

PASSION

C

HIRURGIE

PANORAMA

SMART HOSPITAL AM
BEISPIEL DER
UNIVERSITÄTSMEDIZIN
ESSEN

im Fokus

SEKTOREN-
ÜBERGREIFENDE
VERSORGUNG

02 | 2020

MITGLIEDERZEITSCHRIFT:
DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR CHIRURGIE
BERUFSVERBAND DER DEUTSCHEN CHIRURGEN



App.in.den.OP®!



App.in.den.OP®

Chirurgischer Stellenmarkt als kostenlose App für Smartphones und Tablets

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



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

Erhältlich im App Store



Kostenlos im App Store und auf Google Play erhältlich!

Jetzt installieren!

GET IT ON Google play



Stirb langsam

WIRD DAS MDK-REFORMGESETZ ZUM STOLPERSTEIN FÜR DIE „KLEINEN HÄUSER“?



**Dr. med. Friederike Burgdorf,
M. Sc.**

Geschäftsführerin
Berufsverband der Deutschen
Chirurgen e.V. (BDC)
Luisenstraße 58/59
10117 Berlin
burgdorf@bdc.de

Hinweis:

In einer der folgenden Ausgaben der PASSION CHIRURGIE wird Herr Jochen Metzner, Leiter der Abteilung Gesundheit im Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demographie in Rheinland-Pfalz und Mitglied der Bund-Länder-Kommission, die Beratungsergebnisse der Kommission aktuell für Sie kommentieren.

Burgdorf F: Editorial: Stirb langsam – wird das MDK-Reformgesetz zum Stolperstein für die „kleinen Häuser“? *Passion Chirurgie*. 2019 Februar;10(02): Artikel 01.



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

Sie kennen sie alle, die Warnung: „You are leaving the American sector“ und den Aufruf „Tear down this wall!“, wenn es um die sektorenübergreifende Versorgung geht. Und schon fühlt man ihn quasi, den eisernen Vorhang. Sie nicht? Politisch aufgegriffen wurde das Thema vielfach. Nun soll ein neues System der integrierten Notfallversorgung mit den Elementen einer telefonischen Lotsenfunktion und sogenannter *Integrierter Notfallzentren* an Krankenhäusern helfen, die Vermittlung des richtigen Patienten in die jeweils angemessene Versorgungsstruktur sicherzustellen. So sieht es der Referentenentwurf zur Reform der Notfallversorgung aus dem Januar 2020 vor.

Klar ist, dass die Behandlungspfade von Patienten nicht an der Sektorengrenze enden und durchaus nicht immer als optimal zu bezeichnen sind. Fehlsteuerung resultiert nicht nur aus den Patientenströmen in die Notaufnahmen und deren mangelnder Filterfunktion, sondern auch aus der Unterfinanzierung des ambulanten Operierens, stationären Überkapazitäten und der Verweigerungshaltung relevanter Player, wenn es um die Zulassung von intermediären Strukturen wie Praxiskliniken geht. Und bei all dem stehen wir Ärzte nicht im luftleeren Raum, sondern sind Teil dieses funktionellen Systems, dessen Rahmenbedingungen das ärztliche Handeln prägen und daher stetig zu überdenken und zu verbessern sind.

Vor diesem Hintergrund haben die entsprechenden Veröffentlichungen u. a. der Leopoldina, der TU-Berlin, der Bertelsmann-Stiftung und des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales in Nordrhein-Westfalen für ein gewisses Aufsehen gesorgt, und auch das Ergebnis der Bund-Länder-Kommission zur Neuordnung der Sektorengrenze wird mit Spannung erwartet. Bemerkenswert in diesem Zusammenhang, und auch schon durch

den Bundestag verabschiedet, ist die Änderung des § 115b SGB V – ein kleines Detail im MDK-Reformgesetz. Danach soll der Katalog für ambulante durchführbare Operationen bis Mitte 2021 erweitert werden – nun z. B. auch um stationersetzende „Behandlungen“ – und eine neue Vergütungsordnung dafür erstellt werden. Zusammen mit den weiteren Vorgaben des MDK-Reformgesetzes, z. B. Abschläge von mindestens 300 Euro je beanstandeter Krankenhausrechnung, wird der Druck auf die Häuser enorm steigen, Eingriffe zunehmend ambulant vorzunehmen. Für Häuser, die einen großen Anteil ihrer Leistungen in diesem Segment mit ambulantem Potenzial erbringen, könnte dies bereits kurzfristig – und auch in Abhängigkeit von der zu überarbeitenden Vergütungsordnung – gravierende Folgen haben.

In der aktuellen PASSION CHIRURGIE stellen wir Ihnen die durchaus positive Einschätzung aktueller Entwicklungen durch den GKV-Spitzenverband vor, der – Obacht – vorsorglich bereits auf künftig mögliche negative (!) Erlöse von Krankenhäusern hinweist und das MDK-Reformgesetz als echte „Chance“ begreift, das „im internationalen Vergleich enorm hohe Ambulantisierungspotenzial in Deutschland endlich zu heben“. Lesen Sie über ein Innovationsfondsprojekt der Universität Hamburg, in dem Gesundheitsökonom Grundlagen schaffen für eine neue, intersektorale Gebührenordnung und darauf hinweisen, dass in England ambulante Eingriffe genauso gut wie stationäre Eingriffe vergütet werden. Und informieren Sie sich in dieser Ausgabe über den aktuellen Stand des BDC|Pilotprojekts „Hybrid DRG Thüringen – Neue Wege im Gesundheitswesen“ in Kooperation mit der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH) und der Techniker Krankenkasse (TK) unter der Leitung von Herrn Dr. S. Dittrich. ○

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

VERLAG

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

DESIGN

Nina Maria Küchler, Berlin

ANZEIGEN

Sabine Bugla
PassionChirurgie@t-online.de
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

3 EDITORIAL

3 Stirb langsam – wird das MDK-Reformgesetz zum
Stolperstein für die „kleinen Häuser“? F. Burgdorf

6 SCHAUFENSTER

8 CHIRURGIE

8

im Fokus

**DAS NEUE INNOVATIONSFONDS-
PROJEKT „EINHEITLICHE, SEKTORENGLEI-
CHE VERGÜTUNG“ SCHAFFT EINBLICKE
IN EINE SEKTORENGLEICHE LEISTUNGS-
ERBRINGUNG**

J. Schreyögg, R. Milstein

12

**AMBULANTISIERUNG IN DEUTSCH-
LAND: AUFWIND DURCH AKTUELLE
GESETZESREFORMEN**

J. Wolff, C. Vogt

16

**SEKTORENUNABHÄNGIGE VERSOR-
GUNG IN DER CHIRURGIE – DAS PILOT-
PROJEKT „HYBRID-DRG THÜRINGEN –
NEUE WEGE IM GESUNDHEITSWESEN“**

S. Dittrich



21 CHIRURGIE⁺

- 21 **akademie aktuell:** Update Robotische Chirurgie
H. Fuchs
- 23 Webinar-Termin im März 2020: S3-Leitlinie „Screening, Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Bauchaortenaneurysmas“ *E. S. Debus*
- 24 10 Jahre „Schule trifft Chirurgie“ – 10 Jahre Rekrutierung junger Nachwuchskollegen
C. Kelm, L. Maceda Vazquez
- 27 Zukünftig multimodale Lehre im Medizinstudium?!
D. Grasreiner, U. Settmacher, U. Dahmen
- 35 Für Babyboomer ist 65 doch kein Alter mehr
H.-J. Meyer
- 39 **Hygiene-Tipp:** Händedesinfektion in nur 15 Sekunden?
W. Popp, R. Schmithausen, L. Jatzwauk, W. Kohnen
- 42 Personalia
- 43 **RECHT**
- 43 Schutz von Ärzten im Notfalleinsatz
J. Heberer, M. Eicher
- 45 Einwilligung beider Elternteile zum Röntgen minderjähriger Patienten
J. Heberer
- 47 Klinik wirbt mit kostenlosen Sprechstunden
J. Heberer

49 GESUNDHEITSPOLITIK

- 49 Aktuelle Meldungen

50 INTERN

- 50 **DCGH**
- 50 Einladung zur DGCH-Mitgliederversammlung 2020
H.-J. Meyer
- 52 Einladung zum 137. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie
T. Schmitz-Rixen
- 54 Rekrutierende multizentrische chirurgische Studien in Deutschland
S. Tenckhoff
- 58 Spendenaufruf und Bausteine Langenbeck-Virchow-Haus
- 62 DGCH-Präsidium ab 1. Januar 2020
- 64 Meine Daten haben sich geändert
- 65 **BDC**
- 65 Einladung zur BDC-Mitgliederversammlung 2020
H.-J. Meyer
- 67 BDC|Sport: Wer läuft eine Staffel mit?
- 68 BDC | Landesverbände
- 70 BDC|Pressespiegel
- 71 Termine BDC | Akademie
- 75 Veranstaltungshinweise
- 76 Lifestyle-Angebote im Januar 2020

78 PANORAMA

- 78 Smart Hospital am Beispiel der Universitätsmedizin Essen
J. A. Werner

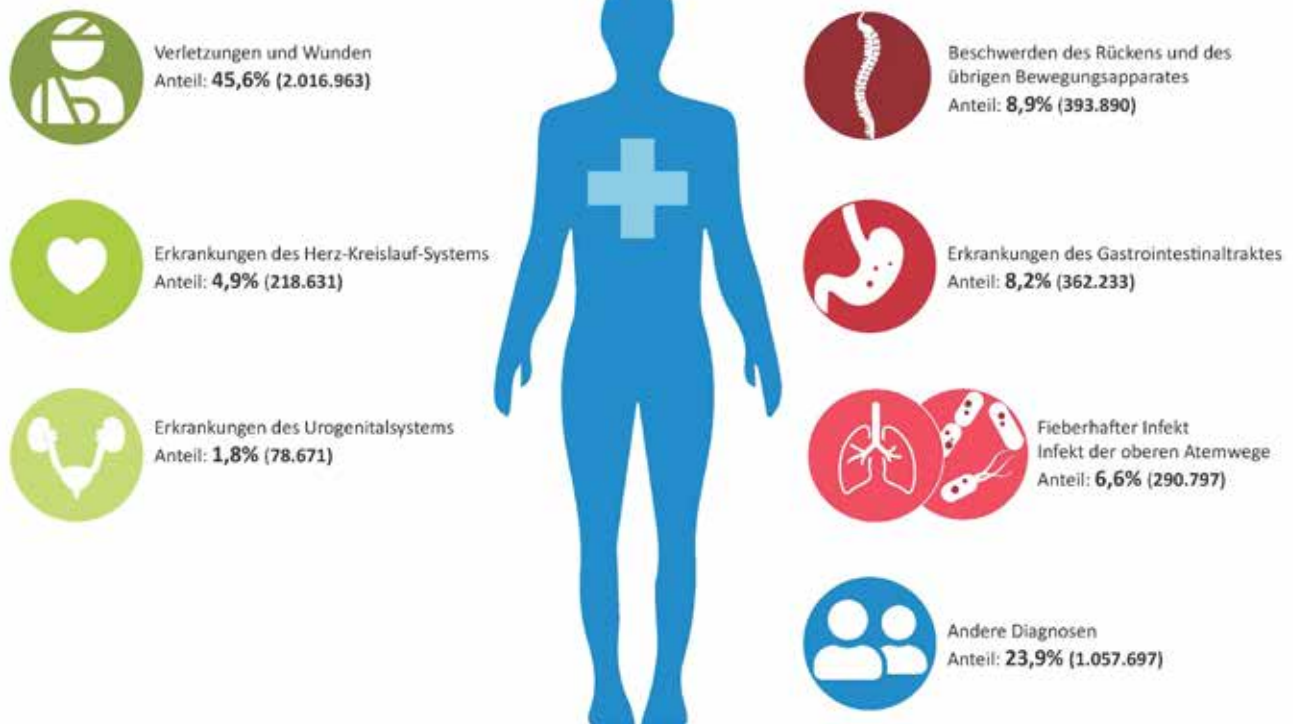
Niedergelassene Haus- und Fachärzte entlasten Notaufnahmen

Das Zentralinstitut der Kassenärztlichen Versorgung (Zi) hat aktuelle Daten zur ambulanten Notfallversorgung sowie zum ärztlichen Bereitschaftsdienst ausgewertet. Aus den Zahlen geht hervor, dass die Anzahl der ambulant in Krankenhäusern behandelten Notfallpatienten seit 2016 kontinuierlich zurückgeht. Insgesamt sank die Zahl bis 2018 um 220.000 Patienten.

Dagegen stiegen die durch Haus- und Fachärzte ambulant behandelten Notfallpatienten von 2015 auf 2018 um rund 360.000 von 8,96 Millionen auf 9,32 Millionen an. Die Gründe dafür liegen – laut Zi – in einem verbesserten Management des Bereitschaftsdienstes, der Einrichtung von Bereitschaftspraxen und einer zunehmenden Inanspruchnahme der Bereitschaftsdiensttelefonnummer 116117.

[Mehr lesen...](#)

Ambulante Notfälle in Notaufnahmen während der Praxisöffnungszeiten



Zi Datenbasis: Bundesweite Abrechnungsdaten 2018 // Anzahl der Gesamtfälle: 4,42 Millionen

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...](#)



Frauen in der Chirurgie

Dr. med. Frauke Fritze-Büttner im Spotify-Podcast

Podcasts werden immer beliebter. Auf der Musikplattform Spotify erklärt BDC-Mitglied Dr. Frauke Fritze-Büttner neben der angehenden Chirurgin Ronja Skja und der Präsidentin des Deutschen Ärztinnenbundes, Dr. Christiane Groß, warum im Berufsleben auf vier Chirurgen nur eine Frau kommt – so eine Statistik der Bundesärztekammer.

Als Hürde wird die – vermeintliche – Unvereinbarkeit von Schwangerschaft und ChirurgInnenausbildung identifiziert. Dr. Christiane Groß:

„Eine Schwangerschaft bedeutet für einen Teil der Frauen immer noch ein Karriereknick“. Insbesondere das Mutterschutzgesetz erweist sich für angehende Chirurgeninnen als echtes Hemmnis, weil die Facharztausbildung erschwert wird und Arbeitgeber und Vorgesetzte die Haftungsfrage scheuen. Dr. Frauke Fritze-Büttner ist davon überzeugt, dass mehr und mehr Frauen in die Chirurgie gehen werden und mit der Zeit auf gestaltungsfreudige und offene Vorgesetzte treffen werden.

Der Podcast nennt sich Pioniergeist und lässt Menschen zu Wort kommen, die Querdenker und Pioniere auf ihrem Gebiet sind.



[Hier geht's zum Podcast...](#)

Dr. J.-A. Rüggeberg ist neuer Sprecher der Allianz deutscher Ärzteverbände

Der Vizepräsident des BDC, Dr. Jörg-Andreas Rüggeberg, ist turnusgemäß zum Sprecher der Allianz deutscher Ärzteverbände gewählt worden. Seine Amtszeit beträgt die erste Jahreshälfte 2020.

Die Allianz deutscher Ärzteverbände ist eine Arbeitsgemeinschaft von sechs großen freien ärztlichen Verbänden. Ziel ist es, gegenüber der Politik einheitlich und abgestimmt als Gesprächs- und Verhandlungspartner aufzutreten. Der Arbeitsgemeinschaft gehören der Berufsverband der Deutschen Internisten, der Bundesverband der ÄrztInnen, die Gemeinschaft Fachärztlicher Berufsverbände, der Hartmannbund, MEDI Deutschland, der Virchowbund sowie der Spitzenverband Fachärzte Deutschlands an.

IM FOKUS

Sektoren- übergreifende Versorgung



Das neue Innovationsfondsprojekt „Einheitliche, sektorengleiche Vergütung“ schafft Einblicke in eine sektorengleiche Leistungserbringung



Patienten sollten in dem Versorgungssetting behandelt werden, das medizinisch die angemessenste Versorgung bietet. Für eine Reihe von Eingriffen ist eine Behandlung sowohl im stationären als auch im ambulanten Sektor denkbar. Sie gelten damit als „sektorengleich“. Zu den Klassikern zählen beispielsweise Koloskopien und Endoskopien, Eingriffe bei Leistenhernien und Katarakten. Dank des medizinischen Fortschritts der letzten Jahrzehnte sind immer mehr chirurgische Prozeduren ambulant möglich. Ambulante Operationen benötigen häufig eine geringere Narkose, können taggleich durchgeführt werden und reißen Patienten damit weniger aus ihrem Alltag heraus. Bisherige Untersuchungen zeigen eine Gleichwertigkeit bis Überlegenheit gegenüber der stationären Leistungserbringung [11, 16]. Kritisch kann es jedoch für ältere Patienten aussehen, für die ein hohes Risiko an Komplikationen besteht [10]. In diesem Fall ist eine Einbettung in ein stationäres Setting notwendig, zum Beispiel zur engmaschigen, postoperativen Kontrolle. Gerade bei Indikationen, bei denen eine Wahl besteht, sollte die Entscheidung auf Basis der medizinischen Konstitution des Patienten anstelle finanzieller Überlegungen gefällt werden. In Deutschland ist allerdings fraglich, ob das Vergütungssystem diesem Grundsatz gerecht wird. Dies erfasst auch die chirurgische Leistungserbringung.



