

PASSION

CHIRURGIE



PANORAMA

„WIR BRAUCHEN EINEN
STRUKTUR- UND
KULTURWANDEL“ –
INTERVIEW
ZUM LEHRWANDEL IM PJ

im Fokus

HERNIENCHIRURGIE

01 | 2020

MITGLIEDERZEITSCHRIFT:
DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR CHIRURGIE
BERUFSVERBAND DER DEUTSCHEN CHIRURGEN



Wir feiern 60 Jahre BDC!



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

Präsident des Berufsverbandes der Deutschen Chirurgen e.V. (BDC)
Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie e.V. (DGCH)
Luisenstr. 58/59, 10117 Berlin
praesident@bdc.de, h-jmeyer@dgch.de

Ich hoffe sehr, Sie alle hatten einen guten Start ins neue Jahr! Ein neues Jahr, das für uns besonderer Anlass zur Freude ist: Der BDC feiert nämlich seinen 60-jährigen Geburtstag!

Auf der Gründungssitzung im Jahr 1960 wählten die 40 anwesenden Chirurgen Herrn Prof. Dr. med. H. Killian aus Freiburg zum ersten Vorsitzenden. Ihm zur Seite wurden neun Beisitzer ausgewählt, die mit dem Aufbau der zu gründenden Landesverbände betraut wurden. Die Strukturen seit der Gründung haben sich natürlich entsprechend geändert, aber so manche Leitidee hat bis heute ihre Bedeutung behalten. Die Wahrung der Einheit der Chirurgie und die damit einhergehende Abgrenzung zu Nachbargebieten beispielsweise. Eine Idee, die den BDC und auch die DGCH immer beschäftigt hat und weiterhin wird. Aber man kann sicherlich feststellen, dass die Fachgesellschaft und der Berufsverband wahrscheinlich noch nie enger Hand in Hand zusammengearbeitet haben als heute.

60 Jahre BDC bedeutet aber vor allem Danke zu sagen! Danke an alle unsere Mitglieder, die uns seit vielen Jahren die Treue halten. Den Worten lassen wir natürlich auch Taten folgen: Aktuell können Sie einen Rabatt für Ihren Mitgliedsbeitrag für dieses Jahr gewinnen. Mehr Informationen dazu finden Sie nach dem Editorial.

Ich möchte die Gelegenheit aber auch nutzen, um Sie zum Bundeskongress Chirurgie in Nürnberg und zum DCK 2020, also dem Deutschen Chirurgenkongress, in Berlin einzuladen. Unter dem diesjährigen Motto „Intelligenz, Intuition und Individualität“ hat der amtierende DGCH-Präsident Prof. Dr. med. Thomas Schmitz-Rixen ein umfangreiches Programm zusammengestellt, so u. a. zum Umgang mit Künstlicher Intelligenz bis hin zur Robotik. Einzelheiten zur Anmeldung und zum Programm finden Sie hier im Heft. Bei den Kongressen wird man auch an den BDC-Messeständen erkennen können, dass

wir unser 60-jähriges Jubiläum feiern – wir freuen uns auf Ihren Besuch!

Die erste Printausgabe PASSION CHIRURGIE im März wird im Zeichen dieses Jubiläums stehen. Wir werden die Arbeit des BDC der letzten Jahrzehnte Revue passieren lassen, vor allem aber auf Projekte und anstehende Herausforderungen der kommenden Jahre eingehen.

Einladung zur BDC-Mitgliederversammlung

Bitte merken Sie sich den Termin für die nächste Mitgliederversammlung (Zutritt nur mit gültiger Mitgliedskarte) vor:

Termin: Freitag, 24. April 2020, 12:10 - 13:10 Uhr

Ort: CityCube Berlin, Level 3 - Saal M1, im Rahmen des 137. Chirurgenkongresses

Ebenfalls am Freitag findet von 09:00 Uhr bis 12:00 Uhr eine Rechtsberatung für BDC-Mitglieder statt. Unser Justitiar, Herr Dr. Jörg Heberer, steht Ihnen dafür im Raum 0.12 zur Verfügung. Eine Anmeldung via justitiar@bdc.de ist zwingend erforderlich.

In dieser Ausgabe stehen die Behandlungsmöglichkeiten der Leistenhernie im Fokus – wie immer ergänzt durch Neuigkeiten aus der chirurgischen Aus-, Weiter- und Fortbildung sowie aus den Bereichen Recht und Patientensicherheit: Viel Freude bei der Lektüre!

Ich wünsche Ihnen nun für das 2020 viel Glück und vor allem aber Gesundheit, Erfolg und Zufriedenheit im privaten wie beruflichen Umfeld.

Ihr
H.-J. Meyer

Meyer HJ: Editorial: Wir feiern 60 Jahre BDC!
Passion Chirurgie. 2019 Januar; 10(01): Artikel 01.



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

60 JAHRE BDC

Machen Sie mit und bezahlen Sie 2020 nur 60 % des Mitgliedsbeitrags!

2020 feiert der BDC sein 60-jähriges Jubiläum! Schreiben Sie uns, warum Sie BDC-Mitglied geworden sind und was Sie

an unserem Verband am meisten schätzen. Unter allen Einsendungen werden 60 Mitglieder ausgelost, die im nächsten

Jahr nur 60 Prozent des Mitgliedsbeitrags bezahlen. Viel Glück! Einsendeschluss ist der 20.01.2020.



Schreiben Sie per E-Mail an passion_chirurgie@bdc.de, per Fax an 030 / 28004 - 108 oder per Post an BDC e.V., Luisenstraße 58/59, 10117 Berlin.

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. Dr. med. dent. 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. 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
Tel: +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).
Quartalsweise erscheint sie als gedruckte Zeitschriftenausgabe

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

2 EDITORIAL

2 Wir feiern 60 Jahre BDC! *H.-J. Meyer*

6 SCHAUFENSTER

8 CHIRURGIE

8

im Fokus
**DIE LEISTE IST DIE SCHWACHSTELLE
BEIM MANN** *R. Lorenz*

12

**DER NABEL DER WELT –
NEUES AUS DER WELT
DER NABELHERNIEN** *R. Lorenz, D. Wilhelm*

18 CHIRURGIE⁺

18 Globale Chirurgie in Lübeck –
Das Global Surgery Symposium der DGT
J. Steinle, J. Lindert, H. Mothes

21 Webinar-Termin im Januar 2020:
S2k-Leitlinie „Typ B Aortendissektion“

22 Mitarbeiterbindung durch Nettolohnoptimierung
T. Koch



25 „Sicherheit ist kein Projekt, das man mal vier Wochen macht.“ *F. Rustemeyer*

30 **Hygiene-Tipp:** Arbeitskleidung für Studenten und PJler *W. Popp, R. Schmithausen, L. Jatzwauk, W. Kohnen*

33 Honorarbericht Quartal 1/2017 und 2/2017 *KBV*

34 Änderungen bei der praktischen Umsetzung des „Terminservice-Gesetzes“ (TSVG) *P. Kalbe*

36 Personalia

37 RECHT

37 Änderung der Sprechstundenverpflichtung nun auch für Belegärzte *J. Heberer*

39 F+A: Dokumentation zur Indikation der Röntgendiagnostik *J. Heberer*

40 F+A: Mindestsprechstundenverpflichtung auch für ermächtigte Ärzte *J. Heberer*

41 GESUNDHEITSPOLITIK

41 Ärztliche Zweitmeinung zukünftig auch bei geplanter Schulterarthroskopie möglich

43 Aktuelle Meldungen

44 INTERN

44 DCGH

44 25 Thesen zur DGCH Digitalisierung in der interventionellen Medizin: Chirurgen operieren, Daten assistieren *H. Feußner*

46 Einladung zur DGCH-Mitgliederversammlung 2020 *H.-J. Meyer*

48 Einladung zum 137. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie *T. Schmitz-Rixen*

50 Spendenaufruf

51 Bausteine Langenbeck-Virchow-Haus

54 DGCH-Präsidium

56 Meine Daten haben sich geändert

57 BDC

57 BDC|News

58 Wolfgang Müller-Osten-Medaille für besonderes Engagement

60 BDC|Landesverbände

62 BDC|Pressespiegel

63 Termine BDC|Akademie

67 Veranstaltungshinweise

68 Lifestyle-Angebote im Januar 2020

70 PANORAMA

70 „Wir brauchen einen Struktur- und Kulturwandel“ – Interview zum Lehrwandel im PJ *J. Schmidt*

Geschlechter- unterschiede bei Darmkrebs

Etwa 60.000 Menschen erkranken jedes Jahr in Deutschland neu an Darmkrebs, auch immer jüngere Menschen sind betroffen. Neue Forschungsergebnisse zeigen nun weitreichende Geschlechterunterschiede bei dieser Tumorerkrankung. Dabei unterscheiden sich bei Mann und Frau nicht nur in Teilen die Wirkung von Chemo- und Immuntherapie, sondern auch Erkrankungshäufigkeit und -alter. Der Vorsorgezeitraum für Frauen müsse daher über das 75. Lebensjahr hinaus verlängert werden, erklärten Experten auf der Jahrespressekonferenz der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH). Künftig werde das Geschlecht, aber auch die Gen-Analyse eine entscheidende Rolle bei Therapieentscheidungen spielen.

Dick- und Mastdarmkrebs ist nach wie vor die zweithäufigste Tumorerkrankung bei Frauen und die dritthäufigste bei Männern in Deutschland. Zunehmend belegen Studien, darunter auch Resultate großer Register-Studien, einen Einfluss des Geschlechts auf die Vorsorge, Diagnostik und Therapie dieser Krebserkrankungen. „Dennoch haben die Erkenntnisse noch keinen Eingang in aktuelle Strategien gefunden“, stellt Professor Dr. med. Thomas Schiedeck fest, Kongresspräsident der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie (DGAV). „Die gendergerechte Therapie bleibt daher ein wichtiges Anliegen.“

[Mehr lesen...](#)

WUNDVERSORGUNG

Tipps zur Vermeidung von Regressansprüchen in der Wundversorgung

Der Bundesverband Medizintechnologie, BVMed, informiert Ärzte mit einem neuen Informationsblatt, wie sie Regressansprüche durch Krankenkassen bei der Verordnung von Verbandmitteln für die Wundversorgung vermeiden können. Das dreiseitige Infoblatt gibt Tipps zur richtigen Verordnung von Verbandmitteln sowie Sprechstundenbedarf und informiert ausführlich über die verschiedenen Prüfverfahren.



HIER können Sie weitere Informationen herunterladen.

Aktuelle BDC|Umfrage

Bewerbung als leitender Chirurg: Konflikt zwischen Ökonomie und Chirurgie

Der Konflikt zwischen ökonomischem Druck und ärztlichen Zielsetzungen in der Chirurgie wird zunehmend in den Fach- und Laienmedien thematisiert. Der BDC führt deshalb eine wissenschaftliche Untersuchung durch, mit der Handlungsspielräume für ÄrztInnen in Führungsfunktionen aufgezeigt werden sollen. Grundlage ist eine (streng anonyme) Befragung leitender ÄrztInnen.

[Zur Umfrage...](#)



Kostenfreie CME-zertifizierte Webinare für BDC- und DGCH-Mitglieder

Seit September 2017 gibt es die BDC|Webinare (www.bdc-webinare.de). Bisher wurden auf der Plattform bereits über 20 Leitlinien

von Experten erfolgreich vorgestellt und besprochen. Jeden Monat wird von einem 45-minütigem Webinar eine chirurgisch relevante Leitlinie in ihren Grundzügen thematisiert. Anschließend kann mit dem Referenten und anderen Teilnehmern via Chat diskutiert werden, selbstverständlich kostenfrei für alle BDC- und DGCH-Mitglieder. Und jede Teilnahme wird in der Regel mit zwei CME-Punkten zertifiziert.

[Zur Registrierung...](#)

BDC|AKADEMIE

Neues Seminar: Update Robotische Chirurgie

Der BDC wird vom 19. März bis 20. März 2020 in Berlin zum ersten Mal das Seminar „Update Robotische Chirurgie“ unter der wissenschaftlichen Leitung von PD Dr. med. Hans Fuchs, Universitätsklinikum Köln veranstalten. Die robotisch-assistierte Chirurgie wird zunehmend für verschiedene Indikationen praktiziert, deren Stellenwert aber noch nicht abschließend bewertet werden kann. Daher freuen wir uns, Ihnen in diesem Jahr dieses innovative Seminar zu den wissenschaftlichen und fachlichen Grundlagen der robotischen Chirurgie anbieten zu können.



[Zur Anmeldung...](#)



IM FOKUS

Hernien- chirurgie



Dr. med. Ralph Lorenz
1. Vorsitzender
BDC|Landesverband Berlin
Regionalvertreter der Niedergelassenen
Chirurgen
Berufsverband der Deutschen
Chirurgen e.V. (BDC)
Praxis 3CHIRURGEN
Klosterstrasse 34/35, 13581 Berlin
lorenz@3chirurgen.de

Das Interview führte Petra J.
Huschke von VdK-Nachrichten.

Quelle: VdK-Nachrichten im
Oktober 2019, Seit 8, erstveröffent-
licht.

Lorenz R: Die Leiste ist die Schwachstelle beim
Mann. Passion Chirurgie. 2020 Januar, 10(01):
Artikel 03_01.



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

Die Leiste ist die Schwachstelle beim Mann

Jeder vierte Mann bekommt im Laufe seines Lebens Probleme mit der Leiste. Frauen sind nur selten betroffen. Allein in Deutschland werden jedes Jahr mehr als 300 000 Leistenbrüche (Hernien) operiert. Die VdK-ZEITUNG sprach mit dem Experten Dr. med. Ralph Lorenz von der Praxis „3+CHIRURGEN“ in Berlin, der auch Mitglied beim Berufsverband der Deutschen Chirurgen (BDC) ist:

Welche Symptome deuten auf Probleme mit der Leiste hin?

R. Lorenz: Viele Patienten mit Leistenbrüchen haben häufig über lange Zeit gar keine Beschwerden. Sie bemerken lediglich eine Schwellung in der Leiste, die sich während Anstrengungen, beim Husten, Pressen, Niesen, Heben oder Tragen vergrößert. Im Liegen verschwindet diese Schwellung häufig wieder. Typische Symptome sind daher belastungsabhängige Schmerzen, ein Ziehen oder Druckgefühl. Schmerzen, die nach Belastungen oder in Ruhe in dieser Region auftreten, sind dagegen für einen Leistenbruch eher untypisch und sollten zunächst einer weiteren Diagnostik zugeführt werden.

Wodurch entsteht ein Leistenbruch?

R. Lorenz: Angeborene Brüche zeigen sich häufig bereits im Säuglings- oder frühen Kindesalter. Sie entstehen bei der Hodenwanderung durch die Bauchdecke noch vor der Geburt. Erworbene Leistenbrüche treten dagegen meist erst im Erwachsenenalter ab Mitte 50 auf und sind überwiegend auf eine Gewebeschwäche zurückzuführen. Darüber hinaus gibt es zahlreiche Einflussfaktoren, die die Entstehung von Hernien fördern: Dazu zählen genetische Anlagen sowie Kollagenerkrankungen wie Krampfadernbildungen, Hämorrhoiden, Divertikel

(Ausstülpungen der Darmschleimhaut) oder Aortenaneurysmen (Erweiterung der Hauptschlagader). Auch das Rauchen hat Einfluss auf die Hernienentstehung.

Wann muss ein Leistenbruch operiert werden?

R. Lorenz: Ein Leistenbruch sollte grundsätzlich operiert werden, wenn die Diagnose eindeutig ist und der Patient über entsprechende Symptome klagt. Sollte es zu einer Einklemmung des Leistenbruchs kommen – dabei lässt sich der Leistenbruch auch im Liegen nicht wieder zurückschieben – ist eine Operation zeitnah und dringend erforderlich. Bei Symptomen wie Übelkeit, Erbrechen oder Darmverschluss sollte sofort eine Notfalloperation erfolgen.

Gibt es Möglichkeiten, die Operation hinauszuzögern?

R. Lorenz: Medikamentöse oder konservative Behandlungsmöglichkeiten gibt es bis zum heutigen Zeitpunkt nicht. Bei Männern mit nur geringen oder keinen Beschwerden kann Abwarten eine Option darstellen. Wichtig ist hierbei, dass regelmäßige Kontrolluntersuchungen erfolgen, um ein Fortschreiten des Bruchs frühzeitig zu erkennen. Bei Frauen mit Leistenbruch wird aufgrund der höheren Rate an Notfalleingriffen prinzipiell eher nicht abgewartet.

Warum werden Männer öfter operiert?

R. Lorenz: Männer erkranken deutlich häufiger an einem Leistenbruch als Frauen. Jeder vierte Mann und nur jede 27. Frau sind im Laufe seines/ihrer Lebens betroffen. Das hat vermutlich anatomische Gründe.

Wie sehen die Methoden einer solchen Operation aus: Wird noch herkömmlich oder eher minimal-invasiv operiert?

R. Lorenz: Grundsätzlich gibt es zahlreiche Operationsmethoden zur Versorgung von Leistenbrüchen. Früher wurden die Leistenbruch-Operationen überwiegend ohne Netz durchgeführt. Heute sehen die derzeitigen internationalen Leitlinien in erster Linie netzbasierte Operationstechniken zur Versorgung von Leistenbrüchen bei Erwachsenen vor, entweder offenchirurgisch oder als Schlüsselloch-Verfahren, also endoskopisch. Im weltweiten Vergleich wird auch heute noch die Mehrheit der Leistenbrüche mit einem einzigen Schnitt versorgt. In den letzten 20 Jahren ist jedoch der Anteil der minimalinvasiven, also endoskopischen Eingriffe, kontinuierlich gestiegen. In Deutschland

ist der Anteil endoskopischer Leistenbruch-Eingriffe verglichen mit anderen Ländern besonders hoch.

Was sind die Vorteile einer minimal-invasiven Operation?

R. Lorenz: Bei endoskopischen Operationen ist der operative Zugangsweg durch drei kleine Schnitte minimiert. Das führt in der Regel zu weniger Wundschmerzen. Auch sind Wundkomplikationen oder Wundinfektionen äußerst selten. Während einer Operation können hier alle drei potentiellen Lücken in der Leistenregion sicher beurteilt und großflächig mit einem Netz abgedeckt werden. Darüber hinaus kann während eines laparoskopischen Eingriffs eine Beurteilung der Bauchorgane erfolgen. Dies erweist sich auch bei Notfalleingriffen als sinnvoll.

Wie lange muss man im Krankenhaus bleiben?

R. Lorenz: Entsprechend Internationaler Leitlinien wird die ambulante, also tageschirurgische Operation, für die Mehrheit der Leistenbruchoperationen empfohlen, sofern eine entsprechende Nachbehandlung gesichert ist. In allen anderen Fällen ist in der Regel eine kurze stationäre Behandlung angezeigt. Diese beträgt im Durchschnitt zwei Tage. Im weltweiten Vergleich liegt der Anteil ambulanter Leistenbruchoperationen in Deutschland mit 15 bis 20 Prozent aber deutlich unter dem europäischen Durchschnitt. Das liegt vor allem an gesundheitspolitischen Fehlanreizen, also an der höheren Vergütung für stationäre Eingriffe. ○

HERNIENSCHULE – neue Termine für 2020

Hernienoperationen gehören für alle Chirurgen der Grund- und Regelversorgung zum chirurgischen Alltag. Die Möglichkeit eines kompakten Lehrgangs in diesem Fachgebiet bietet die HERNIENSCHULE mit einer dreiteiligen curricularen Fortbildung. Die Deutsche Herniengesellschaft (DHG) hat hierfür zusammen mit der BDC|Akademie die Aufbaumodule HERNIE kompakt, HERNIE konkret und HERNIE komplex entworfen, welche mit einer gemeinsamen Zertifizierung von DHG und BDC|Akademie abschließen.



