsanitäters wurde 2013 mit dem Inkrafttreten des Notfallsanitätergesetzes auf den Weg gebracht. Demnach soll die Ausbildung zum Notfallsanitäter dazu befähigen, eigenverantwortlich medizinische Maßnahmen der Erstversorgung bei Patienten im Notfalleinsatz durchzuführen und dabei auch invasive Maßnahmen anzuwenden. Dagegen sprach sich seinerzeit die DGU aus. Sie befürchtete dahinter eine Mogelpackung, um Geldmangel im Rettungsdienst und den Mangel an verfügbaren Notärzten für die jeweiligen Notarztstandorte zu kompensieren. Die Fachgesellschaft plädierte hingegen für eine qualifizierte Teamarbeit zwischen Notarzt und Notfallsanitäter, um Schwerverletzte bestmöglich zu versorgen.

Die aktuelle Einschätzung der DGOU in Abstimmung mit der DGCH, dem BDC und dem BVOU wurde dem Bundesgesundheitsminister Jens Spahn mit Schreiben vom 24.09.2019 zugeschickt. 

AKTUELLE MELDUNGEN



24.10.2019 BDC

BDC BEI DER ANHÖRUNG ZUM OTA-REFORMGESETZ

In dieser Woche fand die Anhörung zum Gesetzesentwurf über die Ausbildung für Anästhesietechnische Assistenten (ATA) und Operationstechnische Assistenten (OTA) vor dem Gesundheitsausschuss statt...



23.10.2019 KV-Spitzenverband, Deutsche Krankenhausgesellschaft, Verband der Privaten Krankenversicherung KRANKENHAUSENTGELTKATALOG 2020 STEHT FEST

Trotz schwieriger Verhandlungen haben sich die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG), der GKV-Spitzenverband und der Verband der Privaten Krankenversicherung (PKV) auf den im kommenden Jahr geltenden...



22.10.2019 Bundesärztekammer ÄRZTESCHAFT FORDERT ORDNUNGSRAHMEN FÜR DIGITALISIERUNG

„Die Digitalisierung im Gesundheitswesen hat das Potenzial, sowohl die Prozesse als auch grundsätzliche Prinzipien der gesundheitlichen Versorgung zu verändern. Diese Veränderungen werden aber nur...



18.10.2019 Kassenärztliche Bundesvereinigung KLINIK ODER PRAXIS? AMBULANTE MEDIZIN WIRD FÜR STUDIERENDE IMMER INTERESSANTER

Immer mehr Medizinstudierende interessieren sich für eine Tätigkeit in der ambulanten Versorgung. Das ist ein Ergebnis des Berufsmonitorings der KBV, in dem rund 14.000 Nachwuchsmediziner zu ihren Erwartungen...



17.10.2019 Gemeinsamer Bundesausschuss QUALITÄTSKONTROLLEN DES MDK IN KRANKEN- HÄUSERN: WEITERE VERFAHREN BESCHLOSSEN

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat am Donnerstag in Berlin weitere Regelungen zu Qualitätskontrollen des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) in Krankenhäusern getroffen, dessen...



16.10.2019 Presseagentur Gesundheit

BDC+ IQTiG BLEIBT DABEI: QUALITÄTSSICHERUNG IST ERFOLGREICH

Patientensicherheit soll das Ziel von Qualitätssicherung sein: So ist die Qualitätssicherungskonferenz des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) am 26. und 27. September in Berlin überschrieben...

Rekrutierende multizentrische chirurgische Studien in Deutschland

AUS DER
DGCH

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

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

KONTAKT

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

MULTIZENTRISCH RANDOMISIERT KONTROLLIERTE STUDIEN

STUDIENLEITER	PATIENTEN/OP.-VERFAHREN	FIRST PATIENT IN/ STATUS DER STUDIE	FINANZIERUNG DER STUDIE/FALLGELD	ANSPRECHPARTNER/ KONTAKT
Studientitel: 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 639 von 636 Patienten Rekrutierung beendet	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: BariSurge₊ 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 107 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 300 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 Tumorresektion Kontrollgruppe: Neoadjuvante Radiochemotherapie (CROSS) und Tumorresektion	09.02.2016 355 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 314 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 40 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 95 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: rebekka.schirren@tum.de
Studientitel: RELY_g, 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_g, Registrierungsnummer: NCT01855464				
Prof. Dr. T. Walles, FETCS Prof. Dr. J. Neudecker (Stellvertreter-Studienleiter)	Patienten (15–40 Jahre) mit Rezidiv eines primären Spontanpneumothorax (PTX) oder therapierefraktärem PTX Erstereignis Experimentelle Gruppe: Lungenkeilektomie mit parietaler Pleurektomie Kontrollgruppe: Alleinige parietale Pleurektomie	FPI: 19.11.2013 291 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

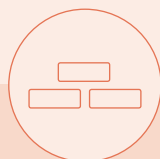
- [1] Randomisierte, multizentrische Studie mit der primären Hypothese, dass kontrolliertes Warten (watchful waiting) dem chirurgischen Verschluss asymptomatischer sowie oligosymptomatischer Narbenhernien nicht unterlegen ist hinsichtlich Schmerzen und Beschwerden während normaler Aktivitäten
- [2] Sleeve gastrectomy versus Roux-en-Y gastric bypass in obese patients with BMI 35–60 kg/m² – 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: September 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 Eingangsflur angebracht, würdigen wir die Spender. Sie werden auch in der Mitgliederzeitschrift *PASSION CHIRURGIE* bekannt gegeben.