Prof. Dr. Jonas Schreyögg
Hamburg Center for Health Economics
Universität Hamburg
Esplanade 36
20354 Hamburg
Jonas.schreyoegg@uni-hamburg.de
www.hche.de



Ricarda Milstein
Hamburg Center for Health Economics
Universität Hamburg
Esplanade 36
20354 Hamburg
Ricarda.milstein@uni-hamburg.de
www.hche.de

Schreyögg J, Milstein R: Das neue Innovationsfondsprojekt „Einheitliche, Sektorengleiche Vergütung“ schafft Einblicke in eine sektorengleiche Leistungserbringung. *Passion Chirurgie*. 2020 Februar, 10(02): Artikel 03_01.



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

DAS DEUTSCHE VERGÜTUNGSSYSTEM BEHINDERT EINE SEKTORENGLEICHE LEISTUNGSERBRINGUNG

Die derzeitige Ausgestaltung des Vergütungssystems behindert eine bedarfsgerechte, sektorengleiche Leistungserbringung. Erstens werden ambulante und stationäre Leistungen aus verschiedenen, voneinander getrennten Budgets finanziert. Dies behindert das Verständnis einer gemeinsamen Leistungserbringung. Zweitens wird die Leistungserbringung je nach Sektor auf unterschiedliche Art und Weise, namentlich Fallpauschalen im stationären Sektor und Einzelleistungen im ambulanten Sektor, vergütet. Dies setzt unterschiedliche Anreize für die Leistungserbringung. Im Fallpauschalensystem werden die Prozeduren in Abhängigkeit der Diagnose zu einem Vergütungsblock zusammengefasst. Dies harmonisiert die Leistungserbringung, erlaubt allerdings auch weniger Abweichungen von der vorgesehenen Leistungserbringung. Im ambulanten Sektor wird überwiegend nach Einzelleistungen nach dem EBM vergütet. Dies erlaubt eine flexiblere Behandlung in Richtung Baukastensystem, führt jedoch auch zu größerer Heterogenität der Leistungserbringung. Drittens ist die Vergütung sehr unterschiedlich. Für den stationären Sektor bestehen derzeit kaum Anreize, Patienten ambulant zu behandeln. Stattdessen besteht der Anreiz, Patienten stationär aufzunehmen, da die Fallpauschalenvergütung deutlich generöser ist, als die Honorierung nach EBM und sich eine Ambulantisierung negativ auf die stationären Erlöse auswirken könnte [4]. Gleichzeitig gibt es für ambulante Leistungserbringer wenig Motivation, ihre Leistungserbringung um stationär-nahe Tätigkeiten zu ergänzen, wenn die Vergütung die Kosten nicht deckt.

DIE BISHERIGE GESETZGEBUNG KONNTE DAS POTENTIAL DER AMBULANTISIERUNG NICHT ENTFALTEN

Einen deutlichen Schritt in Richtung Öffnung der Sektoren hat der Gesetzgeber 1992 mit der Schaffung des Paragraph 115b SGB V unternommen, der Krankenhäusern die Möglichkeit des ambulanten Operierens am

Krankenhaus eröffnete. Im Jahr 1993 sollte die Selbstverwaltung einen Katalog ambulant durchführbarer Operationen inklusive einheitlicher Vergütung für Krankenhäuser und Vertragsärzte, sowie Maßnahmen zur Sicherung der Qualität und Wirtschaftlichkeit festlegen. 2000 folgte die Erweiterung um stationersetzende Eingriffe mit dem GKV-Gesundheitsreformgesetz. Es sah zudem eine Stärkung des Grundsatzes *ambulant vor stationär* vor, der vom AOP-Vertrag von 2004 aufgenommen wurde und die umgekehrte Beweislast mit Allgemeinen Tatbeständen vorsieht. Nun muss ein Krankenhaus begründen, warum es in der Regel ambulant durchführbare Leistungen stationär behandelt. Grundsätzlich ambulant durchzuführende Leistungen wurden mit einem Sternchen gekennzeichnet und der Kategorie 1 zugewiesen. Bei Leistungen ohne Sternchen, bzw. der Kategorie 2, finden die Allgemeinen Tatbestände keine Anwendung, sondern liegen im Ermessen des Arztes.

Eine konsequente Öffnung der Sektoren lässt jedoch auf sich warten. Die Einigungen rund um Paragraph 115b sind seit jeher mühsam [8]. Der AOP-Katalog gilt als kleinteilig, in der Praxis nicht handhabbar, überschneidet sich mit stationären Eingriffen und führt regelmäßig zu gerichtlichen Auseinandersetzungen [17, 7, 15] und diverse Anpassungen haben bisher nicht zum gewünschten Ergebnis geführt [12, 2, 18]. Die Ambulantisierung von Operationen in Deutschland liegt weit hinter jener in anderen Industrienationen [6].

ANDERE LÄNDER SETZEN DIE AMBULANTE UND STATIONÄRE LEISTUNGSERBRINGUNG GLEICHWERTIG AUF EINE STUFE

Unsere benachbarten Industrienationen haben einen forschenden Ansatz gewählt und das ambulante Operieren massiv aufgewertet. England vergütet ambulante Prozeduren bzw. „day-care surgeries“ mit dem gleichen Preis, wie die stationär durchgeführte Prozeduren. Für 32 besonders förderungswürdige DRGs liegt die ambulante Vergütung durch *Best-Practice-Tariffs* sogar oberhalb der stationären Standardvergütung [13]. Dies resultierte aufgrund einer starken Verlagerung

von planbaren Operationen aus dem stationären in den ambulanten Bereich [13]. Frankreich folgt diesem Ansatz. Etwa zeitgleich zu Deutschland hat es 1991 die ambulante Operation als Alternative zum stationären Pendant eingeführt. 2009 zog es mit der Vergütung nach und schuf mit der „tarification unique“ einheitliche Fallpauschalen für ambulante und stationäre Eingriffe [14].

Derartige Modelle könnten Deutschland als Vorbild dienen. In den letzten Jahren gab es bereits Denkanstöße, wie eine neue Vergütung sektorengleicher Leistungen ausgestaltet sein könnte. Die Idee, das Fallpauschalensystem analog zu England und Frankreich auf den Bereich des ambulanten Operierens auszuweiten, steht schon seit Jahrzehnten im Raum. Im ersten Entwurf des Gesundheitssystemmodernisierungsgesetzes von 2002 sah der Gesetzgeber ursprünglich vor, die Selbstverwaltung zur Einführung eines Fallpauschalensystems für ambulante Operationen zu verpflichten [9]. Anschließend einigte sich die Selbstverwaltung per Absichtserklärung, zum Jahr 2005 die Vergütung des ambulanten Operierens auf Fallpauschalen umzustellen [20, 3]. Derzeit wird dieser Ansatz wieder aufgegriffen [19, 5, 18]. Verbunden damit ist die Empfehlung einer deutlichen Anhebung der Vergütung gegenüber der derzeitigen EBM-Vergütung [19, 18, 21].

Einer bedarfsgerechten Reform steht allerdings eine völlige Unkenntnis des Status Quo entgegen. Beispielsweise ist derzeit nicht klar, welche Prozeduren überhaupt ambulant durchgeführt werden können, in welchem Umfang dies in Deutschland bereits praktiziert wird, wie vergleichbar die Patienten sind, die ambulant bzw. stationär behandelt werden, und wie groß der finanzielle Anreiz zur Ambulantisierung ausfallen soll. Diese Unkenntnis eröffnet den Markt für Spekulationen und macht eine zufriedenstellende Neustrukturierung der ambulanten Operationen schwer möglich. Welche Leistungen sollten beispielsweise ausgewählt werden? Wie wird festgelegt, ob der Patient ambulant oder stationär behandelt werden sollte? Sollen nur reale Kosten abgedeckt werden, oder mehr?

DAS INNOVATIONSFONDSPROJEKT „EINHEITLICHE, SEKTORENGLEICHE VERGÜTUNG“ BRINGT LICHT INS DUNKEL

Das neue Forschungsprojekt „Einheitliche, Sektorengleiche Vergütung (ESV)“, welches von der Universität Hamburg gemeinsam mit der Technischen Universität Berlin, dem Zentralinstitut für die Kassenärztliche Vereinigung der Bundesrepublik Deutschland, dem Deutschen Krankenhausinstitut e.V. und dem BKK Dachverband e.V. durchgeführt wird, nimmt sich der sektorengleichen Versorgung in vier Arbeitspaketen an. Es ist Teil der Förderlinie „Versorgungsforschung“ des seit 2016 existierenden Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses. Mit den Programmlinien „Neue Versorgungsmodelle“ und „Versorgungsforschung“ fördert er die Pilotierung neuer Versorgungsmodelle zur bedarfsgerechteren, wirtschaftlicheren und qualitativ hochwertigen Versorgung der Bevölkerung sowie ihre wissenschaftliche Begleitung und Forschungsprojekte zur Verbesserung des Gesundheitssystems.

An erster Stelle steht ein Blick in unsere Nachbarländer. Sowohl die nordischen Länder Dänemark, Norwegen und Schweden, als auch England, Frankreich und die Vereinigten Staaten haben die Öffnung der Sektoren und Ambulantisierung der Leistungserbringung in den letzten Jahrzehnten stark vorangetrieben. Das Ausrollen der Fallpauschalenvergütung auf die ambulante Versorgung in England und Frankreich beispielsweise hat zu einer deutlichen Aufwertung von ebendiesem geführt [1, 13].

Arbeitspaket 1 erstellt eine Übersicht der Indikationen in anderen Industrienationen, die in diesen Ländern für eine sektorengleiche Vergütung ausgewählt wurden. Am Ende dieses Schrittes steht eine Liste von Leistungen, die in anderen Ländern sektorengleich behandelt werden. Dies dient als Filter, um zu identifizieren, welche Indikationen sich für eine sektorengleiche Behandlung grundsätzlich qualifizieren sowie um Optimierungspotentiale in Deutschland aufzuzeigen.

Die Liste des Arbeitspaketes 1 bildet die Grundlage für die Datenanalyse in **Arbeitspaket 2**.

Auf ihrer Basis werden anhand von Routine- und Abrechnungsdaten sektorengleiche Leistungen identifiziert. Anschließend wird überprüft, wie vergleichbar die Patienten und die Leistungserbringung sind. Derzeit ist völlig unklar, ob Patienten, die im stationären Sektor behandelt werden, im Schnitt deutlich älter und morbider sind, als Patienten, die für die gleichen Indikationen ambulant behandelt werden. Ebenso ist nicht bekannt, ob sich die Prozeduren im stationären und ambulanten Bereich ansatzweise ähneln. Damit laufen Diskussionen um ambulante Operationen regelmäßig ins Leere.

Diese Arbeit wird durch eine Befragung in **Arbeitspaket 3** begleitet. In diesem Abschnitt kommen Leistungserbringer zu Wort. Ihre Erfahrungen aus der Praxis sollen sicherstellen, dass ein neues Vergütungskonzept die Geburtsfehler des bisherigen Systems beseitigt und eine Verbesserung darstellt. In diesem Schritt soll geklärt werden, welche Hindernisse einer sektorengleichen Versorgung im Weg stehen und welche Wünsche und Erwartungen Leistungserbringer, wie Sie, an ein neues Konzept stellen.

Die drei Pakete gipfeln in der Formulierung eines tragfähigen Vergütungskonzeptes in **Arbeitspaket 4**. Im Rahmen dieses letzten Schrittes soll auf Grundlage der neuen Erkenntnisse ein Vorschlag zur einheitlichen, sektorengleichen Vergütung erstellt und zur Diskussion gestellt werden.

Der Erfolg dieses Projektes ist maßgeblich an Eindrücke und Feedback aus der gelebten Praxis geknüpft. Wir freuen uns daher jederzeit auf Ihre Zuschriften. Sie erreichen uns unter jonas.schreyoegg@uni-hamburg.de (Prof. Dr. Jonas Schreyögg) und ricarda.milstein@uni-hamburg.de (Ricarda Milstein).

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



Ambulantisierung in Deutschland: Aufwind durch aktuelle Gesetzesreformen

AMBULANTISIERUNG IM INTERNATIONALEN VERGLEICH

Das deutsche Gesundheitswesen gehört bekanntlich zu den teuersten Gesundheitssystemen weltweit: 11,5 Prozent des BIP werden für Gesundheit ausgegeben [4]. Ein besonders großer Anteil dieser Ausgaben entfällt auf die stationäre Versorgung von Patienten im Krankenhaus. Ein vergleichsweise großer Kostentreiber ist dabei die Verweildauer der Patienten im Krankenhaus. Während in der Türkei und in den Niederlanden Patienten im Durchschnitt vier bzw. fünf Tage im Krankenhaus bleiben, liegt die durchschnittliche Verweildauer in Deutschland bei 7,5 Tagen [8]. Auch im internationalen Vergleich der Ambulantisierungsraten von ambulant durchführbaren medizinischen

Leistungen, wie zum Beispiel Katarakt-Operationen, schneidet Deutschland schlecht ab: Während in Kanada und Dänemark der Anteil der ambulant durchgeführten Katarakt-OPs bei knapp 100 Prozent liegt, werden in Deutschland nur rund 82 Prozent der Katarakt-OPs ambulant durchgeführt. Damit liegt Deutschland unterhalb des Durchschnitts der OECD28-Länder [9]. Ein weiterer Indikator für die niedrige Ambulantisierungsrate in Deutschland ist die hohe Anzahl von Krankenhausfällen mit nur einem Tag Verweildauer (Krankenhausfälle mit maximal einer Übernachtung).

Auch wenn die durchschnittliche Verweildauer seit Einführung des G-DRG-Fallpauschalensystems in 2004 erwartungskonform stetig sinkt, nimmt die Anzahl der Kurzlieger



Johannes Wolff
Referatsleiter Krankenhausvergütung
Abteilung Krankenhäuser
GKV-Spitzenverband
Reinhardtstraße 28
10117 Berlin
Johannes.Wolff@gkv-spitzenverband.de



Dr. Charlotte Vogt
Referat Krankenhausvergütung
Abteilung Krankenhäuser
GKV-Spitzenverband
charlotte.vogt@gkv-spitzenverband.de

Wolff J, Vogt C: Ambulantisierung in Deutschland: Aufwind durch aktuelle Gesetzesreformen. *Passion Chirurgie*. 2020 Februar, 10(02): Artikel 03_02.



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

im selben Zeitraum enorm zu. Effektive Anreize für eine Verlagerung dieser Fälle in die ambulante Versorgung sind im Rahmen der bisherigen Rechtslage nicht gesetzt. In der Folge scheint der „Abfluss“ aus der stationären in eine geeignete ambulante Versorgung „verstopft“. Die ambulante Versorgung geeigneter Fälle findet zu vollstationären Preisen im Krankenhaus statt – mit Folgen für

- die Patientengesundheit und Patientensicherheit,
- den effektiven Einsatz knapper (Personal-) Ressourcen im Krankenhaus sowie
- die sinnvolle und wirtschaftliche Verwendung der Versichertenbeiträge.

AKTUELLE REFORMEN FÜR EINE STÄRKERE AMBULANTISIERUNG IN DEUTSCHLAND

Die Diskrepanz zwischen der Ambulantisierungsrate in anderen Ländern und der in Deutschland scheint nun endlich in den Fokus des Gesetzgebers gerückt zu sein. So erhält die Ambulantisierung in Deutschland derzeit Aufwind durch verschiedene gesetzliche Reforminitiativen.

MDK-REFORMGESETZ: ERWEITERUNG DES AOP-KATALOGS

Eine Gesetzesreform mit unmittelbarem Ambulantisierungsziel ist die Erweiterung des

Katalogs für Ambulantes Operieren im Krankenhaus (AOP-Katalog nach § 115b SGB V) im Rahmen des Gesetzes für bessere und unabhängige Prüfungen (MDK-Reformgesetz). Die Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene sind beauftragt, den bestehenden AOP-Katalog auf Basis eines Gutachtens bis zum 30.06.2021 zu erweitern und eine einheitliche, leistungserbringerunabhängige Vergütung für die Leistungen des Katalogs zu vereinbaren. Das primäre Ziel des Gesetzgebers ist die Verlagerung bisher stationär erbrachter Leistungen, die ambulant durchführbar sind, in den Bereich der ambulanten Krankenhausleistungen. Auf ein Prozent der stationären Fälle, die ambulant behandelt werden können, verspricht sich der Gesetzgeber Einsparungen für die Krankenkassen von 120 Mio. Euro [2].