HERNIE kompakt ist das Basismodul der HERNIENSCHULE. Es wird geleitet von national und international renommierten Hernien-Experten. Der Kurs richtet sich vor allem an Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung zum Allgemein- und Viszeralchirurgen, aber auch an alle Kolleginnen und Kollegen, die sich im Rahmen der Hernien-chirurgie auf den neuesten Stand bringen möchten.

HERNIE konkret, als zweites Modul der HERNIENSCHULE, beinhaltet Hospitationen in Kleingruppen in etablierten Kompetenz- und Referenzzentren. Vermittelt werden die Standardverfahren in der laparoskopischen und offenen Chirurgie der Leisten- aber auch Bauchwandhernie. Ergänzt wird dieses Modul durch Videoclips aller gängigen Operationsverfahren, die als

Vorbereitung auf die Hospitation über die E-Learning Plattform des BDC abgerufen werden können.

Die Hospitationen werden individuell vereinbart. Informationen hierzu finden Sie auf den Internetseiten der DHG und des BDC.

HERNIE komplex richtet sich an alle fachspezialisierten Chirurgeninnen und Chirurgen bzw. Teilnehmer der ersten beiden Kursmodule und beinhaltet Seminare zu komplexen Hernien mit Videobeiträgen und Falldarstellungen sowie theoretischen Vorträgen. Diese finden jeweils im Rahmen der Jahrestagung der Deutschen Herniengesellschaft statt. ○



TERMINE IM ÜBERBLICK

02. bis 04. März 2020
HERNIE kompakt

14. Mai 2020
HERNIE komplex als Pre-Course

15. bis 16. Mai 2020
18. Jahrestagung der Deutschen
Herniengesellschaft

23. bis 25. Februar 2021
HERNIE kompakt

Mehr Details zu den Terminen finden Sie hier.



Der Nabel der Welt – Neues aus der Welt der Nabelhernien

Die Redewendung *Nabel der Welt* „Mittelpunkt, wichtigstes Zentrum der Welt“ geht auf das Griechenland im 7. Jahrhundert vor Christus zurück, als man diesen Mittelpunkt treffenderweise im *Omphalosstein* in Delphi sah. Später war der *Nabel der Welt* beispielsweise auch als *Umbilicus urbis* in Rom, im Felsendom in Jerusalem, als *Katholikon* in der Grabeskirche in Jerusalem, auf den Osterinseln und in Cuzco in Peru zu finden.

**Dr. med. Ralph Lorenz**

1. Vorsitzender
BDC|Landesverband Berlin
Regionalvertreter der Niedergelassenen
Chirurgen
Berufsverband der Deutschen
Chirurgen e.V. (BDC)
Praxis 3CHIRURGEN
Klosterstrasse 34/35, 13581 Berlin
lorenz@3chirurgen.de

Nabelhernien sind gleichsam eine weltweit häufige Erkrankung. Nabelhernien zählen definitionsgemäß zu den primären Ventralhernien. Doch hierin liegt bereits das erste Problem. In der wissenschaftlichen Literatur wurde bereits in der Vergangenheit häufig eine mangelnde Abgrenzung primärer von sekundären Ventralhernien kritisiert [6]. Rezidiv-Nabelhernien und Trokarhernien gehören laut EHS-Klassifikation (European Hernia Society) eindeutig zu den sekundären Ventralhernien bzw. Narbenhernien. Diese Abgrenzung scheint entsprechend der Registerdaten auch in Deutschland bis heute noch nicht klar umgesetzt zu sein [5].

Bisher wurden die Nabelhernien entsprechend der EHS-Klassifikation von 2009 in klein, mittel und groß eingeteilt [6]. Doch zehn Jahre später zeigt sich nun in der wissenschaftlichen Literatur, dass diese bisherige Einteilung für eine Therapieentscheidung möglicherweise nicht sinnvoll ist.

Zudem ist eine Therapieentscheidung bei Nabelhernien häufig abhängig von einer zeitgleich bestehenden Rektusdiastase [4]. Seit 2019 besteht entsprechend der Publikation von Reinhold et al. eine zusätzliche sehr differenzierte Klassifikation der Rektusdiastase [7].

Entsprechend einer 2014 publizierten Datenanalyse aus dem Deutschen Hernienregister Herniamed treten Nabelhernien bei Männern

häufiger auf als bei Frauen auf [5]. Nabelhernien haben ihren Altersgipfel zwischen dem 40. und dem 60. Lebensjahr. Dicke Menschen und Raucher scheinen häufiger Nabelhernien zu entwickeln. Der größte Anteil der Nabelhernien scheint eher klein zu sein.

Der Anteil von Notfalleingriffen scheint bei Nabelhernien mit 7,12 % deutlich höher zu liegen als bei Leistenhernien (2,68 %) (5). Zahlreiche wissenschaftliche Studien bestätigten bisher sehr gute Ergebnisse auch mit alleiniger Nahtversorgung [1, 2]. Auch in Deutschland wurde eine große Mehrheit der Nabelhernien bisher mit Naht versorgt [5].

Auf Initiative der Amerikanischen und Europäischen Herniengesellschaften wurde 2017 eine Expertengruppe zur Entwicklung von Leitlinien für primäre Ventralhernien gegründet.

Diese 12-köpfige internationale Expertengruppe führte eine Recherche der bestehenden wissenschaftlichen Literatur durch und entwickelte im Rahmen von mehreren Treffen entsprechende Leitlinien zur Behandlung von primären ventralen Hernien. Die Ergebnisse wurden im Rahmen des Europäischen Hernienkongress im September 2019 in Hamburg erstmals der Fachwelt vorgestellt. Trotz einer stellenweise lückenhaften bzw. geringen wissenschaftlichen Evidenz können dabei folgende grundsätzliche Empfehlungen zusammengefasst werden.

Tab. 1: EHS-Klassifikation primärer Ventralhernien 2009 [6]

		Klein=Small (S) < 2cm	Mittel=Medium (M) ≥ 2–<4 cm	Groß=Large (L) ≥ 4 cm
Mittellinie	Epigastrisch			
	Umbilikal			
Lateral	Spiegelh'			
	Lumbal			

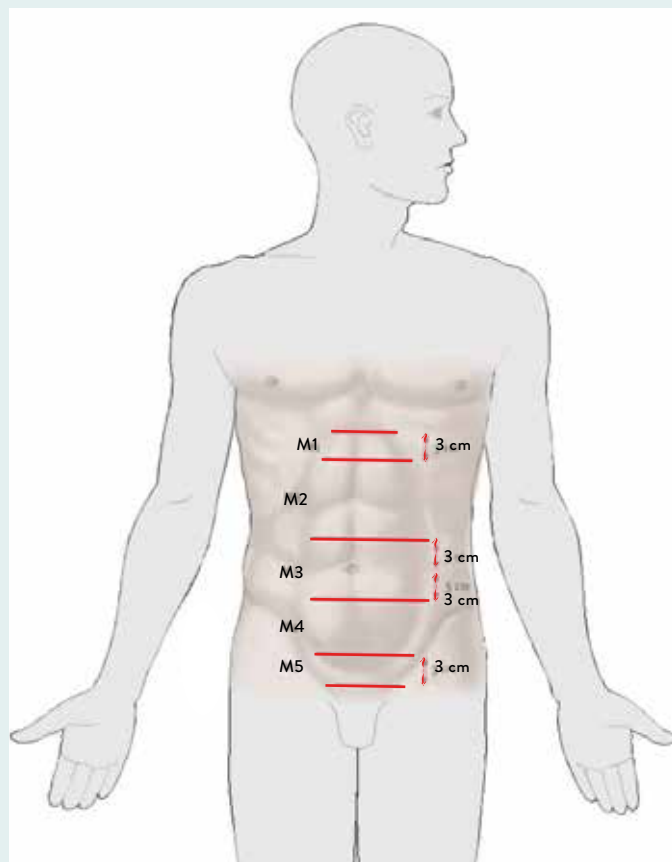
Tab. 2: Nabelhernien nach EHS-Klassifikation – Herniamed-Daten [5]

EHS Small klein (< 2 cm)	EHS Medium mittel (≥ 2–4 cm)	EHS Large groß (≥ 4 cm)
58,9%	35,2%	5,9%

Lorenz R: Die Leiste ist die Schwachstelle beim Mann. *Passion Chirurgie*. 2020 Januar, 10(01): Artikel 03_01.



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



Length of the RD according to the EHS incisional hernia classification

Rectus Diastasis Classification			
Midline	M1	subxiphoidal	
	M2	epigastric	
	M3	umbilical	
	M4	infraumbilical	
	M5	suprapubic	
Length: _____ cm		Width: _____ cm	
Width cm	W1	W2	W3
	< 3cm	3-5 cm	> 5 cm

Type of concomitant hernias in patients with RD

Umbilical hernia	yes	☐	no	☐
Epigastric hernia	yes	☐	no	☐
Port site hernia	yes	☐	no	☐
Incisional hernia	yes	☐	no	☐

Previous abdominal surgery within the width and length of the RD

No previous surgery	☐
Previous laparoscopic primary ventral hernia repair	☐
Previous open primary ventral hernia repair	☐
Previous other laparoscopic procedures	☐
Previous other open procedures with medial incision	☐
Previous other open procedures with lateral incision	☐
Previous cesarion section	☐

Number of pregnancies and multiple birth

1. Pregnancy	☐	
2. Pregnancy	☐	
3. Pregnancy	☐	
4. Pregnancy	☐	
> 4 Pregnancies	☐	
Multiple birth	☐	with 2 babies ☐
		with 3 babies ☐
		with > 3 babies ☐

Skin condition

S0	No skin laxity and no skin folds	☐
S1	Minor skin laxity and only low skin folds	☐
S2	Major skin laxity and extreme skin folds	☐

Diagnosis of RD

Clinical bulge while standing	☐
Clinical bulge at sit up	☐
Calipers	☐
Ultrasound	☐
MRI	☐
CT	☐
Intraoperative measurement	☐

Abb. 1: Klassifikation der Rektusdiastase [7]

Empfehlungen

- Die Diagnostik der Nabelhernien sollte durch eine klinische Untersuchung erfolgen. Ein dynamischer Ultraschall oder eine Computertomografie kann im Zweifelsfall helfen und zusätzliche Informationen liefern.
- Watchful waiting* scheint bei asymptomatischen Nabelhernien eine sichere Option zu sein.
- Grundsätzlich sollte bei allen Nabelhernien aufgrund der geringeren Rezidivraten ein Netzverfahren zur Anwendung kommen.
- Bei kleinen Nabelhernien bis 2 cm sollte dabei eine offene Technik zur Anwendung

kommen. Bei mittelgroßen Nabelhernien von 2 bis 4 cm sollte ein offener oder endoskopischer Zugang erfolgen. Alle großen Hernien über 4 cm sollten wie Narbenhernien operativ versorgt werden.

5. Nahtverfahren stellen bei allen Nabelhernien kleiner als 1 cm eine Behandlungsoption dar.
6. Grundsätzlich wird bei offener Technik die Verwendung eines Flachnetzes in präperitonealer Netzposition empfohlen.

Im Rahmen der Vorstellung der Leitlinien auf dem EHS-Kongress 2019 in Hamburg wurde auch ein TED-Voting durchgeführt. Diese Umfrage kam zwar trotz genereller Zustimmung für die Leitlinien-Empfehlungen bei einigen Detailfragen zu kontroversen Ergebnissen (Abb. 3).

Demnach verwendet die Mehrheit der Chirurgen (75 %) bei kleineren Nabelhernien kein Netz. Ebenso scheint die empfohlene Verwendung von Flachnetzen eher kontrovers (Abb. 4). Auch hier scheint die Mehrheit der Chirurgen entgegen der Leitlinien-Empfehlung und trotz höherer Materialkosten eines der vielfältigen Ventral-Patches zu verwenden.

Die offene präperitoneale Netzplatzierung wird zwar grundsätzlich bei allen kleinen und mittelgroßen Nabelhernien empfohlen, jedoch muss kritisch angemerkt werden, dass diese Operationstechnik bisher noch nicht standardisiert wurde. Des Weiteren gibt es heute zahlreiche neuere OP-Techniken [3, 8], deren Indikationen im Rahmen eines maßgeschneiderten Vorgehens (= Tailored Approach) noch nicht klar definiert wurden.

Folgendes lässt sich zu den Nabelhernien derzeit zusammenfassen:

1. Die bisherige EHS-Klassifikation der Nabelhernien steht aufgrund der therapeutischen Konsequenzen auf dem Prüfstand.
2. Die zeitgleiche Beurteilung der Rektusdiastase erscheint für die Therapieauswahl der Nabelhernien bedeutsam zu sein.



Abb. 2: AHS/EHS-Guidelines Group-Primary Ventral Hernias v.l.n.r.: Maarten Simons (Niederlande), Nadia Henriksen (Dänemark), Ralph Lorenz (Deutschland), Frederik Berrevoet (Belgien), Ruth Kaufmann (Niederlande), Dennis Klassen (Kanada), Yohann Renard (Frankreich), Agneta Montgomery (Schweden), William Hope (USA), nicht abgebildet: Barbora East (Tschechien), Manuel Garcia Ureña (Spanien), John Fischer (USA)

A2

Brandnew Ventral Hernia Guidelines.

Evidence and Consensus Voting

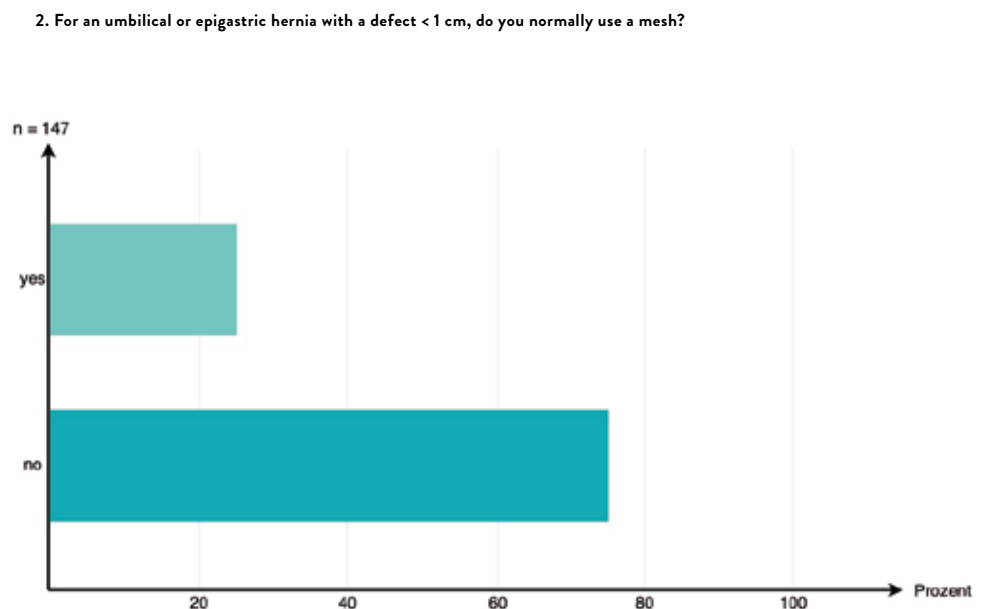


Abb. 3: EHS-TED-Umfrage: Verwenden Sie bei Nabel- oder epigastrischen Hernien unter 1 cm Defektgröße ein Netz?

A2

Brandnew
Ventral Hernia
Guidelines.Evidence and
Consensus Voting

3. If doing an open mesh repair of an umbilical or epigastric hernia, do you normally use a type of ventral patch?

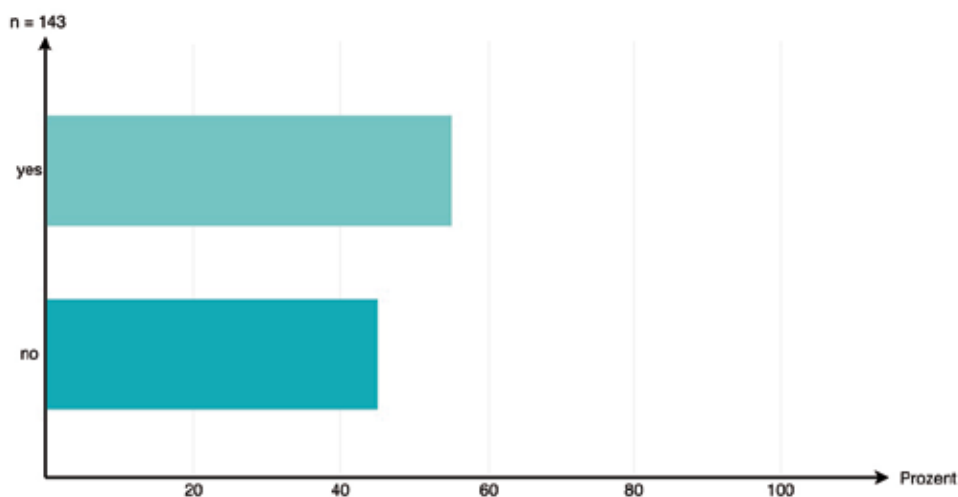


Abb. 4: EHS-TED-Umfrage: Verwenden Sie bei einer offenen Netzoperation einer Nabel- oder epigastrischen Hernie ein Ventral-Patch?

3. Primäre Ventralhernien sollten von Sekundären (= Narbenhernien) sicher abgegrenzt werden.
4. Eine extraperitoneale Netzversorgung scheint für viele Nabelhernien vorteilhaft zu sein.
5. Ein maßgeschneidertes Vorgehen (Tailored Approach) auch unter Einbeziehung neuer OP-Techniken scheint für die Versorgung von Nabelhernien sinnvoll zu sein.