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

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



Prof. Dr. med. 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
- Herr Prof. Dr. med. Gerhard Krönung, Wiesbaden
in memoriam Prof. Dr. med. Johannes Christian Dobroschke, Regensburg
- Herr Prof. Dr. med. Alois Fürst
- Herr Dr. med. Arthur Heiligensetzer
- Herr Dr. med. Peter Sauer
- Herr Dr. med. Bernfried Pikal
- Herr Dr. med. Johannes Winfried Pruy
in memoriam Prof. Dr. med. Johannes Christian Dobroschke, Regensburg
- Herr Prof. Dr. med. Christian Müller, Hamburg
- Herr Dr. med. Friedrich Klee, Heidelberg
- Herr Prof. Dr. med. Karl Dinstl, Wien
in memoriam Prof. Dr. med. K. Keminger
- Herr Prof. Dr. med. Axel Richter, Hildesheim
- Herr Prof. Dr. med. Ernst Teubner, Göppingen
- Herr Prof. Dr. med. Martin Büsing, Recklinghausen
- Herr Dr. med. Helge Hölzer, Stuttgart
in memoriam Prof. Dr. med. Gerhard Köveker, Sindelfingen und Böblingen
- Herr Dr. med. Friedemann Schreiter, Hamburg
- Herr Prof. Dr. med. Dr. h.c. Hans-Joachim Meyer, Hannover
- Herr Prof. Dr. med. Konrad 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. 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 Dr. med. Heinrich Schellerer und Prof. Dr. med. Gerd Hegemann

BAUSTEIN IN BRONZE

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

WICHTIGE INFORMATION ZU DEN SPENDENTAFELN

Sehr geehrte Damen und Herren,
liebe Kolleginnen und Kollegen,

dem Spendenaufruf der DGCH zum Erwerb eines „Bausteins“ zum Erhalt des Langenbeck-Virchow-Hauses wird erfreulicherweise immer wieder von Mitgliedern unserer Gesellschaft oder deren Angehörigen nachgekommen. Die Tafeln mit den Namen sind bisher auf Acrylglasplatten im Eingangsbereich des Langenbeck-Virchow-Hauses gut sichtbar angebracht.

Da der vorhandene Platz ausgeschöpft ist, hat sich der geschäftsführende Vorstand nun entschieden, eine Neugestaltung vorzunehmen, damit auch zukünftige Förderer an dieser Stelle im Haus ihren „Baustein“ wiederfinden können.

Die Umgestaltung wird einige Zeit in Anspruch nehmen und wir bitten alle, die bereits einen „Baustein“ erworben haben, um ihr Verständnis, dass die Tafeln über die nächsten Wochen nicht sichtbar angebracht sind.

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

DGCH-PRÄSIDIUM

ab 1. November 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	L. Prantl, Regensburg
Deutsche Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie	J. Gummert, Bad Oeynhausen
Deutsche Gesellschaft für Thoraxchirurgie	H.-S. Hofmann, Regensburg
Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie	D. Pennig, Köln
Berufsverband der Deutschen Chirurgen e.V.	J.-A. Rüggeberg, Bremen
Perspektivforum Junge Chirurgie	T. Fritz, 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

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



BDC|Mobile

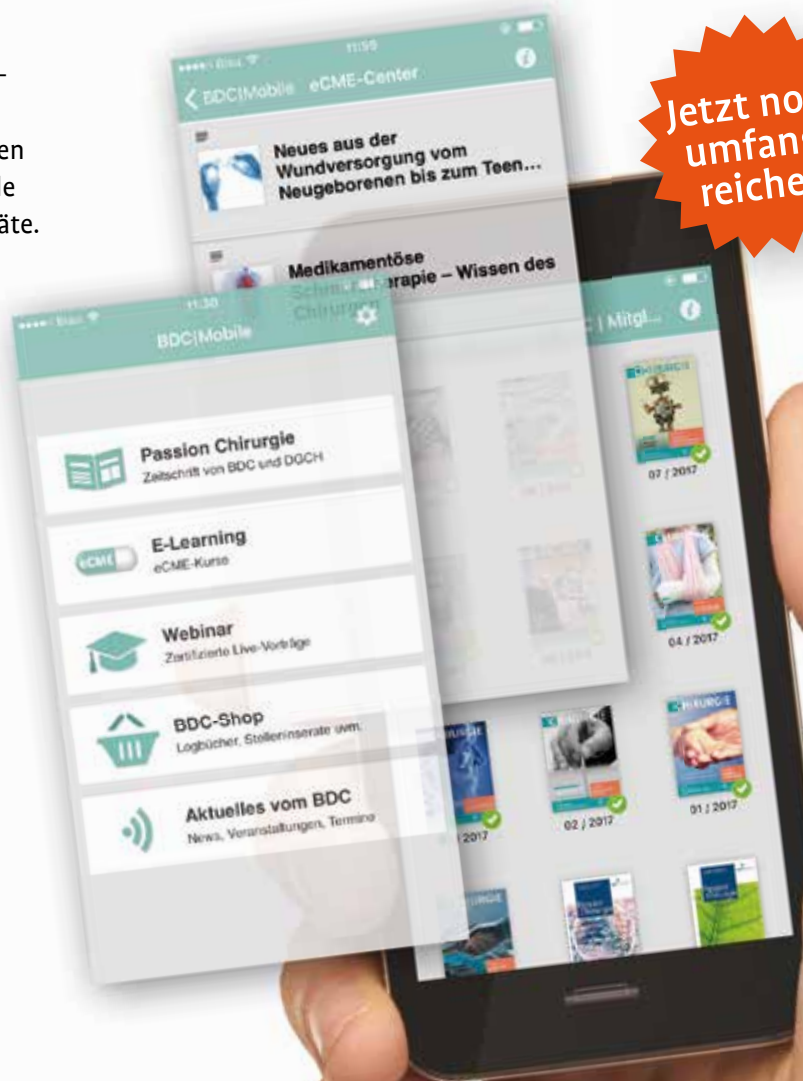
Die schnellsten Infos für
Chirurginnen und Chirurgen

BDC|Mobile ist die Service-App des BDC –
kostenlos für alle BDC-Mitglieder.
Sie bündelt verschiedene Dienstleistungen
für Smartphones und Tablets. BDC|Mobile
ist erhältlich für Apple- und Android-Geräte.

Jetzt noch
umfang-
reicher!

BDC|Mobile beinhaltet:

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



Wie bekomme ich BDC|Mobile?

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



AUS DEM
BDC

HIGHWAY TO HEALTH



BDC IM AUSTAUSCH ÜBER DIGITALISIERUNG IM GESUNDHEITSWESEN

Im Herbst konnte Dirk Farghal, stellvertretender Leiter des Themen-Referates „Niedergelassene“ im BDC, in Zürich als Redner und Vertreter des BDC, teilnehmen.