Besondere Relevanz erhält diese Regelung durch die flankierenden ökonomischen Anreizmechanismen, die ab 2020 und damit bereits vor Inkrafttreten des neuen AOP-Katalogs gelten:

- Von Krankenhäusern ambulant erbrachte Leistungen des AOP-Katalogs sind von der Prüfung des Medizinischen Dienstes (MD) ausgeschlossen.
- Lag nach Prüfung eines Krankenhausfalles keine vollstationäre Behandlungsbedürftigkeit vor, wird, sofern keine andere Abrechnungsmöglichkeit besteht, die

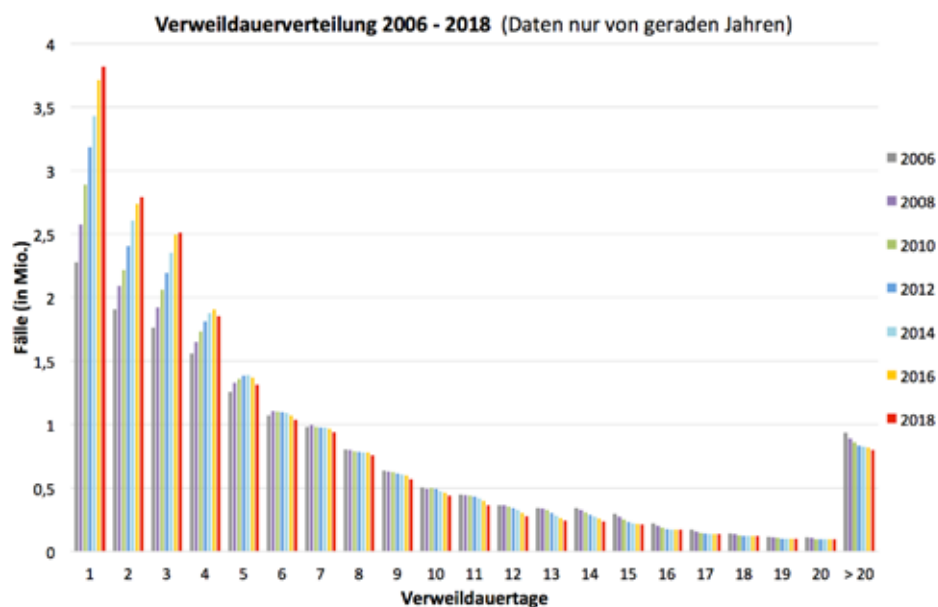


Abb. 1: Stationäre Verweildauer 2006 bis 2018; Quelle: Stationäre Verweildauer: Verteilung und Entwicklung in Deutschland (2006 bis 2018, nur gerade Jahre). Datenquelle: Daten nach § 21 KHEntgG: Verweildauer gemäß § 21 KHEntgG, 2006 bis 2018 (Jahr der Entlassung).

vom Krankenhaus erbrachte Leistung als vorstationäre Behandlung (§ 115a SGB V) vergütet.

- Für jede beanstandete Krankenhausrechnung wird ab 2020 ein Rechnungsaufschlag von mindestens 300 Euro fällig.

Wurde vor Inkrafttreten des MDK-Reformgesetzes eine Ambulantisierung vornehmlich über MDK-Prüfungen erzielt (beispielsweise über „Herausprüfen“ vollstationär abgerechneter, aber eigentlich ambulanter Krankenhausfälle), so ändert das MDK-Reformgesetz die Rahmenbedingungen nun grundlegend. Nicht mehr primär der MD und die Krankenkasse müssen den Beweis führen, dass ein vollstationärer Krankenhausfall auch ambulant hätte erbracht werden können, sondern das Krankenhaus selbst steht vor der Entscheidung, den Fall vollstationär oder ambulant abzurechnen. Rechnet das Krankenhaus einen Fall vollstationär ab, der nicht der vollstationären Behandlung bedurfte, wird der Fall nach MD-Prüfung zukünftig gekürzt (im schlechtesten Falle auf eine vorstationäre Vergütung) und zudem mit einem Rechnungsaufschlag in Höhe von 300 Euro belegt. Dabei kann es sogar dazu kommen, dass der Fall für das Krankenhaus einen negativen Erlös erbringt. Darüber hinaus verschlechtert das Krankenhaus mit diesem Fall seine Abrechnungsgüte, was in größerem Umfang abgerechnet zu mehr MD-Prüfungen führen kann. Das Krankenhaus wird sich deshalb für die ambulante Erbringung entscheiden – ohne MD-Prüfung. Ein ambulanter Fall mehr und eine Prüfung weniger – gelungene Ambulantisierung! Deshalb sieht der Gesetzgeber neben dem primären Ziel der Ambulantisierung bisher stationär erbrachter Leistungen in dieser Regelung auch die Chance, das hohe Streitpotenzial in der Abrechnungsprüfung der Krankenkassen zu vermindern.

Aus der Perspektive der gesetzlichen Krankenversicherung stellt diese Gesetzesreform eine echte Chance dar, das im internationalen Vergleich enorm hohe Ambulantisierungspotenzial in Deutschland endlich zu heben. Im Vordergrund steht dabei das Ziel einer effektiven, bedarfsorientierten Patientensteuerung. Die Form der Patientenbehandlung und

der Ort der Leistungserbringung sollen sich alleinig aus dem Behandlungsbedarf ergeben und nicht aus der Vergütung einer Leistung im G-DRG-Fallpauschalensystem oder dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM). Vor dem MDK-Reformgesetz war die vollstationäre Abrechnung ambulanter Fälle für das Krankenhaus risikolos – das wurde jetzt korrigiert. Der enorme MD-Prüfbedarf wird sich in der Folge massiv reduzieren.

Für einen ersten Einblick in das Ausmaß des Ambulantisierungspotenzials muss nicht einmal auf den erweiterten AOP-Katalog gewartet werden. Mit den ökonomischen Anreizmechanismen werden die Krankenhäuser bereits ab 2020 ambulant durchführbare Leistungen auch tatsächlich ambulant erbringen, um Rechnungsaufschläge und eine vorstationäre Vergütung zu verhindern. Was bleibt, ist die herausfordernde Aufgabe für die Selbstverwaltungspartner, eine sachgerechte, effektive und wirtschaftliche Abrechnungsmöglichkeit für die Leistungen des erweiterten AOP-Katalogs zu schaffen.

BUND-LÄNDER-AG

Einen ähnlichen Ansatz verfolgt auch der Vorschlag der Bund-Länder-AG „sektorenübergreifende Versorgung“: Die auf Basis des Koalitionsvertrages zwischen CDU, CSU und SPD einberufene Arbeitsgruppe fordert in einem Eckpunktepapier im Mai 2019 die Festlegung eines gemeinsamen fachärztlichen Versorgungsbereiches. Dieser soll alle Leistungen und Diagnosen umfassen, die unabhängig vom Leistungserbringer ambulant erbracht werden können und einheitlich, das heißt leistungserbringerunabhängig, zu vergüten sind. Während der Versorgungsbereich auf Basis eines Gutachtens per Rechtsverordnung festgelegt werden soll, sollen einheitliche Vorgaben zur Vergütung, Qualität und Struktur von den Selbstverwaltungspartnern auf Bundesebene vereinbart werden. Das Ziel dieses Reformvorschlages ist es, eine patientenorientiertere Gesundheitsversorgung zu schaffen, indem Leistungen so erbracht werden, wie es medizinisch, qualitativ und auch wirtschaftlich sinnvoll ist. Dabei steht nicht der Ort der Leistungserbringung im

Vordergrund, sondern die Form der Leistungserbringung: ambulant statt stationär. Ebenso wie bei der Erweiterung des AOP-Katalogs geht es um die Steuerung von Patienten in die medizinisch und wirtschaftlich sinnvollste Form der Versorgung. Weitere Effekte sind ein effektiver Einsatz der knappen stationären Ressourcen, wie Pflegekräfte und Fachärzte.

NOTFALLVERSORGUNG

Mit dem Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) hat der Gesetzgeber die Versorgung der Bevölkerung mit stationärer Notfallversorgung neu strukturiert und die Vorhaltekosten gesondert finanziert. Die Notfallversorgung wird hinsichtlich Art und Umfang im Wesentlichen in drei Versorgungsstufen unterschieden. Damit herrscht seit langer Zeit wieder Klarheit darüber, welches Krankenhaus in welchem Umfang stationäre Notfälle behandelt. Dabei wurde der Status quo der Versorgung zur Grundlage genommen – also die derzeitige, tatsächliche Versorgungslage abgebildet. Eine echte Reform der Notfallversorgung steht noch aus. Allerdings bildet die Strukturierung der stationären Notfallstufen die Grundlage der nun anstehenden Reform. Durch die Schaffung integrierter Notfallzentren (INZ) an geeigneten Krankenhäusern wird die ambulante Notfallversorgung im Krankenhaus organisiert und der Patientenzugang ins Krankenhaus gesteuert. Fällen mit klarem, ambulantem Charakter bleibt der Zugang in stationäre Versorgungsstrukturen zukünftig versperrt, die zentralen Notaufnahmen werden um ambulante Patienten entlastet.

Der elektive Teil der ambulanten Patienten wird damit im Wesentlichen Inhalt des erweiterten AOP-Katalogs, der notfallnahe Teil der ambulanten Patienten Inhalt des kommenden Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung.

AUSBLICK: CHANCEN UND RISIKEN AMBULANT-STATIONÄRER BUDGETS IN STRUKTURSCHWACHEN REGIONEN

Bis zum MDK-Reformgesetz hat es der Gesetzgeber versäumt, klare Anreize zur Ambulantisierung zu setzen. Mit den nun vorgesehenen Regelungen holt er dies nach. Der Ansatz, auf

der Erlösseite parallel über Rechnungsaufschläge und Leistungskataloge anzusetzen, ist richtig und wird die Anzahl der Abrechnungsprüfungen reduzieren. Dennoch steht das DRG-Fallpauschalensystem mit seinen stationären Erlösen und dem mit dem Preissystem verbundenen Prüfaufwand weiter im Mittelpunkt des Geschehens. Es wäre einen Versuch wert, in den Bereichen, in denen das DRG-Fallpauschalensystem schon heute nur bedingt praktikabel ist, neue Wege auszuprobieren, um die dringend notwendige Ambulantisierung zum Erfolg zu führen.

Ambulant-stationäre Budgets stellen so einen Weg dar. An Stelle einer Finanzierung über das DRG-Preissystem würde hier ein Budget für ein Krankenhaus für die

ambulante und stationäre Versorgung der Versicherten in einer Region stehen. Solche sogenannten Capitationmodelle [10] existieren bereits in Modellform in der Psychiatrie oder werden vom Helios-Konzern in Spanien betrieben [5]. Die Ambulantisierungserfolge sind beachtlich! Das Krankenhaus selbst hat Anreize, der ärztlichen und ökonomischen Entscheidung hinter dem Grundsatz „ambulant vor stationär“ endlich Rechnung zu tragen. Eine Möglichkeit, diese Modelle in geschütztem Rahmen zu implementieren, bietet sich beispielsweise in den sogenannten Sicherstellungskrankenhäusern (alleinstehende Krankenhäuser in dünn besiedelten Regionen, die bereits heute eine separate Finanzierung unabhängig von den DRG-Fallpauschalen erhalten und in denen auch

alternative Versorgungsmodelle von Nöten sind). Für Sicherstellungskrankenhäuser liegt eine vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) beschlossene Regionsabgrenzung vor [6], nennenswerte Konkurrenzsituationen existieren per Definition weder im stationären noch in nennenswertem Umfang im ambulanten Bereich und es böte sich die Möglichkeit, die Versorgung viel niederschwelliger und kostengünstiger zu organisieren als heute (zum Beispiel über die Delegation höherwertiger Aufgaben an die Pflege im Sinne von sogenannten Nurse Practitioners [1, 7, 11]).

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

eAKADEMIE

Wissen Bit für Bit

WEBINARE

MEDIATHEK

eCME-CENTER

MEDIATHEK



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

Von Chirurgen für Chirurgen –

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

www.mediathek-dgch.de

Sektorenunabhängige Versorgung in der Chirurgie – Das Pilotprojekt „Hybrid-DRG Thüringen – Neue Wege im Gesundheitswesen“

Sektorisierung, Kostendämpfung, Bürokratisierung, Ökonomisierung, Wettbewerbsförderung bis hin zur Kriminalisierung haben bisher zu keiner qualitativen Besserung und zu keiner nachhaltigen Kostenregulierung im Gesundheitswesen geführt. Insbesondere die Sektoreierung, welche alle Bereiche des Gesundheitssystems einschließlich Industrie und Politik durchzieht, hat zu Anreizsystemen geführt, welche sich letztendlich nachteilig auf die Patientenversorgung, und mit höheren Kosten negativ auf die Solidargemeinschaft der GKV-Versicherten, auswirken. So weist der Sachverständigenrat seit Jahren in seinen Gutachten wiederholt auf die mangelnde Integration zwischen der ambulanten und der stationären Gesundheitsversorgung als eine der zentralen Schwachstellen des deutschen Gesundheitssystems hin. Nach der Förderung der integrierten Versorgung hat die Politik die Forderung nach einer sektorenübergreifenden Versorgung erneut aufgegriffen.

Ziel zukünftiger medizinischer Versorgung muss es also sein, auf Basis der Spezifika des Arzt-Patientenverhältnisses und ärztlich definierter

Behandlungspfade eine sektorenunabhängige, bedarfsgerechte und patientenorientierte Versorgung unter Beachtung der Qualität und der Kosten zu gestalten (sogenannte populationsorientierte Versorgung nach Wille).

Um dieses Ziel perspektivisch umzusetzen, wurde als erster Schritt das Projekt einer sektorenunabhängigen Versorgung von Erkrankungen, welche zur Behandlung einer ambulanten bzw. Short-Stay-Operation bedürfen, von den chirurgischen Fach- und Berufsdachverbänden (Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (DGCH) und Berufsverband der Deutschen Chirurgen (BDC)) unter meiner Federführung initiiert und seit 2013 in Zusammenarbeit mit der Techniker Krankenkasse und der NAO GmbH (*Kliniknetz für integrativer Medizin*) ausgearbeitet. Aus Sicht des Kostenträgers und der ärztlichen Berufsverbände ist es notwendig, die Versorgungsstrukturen flexibel an die Bedürfnisse der Patienten und an die regionalen Besonderheiten anzupassen.

Eine Voraussetzung zur Umsetzung in diesem Kontext ist die Ausgestaltung von flexiblen Vergütungsstrukturen. Dies gilt

insbesondere zwischen stationärer und ambulanter Versorgung. Hierfür gilt es neue, auch gesetzliche Rahmenbedingungen zu schaffen, die einen integrativen Versorgungsansatz zulassen und mit einer adäquaten, harmonisierten Vergütung ausgestattet sind. Vertragsärztliche Versorgungsstrukturen (z. B. Praxiskliniken, Berufsausübungsgemeinschaften, MVZ), deren Versorgungsspektrum einen hohen Anteil an Leistungen umfasst, die an der Schnittstelle zur ambulanten Versorgung liegen, und Krankenhäuser müssen zukünftig die Möglichkeit haben, gleichberechtigt flexiblere Behandlungsangebote anbieten zu können.

Das Projekt „Sektorenunabhängige Versorgung in der Chirurgie“ mit dem Pilotprojekt „Hybrid-DRG Thüringen – Neue Wege im Gesundheitswesen“ ist ein Konzept, welches aufzeigt, wie eine sektorenunabhängige Versorgung gestaltet werden kann. Es ist somit eine Alternative zu bisherigen strukturell und finanziell sowie ökonomisch getriggerten Versorgungsansätzen. Das Konzept hat nichts mit den prozedurbezogenen Hybrid-DRGs der Vergangenheit zu tun.





Dr. med. Stephan Dittrich
 Facharzt für Chirurgie, Gutachter,
 Prüfarzt der Ärzte und Krankenkassen
 Praxis für medizinische Gutachten und
 ärztliche Beratung
 Neue Str. 1
 08525 Plauen – Kauschwitz
 dr.dittrich@gmx.de

Dittrich S: Sektorenunabhängige Versorgung in der Chirurgie – Das Pilotprojekt „Hybrid-DRG Thüringen – Neue Wege im Gesundheitswesen. Passion Chirurgie. 2020 Februar, 10(02): Artikel 03_03.



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

Aus Sicht des Versorgungsmanagements und der Versorgungsforschung besteht der Vorteil dieses Konzeptes in der Übersichtlichkeit der Behandlungspfade mit klarer Definition des Anfang- und Endpunktes sowie den mit der Behandlung in Zusammenhang stehenden adjuvanten Leistungen, Verordnungen und Produktversorgungen.

Das Pilotprojekt „Hybrid DRG Thüringen – Neue Wege im Gesundheitswesen“ ist seit 2017 die praktische Umsetzung einer sektorenunabhängigen, IT-basierten Patientenversorgung und Qualitätssicherung an der Schnittstelle stationär – ambulant auf Basis definierter Behandlungspfade und Indikationen sowie einer pragmatisch harmonisierten Vergütung unter Mitwirkung von 25 Prozent der klinischen und ambulanten Leistungserbringer im Bundesland Thüringen.

PILOTPROJEKT „HYBRID-DRG THÜRINGEN – NEUE WEGE IM GESUNDHEITSWESEN“

Das Pilotprojekt basiert auf folgenden Kriterien:

- Ärztliche Definition der Indikation auf Basis von Leitlinien sowie bewährten medizinischen Standards und Erfahrungen. Dazu wurden Fachgesellschaften und Ärzte aus dem klinischen und ambulanten Versorgungsbereich mit einbezogen
- Berücksichtigung medizinischer und soziomedizinischer Aspekte der Patienten/des Patientenwillen
- Definition und Dokumentation (IT-Fallakte) des gesamten Behandlungspfad einschließlich eines Jahres-Follow-Up, wobei im Rahmen der konkreten Leistungserbringung im Rahmen der medizinischen Notwendigkeit Gestaltungsfreiheit besteht
- Sektorenübergreifende Qualitätssicherung durch Definition bzw. Erfassung der Struktur, Prozess- und Ergebnisqualität auf Basis medizinischer Standards, Indikations-, Befund- und Ergebnisdokumentationen mit Erfassung und Bewertung von Routinedaten (z. B. aQua-Kriterien), objektiv klinischer Ergebnisse und subjektiver Patientenangaben mittels interner und externer Erhebungen sowie

flankierender MDK-Stichprobenprüfungen. Eine routinemäßige MDK-Prüfung bezüglich ambulant sensativer Krankenhaufälle entfällt

- Mischkalkulation aus den Kosten der beteiligten Leistungserbringer einschließlich der Harmonisierung der bisher unterschiedlichen Honorierungssysteme (vertragsärztlich, krankenhaus-ambulant, IGV, DRG) unter Bildung eines gewichteten Durchschnittfallwertes (Hybrid-DRG)
- Kostenneutralität auf Basis der bisherigen Regelversorgung bezüglich der medizinischen Behandlung.