LITERATUR

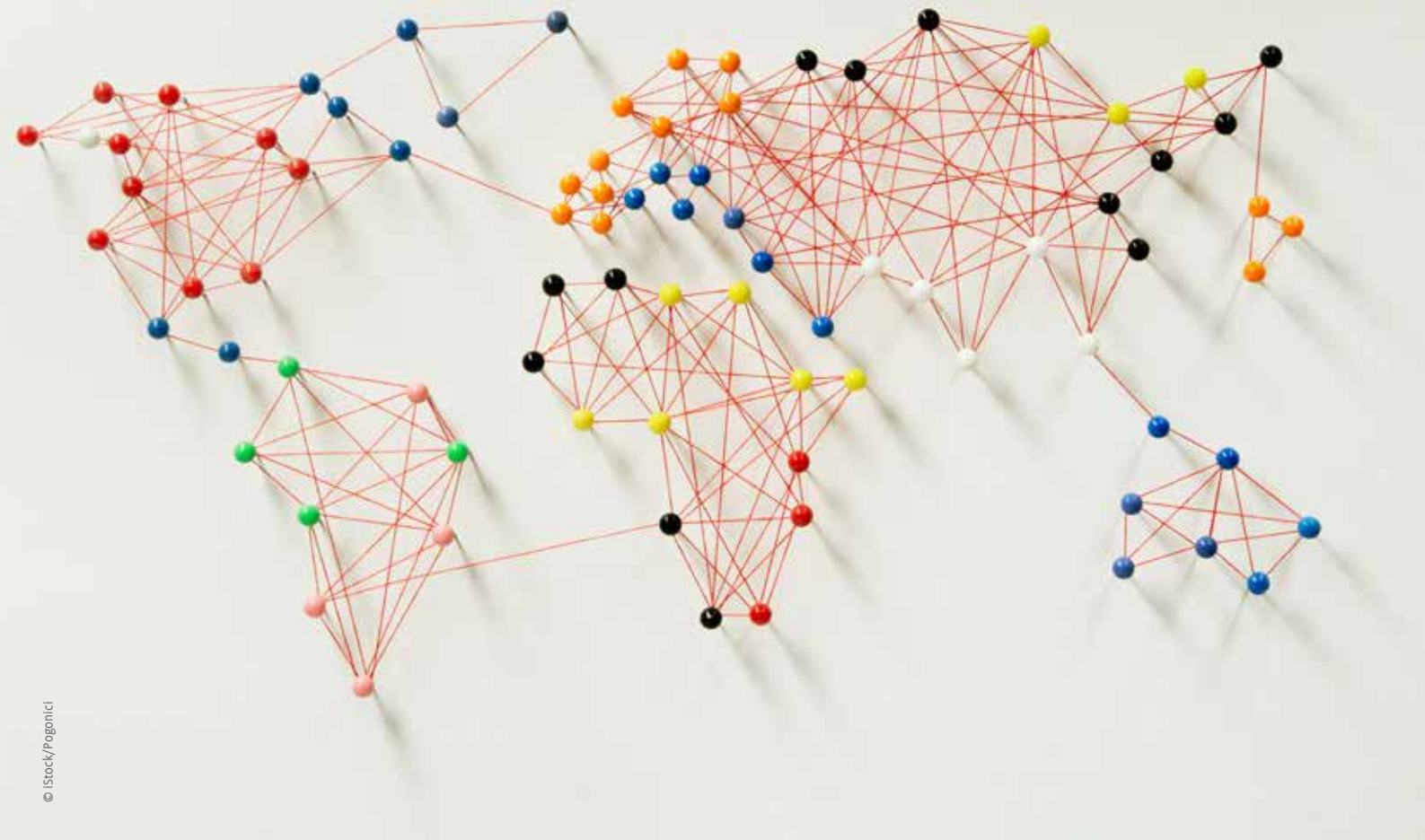
- [1] Aslani N, Brown C.J. Does mesh offer an advantage over tissue in the open repair of umbilical hernias. *Hernia* 2010 14:455-462
- [2] Dalenbäck J, Andersson C, Ribokas D, Rimbäck G. Long-term follow-up after elective adult umbilical hernia repair:

low recurrence rates also after non-mesh repairs. *Hernia*. 2012 Sep 13.

- [3] Kockerling F, Botsinis MD, Rohde C, Reinhold W, Schug-Pass C. Endoscopic-assisted linea alba reconstruction: New technique for treatment of symptomatic umbilical, trocar, and/or epigastric hernias with concomitant rectus abdominis diastasis. *Eur Surg* 2017;49(2): 71-75.
- [4] Kohler G, Luketina RR, Emmanuel K. Sutured repair of primary small umbilical and epigastric hernias: concomitant rectus diastasis is a significant risk factor for recurrence. *World J Surg* 2015;39(1): 121-126; discussion 127.
- [5] Lorenz R, Koch, A., Köckerling, F. . Doch unterschätzt- Nabel- und epigastrische Hernien. *CHAZ* 2014;06.
- [6] Muysoms FE, Miserez M, Berrevoet F, Campanelli G, Champault GG, Chelala E, Dietz UA, Eker HH, El Nakadi I, Hauters P, Hidalgo Pascual M, Hoferlin A, Klinge

U, Montgomery A, Simmermacher RK, Simons MP, Smietański M, Sommeling C, Tollens T, Vierendeels T, Kingsnorth A. Classification of primary and incisional abdominal wall hernias. *Hernia*. 2009 Aug;13(4):407-14.

- [7] Reinhold W, Köckerling F, Bittner R, Conze J, Fortelny R, Koch A, Kukleta J, Kuthe A, Lorenz R, Stechemesser B. Classification of Rectus Diastasis-A Proposal by the German Hernia Society (DHG) and the International Endohernia Society (IEHS) *Front Surg*. 2019 Jan 28;6:1. doi: 10.3389/fsurg.2019.00001. eCollection 2019.
- [8] Reinhold W, Schröder M, Berger C, Stoltenberg W, Köckerling F. MILOS and EMILOS repair of primary umbilical and epigastric hernias. *Hernia*. 2019 Oct;23(5):935-944. doi: 10.1007/s10029-019-02056-x. Epub 2019 Sep 30.



© iStock/Pegonici

Globale Chirurgie in Lübeck – Das Global Surgery Symposium der DGT

Unter dem Motto „Infections – Technology – Education“ fand vom 25. bis 27. Oktober 2019 das Symposium der Deutschen Gesellschaft für Tropenchirurgie e.V. (DTC) an der Universität zu Lübeck statt. Ärztinnen und Ärzte, Studierende, medizinisches Fachpersonal sowie international in der Tropenchirurgie engagierte Personen aus 35 Ländern trafen sich, um Erfahrungen und Neuerungen im Bereich Global Surgery auszutauschen und praktische Fähigkeiten in Workshops zu verbessern.

„Mit dem Symposium wollen wir nicht nur diejenigen vernetzen, die an Globaler Chirurgie interessiert sind oder in dem Bereich arbeiten“, sagte Kongresspräsidentin Dr. med. Judith Lindert, Kinderchirurgin am Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Lübeck, und Vorstandsmitglied des Vereins, „sondern auch das Bewusstsein für Chirurgie als essenzieller Bestandteil der globalen Gesundheitsversorgung stärken.“ Der Fokus des diesjährigen Symposiums lag zum einen auf chirurgisch-infektiologischen

**Korrespondierende Autorin:****Julia Steinle**

Bundesvorsitzende von InciSioN Germany-junge DTC
 Medizinstudentin im 9. Semester aus Münster
 Universitätsklinikum Münster
 Institut für molekulare Nephrologie AG Brandt
 Medizinische Klinik D, Albert-Schweitzer Campus 1
 48149 Münster
julia.steinle@uni-muenster.de

**Dr. med. Judith Lindert**

Fachärztin für Kinderchirurgie
 Uniklinikum Schleswig Holstein/Campus Lübeck
 Vorstandsmitglied der
 Deutsche Gesellschaft für Tropenchirurgie e.V.

Lindert J, Mothes H, Steinle J: Globale Chirurgie in Lübeck – Das Global Surgery Symposium der DGT. *Passion Chirurgie*. 2020 Januar, 10(1): Artikel 04_02.



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



Abb. 1: Gruppenbild Global Surgery Symposium Lübeck 2019

Krankheitsbildern wie zum Beispiel der weltweiten Bedeutung von Wundinfekten und Erkrankungen wie Typhus. Zum anderen gab es Sessions zu Frauen in der Chirurgie, der Ausbildung von zukünftigen Globalen Chirurgen und Chirurgen und technologischen Fragestellungen.

Der erste Tag war vor allem den praktischen chirurgischen Fertigkeiten gewidmet. In verschiedenen Workshops konnten sowohl Studierende als auch Ärztinnen und Ärzte sich zum Beispiel in Nahttechniken, der Versorgung von Frakturen, der Durchführung eines Kaiserschnitts und der Bronchoskopie üben. Am zweiten Tag lag der Schwerpunkt auf „Infections in Global Surgery“. Konkrete Beispiele spielten dabei ebenso eine Rolle wie generelle Betrachtungen zu Projekten und Infrastruktur. Weitere große Themen dieses Tages waren „Adapted Technology“ und „Women in Surgery“.

Mit internationalen Gästen aus Süd- und Nordamerika, Afrika, Asien und Europa stellt das Symposium ein vielversprechendes Format dar, um die operative Medizin in verschiedenen Kulturen zu beleuchten und voneinander zu lernen. Ein Teil der internationalen Referentinnen und Referenten wurde für ihre Teilnahme aus Mitteln der Deutschen Forschungsgemeinschaft gefördert. Um auch

den Austausch der jüngeren Generation zu begünstigen, konnten von der DTC Studiengruppengruppe „junge DTC“ durch die Unterstützung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie Reisestipendien für einen Medizinstudierenden aus Ruanda und eine Gruppe von Medizinstudierenden aus Albanien vergeben werden. Diese zukünftigen und angehenden Ärztinnen und Ärzte sind Teil des International Students Surgical Network (InciSioN), von dem es seit diesem Jahr auch eine Deutsche Arbeitsgruppe gibt. Am Symposium nahmen Mitglieder aus vier nationalen Arbeitsgruppen von InciSioN teil, sodass sich eine spannende Gelegenheit für den Austausch von Projektideen und gemeinsamen Aktionen ergab.

Die Förderung des chirurgischen Nachwuchses war in diesem Jahr ein besonderes Anliegen des Vereins. So wurde zum Beispiel das Organisationsteam von Medizinstudierenden nicht nur aus Lübeck, sondern auch von der in diesem Jahr gegründeten InciSioN Germany – junge DTC Gruppe tatkräftig unterstützt. Inhaltlich stand der dritte Tag des Treffens ganz im Zeichen von chirurgischer Ausbildung und junger Chirurgie. Nach einer Vorstellung von mehreren Weiterbildungssystemen und -projekten aus verschiedenen Teilen der Welt, bildete der Auftritt der Mitglieder von InciSioN



PD Dr. med. Henning Mothes

Vorstandsvorsitzender der
Deutschen Gesellschaft für
Tropenchirurgie e.V.
Chefarzt
Klinik für Allgemein-, Viszeral- und
Gefäßchirurgie
Sophien und Hufeland Klinikum Weimar
Henry-van-de-Velde-Straße 2
99425 Weimar
h.moths@klinikum-weimar.de



Abb. 2: In der „Women in Surgery“ Session versammelten sich alle Frauen auf der Bühne zu einem Gruppenbild

den würdigen Abschluss des Symposiums. Bei so viel positiver junger Energie verabschiedeten sich die Teilnehmer mit der Zuversicht nach Hause, die Idee von Global Surgery mit Leben zu füllen und weiter zu verbreiten.

Den Veranstaltern ist es besonders wichtig, bereits junge angehende Kolleginnen und Kollegen für chirurgische Fächer und die weltweite Bedeutung von Chirurgie als unverzichtbarer Bestandteil von Universal Health Care zu begeistern und auch hier in Deutschland die Rolle der Globalen Chirurgie zu stärken.

Wer sich für die Arbeit der Deutschen Gesellschaft für Tropenchirurgie e.V. und/oder der Gruppe für Studierende und Assistenzärztinnen und Assistenzärzten InciSioN Germany – junge DTC interessiert, kann sich auf der Homepage www.tropenchirurgie.org informieren und uns auf Facebook und Twitter folgen. Das nächste Global Surgery Symposium wird vom 30. Oktober bis 1. November 2020 in Weimar stattfinden.



Webinar-Termin im Januar 2020: S2k-Leitlinie „Typ B Aortendissektion“

**Webinar S2k-Leitlinie
„Typ B Aortendissektion“
30.01.2020, 18:00 Uhr
www.bdc-webinare.de**

Seit September 2017 gibt es die BDC|Webinare (www.bdc-webinare.de). Bisher wurden auf der Plattform insgesamt 24 Leitlinien von Experten erfolgreich vorgestellt und besprochen. Jeden Monat wird von einem 45-minütigen Webinar eine chirurgisch

relevante Leitlinie in ihren Grundzügen vorgestellt. Anschließend kann mit dem Referenten und anderen Teilnehmern via Chat diskutiert werden, selbstverständlich kostenfrei für alle BDC-Mitglieder. Und jede Teilnahme wird in der Regel mit zwei CME-Punkten zertifiziert. 

Webinare im Archiv abrufen

Auch wenn einmal ein Termin verpasst wird, ist das kein Problem, denn der aufgezeichnete Vortrag mit Diskussion kann jederzeit aus dem Webinar-Archiv abgerufen werden.

Detaillierte Informationen und Termine zu diesem Lernangebot und allen Webinaren sind unter www.bdc-webinare.de zu finden.

www.bdc-webinare.de

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



© Istock/HAKINMHAN

Mitarbeiterbindung durch Nettolohnoptimierung

Welcher Arbeitgeber kennt diese Situation nicht: Im Rahmen des Jahresgespräches, bei Neueinstellung eines Mitarbeiters oder ganz unverhofft kommt die Frage nach dem Gehalt! Meist verhält es sich so, dass der Mitarbeiter sein reines Gehalt oder dessen Erhöhung als Forderung äußert. Der Arbeitgeber ist häufig bezüglich der Höhe dieser Forderung überrascht.

Daneben gibt es immer wieder Anlässe, an denen der Mitarbeiter etwas zusätzlich zur eigentlichen Vergütung erhalten sollte. Und hier besteht der Wunsch, dass möglichst viel beim Mitarbeiter ankommt.

Wie kann der Arbeitgeber dieser Herausforderung gegenüberreten? Eventuell hat er bereits gewisse Bausteine installiert, die er dem Mitarbeiter mit einem Mehrgewinn für beide Seiten anbieten kann.

Dieser Mehrgewinn kann sich auf zwei Ebenen äußern: Zum einen in Form einer geringeren Belastung mit dem Anteil des Arbeitgebers an der Sozialversicherung (Senkung der Lohnnebenkosten). Zum anderen als mehr Netto vom Brutto auf Seiten des Mitarbeiters.

Wird dieser Mehrgewinn auf der Seite des Mitarbeiters erreicht, ist in der Regel eine

**Tino Koch**

Steuerberater, Fachberater im
ambulanten Gesundheitswesen (IHK)
Geschäftsführung
Koch & Kollegen
Steuerberatungsgesellschaft mbH
Joachimstraße 3
30159 Hannover
t.koch@koch-kollegen.de

höhere Mitarbeitermotivation zu verzeichnen. Gleichzeitig wird die Mitarbeiterbindung gestärkt. Um diese Ziele zu erreichen, ist es vorteilhaft, die vielfältigen Möglichkeiten zu kennen und zu nutzen. Einige werden nachfolgend vorgestellt, wobei für den Überblick immer eine Aussage zum Thema Lohnsteuer und Sozialversicherung getroffen wird.

AUFMERKSAMKEITEN (LOHNSTEUERFREI/ SOZIALVERSICHERUNGSFREI)

Es handelt sich hierbei um Sachzuwendungen des Arbeitgebers von geringem Wert, die dem Mitarbeiter oder seinen Angehörigen anlässlich eines besonderen persönlichen Ereignisses im privaten Bereich (z. B. Geburtstag, Hochzeit oder Geburt eines Kindes) oder aus beruflichem Anlass (z. B. Jubiläum, bestandene Prüfung) übergeben werden.

Beträgt der Wert der Aufmerksamkeit je Anlass inklusive Umsatzsteuer nicht mehr als 60 Euro, greift die der Steuer- und Beitragsfreiheit. Nicht begünstigt sind Geldgeschenke.

Nach dem Motto: Der nächste Geburtstag kommt bestimmt.

ERHOLUNGSBEIHILFE (PAUSCHAL LOHNSTEUERPFLICHTIG/ SOZIALVERSICHERUNGSFREI)

Erholungsbeihilfen sind Zuschüsse des Arbeitgebers in Form von Bar- oder Sachbezügen zu den Erholungskosten eines Mitarbeiters.

Pro Kalenderjahr sind Zuschüsse wie folgt möglich: 156 Euro für den Mitarbeiter selbst, 104 Euro für den Ehegatten und 52 Euro je Kind. Zu beachten ist hierbei, dass die Zahlung zweckgebunden zu erfolgen hat, z. B. als Zuschuss zu einer Urlaubsreise. Hervorzuheben ist, dass der Mitarbeiter sich auch zu Hause erholen darf.

Die Erholungsbeihilfe kann mit einem Pauschalsteuersatz von 25 Prozent zuzüglich Solidaritätszuschlag und gegebenenfalls Kirchensteuer pauschaliert werden.

FAHRTKOSTENZUSCHUSS (PAUSCHAL LOHNSTEUERPFLICHTIG/ SOZIALVERSICHERUNGSFREI)

Dem Mitarbeiter bekannt ist der Ansatz von Werbungskosten in seiner Einkommensteuererklärung für die Fahrten von der Wohnung zur ersten Tätigkeitsstätte (z. B. den Praxisräumen). Der einfache Fahrtweg wird dabei pro Tag pro Entfernungskilometer mit 0,30 Euro angesetzt. Die weitläufige Meinung ist, dass der Mitarbeiter diesen Betrag von dem Finanzamt „wiederbekommt“, was so nicht ganz richtig ist. Denn angenommen, die Werbungskosten betragen 2.000 Euro und der durchschnittliche Steuersatz des Mitarbeiters 20 Prozent, dann bekommt dieser über die Steuererklärung 400 Euro „zurück“.

Der Arbeitgeber kann hingegen einen Fahrtkostenzuschuss in Höhe von 0,30 Euro pro Tag pro Entfernungskilometer an seinen Mitarbeiter auszahlen. Dieser Betrag kann dann vom Arbeitgeber pauschal mit 15 Prozent Lohnsteuer zuzüglich Solidaritätszuschlag und gegebenenfalls Kirchensteuer besteuert werden. Beim Arbeitnehmer kommen dann in unserem Beispielsfall tatsächlich 2.000 Euro an und der Mitarbeiter übernimmt hierfür die pauschale Lohnsteuer von 300 Euro jährlich.

In Höhe des Fahrtkostenzuschusses ist es für den Arbeitnehmer nicht möglich, den Fahrtweg als Werbungskosten in der Einkommensteuererklärung anzusetzen.

JOB TICKET (LOHNSTEUERFREI/ SOZIALVERSICHERUNGSFREI)

Die Arbeitgeberleistungen für Fahrten des Arbeitnehmers zwischen Wohnung und erster Tätigkeitsstätte werden seit dem 01.01.2019 steuerfrei gestellt. Die Fahrten müssen hierfür mit öffentlichen Verkehrsmitteln im Linienverkehr durchgeführt werden, z. B. im Rahmen des öffentlichen Nahverkehrs. Die steuerfreien Arbeitgeberleistungen mindern die beim Mitarbeiter als Werbungskosten zu berücksichtigende Entfernungspauschale. Um diese Kürzung zu vermeiden, kann das Jobticket pauschal besteuert werden.

Koch T.: Mitarbeiterbindung durch
Nettolohnoptimierung. Passion Chirurgie. 2020
Januar, 10(01): Artikel 04_03.



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

KINDERGARTENZUSCHUSS (LOHNSTEUERFREI/ SOZIALVERSICHERUNGSFREI)

Hierunter fallen Arbeitgeberleistungen zur Unterbringung (einschließlich Unterkunft und Verpflegung) und Betreuung von nicht schulpflichtigen Kindern des Mitarbeiters in Kindergärten oder vergleichbaren Einrichtungen. Eine betragsmäßige Obergrenze für den Zuschuss existiert nicht.