„Highway to Health“, unter diesem Motto lud die Detecon Consulting, ein Tochterunternehmen der Deutschen Telekom, zu einem Meinungsaustausch von Experten zur Frage, ob die Digitalisierung als „Heilsbinger“ für die Probleme des Gesundheitswesens gesehen werden kann.

Mehr lesen...

BDC|AKADEMIE



NEUE STELLVERTRETENDE LEITER

Prof. Dr. med. Julia Seifert und Prof. Dr. med. Michael Paul Hahn sind neue stellvertretende wissenschaftliche Leiter der BDC|Akademie.

(Das Team der BDC|Akademie v.l.n.r.: M. P. Hahn, J. Seifert, N. Kandinskaja, F. Burgdorf, B. Winkler, H. Becker, J. Dreusch, S. Joachimi, W. Schröder)



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. Jügen Klein

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

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

Regionalvertreter NL
Dr. med. Werner Boxberg

stellv. Regionalvertreter NL
Dr. med. Sven Gregor

Stellv. Regionalvertreter NL
Dr. med. Jürgen Klein

BDC | Hessen

Vorsitzender
Frank Forst

1. Stellv. Vorsitzender
Dr. med. Christoph Schüürmann

2. Stellv. Vorsitzender
Dr. med. Alexander Buia

Regionalvertreter NL
Dr. med. Detlev Grapentin

BDC | Saarland

Vorsitzender
Dr. med. Peter Bongers

Stellv. Vorsitzender
Prof. Dr. med. Tim Pohlemann

Regionalvertreter NL
Dr. med. Daniel Bastian

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. Christoph W. Jaschke

Regionalvertreter NL
Dr. med. Matthias Szabo

Regionalvertreter NL
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-Pressemitteilungen und das Medienecho
finden Sie auf BDC|Online im Bereich Presse.



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

BDC-PRESSESPIEGEL

17.10.2019

Notfallsanitäter sollen ärztliche Aufgaben übernehmen dürfen

Notfallsanitäter sollen unter bestimmten Bedingungen bei Patienten in lebensbedrohlichen Situationen eigenständig ärztliche Aufgaben übernehmen dürfen. Eine entsprechende Änderung am Notfallsanitätergesetz strebt die Große Koalition mit einer Ergänzung für das Gesetz...

16.10.2019 Ärztezeitung

Koalition will am Arztvorbehalt festhalten

Die Koalitionsfraktionen gehen bei der geplanten Änderung des Notfallsanitätergesetzes auf Gegenkurs zum Bundesrat. Während die Länder den Sanitätern Kompetenzen zur selbstständigen Ausübung von Heilkunde übertragen wollen, halten Union und SPD im Bundestag das für unangemessen.

16.10.2019 Management&Krankenhaus

Chirurgen befürworten MDK-Reformgesetz

Der Berufsverband der Deutschen Chirurgen (BDC) begrüßt den „Entwurf eines Gesetzes für bessere und unabhängige Prüfungen – MDK-Reformgesetz“. Durch den Einbezug von Vertretern u.a. der Patienten, Verbraucher, Pflegeberufe und Ärzteschaft soll die Unabhängigkeit des Medizinischen Dienstes...

09.10.2019 ÄrzteZeitung

Immer mehr Ärzte praktizieren im Ruhestand weiter

Deutlich mehr als eine Million Senioren gehen in ihrem Ruhestand noch arbeiten. Auch in vielen Arztpraxen und Kliniken gehören die Silver Worker zum betrieblichen Alltag. Eine Umfrage zeigt Chancen und Herausforderungen...

19.08.2019 Ärzteblatt

Belegärzte: Kampf für das Belegsysteem

Das Belegarztwesen in Deutschland befindet sich im Niedergang. Ein Belegarzt und der Geschäftsführer eines Belegkrankenhauses erklären, warum das System aus ihrer Sicht in jedem Fall erhalten werden muss – und wie das möglich ist.

16.07.2019 ÄrzteZeitung

KBV für Schließung von Kliniken

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung sieht sich durch die Bertelsmann-Krankenhausstudie bestätigt. „Ein krampfhaftes Festhalten am Status quo bringt niemanden weiter. Kleine und defizitäre Krankenhäuser um jeden Preis zu erhalten, ist nicht zielführend – auch nicht im Sinne der Menschen vor Ort“, kommentiert der KBV-Vorsitzende Dr. Andreas Gassen die Studie, in der Krankenhausexperten...

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 Präsidenten 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...

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...

www.bdc.de/presse/

Termine BDC | Akademie

CURRICULUM BASISCHIRURGIE

DATUM		ORT	KURS-NR.	SEMINARTITEL	WISSENSCHAFTLICHER LEITER	PREIS MITGLIED	PREIS NICHT-MGL
02.12.2019	06.12.2019	Berlin	2019-21664	Common Trunk	Prof. Dr. med. Stephan Gretschel; Dr. med. Christian Müller	400,00	600,00
28.02.2020	29.02.2020	Potsdam	2020-21512	Workshop: Intensivmedizin & Reanimation	Prof. Dr. med. habil. Frank Marusch	500,00	700,00
06.03.2020	07.03.2020	Leipzig	2020-21520	Seminar Notfallmanagement im Bereitschaftsdienst	Dr. med. Ehrhardt Weiß	100,00	200,00
19.03.2020	21.03.2020	Bochum	2020-21665	Common Trunk	Dr. med. Jörg Sauer; Prof. Dr. med. Vallböhmer	350,00	550,00
07.05.2020	09.05.2020	Hamburg	2020-21666	Common Trunk	PD Dr. med. Dr. Uwe Johannes Roblick; Prof. Dr. med. Hans-Bernd Reith	350,00	550,00