Auf der Grundlage einer leitliniengerechten, dokumentierten ärztlich-medizinischen Indikationsstellung, Berücksichtigung der Patientencompliance und -einwilligung und medizinisch anerkannter Ausschlusskriterien (G-AEP-Kriterien), erfolgt eine ambulante, tagesklinische bzw. Short-Stay-Operation/medizinische Prozedur für zunächst folgende Indikationen: Karpaltunnelsyndrom, Leistenhernie, Ruptur vorderes Kreuzband (Knie), Stammvarikosis. Der Ort der Leistungserbringung (ambulant/ stationär) und die Wahl der Methode ergibt sich aus der patientenindividuellen medizinischen Notwendigkeit auf o. g. Basis. Die weitere Nachbetreuung inkl. adjuvanter Heilmaßnahmen (z. B. Physiotherapie) bis zum Behandlungsabschluss verbleibt in der Verantwortung des Operators/der behandelnden Einrichtung und wird entsprechend der ambulanten Regelversorgung vergütet. Ein Jahr postoperativ erfolgt eine Nachuntersuchung mit Erfassung von Routinedaten (aQua-Bericht adaptiert) sowie des subjektiven (Arzt- und Patientensicht) und objektiv-klinischen Behandlungsergebnisses. Flankiert wird der gesamte Behandlungspfad durch die o. g. Qualitätssicherungsmaßnahmen. Durch die Einbeziehung aller Leistungserbringer wurden die unterschiedlichen Honorierungssysteme zusammengefasst sowie Indikationen, Behandlungswege, Ergebnisse und Kosten definiert bzw. transparent dargestellt.

Somit wurde in Kenntnis der Probleme und Nichtvergleichbarkeit der unterschiedlichen sektoralen Honorierungssysteme für das Pilotprojekt transparente, einheitliche Qualitäts- und

Honorierungskriterien für Praxen und Kliniken für identische Leistungen/Indikationen im Grenzbereich zwischen ambulant und stationär als pragmatisches Übergangsmodell geschaffen. Die Harmonisierung des ambulant-vertragsärztlichen, krankenhaus-ambulant und Short-Stay-Klinik-Operierens und konservativer Behandlungsoptionen sowie die Harmonisierung der bisher sektoral geprägt differenten Kostenstrukturen erfordert im Pilotprojekt keine rechtlichen (Vertragsbasis ist § 140a SGB V) und ökonomischen (siehe Kostenneutralität) Maßnahmen bzgl. der Regelversorgung. Ökonomisch und organisatorisch kommt es im Pilotprojekt zu Mehraufwendungen für Kostenträger, Management und Leistungserbringer durch die begleitenden Maßnahmen z. B. zusätzliche Qualitätssicherung und -management, Fallmanagement, EDV-Vernetzung, Evaluation.

Das IT- basierte Management des Projektes hat die NAO GmbH als Vertragspartner der Techniker Krankenkasse im Rahmen eines Vertrages nach § 140 a SGB V übernommen.

Es bestand das Erfordernis der Bildung einer Arbeitsgruppe „Hybrid-DRG“ aus Kostenträgern, Management inkl. IT und medizinischer Expertise zur Projektbegleitung und -weiterentwicklung sowie deren personeller und finanzieller Ausstattung. Diese Arbeitsgruppe wurde 2016 nach Ablehnung des Projektes durch den Innovationsfonds gegründet.

Das Pilotprojekt ist als Test für ein sektorenunabhängiges medizinisches Leistungs- und Honorierungssystem zu verstehen und somit der bereits umgesetzte praktische Vorreiter des MDK-Reform-Gesetzes sowie einer sektorenunabhängigen Qualitätssicherung. Strukturelle Veränderungen, wie z. B. die Wandlung von Kliniken in intersektorale Versorgungszentren und als Pendant die Reanimation der im SGB V verankerten Praxiskliniken, werden sich aus meiner Sicht perspektivisch im Rahmen eines solchen Konzeptes auf einer kalkulierten DRG-Basis betriebswirtschaftlich darstellen lassen.

Aus Sicht des Versorgungsmanagements und der Versorgungsforschung besteht der

Vorteil dieses Konzeptes in der Übersichtlichkeit der Behandlungspfade mit klarer Definition des Anfang- und Endpunktes sowie den mit der Behandlung in Zusammenhang stehenden adjuvanten Leistungen (z. B. Heilmittel, Pflege) und Verordnungen/Produktversorgungen.

Mit dem Konzept werden Fehlanreize beseitigt und eine stärkere Orientierung auf den Patienten erreicht.

ÜBERTRAGBARKEIT/ERFORDERLICHE MASSNAHMEN FÜR REGELVERSORGUNG

Eine Übertragbarkeit des Pilot-Projektes besteht für

- das gesamte Bundesgebiet (Basis: einheitliche Indikation; z. B. Leistenbruch)
- alle medizinischen Indikationen mit definierbaren Behandlungspfaden
- weitere Kostenträger
- die Regelversorgung in der gesetzlichen und privaten Patientenversorgung (Basis: einheitlich definierte indikationsbezogene Kalkulation („Hybrid-DRG“))

Perspektivisch sind im Rahmen der avisierten Regelversorgung folgende Maßnahmen erforderlich:

- Organisatorisch/rechtlich
 - Sektorenübergreifende Bedarfsplanung
 - Anpassungen im SGB V/Bundesmantelvertrag mit Harmonisierung bisheriger differenter ambulant/stationärer Regelungen (z. B. Verordnungsbefugnisse, Zulassungsbestimmungen, elektronische Abrechnungsmodalitäten,)
- Ökonomisch/Medizin-fachlich
 - Ist-Kosten Kalkulation der Hybrid-DRG durch ein unabhängiges Institut auf Basis der Kostenstrukturen in Analogie zur DRG/PEPP Kalkulation (Einbeziehung der Erfahrungen des Pilot-Projektes)
 - Wahl von medizinischen Indikationen und Behandlungen sowie Definition der Behandlungspfade, Struktur, Prozess und Ergebnisqualität, die für eine Überführung in eine Hybrid-DRG-Systematik geeignet sind
- Erstellung eines Indikations- und Kalkulationskataloges

- Harmonisierung der different sektoral und/oder territorial geprägten Honorierungs- und Kostenstrukturen inkl. der Arzneimittel- und Heil- und Hilfsmittel sowie Medizinproduktkosten

RISIKO-NUTZEN/VERHÄLTNISSMÄSSIGKEIT

RISIKO

- Nichtakzeptanz des Versorgungskonzeptes durch Kostenträger (Fallzahlproblem)
- Einseitige Nichtakzeptanz des Versorgungskonzeptes durch Leistungserbringer (insbesondere stationärer Bereich)
- Politisch/berufspolitisch und ökonomisch motivierte Eingriffe und Widerstände gegen eine sektorenunabhängige Versorgung, Besitzstandswahrungen, Kostendämpfungsszenarien.
- Versuch der sektoralen Optimierung des sektorenunabhängigen Konzeptes
- Unzulässige Übertragung des Versorgungsmodells auf nicht geeignete Fälle und Dogmatisierung (kostenseitig motivierte Indikationsbeugung)
- Fehlerhafte Kostenkalkulation des Hybrid-DRG
- Weiche Indikationskriterien mit resultierenden Umgehungsstrategien und/oder Mengenausweitungen

NUTZEN

- Patientenorientierte, bedarfsgerechte und qualitätsverbessernde Versorgung durch
- ärztlich-medizinischen Indikationsbezug/-definition
- definierte, dokumentierte, evaluierte Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität
- Kein Anreiz zu sektorbedingten Verlageffekten
- Beseitigung sektorgeprägter ökonomischer Anreize bei Diagnostik- und Behandlungsmethoden, Verordnungen und Produkteinsätzen
- Minderung der Gefahr der Mengen- und Kostenausweitung durch
 - Exakte Indikationsdefinition, Dokumentation und Qualitätskontrolle
- Definition eines Indikationskataloges und ggf. eines Ausschlusskataloges

- Transparente Kostenkalkulation (Hybrid-DRG) unter Einbeziehung aller primären und sekundären/adjuvanten Kostenstrukturen
- Stichprobenprüfung
- Verbesserung der Möglichkeiten einer indikationsbezogenen Versorgungsfor-schung/-management, z. B. Nutzung des Konzeptes als komplexes Prüfmodell für die Einführung von medizinischen Innovationen, da gesamter Behandlungspfad abgebildet und evaluiert ist
- Verbesserung der Transparenz in der Abrechnung von erbrachten Leistungen
- Abbau von Doppel- und Mehrfachstrukturen (z. B. Kostenträger: DRG-Abrechnung, Krankenhausambulante Abrechnung (§ 115b), vertragsärztliche Abrechnung; Kliniken: DRG-Abrechnung, Krankenhausambulante Abrechnung)
- Reduktion von MDK-Prüfungen und Retaxierungen bezüglich ambulant-sensitiver Krankenhausfälle und den damit verbundenen Bürokratie- und Kostenaufwendungen für Kostenträger und Leistungserbringer

Viele Bereiche der Grund- und Regelversorgung, insbesondere im Schnittstellenbereich ambulant/stationär, lassen sich mit der Hybrid-DRG-Systematik bezogen auf die Gesundheitsgesamtausgaben kostenneutral durch Beseitigung sektoraler Anreizsysteme bei harmonisierter Vergütung darstellen (Stichwort: gleiches Geld für gleiche Leistung). Für den Patienten mit z. B. einem Leistenbruch ist wichtig, dass der Bruch durch eine individuell patientenbezogene OP-Methode nachhaltig beseitigt wird, sein Behandlungsrisiko minimiert und seine peri- und postoperative Lebensqualität gut sind – und dass ist unabhängig vom Ort der Leistungserbringung.

Zum erfolgreichen Ausbau des Konzeptes sind die Unterstützung durch Politik/Gremien/Verbände und die Beteiligung weiterer Leistungserbringer und Kostenträger erforderlich.

PERSPEKTIVE EINER SEKTORENUNABHÄNGIGEN BZW. SEKTORENÜBERGREIFENDEN VERSORGUNG

Mit dem kleinen Pilotprojekt konnte gezeigt werden, dass es möglich ist, eine patientenorientierte, sektorenunabhängige Versorgung im Schnittstellenbereich ambulant/stationär mit einer harmonisierten Vergütung und sektorenübergreifenden Qualitätskriterien zu gestalten und praktisch umzusetzen. Dass dieser Ansatz aufgegriffen und weiter ausgebaut wird, ist trotz aller politischer/berufspolitischer Statements aus meiner Sicht inzwischen eher kritisch zu sehen. Viel zu tief sind die sektoralen Gräben in allen Bereichen der Politik und Berufspolitik, der Kostenträger, der Gesundheitsökonomie, der Industrie, der Klinik- und Praxisbetreiber und nicht zuletzt in der Ärzteschaft und deren Verbänden und Fachgesellschaften – und viele leben in ihrer sektoralen Schachtel sehr bequem. Leicht redet es sich seit Jahrzehnten redundant und mit alten auf neu getrimmten Begrifflichkeiten von erforderlicher komplexer sektorenübergreifender Versorgung, solange man es nicht praktisch umsetzen muss oder beim Wort genommen wird. So ist zum Beispiel das 5. Sozialgesetzbuch unverändert völlig ungeeignet, die gewünschte integrierte bzw. sektorenübergreifende Versorgung praktisch bzw. in der Regelversorgung zu gestalten – auch dies zeigte sich im Pilotprojekt sehr deutlich.

Das einzige, was sich unter Ökonomisierung, Kostendruck und Gewinnoptimierung in diesem Kontext m. E. ausgebildet hat und weiter ausbilden wird, sind sektorenübergreifende Strukturveränderungen im Sinne von Praxis-, MVZ-, IGZ-, Klinikverbünden und Vernetzungen. Damit einher geht ein Konzentrierungsprozess von Großklinikbetreibern und deren adjuvanter Kostenträger-/politischer, fach- und berufsverbandlicher Lobby vorgesehener Beseitigung unabhängiger Selbstverwaltung

der Körperschaften von Kostenträgern und Ärzteschaft (siehe z. B. die jüngsten Gesetzesvorhaben GKV-FKG und Notdienst sowie Versorgungsstruktur- und -stärkungsgesetz in Verbindung mit der Krankenhausreform- und -strukturgesetz), sowie Freiberuflichkeit in Praxen, Berufsausübungsgemeinschaften, Praxiskliniken und Kliniken. Offenbar sind neben der selbstständigen ambulanten Fachärzteschaft vor allem jetzt die unflexiblen Kliniken der Grund- und z. T. Regelversorgung zum Abschuss freigegeben. Stichworte sind da aus meiner Sicht z. B. zum Teil sehr verlogene Diskussionen um Bedarfsplanungen, Mindestmengen, strukturelle Qualitätskriterien und Leitlinien, die Sinnhaftigkeit des Allgemeinchirurgen u. v. a. m. – zum Glück wird wohl die „Digitalisierung“ alles richten – oder doch der massive Ärztemangel?

Ein weiteres Problem, das Konzept flächendeckend umzusetzen, wird sein, dass sich die Ärzteschaft mit Versorgungsmanagement beschäftigen muss und vor allem klare ärztliche und nicht ökonomisch getriggerte Indikationskriterien sowie patientenorientierte, sektorenübergreifende Behandlungspfade und Prozesse definieren und evaluieren sowie die resultierenden Behandlungskonzepte in einen ökonomisch machbaren Kontext bringen muss – eine Herkulesaufgabe, die wohl keiner übernehmen wird. Die Forderung nach mehr Geld ist bei aller Berechtigung aber zu einfach und wenig zielführend. Bei fortgesetzter Passivität und Selbstverliebtheit darf sich dann aber auch niemand beklagen, wenn Healthcare Manager und Ökonomen das Heft des Handelns in die Hand nehmen und ärztliche Expertise nicht mehr gefragt ist.

Ich hoffe nicht zu viel Essig in den Wein gegossen zu haben und hoffe natürlich im Sinne unserer Patienten auf die perspektivische Umsetzung weiter Teile des sektorenunabhängigen/-übergreifenden Konzeptes – denn **Neue Wege entstehen beim Gehen.** ○

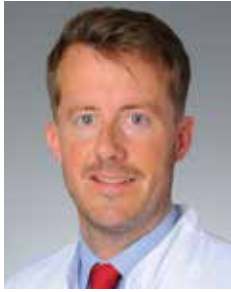


akademie aktuell: Update Robotische Chirurgie

Die roboterassistierte Chirurgie wurde vor nunmehr 20 Jahren in die Klinik eingeführt und ist nicht nur aus diesem Grund mehr als nur ein Hype. In den ersten zehn Jahren nach Markteinführung lag der Fokus der Robotik vor allem in der Urologie, nun aber ist die Viszeralchirurgie der weltweit am schnellsten wachsende Sektor. Kritisiert werden vor allem die hohen Anschaffungs- aber auch laufenden Kosten der Roboterereinheit. Allerdings häufen sich in den letzten Jahren auch gute evidenzbasierte Konzepte, die einen Einsatz in der Viszeralchirurgie in Zentren rechtfertigen. So stehen aktuell viele Abteilungen vor der Entscheidung, den Einstieg in die Robotik zu wagen. Gleichzeitig drängen neue Anbieter mit interessanten und vor allem kostengünstigeren Produkten auf den Markt.

Wir möchten Sie herzlich nach Berlin einladen, um an dem Seminar „**Update Robotische Chirurgie**“ teilzunehmen. Dieses Seminar ist Teil der vom Berufsverband der Deutschen Chirurgen (BDC) organisierten Fortbildungsreihe „Updates in der Chirurgie“, die in kompakter Form einen Überblick über aktuelle chirurgische Themen verschaffen sollen. Diese Seminarreihe wendet sich insbesondere an Fachärzte für Allgemein- und Viszeralchirurgie vor dem Einstieg in die roboterassistierte Chirurgie.

Das Seminar im Langenbeck-Virchow-Haus der Aesculap Akademie behandelt die relevanten Fragen und technischen Aspekte vor dem Einstieg in die Robotik. Der Fokus liegt hier auf strukturierten Trainingsprozessen und Proctoring, Aufbau eines Roboterzentrums

**PD Dr. med. Hans Fuchs**

Seminarleiter BDC|Akademie
Klinikum der Universität zu Köln
Allgemein-, Viszeral-, Tumor- und
Transplantationschirurgie
Kerpener Str. 62
50937 Köln
Hans.Fuchs@uk-koeln.de

sowie technischen Aspekten verschiedener Hersteller.