Werden Aufwendungen für die Betreuung des Kindes im eigenen Haushalt des Mitarbeiters gezahlt, gilt die Steuer- und Sozialversicherungsfreiheit leider nicht.

TELEFONNUTZUNG (LOHNSTEUERFREI/ SOZIALVERSICHERUNGSFREI)

Für die meisten Mitarbeiter ist das Handy mittlerweile unverzichtbar, für einige sogar ein Statussymbol. Und auch hier kann der Arbeitgeber ansetzen. Denn die private Nutzung von betrieblichen Telekommunikationsgeräten ist steuer- und sozialversicherungsfrei.

Entscheidend ist, dass es ein betriebliches Gerät sein muss, entweder im Eigentum des Arbeitgebers oder von ihm gemietet bzw. geleast.

Denkbar ist es demnach, dass der Arbeitgeber einen Handyvertrag inklusive Gerät abschließt und seinem Mitarbeiter als Weihnachtsschokoeis überlässt.

44 EURO FREIGRENZE (LOHNSTEUERFREI/ SOZIALVERSICHERUNGSFREI)

Für allgemein gehaltene Sachbezüge gilt eine monatliche Freigrenze von 44 Euro. Hiernach kann der Arbeitgeber dem Mitarbeiter ohne jeden Anlass einmal im Monat Sachbezüge im Wert von 44 Euro inklusive Umsatzsteuer zuwenden. Hierunter fallen z. B. Waren- und Tankgutscheine.

Eine beliebte Form in der Praxis ist die Stellung einer Kreditkarte mit Aufladung durch den Arbeitgeber (sogenannte Prepaidkarten). Solche Karten sind in der Regel auch im „Praxisdesign“ erhältlich. Mit solch einer Karte gelingt es dem Arbeitgeber, bei jedem

Zahlungsvorgang einen positiven Zusammenhang des Mitarbeiters mit dieser Karte und damit der Praxis herzustellen.

Leider wurden mit dem Jahreswechsel Restriktionen hinsichtlich der Gutscheine und Karten im Gesetz verankert, die es zu beachten gilt.

WERBEFLÄCHEN

Mit der Überlassung von Werbeflächen, z. B. auf dem privaten PKW des Mitarbeiters, kann ebenfalls ein positiver Effekt für beiden Seiten erzielt werden. Hier liegt kein Lohnbestandteil vor, da in einem beidseitigen Vertrag vom Mitarbeiter Werbefläche an den Arbeitgeber vermietet wird. In diesem Vertrag ist das Marketing für den Arbeitgeber geregelt. Der Mitarbeiter identifiziert sich offensichtlich mit seinem Arbeitgeber.

Betragen solche Einkünfte des Mitarbeiters im Jahr nicht mehr als 256 Euro, bleiben diese als sonstige Einkünfte im Einkommensteuergesetz steuerfrei. ○

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

Anmeldung zum Kongress unter:
www.bundeskongress-chirurgie.de

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

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

BUNDESKONGRESS CHIRURGIE 2020

BNC · BDC · BAO
GEMEINSAM STARK

07.02. – 08.02.2020, Nürnberg Convention Center





© iStock/machmeena29

„Sicherheit ist kein Projekt, das man mal vier Wochen macht.“



Technik ist gut und schön – solange sie funktioniert. Das gilt für die Informationstechnologie (IT) in Betrieben besonders, denn ohne IT laufen viele betriebliche Prozesse gar nicht mehr. Einen kleinen oder größeren Schaden hat fast jedes Unternehmen schon erlebt – mit unangenehmen Folgen. Wie man sich vor IT-Schäden schützt und was man ganz praktisch tun kann, erläutert Frank Rustemeyer von HiSolutions, Partner der Ecclesia Gruppe, im Interview.

Sie kümmern sich um die IT-Sicherheit von Unternehmen und Organisationen. Wie lange dauert es, einen Schaden im IT-System zu beseitigen?

Frank Rustemeyer: Das kommt auf den Schaden an. Und auf den Kunden. Manche Fälle, zum Beispiel einfache Virusattacken, können wir sehr schnell in den Griff bekommen, wenn alle Präventionsmaßnahmen stimmen. Ein gut vorbereitetes Unternehmen kann dann eine Datensicherung zurückspielen, das befallene Gerät neu aufsetzen und relativ schnell wieder im Normalbetrieb arbeiten.

Wir begleiten aber auch komplexe Schadenfälle, angefangen bei solchen, wo entweder Präventionsmaßnahmen nicht da waren oder nicht funktioniert haben, bis hin zu hochkomplexen

» ZUR PERSON



Frank Rustemeyer

Chief Operations Officer
(COO)
Geschäftsbereich Security
Consulting
HiSolutions AG
Bouchéstraße 12, 12435 Berlin

Das Gespräch führte Antje Borchers, Unternehmenskommunikation der GRB Gesellschaft für Risiko-Beratung mbH.

Ecclesia med GmbH
BDC-Versicherungsservice
Ecclesiastraße 1 – 4, 32758 Detmold
bdc-versicherungsservice@ecclesia.de

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

Frank Rustemeyer: Als Chief Operations Officer (COO) ist er bei HiSolutions verantwortlich für die Ausgestaltung der operativen Prozesse im Beratungsgeschäft. Außerdem betreut er die Partnerschaft mit der Ecclesia Gruppe und das gemeinsame CyRis-Programm.

HiSolutions ist ein Beratungs- und Dienstleistungsunternehmen, das sich auf die „Sicherheit von Computersystemen“ spezialisiert hat. Es unterstützt Kunden nahezu aller Branchen sowie der öffentlichen Verwaltung dabei, Systeme sicherer zu machen. Bei Schadenfällen oder Cyberangriffen begleitet es Organisationen bei den drei Kernaufgaben: aufklären, was vor sich geht; Schaden begrenzen; wieder in den normalen Betrieb kommen. Bei HiSolutions arbeiten knapp 200 Mitarbeitende an fünf Standorten, die meisten am Hauptsitz Berlin.

Rustemeyer F: „Sicherheit ist kein Projekt, das man mal vier Wochen macht.“ Passion Chirurgie, 2020 Januar, 10(01): Artikel 04_04.



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

Angriffen, die in den Bereich Industriespionage gehen, wo ganze Konzerne monatelang unterwandert werden. Da dauert es dann auch Monate, bis man solch ein Netz wieder unter der eigenen Kontrolle hat.

Das klingt teuer.

Frank Rustemeyer: Der Ausfall ist meistens das größte finanzielle Problem: Wenn beispielsweise 100 Leute nicht arbeiten können, gibt es keine Erträge, aber die Kosten laufen weiter. Dazu die Kosten, die durch den Schaden verursacht werden: Dinge, die neu installiert werden müssen, Rechtsanwaltskosten, Kommunikationskosten und Kosten für Dienstleister wie uns. Die Schadenssumme geht bei einem ernsteren Angriff sehr schnell in fünf-, sechsstellige Bereiche.

Welches sind die Hauptrisiken, denen IT-Systeme und damit die Unternehmen ausgesetzt sind?

Frank Rustemeyer: Es gibt „technisches Versagen“: Ausfälle, kaputte Datenträger, die Schäden verursachen können. Solche Risiken kann man im Betrieb recht gut einplanen und beherrschen. Schwieriger wird es in dem Bereich, wo menschliche Fehlhandlungen Schäden verursachen, im schlimmsten Fall wirklich bösartiges Handeln. Die Bandbreite reicht von ungerichteten Angriffen von außen, bei denen Hacker versuchen, in Netze einzudringen, bis hin zu eigenen Mitarbeitenden, die sich bereichern oder dem Unternehmen schaden wollen – etwa aus Rache. In diesen Fällen sind die Schäden meist schlimmer und schwerer zu beherrschen als beim Angriff von außen, denn ein Innentäter kennt die internen Strukturen.

Wie kann man sich schützen?

Frank Rustemeyer: Man kann ganz viele Schutzmaßnahmen ergreifen, die alle ihre Wirkung entfalten: zunächst im technischen Bereich, dann durch Prozesse, also beispielsweise, dass Aufgaben nur im „Vier-Augen-Prinzip“ erledigt werden, ferner durch Vorgaben, durch Kontrollen, durch Schulungen ... Nicht für jedes Unternehmen ist es angemessen und wirtschaftlich leistbar, hier auf die allerhöchste Stufe zu zielen. Es ist letzten Endes ein Abwägen zwischen

Aufwand und Risiko: Welche Prozesse sind überhaupt IT-abhängig und in welcher Ausfall-Zeit führt das zu welcher Problemlasse? Welche präventiven Maßnahmen kann man ergreifen, die mit überschaubarem Einsatz eine große Schutzwirkung erzielen? Und welches sind Risiken, die man auch sehend in Kauf nehmen kann?

Gemeinsam mit der Ecclesia Gruppe haben Sie das CyRis-Programm entwickelt, das genau so etwas macht: Risiken im IT-Bereich systematisch analysieren, priorisieren, Maßnahmen zur Cybersicherheit festlegen. Was genau bietet das CyRis-Programm für Unternehmen des Gesundheitswesens und der Sozialwirtschaft?

Frank Rustemeyer: Das Thema Cybersicherheit ist komplex. Die Fragen „Wo stehen wir bei unserer Cybersicherheit und was kann schiefgehen?“, sind bei einer Geschäftsleitung oft wenig im Fokus, nicht mal bei den IT-Leuten. Denn die kümmern sich ja vor allem darum, dass der Betrieb läuft. Deswegen haben wir als Einstieg in das CyRis-Programm den CyRis-Basis-Check zur allerersten Standortbestimmung aufgenommen. Das ist ein kleines Projekt, wo ein Fachmann von uns mit viel Erfahrung einen Tag in der Institution verbringt, Gespräche mit verschiedenen Ansprechpartnern führt, sich anguckt: Wie sind die Schutzmaßnahmen aufgestellt? Er vergleicht die Ergebnisse mit seiner Erfahrung und gibt am Ende eine erste Einordnung: „Hier seid ihr gut und da müsst ihr noch was tun.“

Können Schutzmaßnahmen vorbeugend mit den kriminellen Tätern mithalten oder immer nur im Nachhinein Schäden beseitigen?

Frank Rustemeyer: Man kann durchaus mithalten. Allerdings das Ziel „Ich bin immun gegen Angriffe“, das werden wir nicht erreichen. Dazu ist das Themenfeld zu komplex und die Entwicklung viel zu schnell. Aber es ist auch kein Hinterherhechten. Es gibt gute Empfehlungen für

Standardschutzmaßnahmen oder wie man ein Sicherheitsmanagement aufsetzt. Natürlich werden sich neue Angriffe entwickeln, auf die man dann nur reagieren kann. Doch so etwas entsteht ja nicht plötzlich, sondern das sind Entwicklungen über Zeiträume, die man beobachten kann.

Empfehlungen für Standardschutzmaßnahmen

Praxistaugliche Checkliste zur Cybersicherheit: www.ecclesia-gruppe.de/Checkliste_Cyber. Darin gibt die Ecclesia zusammen mit HiSolutions einen Überblick über die wichtigsten Handlungsfelder, die auch kleine und mittlere Unternehmen bearbeiten können. Außerdem verweist sie per Links auf die entsprechenden Handlungsempfehlungen zum Beispiel vom Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik (BSI).

Wie kann ein Unternehmen, das keine IT-Fachleute hat, sein IT-System sicher aufstellen?

Frank Rustemeyer: Die Technik ist nur eines der Elemente eines Schutzkonzeptes. Es gehören auch Prozesse dazu, die die sicherheitskritischen Aufgaben im Unternehmen regeln. Man muss sich als Geschäftsführung darum kümmern, dass diese Prozesse funktionieren: Es muss Leute geben, die sich verantwortlich fühlen; andere Leute, die schauen, wie sich die Technologie weiterentwickelt, auch die Technik im eigenen Hause. Diese Leute planen auch: Was sind die Sicherheitsmaßnahmen, die ich brauche? Und man muss überprüfen, ob die Umsetzung funktioniert. Für die ausführenden Tätigkeiten kann man dann Spezialisten heranziehen – aus dem eigenen Haus oder Dienstleister wie uns. Natürlich, dafür sind wir da. Aber die Geschäftsleitung muss sicherstellen, dass etwas erfolgt, und muss eben auch am Ball bleiben. Sicherheit ist kein Projekt, das man mal vier Wochen macht und dann als erledigt abheftet.

Wie gut nehmen denn Unternehmen diese Daueraufgabe Sicherheit wahr?

Frank Rustemeyer: Die muss verankert werden in den Organisationen, aber das finden wir sehr wenig. Darum haben wir ein Modul für die Institutionalisierung von Sicherheit geschaffen, die CyRis-Leitlinie. Auch da arbeiten wir in einem Workshop mit dem Unternehmen: Wie könnte ein systematisches Herangehen Ihrer Organisation richtig aufgesetzt werden? Das verschriftlichen wir in einem Papier, der sogenannten Leitlinie.

Stichwort „Sicherheitskultur im Unternehmen“. Welchen Anteil hat die am Erfolg eines Schutzkonzeptes?

Frank Rustemeyer: In der Schadenfallsituation macht es einen entscheidenden Unterschied, wie die eigenen Mitarbeitenden reagieren. Darum gehört Training aller Mitarbeitenden dazu, damit sie Risiken erkennen und damit umgehen können. Wenn neue Angriffsvarianten auftauchen, dann kann ein technisches System die nicht erkennen, weil es darauf nicht trainiert ist. Ein Mensch kann, wenn er ein Bewusstsein für die Problematik hat, misstrauisch werden und reagieren.

E-Mail ist immer noch eins der Haupteinfallstore, durch die Schadsoftware in ein Unternehmen gelangt. Woran erkenne ich eine falsche E-Mail? Gibt es fünf Kriterien, die ich anwenden kann?

Frank Rustemeyer: Das gab's früher (lacht): unpersönliche Ansprache, keine Umlaute, schlechtes Deutsch. Das ist viel professioneller geworden. Die E-Mails heute sind meistens in korrekter Sprache und sehr gezielt entworfen, um Schadsoftware zu verbreiten: mit der richtigen Anrede, auch mit einem richtigen Absender, der mit dem Adressaten sowieso in Korrespondenz steht – oft führen die Täter dafür erbeutete Datenbestände zusammen. Wirklich erkennen kann man eine falsche E-Mail meistens nur aus dem Kontext. Wenn man eine E-Mail bekommt mit irgendeinem

Anhang, die man nicht erwartet, dann sollte man misstrauisch werden.

Und als Mitarbeiterin soll ich mir nie zu blöd vorkommen, bei der Chefin oder dem Chef oder der IT-Abteilung anzurufen und zu sagen: Hier kommt mir etwas spanisch vor.

Frank Rustemeyer: Genau, Aufmerksamkeit und im Zweifel Nachfragen sind entscheidend. Wenn eine Sicherheitskultur vorherrscht, wo ein Vorfall als persönliches Versagen der Beteiligten geahndet wird, führt das tatsächlich dazu, dass Leute nicht fragen und im Zweifel auch Dinge vertuschen: „Da könnte ich was falsch gemacht haben, da sage ich lieber keinem Bescheid.“ Das ist fatal für die Sicherheit. Deswegen ermuntern wir, eine Kultur zu etablieren, wo lieber eine Rückfrage zu viel als eine zu wenig gern gesehen wird.

Sie haben Einblick in verschiedenste Unternehmen in unterschiedlichsten Branchen. Erleben Sie da immer wieder dieselben Lücken?

Frank Rustemeyer: Ein Problem, das wir oft sehen, ist die Behandlung von Vorfällen. Selbst wenn man sich mit dem Thema beschäftigt, denkt man vor allem in der Prävention. Es ist aber ganz wichtig, auch zu gucken, was trotz aller Prävention passiert, und daraus zu lernen, Stichwort Incident-Management. Oft treten nur kleine Sicherheitsvorfälle ein, die nicht gleich zu einem Schaden führen. Die soll man nicht irgendwie „wegarbeiten“, zum Beispiel einfach den PC neu aufsetzen, weil das Tagesgeschäft drängt, sondern wirklich prüfen: Was sind die Ursachen für dieses Vorkommnis? Und sei es nur ein merkwürdiger Eintrag in einem Logfile oder eine harmlose Virusinfektion auf irgendeinem PC. Welche Lücken habe ich in meiner Sicherheitskonzeption, die ich schließen muss?

Als Unternehmen sollte ich mich auf einiges vorbereiten, Szenarien durchspielen, damit ich im Schadenfall weiß: Aha, das ist passiert, jetzt muss ich aus der

Schublade diesen Plan rausholen und diese Schritte gehen?

Frank Rustemeyer: Unbedingt! Das ist eine Konsequenz aus der Erkenntnis, dass Prävention allein nicht reicht, um das Thema zu erschlagen. Man bewältigt einen eingetretenen Vorfall besser, wenn man vorbereitet ist. Auch dieses Thema ist eines unserer CyRis-Module: Krisenvorsorge, Krisenplanung. Die Fragen dabei lauten: Wer im Unternehmen ist eigentlich dafür zuständig, einen Vorfall zu behandeln? Habe ich so etwas wie einen Krisenstab, wer muss darin vertreten sein? Wo finde ich im Notfall schnell Ansprechpartner für Themen wie rechtliche Beratung, für IT-Forensik, also die technische Unterstützung, für Krisenkommunikation? Wenn ich das alles in Ruhe einmal vorbereite und in einem Plan zusammenschreibe, den ich aus der Schublade ziehen kann, dann spart das enorm Zeit und Stress im Notfall.

Kann man sagen: Unternehmen, die vorbereitet waren und die ihre Aufmerksamkeit erhöht haben, bewältigen Schäden schneller und glimpflicher als andere Unternehmen?

Frank Rustemeyer: Ja, das sehen wir sehr deutlich. Das eine ist die Prävention. Sie soll ja das Eintreten des Schadens unwahrscheinlicher machen. Aber Prävention heißt auch, die Folgen eines eingetretenen Schadens abzumildern. Das klassische Beispiel ist Datensicherung. Die sollte heute selbstverständlich sein, aber auch da erleben wir immer noch interessante Dinge. Wenn also Datenverluste auftreten, dann ist es gut, wenn man eine möglichst frische Sicherung der Datenbestände irgendwo auf einem System hat, das nicht am firmeneigenen Netz hängt, da es sonst vom Angreifer möglicherweise gleich mit manipuliert wird. Es ist auch gut, wenn man mal getestet hat, ob die Datensicherung tatsächlich funktioniert und man Daten zurückspielen kann ins System.

Das andere ist die Art der Krisenreaktion. Geraten Unternehmen in den

Panikmodus? Das heißt bei einem Cyberangriff oft: erst einmal alles abschalten! Das allerdings bedeutet Stillstand im Unternehmen. Oder gibt es Prozesse, in denen man zielgerichtet analysiert: Was ist überhaupt gefährdet, wie weit ist der Angreifer gekommen, wen kann ich um Hilfe bitten, wen kann ich einbeziehen in kurzer Zeit? Auch wir von HiSolutions stehen im Rahmen des CyRis-Programms als Krisenhelfer zur Verfügung.

Als Service wäre an dieser Stelle ein kleiner Infokasten mit fünf Tipps gut.