FACHARTZTVORBEREITUNG

DATUM		ORT	KURS-NR.	SEMINARTITEL	WISSENSCHAFTLICHER LEITER	PREIS MITGLIED	PREIS NICHT-MGL
10.02.2020	14.02.2020	Berlin	2020-23691	Facharztseminar Gefäßchirurgie	Prof. Dr. med. univ. Andreas Greiner	350,00	550,00
17.02.2020	21.02.2020	Augsburg	2020-22580	Facharztseminar Allgemein- und Viszeralchirurgie	Prof. Dr. med. Matthias Anthuber	350,00	550,00
16.03.2020	20.03.2020	Berlin	2020-22570	Facharztseminar Allgemein- und Viszeralchirurgie	Prof. Dr. med. Thomas Steinmüller	350,00	550,00
26.03.2020	28.03.2020	Berlin	2020-23920	Facharztseminar Plastische Chirurgie	Prof. Dr. med. Heinz-Herbert Homann	350,00	550,00
04.05.2020	08.05.2020	Hamburg	2020-23820	Facharztseminar Orthopädie/Unfallchirurgie	Prof. Dr. med. Lars Gerhard Großterlinden	350,00	550,00
04.05.2020	07.05.2020	Solingen	2020-23686	Facharztseminar Viszeralchirurgie	Prof. Dr. med. Wolfgang Schwenk	350,00	550,00

FACHBEZOGENE SEMINARE, WORKSHOPS UND HOSPITATIONEN

DATUM		ORT	KURS-NR.	SEMINARTITEL	WISSENSCHAFTLICHER LEITER	PREIS MITGLIED	PREIS NICHT-MGL
05.12.2019	06.12.2019	Berlin	2019-22407	CAMIC 4	Prof. Dr. med. Ferdinand Köckerling	400,00	600,00
22.01.2020	24.01.2020	Augsburg	2020-23610	Spezielle Unfallchirurgie Teil I	Prof. Dr. med. Edgar Mayr	300,00	500,00
23.01.2020	24.01.2020	Berlin	2020-22400	CAMIC 1	Prof. Dr. med. Ferdinand Köckerling	400,00	600,00
20.02.2020	21.02.2020	Berlin	2020-22402	CAMIC 2	Prof. Dr. med. Ferdinand Köckerling	400,00	600,00
28.02.2020		Bonn	2020-23632	Kindertraumatologie für D-Ärzte	PD Dr. med. Hans Goost; Prof. Dr. Christof Burger; Prof. Dr. Axel Prokop	150,00	250,00

FACHBEZOGENE SEMINARE, WORKSHOPS UND HOSPITATIONEN							
DATUM		ORT	KURS-NR.	SEMINARTITEL	WISSENSCHAFTLICHER LEITER	PREIS MITGLIED	PREIS NICHT-MGL
28.02.2020		Bonn	2020-25840	Rehabilitationsmedizin / -Management	Dr. med. Werner Boxberg	150,00	250,00
29.02.2020		Bonn	2020-25810	Unfallbegutachtung in der gesetzlichen Unfallversicherung	Dr. med. Werner Boxberg	300,00	500,00
12.03.2020	13.03.2020	Berlin	2020-22404	CAMIC 3	Prof. Dr. med. Ferdinand Köckerling	400,00	600,00
19.03.2020	20.03.2020	Berlin	2020-24630	Update Robotische Chirurgie	PD Dr. med. Hans Fuchs	300,00	400,00
02.04.2020	03.04.2020	Berlin	2020-22406	CAMIC 4: Laparoskopische kolorektale Chirurgie	Prof. Dr. F. Köckerling	400,00	600,00
24.04.2020		Berlin	2020-25850	Rehabilitationsmedizin / -Management	Dr. med. Werner Boxberg	150,00	250,00
04.05.2020	05.05.2020	Berlin-Buch	2020-23679	Viszeralchirurgie Kompakt Adipositaschirurgie	Prof. Dr. med. Volker Lange	300,00	500,00
06.05.2020	08.05.2020	Berlin	2020-23681	Viszeralchirurgie Kompakt: Endokrine Chirurgie	Prof. Dr. med. Thomas Steinmüller; Dr. Mechthild Hermanns	300,00	500,00
08.05.2020	09.05.2020	Mannheim	2020-23675	Viszeralchirurgie Kompakt: Proktologie	Prof. Dr. med. Dieter Bussen; Prof. Dr. med. Alexander Herold; Dr. med. Andreas K. Joos	300,00	500,00
13.05.2020	15.05.2020	Berlin	2020-23671	Viszeralchirurgie Kompakt: Hepatobiliäre Chirurgie	Prof. Dr. med. Johann Pratschke; PD Dr. med. Moritz Schmelzle; PD Dr. med. Robert Öllinger; PD Dr. med. Wenzel Schöning	300,00	500,00

FACHÜBERGREIFENDE SEMINARE							
DATUM		ORT	KURS-NR.	SEMINARTITEL	WISSENSCHAFTLICHER LEITER	PREIS MITGLIED	PREIS NICHT-MGL
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
07.02.2020	08.02.2020	Nürnberg	2020-24712	Abschlusscolloquium hygienebeauftragte Ärzte (Bundeskongress Chirurgie)	Prof. Dr. med. Axel Kramer		
15.05.2020	16.05.2020	Berlin	2020-24707	Abschlusscolloquium Fortbildung für hygienebeauftragte Ärzte (HBA)	Prof. Dr. med. Julia Seifert; Prof. Dr. med. Axel Kramer		

SOFTSKILL- & MANAGEMENTSEMINARE							
DATUM		ORT	KURS-NR.	SEMINARTITEL	WISSENSCHAFTLICHER LEITER	PREIS MITGLIED	PREIS NICHT-MGL
02.12.2019		Berlin	2019-24714	G-DRG Update 2020	Prof. Dr. med. Thomas Auhuber	200,00	400,00
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
14.12.2019		Berlin	2019-27707	Abrechnungseminar EBM neu 2020	Dr. med. Jörg-Andreas Rüggeberg	140,00	240,00
07.02.2020	09.02.2020	Nürnberg	2020-28072	Unfallbegutachtung in der gesetzlichen Unfallversicherung (Bundeskongress Chirurgie)	Dr. med. Werner Boxberg		