Das Seminar ist 1,5-tägig aufgebaut mit einem gemeinsamen Abendessen am ersten Tag, um hier einen regen Erfahrungsaustausch zu ermöglichen. Es wurden Referenten aus den wesentlichen Bereichen der viszeralchirurgischen Robotik (oberer Gastrointestinaltrakt, kolorektale Chirurgie sowie auch fachübergreifend aus der Urologie) gewonnen. Auch soll beleuchtet werden, inwiefern individuelle

Trainings, auch in Kooperation mit der Medizintechnikindustrie, notwendig sind.

Ein besonderer Fokus dieses Seminars soll die chirurgische Diskussion mit den Teilnehmern sein, so dass wir Sie einladen, Fragen und Probleme aus Ihrer Klinik mit nach Berlin zu bringen.

Wir hoffen, dass Sie dieses Seminarkonzept anspricht und würden uns freuen, Sie in Berlin begrüßen dürfen.

Seminar „Update Robotische Chirurgie“

Wo und wann? am 19. und 20. März 2020 in Berlin

Für wen? Fachärzte für Allgemein- und Viszeralchirurgie vor dem Einstieg in die roboterassistierte Chirurgie

Das Seminar behandelt die relevanten Fragen und technischen Aspekte vor dem Einstieg in die Robotik. Der Fokus liegt hier auf strukturierten Trainingsprozessen und Proctoring, Aufbau eines Roboterzentrums sowie technischen Aspekten verschiedener Hersteller. Das Seminar ist 1,5-tägig aufgebaut mit einem gemeinsamen Abendessen am ersten Tag, um hier einen regen Erfahrungsaustausch zu ermöglichen. Es wurden Referenten aus den wesentlichen Bereichen der viszeralchirurgischen Robotik (oberer Gastrointestinaltrakt, kolorektale Chirurgie sowie auch fachübergreifend aus der Urologie) gewonnen. Auch soll beleuchtet werden, inwiefern individuelle Trainings, auch in Kooperation mit der Medizintechnikindustrie, notwendig sind.

Informationen und Anmeldung

Fuchs H: akademie aktuell: Update Robotische Chirurgie. Passion Chirurgie. 2020 Februar, 10(02): Artikel 04_01.



Weitere akademie-aktuell-Themen finden Sie auf BDC|Online (www.bdc.de, Rubrik Wissen | Aus-, Weiter- und Fortbildung | akademie aktuell).



Webinar-Termin im März 2020: S3-Leitlinie „Screening, Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Bauchaortenaneurysmas“

**Webinar S3-Leitlinie
„Screening, Diagnostik,
Therapie und Nachsorge des
Bauchaortenaneurysmas“
26.03.2020, 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 25 Leitlinien von Experten erfolgreich vorgestellt und besprochen. Jeden Monat wird von einem 45-minütigem Webinar eine chirurgisch relevante Leitlinie in ihren Grundzügen vorgestellt. Anschließend kann mit dem Referenten und anderen Teilnehmern via Chat diskutiert werden, selbstverständlich kostenfrei für alle BDC-Mitglieder. Und jede Teilnahme wird in der Regel mit zwei CME-Punkten zertifiziert.

WEBINARE IM ARCHIV ABRUFEN

Auch wenn einmal ein Termin verpasst wird, ist das kein Problem, denn der aufgezeichnete

Vortrag mit Diskussion kann jederzeit aus dem Webinar-Archiv abgerufen werden. Detaillierte Informationen und Termine zu diesem Lernangebot und allen Webinaren sind unter www.bdc-webinare.de zu finden.

GEPLANTE WEBINAR-TERMINE

- „DCK kompakt“-Webinar, Prof. Dr. med. Thomas Schmidt-Rixen, 28.05.2020, 18 Uhr
- S1-Leitlinie „Verletzungen der oberen Halswirbelsäule“, Dr. med. Matti Scholz, am 18.06.2020, 18:00 Uhr
- S3-Leitlinie „Sinus pilonidalis“, Dr. med. Andreas Ommer, am 02.07.2020, 18:00 Uhr



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





Prof. Dr. Christopher Kelm
Klinikdirektor
Klinik für Allgemein-, Visceral- und
spezielle Visceralchirurgie
Märkisches Darmzentrum
Märkische Kliniken GmbH/Klinikum
Lüdenscheid
Paulmannshöher Str. 14
58515 Lüdenscheid
Christopher.Kelm@klinikum-
luedenscheid.de



Lucia Maceda Vazquez
Oberärztin
Klinik für Allgemein-, Visceral- und
spezielle Visceralchirurgie
Märkisches Darmzentrum

Kelm C, Maceda Vazquez L: 10 Jahre „Schule trifft Chirurgie“ – 10 Jahre Rekrutierung junger Nachwuchskollegen. *Passion Chirurgie*. 2020 Februar, 10(02): Artikel 04_03.



Auch BDC-Vizepräsident Dr. J.-A. Rüggeberg macht „Chirurgie in der Schule“



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

10 Jahre „Schule trifft Chirurgie“ – 10 Jahre Rekrutierung junger Nachwuchskollegen

10 JAHRE DARMKREBSPRÄVENTION DER ETWAS ANDEREN ART

Seit 2009 findet in Kooperation mit dem Märkischen Darmzentrum des Klinikums Lüdenscheid, und der Biologie-Leistungskurse der Staberger Gymnasien das Projekt „Schule trifft Chirurgie“ statt. Jedes Jahr – zum Monat des Darmkrebses im März – gehen die Klinikdirektoren Professor Kelm, Professor Heil und Professor Friemann aus der Klinik für Allgemein-, Visceral- und spezielle Visceralchirurgie, der Klinik für Hämatologie und Onkologie und der Klinik für Pathologie, in die Schule.

Dort werden in der ersten Woche, von jedem Klinikdirektor, die Schülerinnen und Schüler über die Entstehung, die Ursachen und die Behandlungsoptionen des Darmkrebses informiert. Zusätzlich werden die molekulargenetischen Zusammenhänge, aufbauend zum Biologieleistungskurs, von Herrn Oberstudienrat Michael Haferberger vermittelt. Am Ende der Woche darf dann auch praktisch gearbeitet werden. In Zusammenarbeit mit der Industrie, die einen Pelvitainer zur Verfügung stellt, üben die Schülerinnen und Schüler die laparoskopischen Techniken sowie an Schweinepforten Nahttechniken. Generell stößt insbesondere der letzte Unterrichtspunkt auf sehr großes Interesse bei den Schülerinnen und Schülern.

In der zweiten Woche des Projektes gehen die Schülerinnen und Schüler in Kleingruppen ins Krankenhaus. Es wird Zeit OP-Luft zu schnupern. Im Sekretariat der Klinik für Allgemein- und Visceralchirurgie schlüpfen die Schülerinnen und Schüler in die Arztkittel

und betreten die „neue Welt“. Sie besuchen die Frühbesprechung in der Chirurgie, in der auch die Abläufe und Besonderheiten für den kommenden Tag besprochen werden. Ab 8 Uhr geht es dann in Richtung OP. Arztkittel aus, Privatkleidung ablegen, Schmuck ablegen und rein in die OP-Funktionskleidung. Je nach Tagesprogramm wohnen die Schülerinnen und Schüler dann Laparoskopien und offenen chirurgischen Eingriffen bei und ihre Standhaftigkeit wird auf die Probe gestellt.



Die Schülerinnen und Schüler sind in den meisten Fällen mit viel Neugier und Interesse dabei, stellen Nachfragen zu Erklärtem und sind begeistert, einen Blick hinter die Kulissen zu werfen, der den meisten Menschen meist ein Leben lang verwehrt bleibt.

Das Ziel des Projektes ist es, jungen Menschen einen Einblick in unsere Arbeit zu gewähren und möglichst viele von der Medizin und im Speziellen der Chirurgie zu begeistern. So haben bereits einige in der Zwischenzeit

das Studium der Humanmedizin erfolgreich beendet bzw. andere begonnen.

Im Anschluss an das Projekt findet in Zusammenarbeit mit der AOK jedes Jahr noch ein Patienteninformationstag zum Monat des Darmkrebses statt, an dem die Schülerinnen und Schüler aktiv teilnehmen und

Vorträge übernehmen. So erreicht man auch das zweite wichtige Ziel des Projektes, die Darmkrebsvorsorge an die Eltern im Zielgruppenalter zu tragen, um die ca. 33.000 Neuerkrankungen bei Männern und 27.000 Neuerkrankungen bei Frauen pro Jahr ein Stück weiter reduzieren zu können.

Die Bedeutung dieses Projektes unterstreicht nicht nur die Nominierung für den Burda Award 2013, sondern auch die verschiedenen Artikel in der regionalen Presse, Auftritte im WDR 3-Fernsehen und im regionalen Rundfunk (Radio MK). 

eAKADEMIE

Wissen Bit für Bit

WEBINARE

MEDIATHEK

eCME-
CENTER

[eCME-CENTER]



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

www.ecme-center.org



Zukünftig multimodale Lehre im Medizinstudium?!

EINE UNTERSUCHUNG ZUR VERTEILUNG DER LERNTYPEN BEI STUDIERENDEN DER HUMANMEDIZIN

Im Rahmen des Medizinstudiums muss umfangreiches Wissen in kurzer Zeit erworben werden. Daher müssen Lehr- und Lernstrategien möglichst effizient sein. Wissen wird über verschiedene Sinne vom Lernenden aufgenommen [1]. In Abhängigkeit vom überwiegend angesprochenen Sinneskanal, kann man vier grundsätzlich verschiedene Lerntypen unterscheiden [2], den visuellen, den auditiven, den lesenden und den kinästhetischen Lerntyp sowie zahlreiche Mischformen dieser vier Grundtypen.

Der Lernerfolg ist abhängig von der bestmöglichen Übereinstimmung zwischen den Lerntypen und den gewählten Lernformen [3–8]. Der auditive Lerntyp wird am besten durch das gesprochene Wort erreicht, z. B. in Form

von Vorlesungen, Podcasts oder Hörbüchern. Der visuelle Typ profitiert hingegen mehr von der grafischen Darbietung der Lerninhalte in Form von Schaubildern und MindMaps. Der lesende Lerntyp benötigt Texte in unterschiedlicher Aufarbeitung (Bücher, Folien, Lernkarten) zur bestmöglichen Aufnahme des Lernstoffs. Der kinästhetische Lerntyp ist in der textbasierten akademischen Welt am schwersten zu erreichen, da er am besten durch eigenes Durchführen oder die Auseinandersetzung im Gespräch, wie z. B. in Form von Seminaren oder Lerngruppen lernt.

Um die bestmögliche Übereinstimmung zwischen Lerntypen und Lernformen zu erreichen, sind Kenntnisse zur Verteilung der Lerntypen notwendig.

Im Jahre 1998 entwickelte der Neuseeländer Neil Fleming einen validierten Test, welcher mit dem Akronym VARK bezeichnet wird. Dieses

Korrespondierende Autorin:**Prof. Dr. med. Uta Dahmen**

Universitätsklinikum Jena
Klinik für Allgemein-, Viszeral- und
Gefäßchirurgie
Experimentelle Transplantationschirurgie
Drackendorfer Str. 1
07747 Jena
uta.dahmen@med.uni-jena.de

Diana Grasreiner

Goldbachstr. 47
96523 Steinach
diana.grasreiner@uni-jena.de

Prof. Dr. med. Utz Settmacher

Universitätsklinikum Jena
Klinik für Allgemein-, Viszeral- und
Gefäßchirurgie
Am Klinikum 1
07747 Jena
avg@med.uni-jena.de

steht für V – visual, A – aural, R – read/write and K – kinaesthetic [2, 9, 10]. Der VARK-Lerntypentest kategorisiert zwischen dem visuellem, dem auditivem, dem lesendem und dem kinästhetischem Lerntyp sowie zwischen vielen Kombinationsmöglichkeiten [11].

Aktuell gibt es in allen Fachgebieten der Medizin, insbesondere den operativen Fächern gravierende Nachwuchsprobleme. Es gibt Hinweise, dass die Qualität der Lehre in dem jeweiligen Fach zur Attraktivität einer Fachrichtung für die Studierenden beiträgt [12]. Überdies weisen erste Arbeiten auf professionsspezifische Lernpräferenzen hin [13, 14]. Gleichzeitig nimmt die Feminisierung der Medizin zu. Es wird vielfach behauptet, dass sich das Lernverhalten von Männern und Frauen unterscheidet [15, 16].

Somit stellt sich zum einen die Frage nach dem Zusammenhang zwischen der Lerntypenverteilung und der präferierten Weiterbildungsrichtung, um möglicherweise die fachspezifische Lehre besser auf die künftigen Fachärzte in diesem Fach abzustimmen. Zum anderen stellt sich die Frage nach dem Zusammenhang zwischen dem Geschlecht und der Lerntypenverteilung, um den Bedürfnissen der Studentinnen in der Lehre besser gerecht werden zu können. Um diese Fragen zu beantworten, führten wir einen Lerntypentest an der Medizinischen Fakultät in Jena durch. Wir wollten erstens die Lerntypenverteilung ermitteln, zweitens den Einfluss des Geschlechtes auf den Lerntyp betrachten und zum dritten den Zusammenhang zwischen der präferierten Weiterbildungsrichtung und dem Lerntyp untersuchen.

METHODE**UMFRAGE UND TEILNEHMER**

Wir führten den VARK-Test im Rahmen einer repetitiven Querschnittsstudie mittels einer Online-Umfrage unter allen Medizinstudierenden der Universität Jena in drei aufeinanderfolgenden Jahren (2014 bis 2016) durch. Die Verteilung der Umfrage erfolgte per E-Mail über die Jahrgangsverteiler sowie über die Facebook-Gruppen der jeweiligen Jahrgänge. Die Teilnahme an der Online-Umfrage war freiwillig und anonym. Die Ethikkommission

des Universitätsklinikums hat die Anfrage als nicht zustimmungspflichtig eingestuft.

VARCK

Der Lerntypentest besteht aus 17 Fragen und misst vier verschiedene sensorische Präferenzen des Lernens (visuell, auditiv, lesend und kinästhetisch). Die Fragen dienen dazu, ein individuelles Muster des Lerntyps jedes Umfrageteilnehmers zu erstellen. Pro Frage kann mehr als eine Antwort ausgewählt werden, um die persönliche Lernpräferenz darzulegen.

STATISTIK

Zur statistischen Auswertung verwendeten wir SPSS Version 23 (IBM Corporation, Armonk, NY, USA). Wir führten eine deskriptive Statistik durch, um prozentuale Häufigkeiten zu ermitteln und den Chi-Quadrat-Test, um Zusammenhänge zwischen dem uni- bzw. multimodalen Lerntyp sowie dem Geschlecht und weiteren Faktoren zu untersuchen. Des Weiteren wurden univariate Varianzanalysen durchgeführt, um Unterschiede zwischen den einzelnen Umfragejahren zu ermitteln. Ein P-Wert <0.05 wurde als statistisch signifikant angesehen.

ERGEBNISSE

An der Online-Umfrage beteiligten sich 726 Studierende. Dies entspricht einer Rücklaufquote von 9,2 % bis 18,5 % in den drei verschiedenen Jahrgängen. Die Ergebnisse der einzelnen Umfragen in den drei aufeinanderfolgenden Jahren unterschieden sich nicht signifikant. Demzufolge wurden die Ergebnisse der einzelnen Umfragerunden kombiniert ausgewertet.

In unserer Studie wurden 72,0 % der Fragebögen von weiblichen Studierenden komplettiert und nur 28,0 % von männlichen Teilnehmern, was die zunehmende Feminisierung in der Medizin zum Ausdruck bringt [17]. Dieses Geschlechterverhältnis der Umfrageteilnehmer zeigt gegenüber den gesamten Studierenden der Medizinischen Fakultät in Jena einen etwas höheren Anteil weiblicher Studierender (67,1 %/32,9 %). Der deutschlandweite Anteil der Medizinstudentinnen (61,0 %/39,0 %) ist ebenso etwas geringer im Vergleich mit unserem Umfragekollektiv. Die Altersverteilung der Jenaer TeilnehmerInnen war im Vergleich mit den Angaben des Bundesministeriums

Grasreiner D, Settmacher U, Dahmen U: Zukünftig multimodale Lehre im Medizinstudium?! Passion Chirurgie. 2020 Januar, 10(01): Artikel 04_01.



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

für Bildung und Forschung repräsentativ für deutsche medizinische Fakultäten (24,0 Jahre vs. 24,8 Jahre) [18].

Über ein Drittel (39,5 %) aller Studierenden konnte dem unimodalen Lerntyp zugeordnet werden. Unter diesen Studierenden mit unimodal ausgerichtetem Lerntyp waren, bezogen auf alle Studierenden, 15,2 % dem visuellen (Lernen durch Grafiken, Schaubilder, Flussdiagramme), 8,5 % dem auditiven (Lernen durch Sprache), 4,5 % dem lesenden (Lernen durch Lesen und Schreiben) und 11,3 % dem kinästhetischen Lerntyp (Lernen durch Bewegung) zuzuordnen. Demgegenüber konnten 60,5 % der Studierenden dem multimodalen Lerntyp, welcher sich aus zwei bis vier unimodalen Lerntypen zusammensetzt, zugeordnet werden. Darunter ist besonders der bimodale Lerntyp, welcher sich aus zwei Lerntypen in verschiedener Kombination der vier unimodalen Lerntypen zusammensetzt, mit einem Anteil von insgesamt 54,9 % (bezogen auf alle Teilnehmenden)

hervorzuheben (**Tab. 1**). Der am häufigsten vorkommende bimodale Lerntyp ist mit 20,5 % die Kombination VK (visuell und kinästhetisch), gefolgt von der Kombination AK (auditiv und kinästhetisch) mit 12,0 % sowie von der Kombination VA (visuell und auditiv) mit 10,7 % (**Tab. 1**).