Frank Rustemeyer: Solche Tipps gebe ich ganz bewusst nicht. Denn Cybersicherheit ist zum einen komplex, ist eine Herausforderung, die sich nicht auf fünf Maßnahmen reduzieren lässt. Das andere ist die Gefahr, dass man glaubt, wenn man die fünf Tipps erledigt hat, kann man sich anderen Dingen zuwenden. Das ist genau der falsche Ansatz. Man muss sich mit dem Thema auseinandersetzen. Es gibt Standards in dem Bereich, zum Beispiel vom Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik. Das sind aber nicht fünf Tipps, sondern umfassende Hilfen.

Aber natürlich gibt es wichtige Maßnahmen:

- das Patchen von Systemen, also das Aktuell-Halten der eigenen Software
- das Einsetzen von Basis-Schutzsystemen wie Antivirus-Firewall
- das Trennen des eigenen Netzes
- das Verschlüsseln von Datenverbindungen und von kritischen/sensiblen E-Mails
- das Sensibilisieren von Mitarbeitenden
- das Behandeln von Vorfällen, also das Incident-Management
- das ständige Anpassen der eigenen Verteidigungsstrategie.

Aber ich glaube, man kann nicht sagen: Mach das so! Es kann für jede Organisation andere Wege geben. ○

**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



© iStock/geogif

Hygiene-Tipp: Arbeitskleidung für Studenten und PJler



Korrespondierender Autor:
Prof. Dr. med. Prof. h. c. (MNG)
Walter Popp
 Ärztlicher Leiter
 HyKoMed GmbH
 Vizepräsident der Deutschen
 Gesellschaft für Krankenhaushygiene
 e.V. (DGKH)
 popp@hykomed.de

Häufig müssen Medizinstudierende und PJler in privater Kleidung im Krankenhaus arbeiten, allenfalls versorgt mit einem Arzt-Mantel. Nachfolgend eine Einschätzung hierzu auf Basis der relevanten Vorschriften:

Heranzuziehen ist die **TRBA 250** (Biologische Arbeitsstoffe im Gesundheitswesen und in der Wohlfahrtspflege), zuletzt in der Fassung von Mai 2018. Nach ihr ist primär eine Gefährdungsbeurteilung durchzuführen, hier für Medizinstudierende. Da Studierende im Rahmen ihrer diversen Kurse, Praktika und Famulaturen grundsätzlich mit jeder Form von Patienten in Berührung kommen, besteht auch ein grundsätzliches Risiko des Kontaktes

mit Keimen beziehungsweise des Erwerbs einer Infektion. Die Studierenden sind im Rahmen der körperlichen Untersuchung relativ nah am Patienten und berühren ihn unter Umständen auch mit ihrer Kleidung beziehungsweise auch das Bett. Daher sind Medizinstudierende der Schutzstufe 2 zuzuordnen.

Damit gilt schon einmal das generelle Verbot für Schmuck, Ringe, Armbanduhren, künstliche Fingernägel oder Freundschaftsbänder (Kapitel 4.1.7), da die Studierenden hygienische Händedesinfektionsmaßnahmen anwenden müssen.

Die TRBA 250 regelt darüber hinaus, dass Schutzkleidung generell vom Arbeitgeber zu



Dr. med. Ricarda Schmithausen
Koordination
Universitätsklinikum Bonn (UKB)
Institut für Hygiene und Öffentliche
Gesundheit (IHPH)



**Prof. Dr. rer. nat. et rer. medic.
habil. Lutz Jatzwauk**
Leiter
Krankenhaushygiene/ Umweltschutz
Universitätsklinikum Carl Gustav
Carus Dresden



Dr. rer. nat. Wolfgang Kohnen
Stellvertretender Abteilungsleiter
im Bereich Krankenhaushygiene,
Krankenhaushygieniker, Beauftragter für
das Qualitätsmanagement
Abteilung für Hygiene und
Infektionsprävention
Universitätsmedizin der Johannes
Gutenberg-Universität Mainz
Vorstand der Deutschen Gesellschaft für
Krankenhaushygiene e.V. (DGKH)

Popp W, Schmithausen R, Jatzwauk L, Kohnen
W: Hygiene-Tipp: Arbeitskleidung für Studenten
und PJler. *Passion Chirurgie*. 2020 Januar; 10(1):
Artikel 04_05.



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

stellen ist; diese Regelung ist so nicht explizit erwähnt für Arbeits- oder Berufskleidung (also z. B. Arztkittel oder weiße Hose). Allerdings regelt die TRBA 250 (Kapitel 4.1.8 und 4.2.7), dass kontaminierte Arbeitskleidung (auch private) vom Arbeitgeber zu desinfizieren und zu reinigen ist. Wenn also beispielsweise die private Jeans eines Medizinstudierenden als kontaminiert nach Patientenkontakt angenommen wird, so darf nicht der Medizinstudierende diese mit nach Hause nehmen und dort waschen, sondern dies muss der Arbeitgeber (hier Universitätsklinikum oder Akademisches Lehrkrankenhaus) übernehmen und dies muss in Form einer desinfizierenden Waschung erfolgen. Da damit die Haftung für eventuelle Schäden an der privaten Jeans auf den Arbeitgeber übergeht, liegt es nahe, keine private Arbeitskleidung vorzugeben, sondern diese zu stellen.

Diese Sicht wird explizit in der TRBA 250 auch ausgeführt für den Einsatz von

Praktikantinnen und Praktikanten (Anhang 3), zu denen nach Biostoffverordnung auch Studierende gehören. Explizit wird (S. 54) auf die Gefährdungsbeurteilung hingewiesen und gesagt, dass auch die Desinfektion und Reinigung kontaminierter Arbeitskleidung zu regeln ist.

In der Konsequenz bedeutet dies, dass den Medizinstudierende von der Universitätsklinik bzw. dem Akademischen Lehrkrankenhaus die Arbeits- und Berufskleidung zu stellen ist, am einfachsten im Rahmen eines Poolsystems. Eine Ausnahme bilden klinische Bereiche, in denen auch die ärztlichen Mitarbeiter gemäß Hygieneordnung des Krankenhauses keine Berufskleidung (unter dem Visitenmantel) tragen, wie bspw. die Psychosomatik.

Der Hygiene-Tipp gibt die Meinung der Autoren wieder.



Wettbewerb „Hygiene medial vermitteln“

Die DGKH ruft für ihren 15. Kongress 2020 einen Wettbewerb zum Thema „Hygiene medial vermitteln“ aus. Eingereicht werden sollten neue Ansätze, wie mit Hilfe von Medien Hygienethemen vermittelt werden können – an Mitarbeiter, Patienten, Besucher und die Allgemeinbevölkerung. In Frage kommen: Videos, Plakate, Postkarten, Comics... – allerdings keine Powerpoint-Präsentationen. Die Beiträge müssen nicht ausschließlich von Mitarbeitern oder Einrichtungen des Gesundheitswesens erstellt sein. Pro Teilnehmer ist nur eine Einreichung gestattet. Industriebeiträge dürfen nicht ausschließlich der Werbung für ein bestimmtes Produkt dienen. Inhaltlich kann es um allgemeine Themen der Hygiene und Krankenhaushygiene gehen, aber auch Konzentration auf einzelne Aspekte ist möglich.

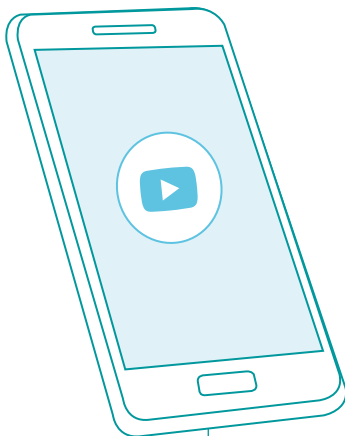
Die Beiträge müssen bis **29. Februar 2020** eingereicht werden (formlose Anträge sind zu stellen an die Geschäftsstelle über info@krankenhaushygiene.de).

Alle Bewerber erhalten auf dem Kongress die Möglichkeit, ihr Projekt zu präsentieren (kleiner Stand) und werden durch die Kongressteilnehmer online bewertet. Preise werden vergeben für die Kategorien Video, Poster, sonstiges. Für die ersten Preise beträgt das Preisgeld jeweils 1.000 €, für die zweiten Preise je 500 € und für die dritten Preise je 200 €.

Weitere Informationen...

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)

Honorarbericht Quartal 1/2017 und 2/2017



Kassenärztliche Bundesvereinigung
KdöR
Herbert-Lewin-Platz 2
10623 Berlin

Der Honorarbericht und die Kennzahlen erscheinen quartalsweise. Das Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (VStG) überträgt der KBV die Aufgabe, einen Bericht über die Ergebnisse der Honorarverteilung, über die Gesamtvergütungen, über die Bereinigungssummen und über den Honorarumsatz je Arzt und je Arztgruppe zu veröffentlichen.

Nunmehr liegt der Bericht über die Honorarentwicklung im ersten und zweiten Quartal 2017 im Vergleich zum entsprechenden

Vorjahreszeitraum vor. Die Systematik der Honorarberichte wurde angepasst: In den bisherigen Berichten bezogen sich die Kennzahlen stets auf fachgleiche Einzel- und Gemeinschaftspraxen mit zugelassenen Ärzten. Ab dem Bericht für das erste Quartal wird statt über zugelassene Praxen über zugelassene und angestellte Ärzte berichtet.

HIER finden Sie neben den aktuellsten Honorarberichten der KBV Informationen zu weiteren Arztgruppen, Zeiträumen und Kennzahlen. 



1. Quartal 2017



2. Quartal 2017



Quelle: <http://www.kbv.de/html/honorarbericht.php>



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



©Istock/utrecht

Änderungen bei der praktischen Umsetzung des „Terminservice-Gesetzes“ (TSVG)



Dr. med. Peter Kalbe
Vizepräsident
Berufsverband der Deutschen
Chirurgen e.V. (BDC)
Praxis am Wall in Rinteln
Gelenkzentrum Schaumburg
Josua-Stegmann-Wall 7
31737 Rinteln
Kalbe@bdc.de

In der **Dezemberausgabe** der PASSION CHIRURGIE berichteten wir zuletzt über die Änderungen durch das Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) für die niedergelassenen Chirurgen. Dabei hatten wir im vorletzten Absatz über Beanstandungen des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) berichtet. Mit Schreiben vom 2. Dezember 2019 hat das BMG nun mitgeteilt, an den Auflagen für die Sachverhalte LANR statt BSNR und Behandlungsfall statt Arztgruppenfall nicht mehr festzuhalten.

Dies hat Auswirkungen auf die praktische Umsetzung, die wir hier kurz darstellen:

- **Dringliche Hausarzt-Überweisung:**

Es bleibt nunmehr bei der ursprünglichen Festlegung durch den Bewertungsausschuss, dass der vermittelnde Hausarzt die **Betriebsstätten-Nummer (BSNR) der Facharzt-Praxis** angeben muss, in welche die Vermittlung erfolgte (also nicht die LANR des Facharztes).

- **Extrabudgetäre Vergütung für TSVG-Fälle:**

Die extrabudgetäre Vergütung betrifft nach Rücknahme der Beanstandung des

BMG jetzt doch nur – wie ursprünglich vom Bewertungsausschuss beschlossen – den **Arztgruppenfall** und nicht den gesamten Behandlungsfall. Dies hat nur Auswirkungen auf fachübergreifende Gemeinschaftspraxen und MVZ.

- **TSVG-Aufschläge auch für Ermächtigte Ärzte:**

Darüber hinaus wurden auf Intervention des BMG die prozentualen **Aufschläge** auf die Grundpauschale für die rasche Terminvermittlung (**Septemberausgabe** der PASSION CHIRURGIE) auch für die beschleunigte Terminvergabe bei **ermächtigten Krankenhausärzten** freigegeben.

Über Auswirkungen des TSVG werden wir Sie weiter informieren. ○



Kalbe P: Änderungen und Auflagen zum Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG). Passion Chirurgie. 2020 Januar, 10(01): Artikel 04_07.



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

**60
CME-
Punkte!**

Kompaktkurs:

Hygiene- beauftragter Arzt (HBA)

Geeignet für alle Ärzte



Mit der Smart-Learning-Methode

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

Ein modernes Lernkonzept für flexible und individuelle Fortbildung:

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

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

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



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



Personalia



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

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

JANUAR 2020

Prof. Dr. med. Alexander Albert, Experte in minimal-invasiven Operationen und Kunstherztherapie und zuvor Oberarzt der Thorax- und Kardiovaskularchirurgie am Universitätsklinikum Düsseldorf, leitet seit Mitte Oktober 2019 die Herzchirurgie am Klinikum Dortmund.

Dr. med. Franz Stefan Biber wechselte aus der Position des Oberarztes der Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie der Elbe Kliniken Stade-Buxtehude, Klinikum Stade an das AMEOS Klinikum Mitte Bremerhaven. Dort ist er Chefarzt der Klinik für Plastische, Hand- und Wiederherstellungschirurgie.

Dr. med. Faez Georg Chahoud und PD Dr. med. S. Müller bilden die neue Doppelspitze der Chirurgie der Hunsrück Klinik Kreuznacher Diakonie in Simmern. Die Chirurgie gliedert sich nun in zwei Bereiche. Herr Dr. Chahoud leitet den Bereich Orthopädie und Unfallchirurgie, während PD Dr. med. Stefan A. Müller für die Allgemein- und Viszeralchirurgie verantwortlich ist.

Prof. Dr. med. Axel Ekkernkamp, Ärztlicher Direktor und Geschäftsführer des BG Klinikums Unfallkrankenhauses Berlin (ukb), ist im November 2019 zum Unternehmens-/Klinikführer des Jahres gewählt worden. Damit würdigt die Digital-Health-Plattform „Entscheiderfabrik“ die Patenschaft von Professor Ekkernkamp für eines von fünf Projekten, die 2019 beispielhaft die digitale Transformation von Prozessen in der Medizin voranbringen sollen.

Dr. med. Stephan Elenz ist neuer Chefarzt der Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie Sana Kliniken Duisburg. Er kam aus dem St. Marien-Hospital in Mühlheim, wo er langjährig als Oberarzt und seit 2002 als Chefarzt die Unfall-, Wiederherstellungs- und orthopädische Chirurgie leitete.

PD Dr. med. Antonio B. Ernstberger wechselte von der Klinik und Poliklinik für Unfallchirurgie am Universitätsklinikum Regensburg an das Klinikum Osnabrück. Dort ist er der neue Chefarzt im Bereich Unfall- und Handchirurgie.

Prof. Dr. med. Philipp Geisbüsch, zuvor Oberarzt am Universitätsklinikum Heidelberg, trat am 1. November die Nachfolge von Prof. Dr. med. Thomas Hupp als Chefarzt der Gefäßchirurgie am Klinikum Stuttgart an. Prof. Dr. med. Thomas Hupp verabschiedete sich in den Ruhestand.

Dr. med. Matthias Jacob, zuvor Oberarzt der Unfallchirurgie, Orthopädie und Wiederherstellungschirurgie der München Klinik Neuperlach, ist seit dem 01. Oktober 2019 Chefarzt der Abteilung.

PD Dr. med. Daniel Kauff, MHBA, FACS, FEBS ist neuer Chefarzt der Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Gefäßchirurgie mit Unfallchirurgie der Kliniken Nagold. Er war zuletzt Funktionsoberarzt an der Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Transplantationschirurgie der Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz, wo er auch das Viszeralonkologische Zentrum koordinierte.

Prof. Dr. med. Werner Kneist, vormaliger Oberarzt der Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Transplantationschirurgie der Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz, ist nun Chefarzt der Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie der St. Georg-Klinikum gGmbH in Eisenach.

Dr. med. Thorsten Kohlstock wechselte als Chefarzt der Gefäßchirurgie des Klinikums in den Pfeifferschen Stiftungen GmbH Magdeburg an die Klinik für Gefäßchirurgie des AMEOS Klinikum Schönebeck. ○



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



Änderung der Sprechstundenverpflichtung nun auch für Belegärzte

Wie bereits in einem früheren Artikel erläutert, gelten seit Inkrafttreten des Terminservice- und Versorgungsgesetz¹ (TSVG) am 11.05.2019 erhebliche Änderungen in Bezug auf die von Vertragsärztinnen- und Vertragsärzten verpflichtend anzubietenden Mindestsprechstundenzeiten. Dies hat nun auch gewichtige Auswirkungen für Belegärzte.

RECHTSLAGE FÜR BELEGÄRZTE BIS 30.08.2019

Gemäß § 17 Abs. 1b Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) war in der bis 30.08.2019 geltenden Fassung geregelt, dass hinsichtlich des zeitlichen Umfangs § 17 Abs. 1a BMV-Ä nicht für Anästhesisten und Belegärzte galt.

§ 17 Abs. 1a Satz 1 BMV-Ä bestimmte nämlich, dass der sich aus der Zulassung des

Vertragsarztes ergebende Versorgungsauftrag dadurch zu erfüllen ist, dass der Vertragsarzt an seinem Vertragsarztsitz persönlich mindestens 20 Stunden pro Woche in Form von Sprechstunden zur Verfügung steht.

Folglich galt die Verpflichtung zum Angebot von Mindestsprechstunden des § 17 Abs. 1a Satz 1 BMV-Ä ausweislich des klaren Wortlauts des § 17 Abs. 1b BMV-Ä gerade nicht für Belegärzte. Hiermit wurde den Besonderheiten der belegärztlichen Tätigkeit Rechnung getragen.

RECHTSLAGE FÜR BELEGÄRZTE AB 31.08.2019

Die Verpflichtung zum Angebot von Mindestsprechstundenzeiten wurden aber nunmehr durch das TSVG durch Änderung der Regelung des § 19a Abs. 1 Satz 2 Ärzte-ZV für Vertragsärztinnen und -ärzte auf mindestens 25

¹ Nachfolgend wird zur besseren Lesbarkeit ausschließlich die männliche Form verwendet.



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

Stunden pro Woche bei vollem Versorgungsauftrag angehoben. Sofern nur ein reduzierter Versorgungsauftrag besteht, gelten die neuen Zeiten für die Mindestsprechstunden anteilig.

Aus der Gesetzesbegründung zum TSVG ergab sich leider nicht, wie sich diese Neuregelung zur bisherigen Regelung in § 17 Abs. 1b BMV-Ä verhalten sollte bzw. dass hierdurch eine Änderung der Rechtslage für Belegärzte gewollt gewesen sei.

Zwischenzeitlich ist die erhöhte Stundenzahl der Mindestsprechstundenverpflichtung auch in § 17 Abs. 1a Satz 1 BMV-Ä übernommen worden.

Aber nicht nur diese redaktionelle Anpassung hat stattgefunden.

Nunmehr ist es tatsächlich so, dass die Bundesmantelvertragspartner mit Wirkung zum 31.08.2019 auch eine Änderung des § 17 Abs. 1b BMV-Ä beschlossen haben, wonach nun auch Anästhesisten und Belegärzte verpflichtet sind, bei einer Vollzulassung mindestens 25 Stunden pro Woche als Sprechstunden anzubieten. Die bisherige Privilegierung der Belegärzte ist damit durch Änderung der Ausnahmegvorschrift des § 17 Abs. 1b BMV-Ä entfallen.