Datum		Ort	Kurs-Nr.	Seminar-Titel	Wissenschaftlicher Leiter	Preis Mitglied	Preis Nicht-Mgl.
28.02.2020		Bonn	2020-25840	Rehabilitations-medicin / -management	Dr. med. Werner Boxberg	150,00	250,00
28.02.2020		Bonn	2020-23632	Kindertraumatologie für D-Ärzte	Prof. Dr. med. Christof Burger; Prof. Dr. med. Axel Prokop; PD Dr. med. Hans Goost	150,00	250,00
29.02.2020		Bonn	2020-25810	Unfallbegutachtung in der gesetzlichen Unfallversicherung	Dr. med. Werner Boxberg	300,00	500,00
27.03.2020	28.03.2020	Berlin	2020-26531	Führungsseminar für Chirurginnen – Modul 1	Dr. med. Gunda Leschber, Sabine Schicke	450,00	650,00
24.04.2020	25.04.2020	Berlin	2020-27832	Praxis-Optimierung	Dr. med. Peter Kalbe	350,00	500,00
25.04.2020		Berlin	2020-27708	Abrechnungsseminar EBM mit Änderungen zum 01.04.2020	Dr. med. Jörg-Andreas Rüggeberg	140,00	240,00
25.04.2020		Berlin	2020-27841	Auffrischkurs Strahlenschutz für Ärzte und MFA, MTA, MTAA	Dr. med. Dipl.-Phys. Harald R. Krüger	120,00	200,00
15.05.2020	16.05.2020	Berlin	2020-26532	Führungsseminare: Modul 2 - Durchsetzungsstrategien im Klinikalltag	Dr. med. Gunda Leschber; Prof. Dr. med. Katja Schlosser; Sabine Schicke	450,00	650,00
16.05.2020		Berlin	2020-24760	Medizinische Krisenkommunikation unter juristischen und medialen Aspekten	Dr. jur. Jörg Heberer; Holger Münsinger	200,00	400,00



SPONSOREN DER BDC|AKADEMIE

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

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

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

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



Veranstaltungshinweise

Datum		Ort	Seminartitel	Veranstalter	Preis Mitglied	Preis Nicht-Mitglied
28.11.19	30.11.19	Norderstedt	Interdisziplinärer vaskulärer Ultraschallgrundkurs nach den Richtlinien der Kassenärztlichen Vereinigung und der DEGUM,	Vereinigung Norddeutscher Chirurgen (NDCH) e. V.	500,00	650,00
29.11.19	30.11.19	Norderstedt	FÜHREN ZUSAMMEN LERNEN das Führungskräfte-Curriculum	Vereinigung Norddeutscher Chirurgen (NDCH) e. V.	250,00	350,00
29.11.19	30.11.19	Norderstedt	Zugangswege an Körperspendern	Vereinigung Norddeutscher Chirurgen (NDCH) e.V.	800,00	950,00
29.11.19	30.11.19	Norderstedt	Viszeralchirurgischer Operationskurs	Vereinigung Norddeutscher Chirurgen (NDCH) e. V.	500,00	650,00
29.11.19	30.11.19	Norderstedt	Studierendenkurs	Vereinigung Norddeutscher Chirurgen (NDCH) e. V.	30,00	30,00
29.11.19	30.11.19	Norderstedt	Proktologiekurs	Vereinigung Norddeutscher Chirurgen (NDCH) e. V.	300,00	400,00
29.11.19	30.11.19	Norderstedt	Intensivkurs Orthopädie und Unfallchirurgie	Vereinigung Norddeutscher Chirurgen (NDCH) e. V.	400,00	650,00
29.11.19	29.11.19	Norderstedt	Hernienkurs	Vereinigung Norddeutscher Chirurgen (NDCH) e. V.	200,00	300,00
29.11.19	30.11.19	Norderstedt	Gefäßchirurgischer Operationskurs	Vereinigung Norddeutscher Chirurgen (NDCH) e. V.	500,00	650,00
29.11.19	29.11.19	Norderstedt	Gefäßchirurgischer Interventionskurs / Basiskurs Endovaskulärer Chirurg*in DGG®	Vereinigung Norddeutscher Chirurgen (NDCH) e. V.	395,00	450,00
29.11.19	30.11.19	Köln	IQWiG-Herbst-Symposium: Zwischen Skalpell und Algorithmus – evidenzbasiertes Operieren	Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG)		
30.11.19	30.11.19	Norderstedt	Youngsters-Workshop Enthusiasmus- braucht es das für langfristigen Erfolg?	Vereinigung Norddeutscher Chirurgen (NDCH) e. V.		
30.11.19	30.11.19	Leipzig	10. Leipziger Gelenksymposium: Update Knie- und Hüftendoprothetik	event lab. GmbH		
02.12.19	03.12.19	Berlin	EFFIZIENT FÜHREN im Klinik- und Praxisalltag – Modul 3: Kritische Situationen meistern	AESCLAP AKADEMIE GMBH	600,00	650,00
02.12.19	04.12.19	Tuttlingen	Aufbaukurs Laparoskopische Hernienchirurgie	AESCLAP AKADEMIE GMBH	690,00	740,00
02.12.19	04.12.19	Bochum	Aufbaukurs Laparoskopische colo-rectale Chirurgie	AESCLAP AKADEMIE GMBH	790,01	840,00
03.12.19	03.12.19	Bochum	Hygienebeauftragte Med. Fachangestellte (MFA)	AESCLAP AKADEMIE GMBH	499,00	499,00
04.12.19	06.12.19	Hamburg	19. Kongress der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI)	DIVI. e.V.		
05.12.19	07.12.19	Hamburg	38. Arbeitstagung der Chirurgischen Arbeitsgemeinschaft Endokrinologie (CAEK)	DGAV GmbH	160,00	160,00
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
06.12.19	07.12.19	Berlin	Advanced Minimally Invasive Pediatric Surgery	AESCLAP AKADEMIE GMBH	1.100,00	1.100,00
07.12.19	07.12.19	Stuttgart	Sporttraumatologisches Symposium Stuttgart	Sportklinik Stuttgart	90,00	90,00
09.12.19	12.12.19	Bochum	Basiskurs Laparoskopische Chirurgie	AESCLAP AKADEMIE GMBH	585,00	650,00

LIFESTYLE- ANGEBOTE

im November 2019

%

25 %



MOLESKINE: 25 % RABATT FÜR BDC-MITGLIEDER

22 %



ROSENTHAL: 22 % RABATT FÜR BDC-MITGLIEDER

10 %



MSC: 10 % RABATT FÜR BDC-MITGLIEDER

20 %



LENOVO: 20 % RABATT FÜR BDC-MITGLIEDER

WIE KANN ICH DIE ANGEBOTE IN ANSPRUCH NEHMEN?

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

App.in.den.OP®!