Bei der Betrachtung des Einflusses des Geschlechtes auf den Lerntypen zeigte sich mittels univariater Varianzanalyse in unserem Kollektiv ein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Geschlecht und dem Lerntyp (auditiv: $p = 0,001$; kinästhetisch: $p = 0,044$) (**Tab. 2**). Weibliche Teilnehmer waren vermehrt dem auditiven Lerntyp zuzuordnen, während bei den männlichen Teilnehmern ein größerer Anteil dem kinästhetischen Lerntyp angehörte (**Tab. 2, Abb. 1, 2**).

Hingegen zeigte sich kein Zusammenhang zwischen der bevorzugten Weiterbildungsrichtung und dem Lerntyp. Die fünf großen Gruppen der Weiterbildungsrichtungen

unterschieden sich nicht signifikant in Bezug auf den Lerntyp der Studierenden. Insbesondere zeigte sich kein Lerntypenunterschied bei den chirurgisch interessierten Studierenden im Vergleich zu den Studierenden mit anderem Fachrichtungswunsch.

DISKUSSION

LERTYPENBESTIMMUNG

Der VARK-Test ist ein weit verbreiteter Test, um die Lerntypenverteilung von Studierenden, gesundheitsspezifischer Fachrichtungen inbegriffen, zu ermitteln. Das Grundprinzip ist ähnlich zu anderen Testsystemen wie z. B. dem HALB-Test nach Staller-Tangl [19]. Im Wesentlichen werden Testsituationen vorgestellt und das wahrscheinliche Verhalten bzw. die Vorlieben der Probanden werden abgefragt. Auch die Kategorisierung der Lerntypen ist ähnlich. Der Lerntypentest nach Staller-Tangl unterscheidet z. B. zwischen dem bildlichen, dem akustischen, dem lesenden und dem handelnden Lerntyp [19].

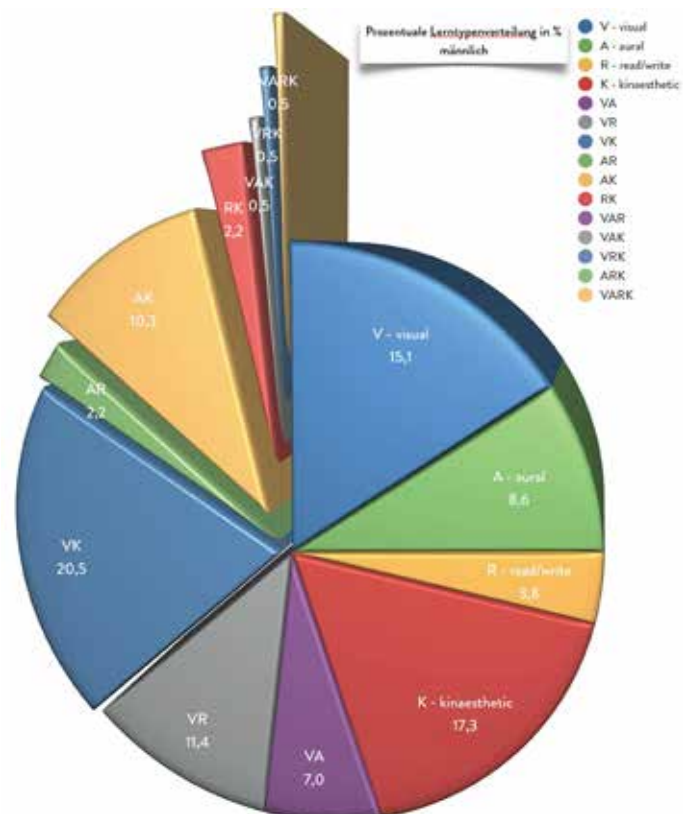
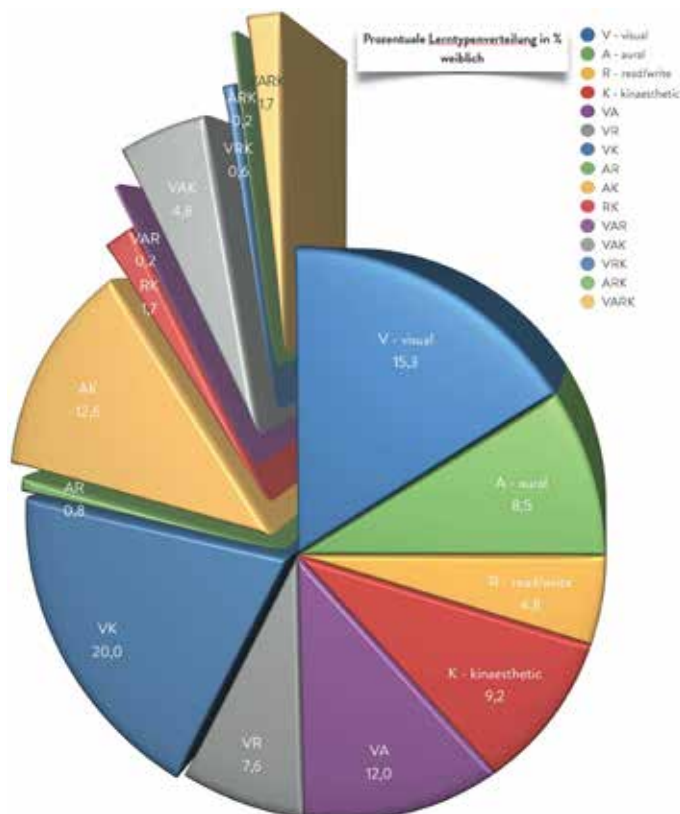


Abb. 1: Prozentuale Lerntypenverteilung der Umfrageteilnehmerinnen

Abb. 2: Prozentuale Lerntypenverteilung der Umfrageteilnehmer

Tab. 1: Verteilung der Lerntypen (uni-, bi-, tri- und quadmodal)

Lerntyp	Anzahl	Prozent
V - visual	111	15.2%
A - aural	62	8.5%
R - read/write	33	4.5%
K - kinaesthetic	82	11.3%
VA	78	10.7%
VR	62	8.5%
VK	146	20.5%
AR	9	1.2%
AK	87	12.0%
RK	13	2.0%
VAR	1	0.3%
VAK	27	2.9%
VRK	4	0.7%
ARK	1	0.3%
VARK	10	1.4%

LERNTYPEN BEI STUDIERENDEN DER MEDIZIN

Die meisten Menschen, so auch die Medizinstudierenden in unserer Stichprobe, lassen sich nicht einem Lerntypen zuordnen, sondern gehören eher multimodalen Mischtypen an (**Tab. 3**).

Bei der vergleichenden Analyse von 17 Arbeiten zur Lerntypenverteilung in Gesundheitsberufen fanden sich lediglich drei Arbeiten (Liew 2015, Malaysia [20], McKenna 2018, Australien [21], Almigbal 2015, Saudi Arabien [22]), welche die Mehrzahl der Teilnehmer einem unimodalen Lerntyp, und zwar zu einem Drittel dem kinästhetischen Typ, zuordneten (**Tab. 3**). Die am meisten vertretenen Lerntypen in der Untersuchung von Peyman et al. waren der visuelle (V) und im Gegensatz zu unserer Untersuchung der lesende (R) Lerntyp [23].

Alle anderen Studien zeigten, dass über 50 % der Studierenden einem multimodalen Typ entsprachen. Davon waren zwischen 12 % und 72 % bimodal und zwischen 4 % und 30 % trimodal. Interessanterweise schwankten die Angaben zur Häufigkeit des quadmodalen Lerntyps am meisten, zwischen 1 % und 43 %. Fast alle Autoren kamen daher zu der Schlussfolgerung, dass man der Vielfalt der

Tab. 2: Univariate Varianzanalyse (VARK-Lerntyp vs. Geschlecht)

Lerntyp	Geschlecht	Mittelwert	P-Wert	95% Konfidenzintervall	
				Untergrenze	Obergrenze
visuell	weiblich	5.657	0.972	5.487	5.828
	männlich	5.653	0.972	5.411	5.895
auditiv	weiblich	5.025	0.001	4.831	5.220
	männlich	4.552	0.001	4.277	4.828
lesend	weiblich	3.899	0.150	3.700	4.097
	männlich	4.110	0.150	3.829	4.390
kinästhetisch	weiblich	5.418	0.044	5.239	5.598
	männlich	5.685	0.044	5.431	5.939

Lerntypen am besten durch ein multimodales Lehrangebot gerecht wird (**Tab. 3**). Des Weiteren sprachen sich Lujan et al., Kharb et al. sowie Prithishkumar et al. anhand der Ergebnisse ihrer Umfragen für eine *lerntypen-adaptierte* multimodale Lehre in der Medizin aus [24-26]. Ebenso empfahlen Peyman et al. einen VARK-Lerntypentest zu Beginn des Medizinstudiums, um die Verteilung der Lerntypen zu analysieren und die Lehre daran auszurichten [23]. Dies würde jedoch einen enormen Mehraufwand in der Vorbereitung der Lehrveranstaltungen je nach Jahrgang bedeuten und erscheint somit wenig praktikabel. Ein solides multimodales Lehrangebot ist hier sicherlich die bessere Option.

Das konventionelle Lehrangebot mit einem hohen Anteil von Vorlesungen bedient hauptsächlich den hörenden Lerner. Dieser unimodale Lerntyp liegt jedoch unter den Medizinstudierenden über alle betrachteten Studien hinweg bei weniger als 20 % der Befragten vor. Damit ist also die häufigste angewendete Lehrform für die meisten Studenten zumindest nicht ideal geeignet, um den Lernstoff effektiv zu vermitteln.

Hingegen spricht ein multimodales Lehrkonzept mehr Lerntypen an und sollte daher einer größeren Anzahl von Studierenden gerecht werden. Abdallah et al. konnten in ihrer Umfrage mittels des VARK-Lerntypentests zeigen, dass die Mehrzahl der Teilnehmer den multimodalen Lerntypen zugeordnet werden können, die demzufolge von multimodalen Lehrformen profitieren [27]. Alkhasawneh et

al. schlussfolgerten in ihrer Studie, dass Studierende, welche einem multimodalen Lerntyp zugeordnet werden können, mindestens zwei jedoch besser drei oder vier verschiedene Lehrmethoden bedürfen, um das Potenzial ihres Lerntyps optimal zu nutzen [28]. In den Untersuchungen von Kharb et al. wurde dies bestätigt und die multimodale Lehre als effektiverer Lehransatz für die meisten Studierenden beschrieben [24]. Ein Wandel der universitären Lehre vom Frontalunterricht für eine große Gruppe von Studierenden zu einer interaktiven, studenten-zentrierten Lehre in Kleingruppen wird laut Prithishkumar et al. künftig erforderlich sein, um effiziente Lehre anbieten zu können [25]. Der Unterricht in kleineren Gruppen bietet Potenzial für eine bessere Umsetzung bestimmter multimodaler Lehrangebote, wie z. B. einem Nahtkurs oder einem orthopädischen Untersuchungskurs. Bareither et al. zeigten, dass mit dieser Entwicklung und dem daraus resultierenden Wandel der Lehr- und Lernformen hin zur multimodalen Lehre bessere Lern- und Prüfungsergebnisse erzielt werden können [29]. In der Untersuchung von Bareither et al. wurden zwei Lerngruppen verglichen, die sich anatomische Inhalte kurzfristig und nachhaltig merken sollten [29]. Beide Gruppen erhielten theoretischen Unterricht und eine Gruppe durfte zusätzlich einmal pro Woche mit Modellen arbeiten und Fragen dazu beantworten. Die kurzfristigen Prüfungsergebnisse waren in der multimodalen Lerngruppe signifikant besser.

Tab. 3: Ermittlung der Lerntypenverteilung von Studierenden verschiedener Studiengänge des Gesundheitswesens mit dem VARK-Test

Ermittlung der Lerntypenverteilung von Studierenden verschiedener Studiengänge des Gesundheitswesens mit dem VARK-Test																
Jahr	Land	Erstautor	Studienrichtung	Rücklauf- quote Teil- nehmer	Lerntypen					unimodale Lerntypen				Ergebnisse		
					uni- modal	bi- modal	tri- modal	quad- modal	multi- modal	V	A	R	K	häufigster Lerntyp	Lerntyp abhängig vom Geschlecht?	Schlußfolgerung für die Lehre?
2006	USA	Lujan	Medizin	166/250 (66%)	36.1%	15.6%	20.5%	27.7%	63.8%	5.4%	4.8%	7.8%	18.1%	multimodal (quadmodal)	Nicht untersucht	Lerntypenadaptierte Lehre
2007	USA	Wehrwein	Physiologie	48/86 (55.8%)	F: 54.2%	F: 12.5%	F: 12.0%	F: 20.8%	F: 45.8%	F: 4.2%	F: 0.0%	F: 16.7%	F: 33.3%	M: multimodal, F: uni-modal (kinästhetisch)	Signifikanter Unterschied (uni-/multimodal)	Lerntypenadaptierte Lehre
					M: 12.5%	M: 16.7%	M: 12.5%	M: 58.3%	M: 87.5%	M: 0.0%	M: 4.2%	M: 4.2%	M: 4.2%			
2007	Türkei	Baykan	Medizin	155/162 (95.7%)	36.1%	30.3%	20.7%	12.9%	63.9%	3.2%	7.7%	1.9%	23.3%	multimodal (bimodal)	Kein signifikanter Unterschied	Lerntypenadaptierte Lehre
2007	USA	Slater	Medizin	97/250 (38.8%)	43.6%	13.8%	16.0%	26.6%	56.4%	5.3%	5.3%	10.6%	22.4%	multimodal (quadmodal)	Kein signifikanter Unterschied F: breitere Lerntypenauffächerung	Multimodale Lehre
2013	Indien	Kharb	Medizin	100 Freiwillige	39.0%	41.0%	14.0%	6.0%	61.0%	7.0%	4.0%	2.0%	26.0%	multimodal (bimodal)	Nicht untersucht	Lerntypenadaptierte multimodale Lehre, mind. 2 Lehrformen anwenden
2013	Jordanien	Alkhasawneh	Pflege	197 Teilnehmer	45.0%	n.b.	n.b.	n.b.	55.0%	n.b.	40.0%	n.b.	60.0%	multimodal	Nicht untersucht	Multimodale Lehre, mind. 2-4 Lehrformen anwenden
2014	Indien	Prithish-kumar	Medizin, 1. Jahr	91/100 (91%)	13.2%	72.0%	14.8%	0.0%	86.8%	0.0%	3.3%	2.2%	7.7%	multimodal (bimodal)	Kein signifikanter Unterschied	Lerntypenadaptierte multimodale Lehre
2014	Iran	Peyman	Medizin	141/231 (61%)	41.6%	17.0%	13.7%	27.7%	58.4%	0.7%	17.7%	17.0%	6.2%	multimodal (quadmodal)	Signifikanter Unterschied beim lesenden Lerntyp (p=0.03)	Multimodale Lehre. Lerntypentest allen Studierenden anbieten
2014	Australien	Whillier	Chiropraktik	407/614 (66.3%)	44.0%	n.b.	n.b.	n.b.	56.0%	n.b.	n.b.	n.b.	n.b.	multimodal	Nicht untersucht	Multimodale Lehre. Erkenntnisse wichtig für Entwicklung neuer Curricula
2014	Iran	Urval	Medizin, Vorklinik	415/500 (83%)	31.3%	18.1%	14.0%	36.6%	68.7%	1.7%	14.2%	5.1%	10.3%	multimodal (quadmodal)	Kein signifikanter Unterschied M: v.a. kinästhetisch, F: v.a. auditiv	Multimodale Lehre. Wissen um Lerntypen vermitteln
2015	Iran	Sarabi-Asiabar	Medizin, Pharmakologie, Pflege, Gesundheitswesen, je 1. Jahr	184/240 (76.6%)	48.4%	20.1%	15.2%	16.3%	51.6%	1.6%	18.5%	21.7%	6.5%	multimodal (bimodal)	Signifikanter Unterschied M: v.a. kinästhetisch, F: v.a. auditiv	Multimodale Lehre. Wissen um Lerntypen vermitteln
2015	Saudi Arabien	Almigbal	Medizin	600/800 (75%)	54.0%	2.5%	0.0%	43.5%	46.0%	16.2%	21.2%	5.7%	10.7%	unimodal (auditiv)	Signifikanter Unterschied F: breitere Lerntypenauffächerung (p=0.028)	Lerntypenadaptierte Lehre