Eine weitere Konsequenz durch den Wegfall der Privilegierung zum Angebot von Mindestsprechstundenzeiten ist die nunmehr ebenso für Belegärzte geltende Verpflichtung zum Angebot von fünf offenen Sprechstunden pro Woche gemäß § 19a Abs. 1 Satz 3 Ärzte-ZV, sofern sie zu einer der in § 17 Abs. 1c BMV-Ä genannten Arztgruppen gehören, die sich weder nach den Gebieten der Weiterbildungsordnung noch nach den Arztgruppen der Bedarfsplanung richten, sondern sich aufgrund der Zuordnung im EBM bestimmen. Betroffen hiervon sind Augenärzte, Chirurgen, Frauenärzte, HNO-Ärzte, Hautärzte, Kinder- und Jugendpsychiater, Fachärzte für Neurologie, Nervenheilkunde, Neurochirurgie oder Neurologie und Psychiatrie, Fachärzte für Orthopädie, Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie, Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Urologen.

Folglich sind somit auch chirurgische Belegärzte verpflichtet, offene Sprechstunden anzubieten. Allerdings werden die Zeiten belegärztlicher Tätigkeit nicht auf die offenen Sprechstundenzeiten angerechnet.

STELLUNGNAHME

Bedauerlicherweise sind damit nun auch Belegärzte verpflichtet, Mindestsprechstunden von 25 Stunden/Woche an ihrem Vertragsarztsitz anzubieten.

Die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns vertritt hierbei erfreulicherweise die Auffassung, dass neben der Vertragsarztpraxis auch das Krankenhaus, für welches dem Arzt die Belegarztanerkennung erteilt wurde, als zugelassener Tätigkeitsort gilt, sodass Zeiten stationär-belegärztlicher Patientenbehandlung auf die Mindestsprechstundenzeiten angerechnet werden können (vgl. [Kassenärztliche Vereinigung Bayerns, Mindest-Sprechstundenzeiten, Frequently asked Questions, Stand 18.10.2019, Seite 6](#)).

Inwieweit die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) anderer Bundesländer dieselbe Auffassung teilen, ist dem Verfasser derzeit nicht bekannt. Aus Gründen der Rechtssicherheit ist deshalb jedem belegärztlich tätigen Arzt zwingend anzuraten, diesbezüglich mit der für ihn zuständigen KV Rücksprache zu halten.

Allerdings müssen Belegärzte weiterhin beachten, dass – wie auch bisher – die stationäre Tätigkeit des Belegarztes nicht das Schwerk Gewicht seiner Gesamttätigkeit bilden darf und er im erforderlichen Maße der ambulanten Versorgung zur Verfügung stehen muss. Ferner ist auch die Regelung des § 17 Abs. 1a Satz 5 BMV-Ä zu berücksichtigen, wonach in allen Fällen der Ausübung vertragsärztlicher Tätigkeit an einem weiteren oder mehreren Tätigkeitsorten außerhalb des Vertragsarztsitzes gilt, dass die Tätigkeit am Vertragsarztsitz alle Tätigkeiten außerhalb des Vertragsarztsitzes zeitlich insgesamt überwiegen muss. Sprich die Tätigkeit am Vertragsarztsitz muss alle Tätigkeiten außerhalb des Vertragsarztsitzes, zu der auch die belegärztliche Tätigkeit zählt, zeitlich überwiegen. ○

Heberer J: Änderung der Sprechstundenverpflichtung nun auch für Belegärzte. *Passion Chirurgie*. 2020 Januar, 10(01): Artikel 04_09.



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

Frage & Antwort



Dokumentation zur Indikation der Röntgendiagnostik



Antwort von Dr. jur. Jörg Heberer:

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

Heberer J. F+A: Dokumentation zur Indikation der Röntgendiagnostik. 2020 Januar; 10(1): Artikel 04_10.



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

FRAGE:

Ein niedergelassener Arzt fragt an, welche Angaben zur Stellung einer rechtfertigenden Indikation zur Röntgendiagnostik dokumentiert werden müssen.

ANTWORT:

Gemäß § 83 Abs. 3 Satz 2 Strahlenschutzgesetz (StrlSchG) erfordert die rechtfertigende Indikation bei Anwendungen im Rahmen einer medizinischen Exposition die Feststellung, dass der gesundheitliche Nutzen der einzelnen Anwendung gegenüber dem Strahlenrisiko überwiegt. Satz 4 bestimmt weiter, dass die rechtfertigende Indikation nur gestellt werden darf, wenn der Arzt, der die Indikation stellt, die Person, an der ionisierende Strahlung oder radioaktive Stoffe angewendet werden, vor Ort persönlich untersuchen kann, es sei denn, es liegt ein Fall der Teleradiologie nach § 14 Absatz 2 vor.

Folglich muss sich nach Ansicht des Verfassers aus der Dokumentation der rechtfertigenden Indikation ergeben, dass der Patient persönlich vom Arzt in der Praxis untersucht

wurde und im konkreten Fall der gesundheitliche Nutzen der Röntgenuntersuchung gegenüber dem Strahlenrisiko überwiegt unter Nennung der Gründe. Bei Stellung der rechtfertigenden Indikation müssen somit röntgenrelevante Informationen aus Anamnese, körperlichem Befund, Voruntersuchungen sowie der medizinischen Fragestellung einbezogen werden. Bei der Abwägung sind andere Verfahren mit vergleichbarem gesundheitlichen Nutzen, die jedoch mit keiner oder einer geringeren Strahlenbelastung einhergehen, zu berücksichtigen und dies ist zu dokumentieren.

Ferner erfordert § 119 Strahlenschutzverordnung (StrlSchV), dass zum einen gemäß Absatz 1 neben diesen Anforderungen der die rechtfertigende Indikation stellende Arzt prüft, ob es sich bei der vorgesehenen Anwendung um ein anerkanntes Verfahren nach den Erfordernissen der medizinischen Wissenschaft oder um einen Heilversuch handelt. Somit muss nach Meinung des Verfassers auch dies bei der Stellung der rechtfertigenden Indikation berücksichtigt werden und sollte aus Beweissicherungsgründen Einzug in die Dokumentation halten.

Zum anderen ist gemäß § 119 Abs. 3 StrlSchV nach Auffassung des Verfassers zu dokumentieren, dass der Arzt den Patienten über eine frühere Anwendung ionisierender Strahlen oder radioaktiver Stoffe, die für die vorgesehene Anwendung von Bedeutung sein können, befragt hat sowie das Ergebnis dieser Befragung und damit zusammenhängend die Feststellung dokumentiert, ob hier verfügbare Informationen über bisherige medizinische Expositionen herangezogen

werden können, um eine unnötige Exposition zu vermeiden.

Zudem muss gemäß § 120 Abs. 1 StrlSchV eine gebärfähige Frau nach einer bestehenden oder der Möglichkeit einer Schwangerschaft befragt werden, was neben der Antwort der Patientin ebenfalls zu dokumentieren ist.

Aus juristischer Sicht ist aus Gründen der Rechtssicherheit somit stets eine so

ausführlich wie mögliche Dokumentation zu empfehlen. Da die Dokumentation primär der Therapiesicherung, d. h. der sachgerechten Behandlung und Weiterbehandlung sowie der Rechenschaftslegung gegenüber dem Patienten hinsichtlich der durchgeführten Maßnahmen dient, sind folglich überdies für den Dokumentationsinhalt die medizinische Üblichkeit und Erforderlichkeit maßgeblich. ○



Mindestsprechstundenverpflichtung auch für ermächtigte Ärzte



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

FRAGE:

Ein Chefarzt fragt an, ob die durch das TSVG eingeführte erhöhte Mindestsprechstundenverpflichtung von 25 Stunden pro Woche auch für ermächtigte Ärzte gilt.

ANTWORT:

Die Mindestsprechstundenpflicht betrifft nach Auffassung des Verfassers persönlich ermächtigte Krankenhausärzte und

ermächtigte Einrichtungen sowie die dort beschäftigten Ärzte **nicht**.

Denn sowohl § 19a Abs. 1 Ärzte-ZV als auch § 17 Abs. 1a BMV-Ä, die die Verpflichtung zum Angebot von Mindestsprechstunden regeln, beziehen sich nach der Gesetzessystematik sowie nach dem Wortlaut der Bestimmungen ausdrücklich nur auf die Zulassung als Vertragsarzt. Die Ermächtigung, die gesondert in § 31 ff. Ärzte-ZV geregelt ist, ist aber gerade keine Vertragsarztzulassung. ○

Ärztliche Zweitmeinung zukünftig auch bei geplanter Schulterarthroskopie möglich

Ein rechtlicher Anspruch auf eine unabhängige ärztliche Zweitmeinung besteht zukünftig auch bei geplanten arthroskopischen Eingriffen am Schultergelenk. Patientinnen und Patienten können sich bei einem qualifizierten Zweitmeiner zur Notwendigkeit des empfohlenen Eingriffs und zu alternativen Behandlungsmöglichkeiten beraten lassen. Die entsprechende Ergänzung der Zweitmeinungs-Richtlinie beschloss der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) am Freitag in Berlin. Bislang besteht ein Zweitmeinungsanspruch bei Operationen an den Gaumen- und/oder Rachenmandeln (Tonsillektomien, Tonsillotomien) sowie bei Gebärmutterentfernungen (Hysterektomien).

UNTERSTÜTZUNG EINER INFORMIERTEN ENTSCHEIDUNGSFINDUNG BEI PLANBAREN ARTHROSKOPISCHEN EINGRIFFEN AM SCHULTERGELENK

Arthroskopien (Gelenkspiegelungen) an der Schulter dienen ganz überwiegend dazu, therapeutische Maßnahmen an den Gelenkstrukturen vorzunehmen. Erkrankungsbedingte Schmerzen und Einschränkungen der Beweglichkeit sollen reduziert oder beseitigt werden. Rein diagnostisch geplante Arthroskopien der Schulter sind die Ausnahme – in aller Regel werden die diagnostischen Möglichkeiten nur vorbereitend zu einer in derselben Sitzung erfolgenden therapeutischen Intervention genutzt.

Gemeinsamer Bundesausschuss

Pressekontakt:

Kristine Reis (Ltg.), Gudrun Köster,

Annette Steger

Gutenbergstraße 13

10587 Berlin

presse@g-ba.de

Gegenstand des beschlossenen Zweitmeinungsverfahrens sind sämtliche arthroskopische Eingriffe am Schultergelenk, sofern sie planbar sind und es sich nicht um notfallmäßige Eingriffe handelt, die zeitnah erfolgen müssen. Das Zweitmeinungsangebot zielt darauf ab, eine informierte Entscheidungsfindung der Patientinnen und Patienten bei der Auswahl der operativen oder konservativen Behandlungsmöglichkeiten zu unterstützen und eine medizinisch nicht gebotene Schulterarthroskopie zu vermeiden.

ZWEITMEINUNGSGEBENDE ÄRZTINNEN UND ÄRZTE

Zweitmeinungsgebende Ärztinnen und Ärzte müssen die in der Zweitmeinungs-Richtlinie festgelegten Anforderungen an die besondere, eingriffsspezifische Qualifikation erfüllen. Zudem dürfen keine Interessenkonflikte vorliegen, die einer Unabhängigkeit der Zweitmeinung entgegenstehen.

Die Genehmigung, Zweitmeinungsleistungen zu planbaren Schulterarthroskopien abzurechnen, können Fachärztinnen und Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie sowie für Physikalische und Rehabilitative Medizin bei ihrer Kassenärztlichen Vereinigung beantragen.

INANSPRUCHNAHME DES NEUEN ZWEITMEINUNGSVERFAHRENS

Der Beschluss wird nun dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) zur rechtlichen Prüfung vorgelegt. Er tritt nach Nichtbeanstandung durch das BMG und Veröffentlichung im Bundesanzeiger in Kraft.

HINTERGRUND – EINHOLEN EINER ÄRZTLICHE ZWEITMEINUNG ZU EINER EMPFOHLENE OPERATION

Gesetzlich krankenversicherte Patientinnen und Patienten haben gemäß § 27b SGB V einen Rechtsanspruch auf Einholung einer unabhängigen ärztlichen Zweitmeinung. Der G-BA ist gesetzlich beauftragt zu konkretisieren, für welche planbaren Eingriffe der Anspruch auf eine Zweitmeinung besteht. Zudem sind vom G-BA indikationsspezifische Anforderungen an die Abgabe der Zweitmeinung sowie an die Erbringer einer Zweitmeinung festzulegen. Die Erstfassung der Richtlinie zum Zweitmeinungsverfahren ist am 8. Dezember 2018 in Kraft getreten.

Informationen zum generellen Leistungsumfang des Zweitmeinungsverfahrens und der konkreten Inanspruchnahme stellt der G-BA für Patientinnen und Patienten in einem **Merkblatt** – neu auch in **Leichter Sprache** – zur Verfügung.

Spezifische Informationen zu den Eingriffen, zu denen ein Zweitmeinungsverfahren angeboten wird, bietet das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) an.

Ärztinnen und Ärzten, die aufgrund ihrer besonderen Qualifikation und Unabhängigkeit eine Zweitmeinung für den jeweiligen Eingriff abgeben dürfen, sind auf der **Webseite des ärztlichen Bereitschaftsdienstes** zu finden. ○

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA): Ärztliche Zweitmeinung zukünftig auch bei geplanter Schulterarthroskopie möglich. *Passion Chirurgie*. 2020 Januar, 10(01): Artikel 05_01.



Zur Pressemeldung der G-BA und weiteren Infos



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

AKTUELLE MELDUNGEN



30.12.2019 Kassenärztliche Bundesvereinigung KBV-QUALITÄTSBERICHT 2019

Die Qualitätssicherung ist und bleibt eine der Kernaufgaben der KBV und der 17 Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen). Wir sorgen für eine kontinuierliche Förderung der Qualität in der ambulanten Versorgung...



27.12.2019 Deutsche Krankenhausgesellschaft INVESTITIONSTAU IN DEUTSCHEN KRANKENHÄUSERN: BUND UND LÄNDER MÜSSEN ENDLICH HANDELN

Die Bundesländer vernachlässigen weiterhin ihre Pflicht zur Investitionsfinanzierung der Krankenhäuser und gefährden damit langfristig die Gesundheitsversorgung. Allein in den letzten zehn Jahren hat...



20.12.2019 Presseagentur Gesundheit BDC+ CHIRURGEN WERBEN FÜR DATENSPENDE

Die Presseagentur Gesundheit berichtet über das Thesenpapier "25 Thesen zur Digitalisierung", dass von der DGCH erstellt wurde...



19.12.2019 Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (Zi)

ZI-PRAXIS-PANEL ZUR WIRTSCHAFTLICHEN LAGE DER ARZTPRAXEN 2014 – 2017

Die in den letzten Jahren positive Entwicklung der wirtschaftlichen Lage in den Vertragsarztpraxen hat sich 2017 merklich abgeschwächt. Unter Berücksichtigung der Verbraucherpreisentwicklung sind die...



18.12.2019 Allianz Deutscher Ärzteverbände und AOK-Bundesverband GESETZESÄNDERUNGEN GEFÄHRDEN ZIELGENAUE UND ADÄQUATE BEHANDLUNG VON PATIENTEN

Die Allianz Deutscher Ärzteverbände und die AOK warnen davor, dass zahlreiche Verträge zur besseren Versorgung von Patienten mit schwerwiegenden Erkrankungen durch geplante Änderungen der gesetzlichen...



17.12.2019 BDC CHIRURGEN KRITISIEREN EBM-REFORM: ÄNDERUNGEN NICHT LANGFRISTIG GEDACHT

Die zum 1. April 2020 vorgesehene Reform des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) weist für den BDC in wichtigen Bereichen erhebliche Defizite auf. Zwar gibt es eine Aufwertung der sogenannten „sprechenden...

25 Thesen zur Digitalisierung in der interventionellen Medizin: Chirurgen operieren, Daten assistieren



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

Die Auswirkungen der „Digitalisierung“ machen sich bereits heute schon auch in einem primär manuell geprägten Fach wie der Chirurgie zunehmend bemerkbar. Dieser Prozess der digitalen Transformation nimmt immer mehr Fahrt auf und wird mit erheblichen Umwälzungen verbunden sein.

Wie eine kürzlich durchgeführte Umfrage ergeben hat, sehen Chirurgen/Chirurginnen diese Entwicklung einerseits mit einer gewissen Besorgnis; andererseits sind die Erwartungen hoch, dass die digitale Transformation letztendlich zu einer Verbesserung der Gesundheitsversorgung führen kann.

Die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (DGCH) hat deshalb auf Initiative des Generalsekretärs Professor Meyer die Projektgruppe „Digitale Transformation“ eingesetzt, deren Ziel eine Analyse des Transformationsprozesses ist. Basierend auf dieser Analyse sollen spezielle Chancen für die Chirurgie identifiziert werden und außerdem potenzielle Gefahren rechtzeitig erkannt und Fehlentwicklungen vermieden werden. Nach einer circa einjährigen Arbeitsphase wurden jetzt 25 Statements vorgelegt, die die Position der DGCH zu allgemeinen und konkreten Fragen der digitalen Transformation in der Chirurgie beschreiben. In der Projektgruppe sind neben Vertretern aller chirurgischen Fachdisziplinen

auch Naturwissenschaftler, Ingenieure und Informatiker der Deutschen Gesellschaft für Biomedizinische Technik im VDE und der Gesellschaft für Computer- und Roboterassistierte Chirurgie (CURAC) vertreten.

Inhaltlich setzen sich die Statements zunächst mit der allgemeinen Einschätzung des Transformationsprozesses aus der Sicht der Chirurgie auseinander. Es wird betont, dass nur ein konkret zu erwartender Nutzen für den Patienten und den medizinischen Versorgungsprozess unter Berücksichtigung aller ethischen Gesichtspunkte die Anstrengungen im Rahmen der digitalen Transformation rechtfertigt.

Der Nutzen könnte darin bestehen, die gesundheitliche Versorgung der Patienten individualisierter, effektiver, effizienter und sicherer zu machen. Darüber hinaus sollten Chirurgen/Chirurginnen wieder mehr Zeit für die eigentliche chirurgische Patientenversorgung aufwenden können.

Der Umstellungsprozess wird allerdings mit erheblichen Schwierigkeiten und Belastungen einhergehen. Es muss dafür Sorge getragen werden, dass nur ausgereifte Lösungen in die Praxis eingeführt werden, wobei der Tatsache Rechnung getragen werden muss, dass nicht alle Patienten bereits zur konsequenten

Nutzung moderner digitaler Werkzeuge befähigt und bereit sind.

Darauf muss zum Beispiel durch geeignete Übergangsplanungen Rücksicht genommen werden. Es kann jedoch nicht Aufgabe der Akteure in der chirurgischen Gesundheitsversorgung sein, patienteneinseitige Defizite in der digitalen Kompetenz zu beheben, ebenso wenig wie die technische Unterstützung Aufgabe der medizinischen Versorgungsträger ist.

Eine Grundvoraussetzung für den Erfolg der Digitalisierung ist die Bereitstellung von ausreichenden Datenmengen. Dafür müssen die geeigneten rechtlichen Rahmenbedingungen geschaffen werden. Aus Sicht der Chirurgie bietet auch die freiwillige Datenspende seitens der Patienten besondere Chancen. Konkret wird ein großes Verbesserungspotenzial durch die perioperative Digitalisierung, den Einsatz lernender Systeme, die Verbesserung von Education und Training und die Erzielung eines optimierten Evidenzniveaus erwartet.