App.in.den.OP®

Chirurgischer Stellenmarkt als kostenlose App für Smartphones und Tablets

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



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

Erhältlich im App Store



Kostenlos im App Store und auf Google Play erhältlich!

Jetzt installieren!

GET IT ON Google play





PANORAMA

Schwanger im OP





Prof. Dr. med. Jochen Gaedcke
 Leitender Oberarzt
 Klinik für Allgemein-, Viszeral und
 Kinderchirurgie
 Robert-Koch-Str. 40
 37075 Göttingen
jochen.gaedcke@med.uni-goettingen.de

Schwanger im OP – Erfahrungsbericht der Einführung eines Leitfaden-gestützten Konzeptes

In der Veröffentlichung der aktuellen BDC-Umfrage zum **Operieren in der Schwangerschaft** von Fritze-Büttner et al. haben die befragten Ärztinnen drei wesentliche Beweggründe genannt, die sie dazu bewogen, in der Schwangerschaft zu operieren: Kollegialität, Teamgeist und – vor allem – Freude am Operieren. Diese Gründe sind auch für nicht-schwangere Chirurginnen und Chirurgen gut nachvollziehbar, da die Tätigkeit im Operationssaal das Kernelement unseres Berufs darstellt. Gut 60 Prozent der an der Umfrage teilnehmenden Kolleginnen gaben an, bereits in der Schwangerschaft operiert zu haben. Dennoch ist die Hürde, den Einsatz Schwangerer im OP flächendeckend und standortunabhängig zu ermöglichen, auch nach Änderung des Mutterschutzgesetzes, noch immer vorhanden. Oftmals handelt es sich bei dem Einsatz im OP um reine Einzel-

fallentscheidungen und nur an wenigen Kliniken gibt es für die schwangeren Mitarbeiterinnen transparente Konzepte zum Einsatz im OP.

Im Folgenden berichten wir daher über die Etablierung eines Konzeptes zum Ermöglichen eines Einsatzes schwangerer Kolleginnen im OP an einer Universitätsklinik, speziell in der Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie, und unsere bisherigen Erfahrungen in Göttingen.

Der von den Ärztinnen in der Aus- und Weiterbildung selbst geäußerte Wunsch, auch in der Schwangerschaft weiter operieren zu können, ist aus unserer Sicht die Grundvoraussetzung. In vergleichbarer Weise muss aber auch der Wunsch des Abteilungsdirektors bestehen, ein Konzept zu entwerfen und dieses in der

Gaedcke J: Schwanger im OP – Erfahrungsbericht der Einführung eines Leitfaden-gestützten Konzeptes. *Passion Chirurgie*. 2019 November, 9(11): Artikel 09.



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



Abb. 1: Gebäudekomplex der Universitätsmedizin Göttingen

Folge auch umzusetzen. Als dritter, wesentlicher Punkt für die reibungslose Umsetzung im klinischen Alltag ist zudem eine enge und wohlwollende Zusammenarbeit mit dem betriebsärztlichen Dienst notwendig. Die Rolle des betriebsärztlichen Dienstes ist es, auch mit der Gewerbeaufsicht das Anliegen abzustimmen und mögliche Auflagen vor Ort umzusetzen. Alle drei Punkte waren in unserem Fall gegeben, sodass in einer Kooperation mit Frau Dr. Reimers, als Leiterin des betriebsärztlichen Dienstes, der Leitfaden „SOP – Schwanger im OP an der UMG“ erarbeitet wurde.

Für die Etablierung des Leitfadens dienten uns als Anhaltspunkt zunächst die bisher verfügbaren Checklisten und Publikationen (z. B. www.opids.de, Leitfaden famsurg), welche einen guten Überblick über die zu berücksichtigenden Aspekte zum Einsatz schwangerer Ärztinnen im OP geben. Die wesentlichen Auflagen beziehen sich auf den Infektionsschutz der Schwangeren mit dem Schwerpunkt auf eine Vermeidung der Übertragung von HI- und Hepatitis-Viren. Eine präoperative Testung aller Patienten, die von einer schwangeren Mitarbeiterin operiert werden sollen, ist daher unablässig. Dies wurde in unserem Fall durch die ohnehin bestehende generelle Testung aller Patienten unserer Klinik erleichtert. Nach entsprechender Einverständniserklärung aller Patienten, die elektiv in der Klinik operiert werden, werden diese im Rahmen der Routine auf HIV und Hepatitis B und C getestet. Diese Untersuchung wird meist zu Beginn der Aufnahme durchgeführt und liegt so vor Beginn der Operation vor. Zum Ausschluss frisch infizierter Patienten, die sich noch im diagnostischen Nachweisfenster befinden könnten, wird jeweils das individuelle Risiko des Patienten an Hand eines Fragebogens beurteilt. Im Fall eines erhöhten Infektionsrisikos, auch bei (noch) negativem Test-Ergebnis, wird dann von einer Operation durch die Schwangere abgesehen.

NARKOSE

Eine weitere Voraussetzung zum Operieren in der Schwangerschaft ist die Narkoseführung unter Ausschluss von Inhalationsgasen

und alleiniger Anwendung total intravenöser Anästhesie (TIVA). Nach entsprechender Absprache mit den Kollegen der Anästhesiologie fanden wir auch hier einen unkomplizierten Modus, in dem die Anmeldung der Narkoseform im Rahmen der Routine bei der OP-Anmeldung angegeben wird. Da auch auf Seiten der Anästhesiologie vermehrt schwangere Mitarbeiterinnen im OP eingesetzt werden, ergibt sich hier auch die Möglichkeit, die Auflagen für beide Disziplinen zu erfüllen.

Da die Anwendung einer TIVA gewisse Einschränkungen in Abhängigkeit des Eingriffes mit sich bringt, wird ersichtlich, dass nicht alle Eingriffe in der Viszeralchirurgie gleichermaßen gut geeignet sind, von schwangeren Kolleginnen durchgeführt zu werden. Entsprechend wurden „unübersichtliche“ oder Notfall-Eingriffe sowie Operationen mit der Anwendung von ionisierenden Strahlen (z. B. Port-Implantation) von vorneherein ausgeschlossen. Dies erleichtert die Einführung des Konzeptes in der Viszeralchirurgie im Vergleich zur Unfallchirurgie/Orthopädie. Durch die zusätzlich verpflichtende Anwendung einer Rauchgasabsaugung wurde in der praktischen Umsetzung rasch deutlich, dass insbesondere bei laparoskopischen Eingriffen zahlreiche Auflagen besser erfüllt werden können, als bei vergleichbaren offenen Operationen. Nicht zuletzt auch, weil diese phasenweise das Sitzen der schwangeren Assistentin ermöglichen.