Ermittlung der Lerntypenverteilung von Studierenden verschiedener Studiengänge des Gesundheitswesens mit dem VARK-Test																
					Lerntypen				unimodale Lerntypen				Ergebnisse			
Jahr	Land	Erstautor	Studienrichtung	Rücklauf- quote Teil- nehmer	uni- modal	bi- modal	tri- modal	quad- modal	multi- modal	V	A	R	K	häufigster Lerntyp	Lerntyp abhängig vom Geschlecht?	Schlußfolgerung für die Lehre?
2015	Malaysia	Liew	Medizin, Vorklinik	184/240 (77%)	81.9%	n.b.	n.b.	n.b.	18.1%	11.2%	18.4%	22.2%	30.1%	unimodal (kinästhetisch)	Kein signifikanter Unterschied	Erkenntnisse wichtig für Entwicklung neuer Curricula. Studierende können Lernstil optimieren
2016	Thailand	Paiboonsi-thiwong	Medizin	140/250 (56.0%)	35.0%	12.9%	8.6%	43.6%	65.0%	4.3%	7.1%	11.4%	12.1%	multimodal (quadmodal)	Kein signifikanter Unterschied	Multimodale Lehre
2017	Malaysia	Wong	Medizin, Gesundheitswissen- schaften, je 1. Jahr	337 (keine weiteren Angaben)	78.1%	17.4%	4.5%	0.0%	21.9%	8.9%	19.6%	27.3%	22.3%	unimodal (lesend)	Signifikanter Unterschied F: v.a. auditiv (p=0.014)	Multimodale Lehre (weil eine Lehrform nicht allen Studierenden gerecht wird)
2018	Saudi Arabien	AlQahtani	Zahnmedizin, Vorklinik	368/491 (75.1%)	37.5%	20.7%	18.5%	23.3%	62.5%	Tabelle nicht ablesbar				multimodal (bimodal)	Signifikanter Unterschied M: v.a. unimodal, F: v.a. multimodal (p<0.05)	Multimodale Lehre
2018	Australien	McKenna	Pflege	100/128 (78.1%)	58.6%	22.8%	15.7%	2.9%	41.4%	20.0%	18.6%	27.1%	34.3%	unimodal (kinästhetisch)	Nicht untersucht	Erkenntnisse wichtig für Entwicklung neuer Curricula.
2018	Saudi Arabien	Aldosari	Zahnmedizin, Vorklinik	368/491 (75.1%)	36.0%	21.2%	18.8%	24.0%	64.0%	7.0%	12.0%	5.0%	12.0%	multimodal (quadmodal)	Kein signifikanter Unterschied F: häufiger bimodal	Multimodale Lehre. Erkenntnisse wichtig für Entwicklung neuer Curricula. Verbesserung der Lernleistungen bei multimodaler Lehre
2019	Deutschland	Grasreiner	Medizin	726/5493 (13.2%)	39.5%	54.9%	4.2%	1.4%	60.5%	15.2%	8.5%	4.5%	11.3%	multimodal (bimodal)	Signifikanter Unterschied M: v.a. kinästhetisch (p=0.044), F: v.a. auditiv (p=0.001)	Multimodale Lehre. Wissen um Lerntypen vermitteln. Kein Zusammenhang zur postgradualen Weiterbildungsrichtung.
n.b.	nicht bestimmt		gelbe Füllung: multimodale Lerntypen bei mehr als 50% der Umfrageteilnehmer											M: männlich, F: weiblich		

KONTROVERS DISKUTierter ZUSAMMENHANG ZWISCHEN LERNTYP UND GENDER BEI MEDIZINSTUDIERTEN

Der Zusammenhang zwischen dem Geschlecht und den Lerntypen bei Studierenden verschiedener Studiengänge im Gesundheitswesen wird aktuell kontrovers diskutiert. (Tab. 3). Eine aktuelle systematische Pubmed-Recherche unter Verwendung der Stichworte „VARK“ und „Gender“ ergab 31 Arbeiten, die unterschiedliche Aspekte des Zusammenhanges zwischen dem Geschlecht und den Lerntypen beleuchten (Tab. 3). In Bezug auf unsere Fragestellung ist jedoch nur ein Teil davon zum Vergleich geeignet. In unserer Umfrage konnte ein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Geschlecht und den Lerntypen von Studierenden der Medizin bestätigt werden. Weibliche Studierende aus unserem Kollektiv gehörten überwiegend dem auditiven Lerntyp an, wie ebenso von Wong et al. aus Malaysia sowie Sarabi-Asiabar et al. aus Iran berichtet wurde [15, 30]. Die männlichen Teilnehmer unserer Umfrage gehörten eher dem kinästhetischen Lerntyp an, was auch von Almigbal et al. aus Saudi-Arabien und Sarabi-Asiabar et al. [15, 22] berichtet wurde. Diese zeigten ebenfalls einen signifikanten Zusammenhang zwischen dem männlichen Geschlecht und dem kinästhetischen Lerntyp.

Einen signifikanten Unterschied zwischen weiblichen und männlichen Teilnehmern fanden auch Wehrwein et al. [31] und Peyman et al. [23] heraus, wobei deren Ergebnisse sich nicht mit unseren deckten. In der Studie von Wehrwein et al. konnten weibliche Studierende dem unimodalen Lerntyp zugeordnet werden, während bei den männlichen Studierenden multimodale Lerntypen im Vordergrund standen [31]. In der Studie von Aldosari et al. [32] hingegen wurden die weiblichen Studierenden dem bimodalen Lerntyp zugeordnet, während die männlichen Umfrageteilnehmer zum unimodalen Lerntyp zählten. Im Gegensatz dazu fanden Baykan et al. [33], Prithishkumar et al. [25] und Urval et al. [34] keinen geschlechtsbezogenen Zusammenhang zum Lerntyp der Studierenden. Auch in den Umfragen von Slater et al. [35] und Paiboonsithiwong et al. [36] fand sich kein Zusammenhang zwischen Geschlecht und Lerntyp. Hier

wurden sowohl weibliche als auch männliche Studierende dem multimodalen Lerntyp zugeordnet.

Somit ist ein multimodaler Unterricht für alle Studierenden der Medizin empfehlenswert, um die verschiedenen Lerntypen optimal ansprechen zu können. Eine geschlechterbezogene Aufteilung der Studierenden kann nicht vorgeschlagen werden.

LERTYPEN UND PRÄFERIERTE WEITERBILDUNGSRICHTUNG

Die Wahl der postgradualen Weiterbildungsrichtung zeigte bei unserem Kollektiv keinen Bezug zu einem bestimmten Lerntyp. In den Lerntypenbestimmungen anderer Autoren wurde ein Zusammenhang zur künftigen Wahl der Weiterbildungsrichtung der Studierenden nicht betrachtet [36, 37]. Hingegen wurden geringfügige Unterschiede zwischen Studierenden verschiedener Gesundheitsberufe gefunden. Dies ist aber in diesem Zusammenhang von untergeordneter Bedeutung.

Daher ist eine gut strukturierte und multimodale Lehre für alle Fächer gleichermaßen wichtig und es bedarf keiner Anpassung der Lehre in Abhängigkeit von der präferierten Weiterbildungsrichtung.

CURRICULARE AUSWIRKUNGEN

Die Berücksichtigung der vier Lerntypen und der vielfältigen Mischtypen erfordert die Entwicklung und Implementierung moderner multimodaler Lehrkonzepte, um so langfristig die angestrebte Steigerung der Lerneffizienz zu erzielen und bessere Prüfungsleistungen und Abschlussergebnisse zu ermöglichen [24, 25].

Der Masterplan 2020 fordert darüber hinaus die Verknüpfung klinischer und vorklinischer Inhalte sowie die Anwendung bestimmter Unterrichtsmodalitäten, wie z. B. den Kleingruppenunterricht. Daraus ergibt sich die Anforderung für die Zukunft, die Lehre gemäß den Forderungen des Masterplanes, jedoch unter Berücksichtigung des Lerntypenspektrums zu gestalten [38, 39].

Folglich sollte die Anpassung des Curriculums so gestaltet werden, dass der Unterrichtsstoff vorrangig mit multimodalen Lehrformen vermittelt und die Forderung nach Kleingruppenunterricht erfüllt wird.

UMGANG MIT DEM EIGENEN LERTYP

Kenntnisse zum eigenen Lerntyp und der Nutzung der passenden Lernmethoden können den Lernerfolg (Learning outcome) verbessern [29, 40]. In mehreren Untersuchungen wurde herausgefunden, dass es förderlich ist, den Studierenden Wissen bezüglich ihres persönlichen Lerntyps zu vermitteln und die Nutzung der zugehörigen Lernmethoden zu schulen [8, 23, 41]. Hierzu verglichen Ojeh et al. den durch die Studierenden selbst eingeschätzten Lerntyp mit dem Ergebnis des VARK-Lerntypentests [41]. In der Untersuchung von Bhagat et al. zeigte sich, dass Studierende ihr gewonnenes Wissen über Lerntypen dahingehend anwenden, dass sie neue Lernmethoden ausprobieren und zu einem multimodalen Lernen übergehen [8]. Studierende können mit dem Ergebnis eines Lerntypentests ihre persönliche Lernstrategie zusammenstellen und durch die Nutzung individueller, multimodaler Lehrmethoden ihre Ergebnisse in Lernkontrollen verbessern [40]. In der Umfrage von Kumar et al. wurden diese Ergebnisse bestätigt [42].

Das Lernverhalten selbst kann durch die Lehrangebote beeinflusst werden, besonders durch den Einsatz moderner elektronischer Möglichkeiten sowie alternativer Lernkonzepte in Kombination mit den bisherigen Methoden [43–45]. Die Nutzung des Web-Based-Learning wurde von Cook et al. empfohlen, um die bisherigen Lernmethoden sinnvoll zu ergänzen, was vor allem für den visuellen, den auditiven sowie den lesenden Lerntyp von Bedeutung sein könnte [46]. In der Untersuchung von Saxena et al. wurde betont, dass der Einsatz digitaler Medien während des Studiums auch als Chance für die Lehre angesehen werden kann [47]. Durch eine Modernisierung der Lehrmethoden wird der Weg für eine multimodale Lehre geebnet [47]. Zusätzlich bietet der Einsatz gegenwärtiger

Social-Media-Angebote (YouTube education channels, Facebook Lerngruppen, Amboss Podcast, usw.) komplett neue Ansätze im E-Learning [48]. Diese sind zwar noch nicht ausreichend untersucht, weisen aber im Hinblick auf die verschiedenen Lerntypen Potenzial in der Lehre auf [48]. Eine komplette Digitalisierung der (multimodalen) Lehre wird jedoch nicht empfohlen und kann die Lehre am Krankenbett nur unterstützen, aber nicht ersetzen [49].

SCHLUSSFOLGERUNG

Studierende der Humanmedizin lassen sich nicht einem Lerntypen zuordnen, sondern weisen ein breites Spektrum von Lerntypen auf. Weder in unserer Untersuchung noch in der Literatur konnte ein eindeutiger Zusammenhang zwischen der präferierten Weiterbildungsrichtung oder dem Geschlecht und dem Lerntyp gezeigt werden. Demzufolge sollte für Studiengänge der Humanmedizin

ein breites Angebot an verschiedenen Lernformen curricular verankert werden. Des Weiteren ist es ebenso wichtig, die Studierenden bei der Bestimmung des eigenen Lerntyps zu unterstützen, um bestmögliche Lernergebnisse durch die Nutzung dieses Wissens zu erzielen.

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





© iStock/FC Trade

Für Babyboomer ist 65 doch kein Alter mehr



Mit 65 in Rente? Die Mehrzahl der Chirurgen würde gerne weiterarbeiten und ist auch offen für Veränderungen – doch nicht zu jedem Preis. Was sich „Silver Worker“ wünschen und welchen Mehrwert sie Kliniken bringen, weiß Prof. Dr. med. Dr. h.c. Hans-Joachim Meyer, Präsident des Berufsverbands der Deutschen Chirurgen.

Die Chirurgie hat – wie andere medizinischen Fachgebiete auch – ein **Nachwuchsproblem**. Silver Workern kommt daher eine wachsende Bedeutung zu. Nach der **Ärztestatistik der Bundesärztekammer** sind heute bereits 7 Prozent aller berufstätigen Ärzte älter als 65 Jahre,

bei den Chirurgen sind es 6,6 Prozent. Dieser Anteil wird voraussichtlich weiter steigen. Eine **Umfrage** des Berufsverbands der Deutschen Chirurgen (BDC) unter 1.400 Mitgliedern aller Altersgruppen zeigt: Die Hauptmotivation nach dem **Renteneintritt** weiterzuarbeiten, ist für die große Mehrheit, den Selbstwert zu erhalten, Wertschätzung zu erfahren sowie das Gefühl, noch gebraucht zu werden.

Doch weiterarbeiten heißt nicht unbedingt, ab morgens um sieben für zwölf Stunden am OP-Tisch zu stehen. Wer 35 Chirurgenjahre auf dem Buckel hat, könnte auch ein wenig kürzertreten oder andere Tätigkeiten

» ZUR PERSON



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

Erstveröffentlichung in Health Relations, dem Online-Magazin des Deutschen Ärzteverlags für die Healthcare-Branche.

Das Interview führte Beatrice Hamberger.

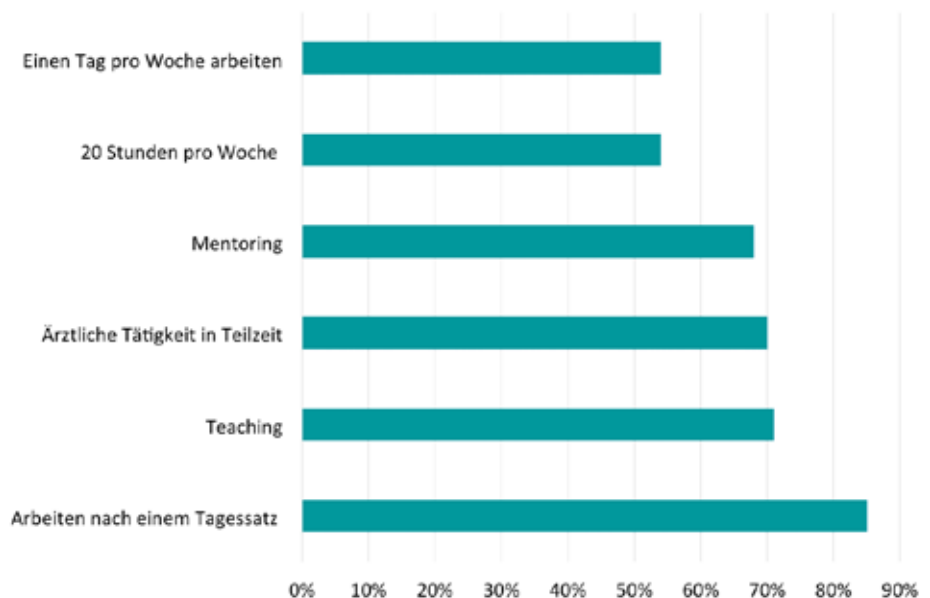
Welchen Vorteil hat das für die Kliniken? „Kliniken können enorm von Silver Workern profitieren“, meint BDC-Präsident Prof. Dr. med. Dr. h.c. Hans-Joachim Meyer. Allerdings müssten sie ihren Chirurgen akzeptable Bedingungen bieten – und das sei noch nicht immer gegeben. Prof. Meyer ist selbst Silver Worker und vertritt neben dem Berufsverband auch die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie als Generalsekretär.

„SILVER WORKER BRAUCHEN AKZEPTABLE BEDINGUNGEN“

Health Relations (HR): Herr Professor Meyer, was halten Sie davon, wenn ein 70-jähriger noch operiert?

Meyer: Wenn jemand noch fit ist, spricht überhaupt nichts dagegen. Für die Generation der Babyboomer ist 65 doch kein Alter mehr. Klar gibt es individuelle Unterschiede, und ich rede nicht davon, dass jemand mit Gehhilfe am OP-Tisch steht. Aber viele von uns sind in so einer guten mentalen und körperlichen Verfassung, dass sie selbst noch mit 75 gute Arbeit leisten können. Bis zu diesem Alter ist eine chirurgische Tätigkeit meines Erachtens durchaus verantwortbar.

übernehmen, etwa in der Nachwuchsförderung. So können sich rund drei Viertel der befragten Chirurgen eine **Lehrtätigkeit oder ein Mentoring nach dem Renteneintritt** vorstellen und ebenso viele würden sich eine **ärztliche Tätigkeit in Teilzeit** wünschen.



Meyer HJ: Für Babyboomer ist 65 doch kein Alter mehr. Passion Chirurgie. 2020 Februar, 10(02): Artikel 04_05.



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

Abb 1: Diese Tätigkeiten können sich Chirurgen nach dem Renteneintritt vorstellen

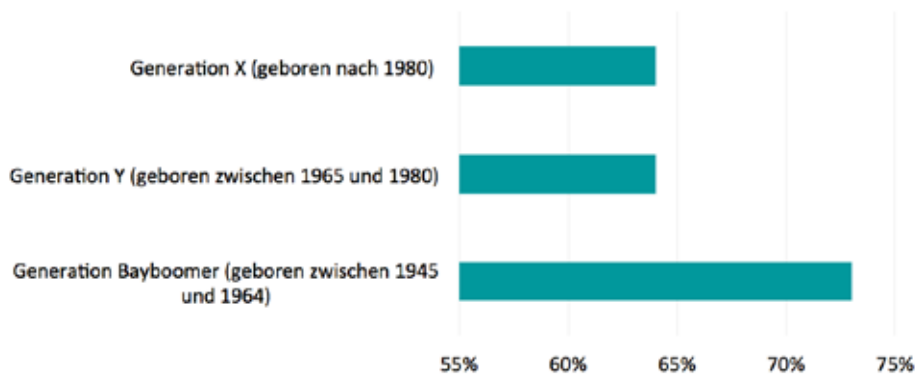


Abb. 2: Sind altersgemischte Teams erfolgreicher als andere Teamkonstellationen? Das denken...