Das volle Potenzial kann aber nur dann genutzt werden, wenn die chirurgische Wissensdomäne von Anfang an für die Gestaltung des Transformationsprozesses miteinbezogen wird. Die DGCH fordert deshalb die aktive Teilhabe und bietet dafür auch die erforderliche Expertise.

HIER geht es zu den 25 Thesen

Einladung zur DGCH-Mitgliederversammlung 2020



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

Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie e.V. (DGCH)

Luisenstr. 58/59

10117 Berlin

h-jmeyer@dgch.de

Im Auftrag des Präsidenten lade ich hiermit alle Mitglieder der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie zur Mitgliederversammlung anlässlich des 137. Kongresses der DGCH 2020 in Berlin sehr herzlich ein.

Die Mitgliederversammlung inkl. Wahlen findet am Donnerstag, den **23.04.2020, 13.15–14.45 Uhr im Saal A1 (Level 1)** statt.

TAGESORDNUNG

1. Eröffnung durch den Präsidenten
2. Wahlen (siehe Bekanntmachung)
3. Bericht des Präsidenten
4. Bericht des Generalsekretärs
5. Bericht des Schatzmeisters
6. Vergabe der Stipendien
7. Verschiedenes

ZU TOP 2: WAHLEN

In Vollzug der gültigen Satzung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie sind folgende Positionen des Präsidiums ab 01. Juli 2019 neu zu besetzen:

1. Dritter Vizepräsident 2020/2021, dann Präsident 2022/2023
2. Leitender Universitätschirurg
3. Leitender Krankenhauschirurg
4. Oberarzt in nichtselbstständiger Stellung einer Chirurgischen Universitätsklinik
5. Oberärztin in nichtselbstständiger Stellung einer Chirurgischen Krankenhausabteilung

Nach § 15.1 der Satzung erhält die Mitgliederversammlung für die von ihr zu bestätigenden Kandidaten (hier 1.) zum Präsidium bzw.

Vorstand jeweils einen Namensvorschlag vom Präsidium. (Darüber hinaus unterbreitet das Präsidium Wahlvorschläge für die weiteren Mitglieder des Präsidiums (§ 13.2))

zu 1: Als Dritter Vizepräsident 2020/2021 und Präsident 2022/2023 wird der Mitgliederversammlung **Herr Prof. Dr. med. Andreas Seekamp aus Kiel**, vorgeschlagen.

Zu 2: Als Vertreter der leitenden Universitätschirurgen ab 2020 wird der Mitgliederversammlung **Herr Prof. Dr. Stefan Fichtner-Feigl aus Freiburg** vorgeschlagen.

Zu 3: Als Vertreter der leitenden Krankenhauschirurgen ab 2020 wird der Mitgliederversammlung **Herr Prof. Dr. Carsten J. Krones aus Aachen** vorgeschlagen.

Zu 4: Als Oberarzt in nichtselbstständiger Stellung einer Chirurgischen Universitätsklinik wird der Mitgliederversammlung **Frau Prof. Dr. Tina Histing aus Homburg** vorgeschlagen.

Zu 5: Als Oberarzt in nichtselbstständiger Stellung einer Chirurgischen Krankenhausabteilung wird der Mitgliederversammlung **Herr Dr. Dr. med. Markus Mille aus Erfurt** vorgeschlagen.

Berlin, im Dezember 2019

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

BITTE AN ALLE CHEF- UND OBERÄRZTE:

Bitte stellen Sie Ihre Assistenzärzte, die nicht Mitglied unserer Gesellschaft sind, aber am Kongress teilnehmen, zur kostengünstigen Teilnahme mit einer Arbeitsbescheinigung aus.



DCK2020

Gemeinsam lernen und heilen

137. Deutscher Chirurgen Kongress

21. bis 24. April 2020
CityCube, Berlin



Intelligenz,
Intuition
und Individualität

www.dck2020.de

CHIRURGENKONGRESS 2020

EINLADUNG ZUM 137. KONGRESS DER DGCH

137.

EINLADUNG ZUM 137. KONGRESS DER DEUTSCHEN GESELLSCHAFT FÜR CHIRURGIE

Liebe Kolleginnen und Kollegen,
liebe Studierende und Pflegekräfte,
liebe Partner aus Industrie und Verwaltung,

zusammen mit den Mitveranstaltern, den Gesellschaften für Allgemein- und Viszeralchirurgie und Kinderchirurgie sowie den übrigen chirurgischen Gesellschaften und Berufsverbänden freuen wir uns, Sie zum 137. Deutschen Chirurgenkongress der DGCH nach Berlin einzuladen (21. Bis 24. April 2020).

„Gemeinsam Lernen und Heilen“ war 1872 schon die Motivation für die gemeinsame Tagung aller Chirurgen. Den Kongress in 2020 haben wir unter das Motto „Intelligenz, Intuition und Individualität“ gestellt, wobei Intelligenz für unseren Umgang mit Künstlicher Intelligenz bis hin zur Robotik, Intuition für die wichtige chirurgische Fähigkeit auch ohne Daten auf die jeweilige Situation unserer Patienten zu reagieren und Individualität für die

individualisierte Chirurgie steht. Hier kann sich nach unserer Überzeugung jede chirurgische Fachgesellschaft wiederfinden. Dieses Motto steht ein Stück weit für die Zukunftsfähigkeit der Chirurgie.

Daneben ist uns das brennende Problem des fehlenden ärztlichen und pflegerischen Nachwuchses und die Betonung der Wissenschaftlichkeit unseres Handelns sehr wichtig. Wir würden uns freuen, wenn das Motto und diese Gesichtspunkte sich wie ein roter Faden durch den Kongress ziehen.

Der Chirurgenkongress wird sich nicht zuletzt den aktuellen Bedürfnissen der Gesellschaften widmen, die integrativ ihre Jahrestagungen abhalten: Dies sind die Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie (DGAV) und die Deutsche Gesellschaft für Kinderchirurgie (DGKCH). Wir freuen uns über die zunehmende Zahl von Gesellschaften, die ganz bewusst Frühjahrestagungen gestalten und hierbei vor allen Dingen interdisziplinäre Themen pflegen. Die Sitzungen unserer elf Fachgesellschaften werden durch eigene, interdisziplinäre und interprofessionelle Veranstaltungen des Berufsverbandes der Deutschen Chirurgen, der Bundeswehr, des Deutschen Berufsverbandes für Pflegeberufe und der Rettungsdienste ergänzt und aufgewertet.



CHIRURGENKONGRESS 2020

EINLADUNG ZUM 137. KONGRESS DER DGCH



Prof. Dr. med. Thomas Schmitz-Rixen

Präsident DGCH 2019/2020
Universitätsklinikum Frankfurt
Klinik für Gefäß- und
Endovascularchirurgie
Theodor-Stern-Kai 7
60590 Frankfurt am Main
schmitz-rixen@em.uni-frankfurt.de

Der Deutsche Chirurgenkongress ist die gelebte Einheit der Chirurgie. Kooperationen, Freundschaften und der Gedankenaustausch – auch über Fächergrenzen hinweg – entstehen hier und werden hier gepflegt. Unser neues „Branding“ **DCK2020** mit dem Untertitel „Gemeinsam Lernen und Heilen“ soll dies auch nach außen sichtbar machen und wird uns über Jahre mit hohem Wiedererkennungswert begleiten. Der Deutsche Chirurgenkongress wird inhaltlich und strukturell bewährte Formate natürlich nicht verlassen. Die gemeinsame Gestaltung durch alle Fachgesellschaften und Berufsverbände sowie unsere Partner wird jedoch intensiviert werden. Auch werden sich immer wieder neue experimentelle Formate Ihrer Beurteilung stellen.

Noch etwas: Lassen Sie uns die Wissenschaftlichkeit unseres Handelns ins Zentrum des Kongresses rücken. Eine Fachgesellschaft,

die nicht forscht und entwickelt, wird neben ihrer eigenen Daseinsberechtigung auch die aller Mitglieder in Frage stellen. Die Sektion Chirurgische Forschung (SCF) und die Studienzentrale der DGCH (SDGC) sowie das ChirNet werden alles aufbieten, um die translationale Bedeutung der aktuellen Forschungsinhalte und Ergebnisse darzulegen. Dies ist Zukunftssicherung, zu der wir *unserem Nachwuchs verpflichtet* sind.

Wir sehen uns in Berlin.

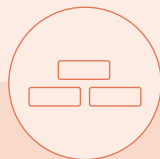
Bis dahin seien Sie herzlich begrüßt
Ihre

Prof. Dr. med. Thomas Schmitz-Rixen
Präsident DGCH 2019/2020

mit Prof. Dr. Dr. Jörg C. Kalff (DGAV) und Prof. Dr. Konrad Reinshagen (DGKCH) sowie den Kongressteams

SPENDENAUFRAF

Langenbeck-Virchow-Haus



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

sich mit einem Spendenaufruf an die Mitglieder zu wenden.

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

Überweisungen mit Angabe von Namen und Adresse des Spenders werden erbeten auf das Konto der DGCH bei der Deutschen Apotheker- und Ärztekbank 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
Prof. Dr. Henning Putzki, Hannover
in memoriam Prof. Dr. Peter-Christian
Alnor, Braunschweig
Prof. Dr. Horst Heymann, Hannover

BAUSTEIN IN SILBER

Herr Prof. Dr. med. Leonhard Schweiberer,
München

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

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

Herr Dr. med. Peter Sauer
 Herr Dr. med. Bernfried Pikal
 Herr Dr. med. Johannes Winfried Pruy
 in memoriam Prof. Dr. med. Johannes Christian Dobroschke, Regensburg
 Herr Prof. Dr. med. Christian Müller, Hamburg
 Herr Dr. med. Friedrich Klee, Heidelberg
 Herr Prof. Dr. med. Karl Dinstl, Wien
 in memoriam Prof. Dr. med. K. Keminger
 Herr Prof. Dr. med. Axel Richter, Hildesheim
 Herr Prof. Dr. med. Ernst Teubner, Göppingen
 Herr Prof. Dr. med. Martin Büsing, Recklinghausen
 Herr Dr. med. Helge Hölzer, Stuttgart
 in memoriam Prof. Dr. med. Gerhard Köveker, Sindelfingen und Böblingen
 Herr Dr. med. Friedemann Schreiter, Hamburg
 Herr Prof. Dr. med. Dr. h.c. Hans-Joachim Meyer, Hannover
 Herr Prof. Dr. med. Konrad 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 Prof. Dr. med. Gernot Feifel, Homburg
 Herr Prof. Dr. med. Alfred Lamesch,
 Gotzingen/Luxemburg
 Herr Prof. Dr. med. Dr. h.c. Jakob R. Izbicki,
 Hamburg
 Herr Prof. Dr. med. Hans Zipp, Dresden
 Herr Dr. med. Dusan Dragojevic, Isernhagen
 Herr Prof. Dr. med. G. Heinz Engelhardt,
 Wuppertal
 Proktologische Praxis Kiel,
 Herr Dr. med. Johannes Jongen,
 Herr Dr. med. Hans-Günter Peleikis,
 Herr Dr. med. Volker Kahlke
 Herr Dr. med. Wolfgang Hermes, Bremen
 Herr Dr. med. Wolf-Dieter Hirsch, Grimma
 Herr Dr. med. Holger Herzing, Höchstadt/
 Aisch
 Herr Dr. med. Michael-Alexander Reinke,
 Plettenberg
 Herr Dr. med. Winfried Hölter, Monheim
 Herr Dr. med. Matthias Becker, Possendorf
 Frau Dr. med. Martina Mittag-Bonsch,
 Crailsheim
 Zur Erinnerung an den Virchow-Schüler Paul
 Langerhans, Berlin und Madeira. Seine
 Familie
 Herr Prof. Dr. med. Stefan Riedl, Göppingen

Herr Dr. med. Gerwin Alexander Bernhardt,
 Voitsberg/Österreich
 Herr Dr. med. Georgios Adamidis, Pirmasens
 Herr Dr. med. Orhan Özdemir, Herborn
 Herr Dr. med. Marcus Giebelhausen,
 Paderborn
 Herr Prof. Dr. med. Matthias Richter-Turtur,
 Münsing
 Herr Dr. med. Michael Eckert, Speyer
 in memoriam
 Prof. Dr. med. Kurt Spohn
 Herr Prof. Dr. med. Rudolf Bedacht,
 München
 Herr Dr. med. Hans-Joachim Wigro,
 Bielefeld
 Herr Dr. med. Ingolf Hoellen, Backnang
 Herr Dr. med. Konrad Prenner, Salzburg
 Herr Dr. med. Radovan Stojanovic, Kassel
 Herr Dr. med. Jörg Kluge, Erfurt
 in memoriam Dr. med. habil. Werner
 Kluge, Dresden
 Herr Dr. med. Roland Kluge, Dresden
 in memoriam Dr. med. habil. Werner
 Kluge, Dresden
 Frau Dr. med. Ricarda E. Sieben,
 Braunschweig
 Herr Dr. med. Peter Gilsdorf, Mainz
 Herr PD Dr. med. Friedrich Thielemann,
 Villingen-Schwenningen
 Herr Dipl.-Ing. H. – F. Bär, Werl

Herr Dr. med. Albert Schreiber, Neumarkt
 in memoriam Dr. med. Claus Wiedmann
 Frau Dr. med. Waltraud von Kothén,
 Tegernsee
 Herr Dr. med. Jürgen Friedrich, Essen
 Herr Dr. med. Arnd Siegel, Stade
 in memoriam Prof. Dr. med. Rudolf Nissen
 Herr Dr. med. Michael-Alexander Reinke,
 Plettenberg
 in memoriam Prof. Dr. med. E.H.
 Farthmann
 Saarländische Chirurgenvereinigung e.V.,
 Saarbrücken
 Herr Dr. med. Johannes Zeller, Laufenburg
 in memoriam Prof. Dr. med. Manfred
 Schmolke, Düsseldorf
 Herr Prof. Tomislav Stojanovic
 Dr. med. Radovan Stojanovic, Wolfsburg
 in memoriam Prof. Dr. med. Heinz Becker,
 Göttingen
 Herr Dr. med. Jürgen Benz
 in memoriam Prof. Dr. med.
 Hans-Joachim Streicher
 Frau Dr. med. Frauke Eleonore Meyer-Wigro,
 Bielefeld
 Herr Prof. Dr. med. Alfred Berger,
 Deutschlandsberg
 Herr Prof. Dr. med. Roland Eisele,
 Göppingen
 Herr Dr. Joachim Casper, Überlingen

WICHTIGE INFORMATION ZU DEN SPENDENTAFELN

Sehr geehrte Damen und Herren,
 liebe Kolleginnen und Kollegen,

dem Spendenaufwurf 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. Januar 2020



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

AUS DEM
BDC

CHIRURGIE ZUM MITMACHEN MACHT SCHULE



BDC-VIZE LEITET WORKSHOP AM GYMNASIUM

Drei Workshops hat BDC-Vizepräsident Dr. med. Rüggeberg jetzt schon in Ottersberg am Gymnasium durchgeführt. Die ARD war beim letzten Mal dabei und hat berichtet.

Wenn Sie SchülerInnen in Ihrer Nähe auch von der Chirurgie überzeugen wollen, melden Sie sich gern bei uns, wir helfen bei der Organisation und mit Materialien.

[Zum TV-Beitrag...](#)

KOOPERATIONSPARTNER



PRAXISBEWERTUNGEN UND -BERATUNGEN FÜR BDC-MITGLIEDER

Der BDC hat die Unternehmensgruppe Frielingsdorf für eine Kooperation gewinnen können. Davon profitieren BDC-Mitglieder unmittelbar, wenn sie Leistungen der Unternehmensgruppe Frielingsdorf in Anspruch nehmen. Folgende Leistungen können Sie als BDC-Mitglied zu Vorzugskonditionen erhalten:

- Praxiswertgutachten
- KV-Abrechnungs-Check
- Praxisabsicherung für den Todesfall des Praxisinhabers

Außerdem wird Frielingsdorf im Laufe des Jahres in PASSION CHIRURGIE zwei Fachartikel zum Thema „Praxisführung“ veröffentlichen.

[Mehr erfahren...](#)



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



Wolfgang Müller-Osten-Medaille für besonderes Engagement

Im Rahmen der BDC-Präsidiumssitzung wurden im November 2019 zwei Wolfgang Müller-Osten-Medaillen verliehen. Der Berufsverband ehrt damit herausragende Persönlichkeiten, die sich in ihrer langjährigen Tätigkeit für die Interessen von Chirurginnen und Chirurgen in Deutschland mit großem Engagement eingesetzt haben.

Besondere Anerkennung gebührt Herrn **Prof. Dr. med. Ferdinand Köckerling** (links im Bild) für seinen persönlichen Einsatz in der Konzeption, dem modularen

Aufbau und der Durchführung der Seminarreihe Hernienschule innerhalb der Deutschen Akademie für chirurgische Fort- und Weiterbildung. Neben der ausgewiesenen fachlichen Expertise ist es vor allem auch seiner Empathie gegenüber den Teilnehmern zu verdanken, dass die Hernienschule fester Bestandteil des BDC-Seminarprogramms geworden ist.

Ebenso ehrt der BDC Herrn **Rainer Kübke** für seinen persönlichen Einsatz im Sinne der chirurgischen Gemeinschaft. Viele Jahre

engagierte er sich im Rahmen der vom BDC eingerichteten Gemeinsame BG-Kommission der unfallchirurgischen und orthopädischen Berufsverbände u. a. zusammen mit der Deutschen gesetzlichen Unfallversicherung und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. Daneben hat sich Rainer Kübke als langjähriger Vorsitzender des BDC-Landesverbands Berlin mit großem Engagement für die Interessen der Berliner Kollegenschaft eingesetzt.

GUT LEBEN AUF GESUNDEN BEINEN



Sonderveranstaltungen zum BNC

Lunch-Symposium

Saal Helsinki: 12:00 – 12:45

„Endovenöse Therapie der CVI: Vom Anfänger zum Fortgeschrittenen. Erfahrungsbericht eines Chirurgen.“

Referent: Dr. Markus Zoller,
ANregiomed MVZ Rothenburg o.d.T.

„Implementierung von Abrechnungsmodalitäten im Bereich der Integrierten Versorgung“

Referent: Marina Sander,
IVM Plus GmbH

Phlebologie Workshop

Saal Helsinki: 08.45 - 11.45

Mehr als 20 Millionen Menschen leben in Deutschland mit Krampfadern

1%

wird nur
behandelt

Krampfadern modern therapiert mit ClosureFast™ und VenaSeal™

Besuchen Sie unsere Hospitation und
lernen Sie unser Verfahren kennen.