OPERATIONSDAUER UND VERTRETUNG

Mit der Erfüllung weiterer Auflagen, wie begrenzter Operationsdauer und der Möglichkeit jederzeit vom Operationstisch abtreten zu können, wurde uns bei der Umsetzung auch klar, dass die formal richtige Umsetzung eines Konzeptes für das Operieren in der Schwangerschaft für Nicht-Fachärztinnen wesentlich einfacher ist als für Fachärztinnen, die eigenverantwortlich operieren. Die Einplanung eines zu jedem Zeitpunkt verfügbaren Vertreters für die Schwangere ist von vorneherein nahezu problemlos möglich, sofern zusätzlich ein Facharzt/eine Fachärztin am Tisch steht.

GEWERBEAUFSICHTSAMT

Für die Umsetzung sind natürlich noch weitere Punkte, wie z. B. ein entsprechender Selbstschutz oder der spezielle Umgang mit Formalin zu bedenken. Diese sind jedoch gut zu regeln und werden durch die Zusammenarbeit mit dem betriebsärztlichen Dienst deutlich erleichtert. Maßgeblich entscheidend zur letztlichen Umsetzung des Konzeptes war eine über den betriebsärztlichen Dienst organisierte Vor-Ort-Begehung mit dem Vertreter des Gewerbeaufsichtsamtes. Durch die Demonstration der praktischen Umsetzung unter Berücksichtigung aller Auflagen konnten auch zunächst bestehenden Bedenken des Gewerbeaufsichtsamtes weitestgehend ausgeräumt werden.

PERSONALABTEILUNG

In der weiteren Umsetzung wurde dann auch offensichtlich, dass auch eine Absprache mit der Personalabteilung notwendig ist. Nach Bekanntgabe der Schwangerschaft hat die formale Durchführung der Meldung der Schwangerschaft an den betriebsärztlichen Dienst zu erfolgen und erst nach der Beurteilung des Gefährdungspotenzials durch den Abteilungsleiter kann über den möglichen Einsatz der Schwangeren im OP entschieden werden. Daher ist eine zeitnahe Bearbeitung der Unterlagen notwendig, um zu verhindern, dass zahlreiche „beschwerdefreie“ Wochen der Schwangerschaft ungenutzt verstreichen.

Die „Zulassung“ der Schwangeren im Operationssaal erfolgt je nach Ausbildungsstand für bestimmte Eingriffe und kann jederzeit durch die Schwangere selbst oder bei gesundheitlichen Bedenken auch durch den Betriebsarzt rückgängig gemacht werden. Nach unserer bisherigen Erfahrung hat die Möglichkeit des Einsatzes im Operationssaal nicht dazu geführt, dass die schwangeren Mitarbeiterinnen sich und das ungeborene Kind größeren Risiken ausgesetzt haben, sondern vielmehr war durch die standardisierten Abläufe und die Information aller beteiligten Disziplinen und Professionen eine größtmögliche Risikominimierung und Rücksichtnahme auf den Zustand der Schwangeren möglich.

AKZEPTANZ INNERHALB DER KLINIK

Zuletzt sind aus unserer Sicht noch zwei wesentliche Punkte zu nennen, die sich vor allem auf die Akzeptanz der Umsetzung des Konzeptes in der Klinik selbst beziehen. Es wird je nach Abteilungsschwerpunkt schnell ersichtlich, dass die Zahl der Eingriffe in Abhängigkeit des Ausbildungsstadiums der Operateurin überschaubar ist. Rasch kann dies zu einer scheinbaren Bevorzugung schwangerer Mitarbeiterinnen führen. Dies zu kanalisieren und in der Abteilung verständlich zu machen, ist wiederum Aufgabe des Abteilungsdirektors, sodass wie eingangs gesagt, der Wunsch nach einer Etablierung eines entsprechenden Konzeptes auch von ihm bzw. ihr bestehen muss. Gleichzeitig sollte – bei all der Euphorie über die zunehmende Umsetzung der Möglichkeit in der Schwangerschaft operieren zu können – auch im Bewusstsein bleiben, dass das Operieren in der Schwangerschaft stets auf freiwilliger Basis erfolgen sollte und dass sich schwangere Mitarbeiterinnen auch allein durch die Möglichkeit des Einsatzes im Operationssaal unter Druck gesetzt fühlen können. Auch hier ist es im Wesentlichen die Aufgabe des Abteilungsleiters, diese Freiwilligkeit immer wieder in den Vordergrund zu stellen und in einem persönlichen Gespräch mögliche Sorgen der Schwangeren zu erfassen.



INTERVIEW

PREMIERE VOM LEITFADEN „SCHWANGER IM OP“ AN DER UMG

INTERVIEW MIT FRAU DR. AZIZIAN

Frau Dr. Azizian hat den Leitfaden zuerst ausprobiert, es folgt ein kurzes Interview als Ergänzung zu Professor Gaedckes Artikel. Das Interview führte Julia Weilbach vom BDC

Frau Dr. Azizian, Sie arbeiten schon einige Jahre in der Chirurgie der Uni-Klinik Göttingen. Dann wurden Sie schwanger, aber zum Glück war es kein Problem, weiter zu operieren. Wie war das denn als Sie Ihren Nachwuchs in der Klinik angekündigt haben?

>> Ich hatte wirklich Glück! Vor der Geburt meiner Tochter im Herbst 2017 konnte ich mit dem neuen Leitfaden der UMG weiterhin operieren. Bevor ich meine Schwangerschaft bekanntgegeben habe, war schon ein Leitfaden in Arbeit – also es wurde damit angefangen, mit Herrn Professor Gaedcke einen Leitfaden zu erarbeiten. Ich konnte mich dann in der weiteren Entwicklung einbringen. Gemeinsam mit dem Betriebsarzt haben wir z. B. geschaut, was möglich ist und was nicht. Wir sind quasi gemeinsam durch die „Nadelöhre“ gegangen.

Seitdem waren wir insgesamt vier Kolleginnen, die mit dem Leitfaden während ihrer Schwangerschaft weiter operieren konnten. Es konnten dann alle nach mir anhand der Bedingungen, die wir zusammengestellt haben, schwanger operieren, natürlich nur, wenn diejenige das wollte! Aber bisher wollte das tatsächlich jede an unserer Klinik.

Sie betonen, dass nur diejenigen weiter operieren sollten, die es auch wollen. Sehen Sie Probleme darin, dass sich Kolleginnen durch die Möglichkeiten genötigt fühlen?

>> Nein, das glaube ich nicht. Bei uns im Haus würde nie jemand die Nase rümpfen, wenn man eben nicht mehr operieren möchte wegen der Schwangerschaft. Und ich glaube auch, dass das wenige Kolleginnen betrifft. Wenn ich das so sagen kann, liegt es ja quasi in der Natur des chirurgischen Assistenten, operieren zu wollen. Natürlich nicht, wenn man sich körperlich nicht dazu in der Lage fühlt – jede Schwangerschaft ist schließlich anders. Bei mir war das ja gegen Ende auch der Fall. Als ich körperlich an meine Grenzen kam, war für mich klar, dass ich nicht mehr in den OP gehöre. Und das war dann auch für alle okay! Wie das allerdings in kleineren Häusern mit anderen Personalvoraussetzungen ist, kann ich nicht einschätzen.

Apropos Personalvoraussetzungen, wie gestaltete sich die Zusammenarbeit mit Ihren Kolleginnen und Kollegen aufgrund der „neuen Umstände“? Gab es genervte Gesichter wegen der besonderen Bedingungen?

>> Die Zusammenarbeit und Unterstützung von der Anästhesie war hervorragend. Da gab es überhaupt keine Probleme. Und unter den chirurgischen Kollegen lief alles problemlos – jedenfalls hat es mich niemand spüren lassen.

Wenn man bekannt gibt, schwanger zu sein, wird man sofort von Diensten freigestellt. So war es auch bei mir. Und die Kollegen und Kolleginnen haben ohne „genervtes Gesicht“ ganz selbstverständlich meine Dienste übernommen, was natürlich für die anderen auch eine Mehrbelastung ist! Keiner hat sich beschwert, obwohl ich bei dem Punkt im Vorfeld wirklich Bedenken hatte.

Hatten Sie denn insgesamt Bedenken, wie es als schwangere Chirurgin für Sie laufen würde? Welcher Zeitpunkt ist der richtige, wie werden Kolleginnen und Kollegen reagieren? Solche Bedenken meine ich.

>> Tatsächlich habe ich schon beim Einstellungsgespräch erzählt, dass ich Kinder bekommen möchte. Daher war von Anfang klar, auf was wir uns „einlassen“. Ich habe mir vor allem Gedanken darüber gemacht, ob ich mit der Familienplanung warte, bis ich meinen Facharzt habe oder ob während der Weiterbildung auch ein guter Zeitpunkt ist. Denn in dem Moment, in dem man sagt, dass man schwanger ist, wird man oft für Stationsarbeit „abgestellt“. Was natürlich auch eine wichtige Arbeit ist, wodurch man aber in der Ausbildung als Chirurg nicht weiterkommt. Daher habe ich es mir zweimal überlegt, ob ich besser warte bis ich den Facharzt in der Tasche habe. Ich persönlich wollte nicht so lange warten. Ich habe also in Kauf genommen, dass meine Ausbildung eventuell darunter leiden könnte. Als es dann so weit war und es hieß, dass man Bedingungen schaffen könnte, unter denen ich auch im OP eingesetzt werden kann, habe ich natürlich sofort „Hier!“ geschrien.

Welche Vorschläge haben Sie, wie man den Leitfaden noch verbessern könnte?

>> Im Prinzip keine, denn der Leitfaden wurde ständig weiterentwickelt. Aber zum Positiven. Denn als ich ins Rennen gegangen bin, waren die Regeln noch recht streng. Bei mir haben wir z. B. beschlossen, dass ich nur laparoskopische Eingriffe durchführen darf, da es dabei praktisch keine Verletzungsgefahr gab. Die Zugänge musste dann der Assistent setzen, weil ich kein Messer in die Hand nehmen durfte. Jetzt ist man so weit, dass nicht nur laparoskopische Eingriffe durchgeführt werden können, auch oberflächliche Eingriffe, bei denen man immer seine Hände im Sichtfeld hat, sind erlaubt. Ich konnte noch relativ wenige unterschiedliche Eingriffe operieren und habe vor allem laparoskopische Gallenblasenentfernungen und Leistenhernienoperationen übernommen. Das Gute daran war, dass ich die Schwangerschaft dazu nutzen konnte, bei diesen beiden Eingriffen das lernen zu können, was es zu lernen gibt. In der nächsten Schwangerschaft wird es dann also schon mehr OP-Variationen für mich geben ...

Herzlichen Dank für das Interview! ○

» ZUR PERSON



Dr. med. A. Azizian
Assistenzärztin
Klinik für Allgemein-,
Viszeral- und Kinderchirurgie
Universitätsmedizin
Göttingen
Robert-Koch-Strasse 40
37075 Göttingen

GUT LEBEN AUF GESUNDEN BEINEN



VenaSeal™
Closure System



ClosureFast™
Endovenöses Radiofrequenz
Ablations-System

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

Closure Fast™ – Segmentale Radiofrequenz Ablation

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

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

VenaSeal™ – Closure System

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

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

Krampfadern modern therapiert –

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

03. /04. Dezember 2019

**MVZ angiomed Rothenburg o.d.T. –
Dr. Markus Zoller**

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

MEHR ALS ERWARTET

4 x
IM JAHR
GEDRUCKT

12 x
IM JAHR ALS
eMAGAZIN



PASSION

CHIRURGIE



erhältlich im App Store
und bei Google Play

DAS MAGAZIN DER DGCH UND DES BDC ALS eMAGAZIN

MONATLICH ÜBER DIE BDC|MOBILE APP LESEN.