24. - 25.03.2020

05. - 06.05.2020

06. - 07.10.2020

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

www.medtronic.de/krampfadern

Medtronic
Further, Together

BDC | Landesverbände

BDC | Westfalen-Lippe

Vorsitzender
Prof. Dr. med. Waldemar Uhl, MHSA

Stellv. Vorsitzender und Regionalvertreter NL
Jerzy Wielowiejski

BDC | Bremen

Vorsitzender
Prof. Dr. med. Michael Paul Hahn

Stellv. Vorsitzender
Prof. Dr. med. Heiner Wenk

Regionalvertreter NL
Dr. med. Björn Ackermann

BDC | Hamburg

Vorsitzender
Dr. med. Christopher Wenck

Stellv. Vorsitzender
Dr. med. Thomas Mansfeld

Regionalvertreter NL
Dr. med. Matthias Kemnitz

Stellv. Regionalvertreter NL
Dr. med. Gerd Fass

BDC | Schleswig-Holstein

Vorsitzender
Dr. med. Ralf Wilhelm Schmitz

Stellv. Vorsitzender
Dr. med. Michael Müller

Regionalvertreter NL
Dr. med. Ralf Wilhelm Schmitz

Stellv. Regionalvertreter NL
Dr. med. Bertram Wittrin

BDC | Nordrhein

Vorsitzender
Dr. med. Jüßen Klein

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

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

Regionalvertreter NL
Dr. med. Werner Boxberg

stellv. Regionalvertreter NL
Dr. med. Sven Gregor

Stellv. Regionalvertreter NL
Dr. med. Jürgen Klein

BDC | Hessen

Vorsitzender
Frank Forst

1. Stellv. Vorsitzender
Dr. med. Christoph Schüürmann

2. Stellv. Vorsitzender
Dr. med. Alexander Buia

Regionalvertreter NL
Dr. med. Detlev Grapentin

BDC | Saarland

Vorsitzender
Dr. med. Peter Bongers

Stellv. Vorsitzender
Prof. Dr. med. Tim Pohlemann

Regionalvertreter NL
Dr. med. 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

15.11.2019

Grey's Anatomy in Klasse 10

Heute sind Fingerspitzengefühl und eine ruhige Hand gefragt. Zur Abwechslung schwitzt die Klasse 10b des Ottersberger Gymnasiums mal nicht wegen Goethe oder Geometrie. Dr. Jörg-Andreas Rüggeberg, Unfallchirurg aus Ottersberg, fordert die Jugendlichen in einem ganz anderen Fachbereich: der Chirurgie...

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 Belegsystem

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...

www.bdc.de/presse/

Termine BDC | Akademie

CURRICULUM BASISCHIRURGIE

DATUM		ORT	KURS-NR.	SEMINARTITEL	WISSENSCHAFTLICHER LEITER	PREIS MITGLIED	PREIS NICHT-MGL
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
11.06.2020	12.06.2020	Berlin	2020-21509	Basischirurgie: Praktisches Seminar – Orthopädie und Unfallchirurgie	Dr. med. Thomas Stoffels	300,00	500,00
22.06.2020	25.06.2020	Tuttlingen	2020-21663	Common Trunk	Prof. Dr. med. Michael Schäffer	400,00	600,00

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 Großerlinden	350,00	550,00
04.05.2020	07.05.2020	Solingen	2020-23686	Facharztseminar Viszeralchirurgie	Prof. Dr. med. Wolfgang Schwenk	350,00	550,00
15.06.2020	19.06.2020	Erfurt	2020-23670	Facharztseminar Viszeralchirurgie	Prof. Dr. med. Albrecht Stier	350,00	550,00
17.06.2020	19.06.2020	Erlangen	2020-23711	Facharztseminar Thoraxchirurgie	Prof. Dr. Dr. h.c. Horia Sirbu	350,00	550,00

FACHBEZOGENE SEMINARE, WORKSHOPS UND HOSPITATIONEN

DATUM		ORT	KURS-NR.	SEMINARTITEL	WISSENSCHAFTLICHER LEITER	PREIS MITGLIED	PREIS NICHT-MGL
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

FACHBEZOGENE SEMINARE, WORKSHOPS UND HOSPITATIONEN							
DATUM		ORT	KURS-NR.	SEMINARTITEL	WISSENSCHAFTLICHER LEITER	PREIS MITGLIED	PREIS NICHT-MGL
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
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	Prof. Dr. F. Köckerling	400,00	600,00
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
03.06.2020	05.06.2020	Aachen	2020-23680	Spezielle Unfallchirurgie Teil II	Prof. Dr. med. Frank Hildebrand	300,00	500,00
11.06.2020	12.06.2020	Berlin	2020-23678	Viszeralchirurgie Kompakt: Kolorektale Chirurgie	Dr. med. Oliver Haase; Prof. Dr. med. Martin Kreis; Prof. Dr. med. Johann Pratschke	300,00	500,00
12.06.2020	13.06.2020	Döllnsee	2020-23682	11. Brandenburger Viszeralchirurgisches Update	Prof. Dr. med. habil. Frank Marusch; Prof. Dr. med. Hubertus J. C. Wenisch	30,00	50,00
18.06.2020	19.06.2020	Köln	2020-23677	Viszeralchirurgie Kompakt: Oberer Gastrointestinaltrakt	Prof. Dr. med. Christiane Bruns; Prof. Dr. med. Wolfgang Schröder; Prof. Dr. med. Jessica Leers	300,00	500,00

FACHÜBERGREIFENDE SEMINARE							
DATUM		ORT	KURS-NR.	SEMINARTITEL	WISSENSCHAFTLICHER LEITER	PREIS MITGLIED	PREIS NICHT-MGL
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
07.02.2020	09.02.2020	Nürnberg	2020-28072	Unfallbegutachtung in der gesetzlichen Unfallversicherung (Bundeskongress Chirurgie)	Dr. med. Werner Boxberg		
28.02.2020		Bonn	2020-25840	Rehabilitationsmedizin / -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		Berlin		Kindertraumatologie für D-Ärzte (DCK)	Dr. med. Werner Boxberg	50,00	50,00
23.04.2020		Berlin		Workshop DRG-System: Dokumentation, Kodierung und Abrechnung (DCK)	Prof. Dr. Thomas Auhuber		
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
06.06.2020		Berlin	2020-25590	Der Chirurg als Gutachter im Behandlungsfehlerprozess	Prof. Dr. med. Heiner Wenk	250,00	400,00
12.06.2020	13.06.2020	Berlin	2020-26533	Führungsseminare: Modul 3 – Erfolgsstrategien in eigener Sache	Dr. med. Gunda Leschber; Prof. Dr. med. Katja Schlosser; Sabine Schicke	450,00	650,00

BDC|Akademie

Information und Anmeldung:

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

SPONSOREN DER BDC|AKADEMIE

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

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

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

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



Veranstaltungshinweise

Datum		Ort	Seminartitel	Veranstalter	Preis Mitglied	Preis Nicht-Mitglied
10.02.2020	14.03.2020	Berlin	Methoden der Fallanalyse für Schadenfälle, CIRS, Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen	Ärztekammer Berlin Abteilung Fortbildung / Qualitätssicherung	850,00	850,00
21.02.2020	21.02.2020	Hamburg	Fraktursonografie im Wachstumsalter	durchblicken.org	250,00	250,00
09.03.2020	14.03.2020	Köln	MVZ-Geschäftsführer/in (IHK) - Fortbildung mit IHK-Zertifikat	Frielingsdorf Consult GmbH	3.504,55	3.867,50
13.03.2020	13.03.2020	München	Zertifikatskurs Fraktursonografie im Wachstumsalter	durchblicken.org	250,00	250,00
27.03.2020	27.03.2020	Essen	Zertifikatskurs Fraktursonografie im Wachstumsalter	durchblicken.org	250,00	250,00
04.05.2020	08.05.2020	Köln	Praxismanager/in (IHK) Arztpraxis / MVZ Fortbildung mit IHK-Zertifikat	Frielingsdorf Consult GmbH	2.409,75	2.677,50
22.05.2020	23.05.2020	München	6th Munich Shoulder Fracture 2020	Intercongress GmbH		
11.06.2020	13.06.2020	Bremenhaven	203. NDCH e. V. Tagung «Chirurgie - Jetzt - Gestalten»	Vereinigung Norddeutscher Chirurgen (NDCH) e. V.		
04.09.2020	04.09.2020	Hannover	Zertifikatskurs Fraktursonografie im Wachstumsalter	durchblicken.org	250,00	250,00
21.09.2020	26.09.2020	Köln	MVZ-Geschäftsführer/in (IHK) - Fortbildung mit IHK-Zertifikat	Frielingsdorf Consult GmbH	3.504,55	3.867,50
22.09.2020	22.09.2020	Köln	GKV-Abrechnung für Ärzte und MFA: Honorarbescheide lesen und verstehen!	Frielingsdorf Consult GmbH	464,10	583,10
02.10.2020	02.10.2020	Essen	Zertifikatskurs Fraktursonografie im Wachstumsalter	durchblicken.org	250,00	250,00
02.11.2020	06.11.2020	Köln	Praxismanager/in (IHK) Arztpraxis / MVZ Fortbildung mit IHK-Zertifikat	Frielingsdorf Consult GmbH	2.409,75	2.677,50

LIFESTYLE- ANGEBOTE

im Januar 2020

%

15 %



PHILIPS: 15 % RABATT FÜR BDC-MITGLIEDER

20 %



REISHUNGER: 20 % RABATT FÜR BDC-MITGLIEDER

20 %



MUSTANG: 20 % RABATT FÜR BDC-MITGLIEDER

25 %



ZWILLING: BIS ZU 25 % 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.

A photograph of surgeons in an operating room, wearing blue scrubs, masks, and hairnets. One surgeon in the foreground is holding a surgical instrument. The scene is dimly lit with blue surgical lights.

EINSCHNITT
chirurgIn-werden.de
Wage den Schnitt!



PANORAMA

Lehrwandel im PJ

„Wir brauchen einen Struktur- und Kulturwandel“ – Interview zum Lehrwandel im PJ



Jeremy Schmidt

Bundeskoordinator für Medizinische
Ausbildung
Bundesvertretung der
Medizinstudierenden in Deutschland e.
V. (bvmd)
German Medical Students' Association
Robert-Koch-Platz 7
10115 Berlin
nome@bvmd.de

Das Interview führte Julia Weilbach,
Presse & Social Media, Berufsverband
der Deutschen Chirurgen e.V. (BDC).

Schmidt J: „Wir brauchen einen Struktur- und Kulturwandel!“ – Interview zum Lehrwandel im PJ. *Passion Chirurgie*. 2020 Januar, 10(01): Artikel 09.



Strukturierte Grundvoraussetzungen für das Praktische Jahr



Chirurgie – Attraktivitätswandel durch Lehrwandel?



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



Im vergangenen Jahr hat das Projekt „Faires PJ“ der Bundesvertretung der Medizinstudierenden Deutschlands e.V. (bvmd) für viel Aufmerksamkeit gesorgt. Auch der BDC hat sich verstärkt dem Thema gewidmet: das Themen-Referat Nachwuchs entwickelt aktuell gemeinsam mit dem Perspektivforum Junge Chirurgie und der bvmd ein PJ-Gütesiegel. Wir haben mit Jeremy Schmidt über die aktuellen Entwicklungen gesprochen und gefragt, was sich neben den strukturellen Veränderungen noch alles ändert.

Was hat sich politisch schon bewegt beim Thema Praktisches Jahr?

Schmidt: Wir haben mit unseren Aktionen und der Petition scheinbar den Nerv der Zeit getroffen und bekommen viel Unterstützung. Mit so viel Presse- und Medienresonanz hätten wir niemals gerechnet. Sowohl auf Landes- als auch auf Bundesebene haben wir schon viele Gespräche geführt. Wir haben definitiv eine politische Diskussion ausgelöst und ein Problembewusstsein geschaffen.

Vor einigen Wochen wurde der erste Entwurf für die Änderung der Approbationsordnung vorgelegt. Wie zufrieden sind Sie?

Schmidt: Wir sind noch mitten in der Sichtung, aber auf den ersten Blick positiv aufgefallen ist, dass viele unserer Forderungen zum PJ aufgenommen worden sind, z. B. vier Stunden Lehrzeit, acht Stunden Selbststudium, bessere Betreuung und mehr Zugang zu Patienten. Wichtig ist, dass es nur ein Arbeitsentwurf ist und wir weiter für Bestand und ggf. Ausbau kämpfen werden. Im Entwurf ist ebenfalls eine neue Richtung hin zur Kompetenzorientierung zu erkennen, die Möglichkeit der vorklinischen Leistungsnachweise mit minimal 10 Prozent Kompetenznachweisen sind uns aber noch zu wenig. Die Übergangszeit ist aktuell bis 2025 angesetzt, die Umsetzung sollte aber bereits früher in die Wege geleitet werden.

In der Praxis tut sich ja schon länger etwas. Welche Leuchtturm-Projekte gibt es denn schon, die Vorbild für andere Kliniken sein können?

Schmidt: Die Uniklinik in Magdeburg hat sich beispielsweise schon sehr engagiert und hat, was die Positionsforderung angeht, schon große Veränderungen angekündigt bzw. umgesetzt. Das war das erste Erfolgsprojekt unter Kliniken. Ansonsten läuft sehr viel auf lokaler Ebene an ganz vielen Stellen – dort werden viele kleinere Änderungen umgesetzt. In vielen Städten bewegt sich auch schon einiges, wie der eigene PC-Zugang für PJler, dringend notwendige Verbesserungen der Kittelsituationen etc. Dadurch, dass wir so viel Rückendeckung aus Bevölkerung, Institutionen und Politik, auch der Bundesärztekammer, haben, sehen viele Kliniken Handlungsbedarf.

Aber wie sieht es denn mit der Aufwandsentschädigung aus? Da scheiden sich doch sicher die Geister!?

Schmidt: Ja, die Aufwandsentschädigung ist lokal wirklich sehr unterschiedlich – die Bedeutung wird dementsprechend verschieden eingeschätzt. Es variiert stark nach Finanzierungsstand der Kliniken, deswegen hoffen wir dabei auf eine bundesweite Regelung. Aber auch bei diesem Punkt gibt es einige Kliniken – wie z. B. in Magdeburg – die schon konkrete Änderungen bei der Entschädigung für PJler planen. Im aktuellen Entwurf der Approbationsordnung zeigen sich hier leider keine Verbesserungen und somit können Studierende in finanziell schwierigen Situationen PJ-Plätze ohne oder nur mit geringer Aufwandsentschädigung nicht nutzen. Aber man muss auch ganz klar sagen, dass bessere Strukturen – wie eben die Aufwandsentschädigung – nicht gleich bessere Lehrqualität bedeuten. Hierfür brauchen wir neben einem Strukturwandel ganz besonders auch einen Kulturwandel.

Was ist in Ihren Augen entscheidend für die bessere Lehrqualität im Praktischen Jahr?

Schmidt: Als Beispiel hierfür gibt es tolle Leuchtturm-Projekte, u. a. an der Uni-Klinik Heidelberg, das auch schon in einigen anderen Städten verwirklicht wurde und von einem Projekt der bvmf bundesweit gefördert wird: Die Heidelberger Interprofessionelle Ausbildungsstation (HIPSTA). Eine Lehrstation, wo Medizinstudierende im PJ mit anderen Auszubildenden bzw. Studierenden anderer Gesundheitsberufe z. B. Pflegeauszubildende im letzten Jahr eigenverantwortlich die Patientenbetreuung übernehmen – unter Begleitung von examinerten Kolleginnen und Kollegen, die aber nur in kritischen Momenten intervenieren und sonst Feedback- und Ratgebende sind. Somit lernen die Auszubildenden auf der Station gleich Verantwortung zu übernehmen und Entscheidungen zu treffen. Wir müssen davon wegkommen, dass PJler morgens in die Klinik kommen und dorthin geschickt werden, wo gerade Personallücken zu füllen sind. Der Fokus muss ganz klar auf der ganzheitlichen Betreuung von Patienten liegen und diese Idee wird in den Interprofessionellen Ausbildungszentren bereits gelebt.



HIPSTA – Heidelberger Interprofessionelle Ausbildungsstation

In der chirurgischen Universitätsklinik in Heidelberg können Studierende Patienten selbst betreuen – das Projekt zur Interprofessionellen Ausbildung wurde nach einem schwedischen Beispiel aufgebaut. „Erasmus-Studierende haben mit der Idee aus Stockholm offene Türen bei der Pflege eingetrennt“, erzählt PD Dr. med. André Mihaljevic, Oberarzt, Lehrkoordinator und ärztlicher Leiter der HIPSTA. Durch ein Förderprogramm der Robert Bosch Stiftung konnte das Projekt im Jahr 2017 dann schnell umgesetzt werden.

In Heidelberg verbringt möglichst jeder PJler einen Monat auf der Ausbildungsstation, auf der meist sechs Patienten versorgt werden. „Erst war man skeptisch, welche Patienten man dort aufnehmen könne, aber durch die intensive und individuelle Patientenpflege werden

sogar maximal große onkologische Operationen versorgt“, so Mihaljevic. Neben dem Mehrwert für Patienten und die Ausbildungsqualität der PJler wirkt sich die Zusammenarbeit der Studierenden mit den Auszubildenden anderer Gesundheitsberufe positiv auf das Miteinander aus – auch für die Zukunft.

Alle Auszubildenden und Studierenden werden selbstverständlich beaufsichtigt – Mihaljevic spricht aber nicht gern von Supervision, weil es das

„Von-oben-nach-unten-Prinzip“ quasi im Namen trägt. Er nennt sich und die anderen examinerten Begleiter lieber „Facilitator“ (oder Lernbegleiter).

Die HIPSTA wird ständig weiterentwickelt. Aktuell werden Physiotherapeuten in ihrer Ausbildung auch mit eingebunden. Jeder Patient auf HIPSTA bekommt neben einem Arztbrief einen laienverständlichen Patientenbrief bei Entlassung ausgehändigt.

Die intensivere Betreuung im PJ und Verbesserung der Lehre bedeutet ja auch, dass die Lehrenden gut dafür geeignet sein müssen. Gibt es da Ideen der bvmd?

Schmidt: Das ist tatsächlich ein größeres Problem, das angegangen werden muss. Oft sind Assistenzärzte, die die Betreuung von PJlern übernehmen, überhaupt nicht auf ihrer Rolle als „Ausbilder“ vorbereitet. Diese sind oftmals aber näher an der „echten“ Stationsarbeit, gehen auf anderen Ebenen mit den PJlern um und können daher sehr wertvoll sein. Ohne Schulungen allerdings kommt es oftmals

zur Frustration auf beiden Seiten. Es gibt Überlegungen auf lokaler Ebene, bei den Assistenzarzt-Einführungen spezielle Trainings als Unterstützung anzubieten.

Was wird als nächstes passieren bzw. was ist seitens der bvmd geplant, um die Verbesserung des Praktischen Jahrs voranzutreiben?

Schmidt: Wir werden weiterhin auf lokaler, regionaler und nationaler Ebene agieren, weil wir „im Kleinen“ oft schneller etwas erreichen und ändern können. Wir sind sehr auf das Engagement der lokalen Fachschaften angewiesen, aber aktuell funktioniert die

Zusammenarbeit sehr gut. Wir versuchen natürlich, noch mehr Ideen zur Verbesserung der Lehre einzubringen und arbeiten dafür mit den entsprechenden Gremien zusammen. Ich plane z. B. gerade den Versuch, ein „PJ-Peer Teaching“ zu organisieren. Es gibt also viele Ideen und zum Glück auch viele Beteiligte, die für das Thema brennen – sei es auf struktureller Ebene oder in Bezug auf die Ausbildungsqualität. Mit dem BDC werden wir auch weiter an der Idee zum PJ-Gütesiegel in der Chirurgie weiterarbeiten. Wir sind auf einem guten Weg!

Vielen Dank für das Gespräch!





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 Gewebeerseugung 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