HR: Wie groß ist die Bereitschaft unter Ihren Kollegen, nach dem Renteneintrittsalter weiterzuarbeiten?

Meyer: Der Großteil wird mit 65 sicherlich nicht die Kelle fallen lassen. Ich glaube sogar, dass wird künftig eher die Ausnahme sein. Das zeigt ja auch unsere Umfrage ziemlich deutlich.

HR: Das sind doch gute Aussichten für Kliniken, die händeringend Nachwuchs suchen, oder?

Meyer: Das Nachwuchsproblem wird durch die Silver Worker allein natürlich nicht gelöst. Aber sie können indirekt zu einer Lösung beitragen, indem sie junge Leute für das Fach begeistern, sei es durch Vorlesungen, Vorträge, Publikationen und – ganz wichtig – bei der Betreuung von Medizinstudenten im Praktischen Jahr. Hier werden die entscheidenden Weichen gestellt, ob jemand den Traumjob Chirurg ergreift oder eben nicht. 'Silberlöwen' wie ich haben in der Regel eine große Leidenschaft für ihren Beruf und einen riesigen Erfahrungsschatz: Es wäre nicht klug, dieses Potenzial zu verschenken. Übrigens zeigt auch unsere Umfrage, dass

alle Generationen der Meinung sind, dass altersgemischte Teams erfolgreicher sind als andere Teamkonstellationen.

HR: Was müssen Kliniken denn tun, um ihre Silberlöwen zu halten?

Meyer: Es müssen akzeptable Bedingungen geboten werden. Wenn einer mit 65 zum Beispiel keinen Nachtdienst mehr machen möchte, ist das genauso nachvollziehbar, wie der Wunsch, unter den gleichen Konditionen wie bisher weiterzuarbeiten. Bedauerlicherweise zeigen sich viele Häuser da heute noch wenig flexibel. Es gibt jedoch einige Beispiele in Deutschland, wo Best Ager weiter in führenden Positionen sind oder Spezialaufgaben übernommen haben. Ich kenne Kollegen, die sind sogar noch mal an Universitätskliniken gewechselt, um dort spezielle Eingriffe vorzunehmen. Von solchen Arrangements profitieren beide Seiten enorm.

HR: Sie sagen, die Bedingungen müssen stimmen. Wie attraktiv ist es für einen Seniorenkliniker, noch mal eigener Chef zu werden und sich in einer Praxis niederzulassen?

Meyer: Zahlen zu solchen Seitenwechslern haben wir leider nicht. Ich kann mir für die eigene Person aber ehrlich gesagt nicht vorstellen, dass die Niederlassung eine attraktive Alternative zur früheren Klinikwelt darstellen kann. Meiner Ansicht nach gibt es in Kliniken genügend Betätigungsfelder, auch außerhalb des OPs.

HR: Welche Aufgaben haben Sie konkret im Sinn?

Meyer: Silver Worker können Klinikteams beratend unterstützen, fachlich und im organisatorischen Bereich. Vorstellbar ist auch eine Doppelspitze der Klinikleitung für einen überschaubaren Zeitraum. Silver Worker können sich an akademischen Lehrkrankenhäusern in die Lehre einbringen und damit Operateure enorm entlasten und gleichzeitig etwas für den dringend benötigten Nachwuchs tun. Oder sie können jungen Forschern helfen, Forschungsanträge zu schreiben und bei Literaturrecherchen unterstützen. Warum sind wir Chirurgen denn forschungsmäßig im Vergleich zu den Neurowissenschaften so weit hinten? Weil wir den Großteil des Tages am OP-Tisch stehen!

HR: Ein Schlusswort?

Meyer: In Zeiten, wo wir über Ärztemangel, Wettbewerbsdruck und den Trend zur Spezialisierung reden, wären Kliniken gut beraten, ihren erfahrensten Mitarbeitern individuell passende Angebote zu machen. Denn mit jedem, der geht, geht auch eine „Goldgrube“ an Wissen und Fähigkeiten verloren. ○

**RECHT &
VERSICHERUNG**

Versicherungs- angebote des BDC



Diese Leistungen sind in Ihrem BDC-Mitgliedsbeitrag erhalten:

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

Weitere Versicherungsangebote für BDC-Mitglieder über Rahmenverträge

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

NEU Versicherungsschutz für Berufseinsteiger

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

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

BDC-VERSICHERUNGSMAKLER ECCLESIA VERSICHERUNGSDIENST GMBH

BDC-Versicherungsservice

Klingenbergstr. 4, 32758 Detmold

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

E-Mail: bdc-versicherungsservice@ecclesia.de



Hygiene-Tipp: Händedesinfektion in nur 15 Sekunden?



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

Die aktuellen Materialien für den Aktionstag 2019 der „AKTION Saubere Hände“ empfehlen eine Einwirkzeit von nur noch 15 Sekunden (an Stelle von bisher 30 Sekunden) für die hygienische Händedesinfektion unter Beibehaltung der Menge von mind. 3 ml Händedesinfektionsmittel. Die Wirksamkeit verschlechtert sich dabei anscheinend nicht.

Darüber sollte man unbedingt sprechen, denn internationale Studien zeigen, dass die Verkürzung der Händedesinfektion auf 15 Sekunden deren Häufigkeit in der klinischen Praxis von 5,8 auf 7,9 Anwendungen pro Stunde erhöht.

Umsetzen kann man das allerdings nicht, da 3 ml Händedesinfektionsmittel frühestens

nach 30 Sekunden trocknen. Eine Reduktion der benutzten Menge an Händedesinfektionsmittel von 3 auf 1,5 ml, damit dieses bereits nach 15 Sekunden vollständig abgetrocknet ist, reduziert sowohl die Wirksamkeit der Händedesinfektion als auch die Benetzung der Hände nach heutigem Kenntnisstand deutlich und sollte unbedingt unterlassen werden.

Die Empfehlung muss also lauten, die Einreibzeit des Händedesinfektionsmittels auf 15 Sekunden zu reduzieren und danach abtrocknen zu lassen. Wenn das allein zur indikationsgerechteren Händedesinfektion animiert, ist das Vorgehen richtig.

Der Hygiene-Tipp gibt die Meinung der Autoren wieder.



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: Händedesinfektion in nur
15 Sekunden? *Passion Chirurgie*. 2020 Februar;
10(2): Artikel 04_06.



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

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.

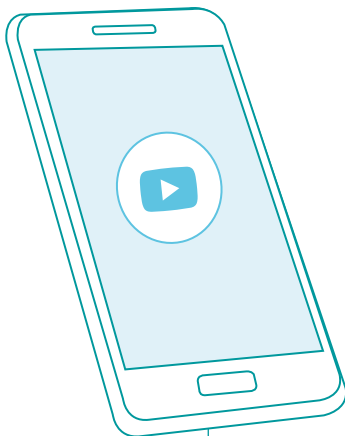
Die Beiträge müssen bis **29. Februar 2020** eingereicht werden (formlose Anträge sind zu stellen an die Geschäftsstelle über info@krankenhaushygiene.de).

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)

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.

FEBRUAR 2020

Dr. med. (SYR) Ahmad Baderkhan ist neuer Chefarzt der Allgemein-, Viszeral- und Gefäßchirurgie der HELIOS Kliniken Mittelweser in Nienburg. Der Facharzt für Allgemein-, Thorax- und Viszeralchirurgie war langjährig als Oberarzt im Universitätsklinikum Minden tätig.

Dr. med. Dipl. oec. med. Matthias Bausch, Facharzt für Allgemeine und Unfallchirurgie, wird im Frühjahr 2020 seine Position als Chefarzt der Klinik für Allgemeine, Viszeral-, Unfall- und Wiederherstellungschirurgie am Sankt Elisabeth Krankenhaus in Lahnstein/Rhein aufgeben und in den Ruhestand gehen. Er hat die Klinik seit 1998 geleitet.

Dr. med. Holger Diener ist seit Anfang des Jahres der neue Chefarzt der Gefäß- und Endovaskularchirurgie am Krankenhaus Buchholz. Er war zuvor zehn Jahre Oberarzt am Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf, wo er die Klinik für Gefäßmedizin maßgeblich mit aufgebaut hat.

Robert Elfers, Facharzt für Chirurgie und Gefäßchirurgie und Spezialist der Endovaskulären Chirurgie, leitet seit Anfang des Jahres die Klinik für Gefäß- und endovaskulären Chirurgie des Elblandklinikums Radebeul.

Dr. med. Moustafa Elshafei übernahm zum 01. Januar 2020 die Funktion des leitenden Oberarztes in der Klinik für Metabolische und Bariatrie Chirurgie unter Leitung von Dr. med. Sylvia Weiner im Nordwest Krankenhaus. Die Klinik wurde als eigenständige bettenführende Abteilung am 01.01.2019 mit Dr. med. Sylvia Weiner als Chefarztin gegründet. Ein weiterer Schwerpunkt der Klinik wird zukünftig die endoluminale, sowie postbariatrie Chirurgie und die Refluxchirurgie in Kooperation mit der Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie (Prof. med. Dr. Thomas Werner Kraus) sein.

Dr. med. Ronald Friedberg, langjähriger Oberarzt der Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Gefäßchirurgie des St. Marien-Krankenhaus in Siegen, leitet seit 01.01.2020 diese als Chefarzt.

Dr. med. Thomas Mansfeld wechselte zum 01. Januar 2020 als Chefarzt der Allgemein- und Viszeralchirurgie der Asklepios Klinik Wandsbek an das Asklepios Westklinikum Hamburg. Dort wird der Facharzt für Allgemeine und Spezielle Viszeralchirurgie sowie Koloproktologie (FEBS) nun die Allgemein-, Viszeral- und Gefäßchirurgie und das Zentrum für Minimalinvasive Chirurgie leiten.

Dr. med. Kai Pieritz ist seit 01. November 2019 neuer Chefarzt im Klinikum Wilhelmshaven (Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie). Zuvor war er im Evangelischen Krankenhaus in Bergisch Gladbach tätig.

Prof. Dr. med. Markus Rentsch ist neuer Klinikdirektor der Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Thoraxchirurgie am Klinikum Ingolstadt. Er wechselte vom Klinikum der Universität München-Großhadern, wo er langjährig als Oberarzt tätig war.

Dr. med. Nikolaus Unbehaun trat zum 01.01.2020 die Nachfolge von **Prof. Dr. med. Bernd Rieck** an, der die Plastische, Ästhetische und Handchirurgie des HELIOS Klinikum Hildesheim bis zu seinem Ruhestand leitete. Unbehaun war bis dato der Leitende Oberarzt der Abteilung.

Friedrich Wenner wechselte als Chefarzt von der Allgemein-, Viszeral- und Gefäßchirurgie der HELIOS Kliniken Mittelweser in Nienburg an die Aller – Weser – Klinik gGmbH in Verden, wo er seit Anfang des Jahres die Allgemein-, Viszeral- und MI-Chirurgie leitet.

Prof. Dr. med. Günter H. Willital, Mitglied der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie und Kinderchirurgie, em. Direktor der Kinderchirurgischen Uni-Klinik Münster, wurde zum Präsidenten der Internationalen Kinderchirurgischen Datenbank IDBEC für vier Jahre gewählt. Dies erfolgte auf dem 20. Jahrestreffen der Kinderchirurgischen Datenbank Mitglieder und des Kinderchirurgischen Konsultationstreffens – Inside Meeting, am 15.11.2019 in Münster. 



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



© iStockphoto

Schutz von Ärzten im Notfalleinsatz

Nicht erst in jüngster Zeit berichten die Medien immer wieder über verbale oder sogar tätliche Angriffe gegen Notärzte und Rettungssanitäter im Einsatz. So berichteten in einer Umfrage unter Kongressteilnehmern rund ein Viertel der Befragten, in den vergangenen 12 Monaten körperliche Gewalt im Rahmen ihrer beruflichen Tätigkeit erlitten zu haben. Genannt wurden dabei Schläge ins Gesicht, Tritte in den Bauch, Oberkörper und Oberschenkel. Mehr als die Hälfte der Befragten berichtete von verbalen Bedrohungen und Beleidigungen (S. Wicker, **Gewalt in der Notfallmedizin: So häufig trifft es Ärzte**, Abrufdatum 22.11.2019).

Seit geraumer Zeit wird daher diskutiert, wie Ärzte vor derart negativen „Begleiterscheinungen“ ihrer Berufsausübung wirksam geschützt werden können. Zwar besteht grundsätzlich die Möglichkeit, solchermassen renitente Patienten im Wege der Strafanzeige wegen Körperverletzung (§§ 223 Abs. 1, 230 Abs. 1 StGB) bzw. Beleidigung (§ 185 StGB) einer strafrechtlichen Ahndung zuzuführen. Gerade Beleidigungsdelikte enden aber erfahrungsgemäß überdurchschnittlich

oft ohne Sanktion, da die Staatsanwaltschaften geneigt sind, derartige Delikte entweder auf den sog. Privatklageweg zu verweisen oder aus Opportunitätsgesichtspunkten gemäß §§ 154, 154 a StPO einzustellen. Hinzu kommt, dass die Delikte Beleidigung wie auch Körperverletzung nur auf Antrag des Geschädigten verfolgt werden, es sei denn, die Strafverfolgungsbehörde hält wegen des besonderen öffentlichen Interesses an der Strafverfolgung ein Einschreiten von Amtswegen für geboten.

Richtet sich die Tat gegen einen Amtsträger, einen für den öffentlichen Dienst besonders Verpflichteten, oder einen Soldaten der Bundeswehr während der Ausübung der Dienstzeit oder in Beziehung auf seinen Dienst, wird die Tat auch auf Antrag des jeweiligen Dienstvorgesetzten verfolgt. Dasselbe gilt für Träger von Ämtern und für Behörden der Kirchen und anderen Religionsgesellschaften des öffentlichen Rechts.

Eine Regelung, die Ärzte in Ausübung ihrer ärztlichen Tätigkeit, insbesondere etwa in



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



Marco Eicher
Fachanwalt für Medizinrecht
Fachanwalt für Strafrecht
Heberer Rechtsanwälte

der Notaufnahme oder bei Notfalleinsätzen entsprechend den §§ 113 bis 115 StGB, welche bisher nur Vollstreckungsbeamte und ihnen Gleichgestellte bei ihrer Arbeit gegen tätliche Angriffe und Widerstand schützt, fehlt bisher. Zwar wird wegen Widerstands gegen Vollstreckungsbeamte gemäß § 113 StGB nach der Regelung des § 114 Abs. 3 StGB auch bestraft, wer bei Unglücksfällen oder gemeiner Gefahr oder Not Hilfeleistende der Feuerwehr, des Katastrophenschutzes oder des Rettungsdienstes durch Gewalt oder durch Drohung mit Gewalt behindert und sie dabei tötlich angreift. Diese Vorschrift schützt somit Mitarbeiter von Feuerwehren, des Katastrophenschutzes sowie Mitarbeiter von öffentlichen oder privaten Rettungsdiensten, insbesondere Sanitäts- und Notarztdienste sowie Dienste zur Abwehr von individuellen Gefahren (Bergwacht, Seenotrettungsdienste usw.), aber nur, wenn diese ebenfalls in hoheitlichem Auftrag oder nach Maßgabe öffentlich-rechtlicher Regelungen tätig werden. Der angestellte Klinikarzt, der im Rahmen seiner Berufsausübung von Patienten verbal oder tötlich angegriffen wird, wird durch die Regelung des § 114 Abs. 3 StGB dagegen nicht geschützt.

Gesundheitsminister Jens Spahn hat hierin eine Regelungslücke erkannt und will den strafrechtlichen Schutz der §§ 113 ff. StGB nunmehr auch auf medizinisches Personal von ärztlichen Notdiensten und in Notfallambulanzen ausdehnen, um der Gewalt, die diesem ärztlichen Personal begegnet, angemessen entgegenzutreten. Der Präsident der Bundesärztekammer Dr. Klaus Reinhardt hat härtere Strafen für Prügler und Pöbler in Gesundheitseinrichtungen bereits ausdrücklich begrüßt (Reinhardt, **Gewalt gegen Ärzte hart bestrafen und gesellschaftlich ächten**, Abrufdatum 22.11.2019).

Der Wortlaut der intendierten Regelung ist bisher zwar nicht bekannt, jedoch ist eine Verbesserung des strafrechtlichen Schutzes für Hilfeleistende bei Unglücksfällen, Not und Gefahr sowie ganz allgemein in Krankenhäusern, in denen Patienten bisweilen bereits wegen als zu lang empfundener Wartezeiten auffällig werden, grundsätzlich ein richtiges Signal und eine notwendige Solidaritätsbekundung an Ärzte und Notfallsanitäter, die oftmals sogar ihre eigene

Gesundheit aufs Spiel setzen, um Verletzten und Kranken in Notsituationen zu helfen.

Unabhängig davon, wie die intendierten Regelungen letztlich formuliert sein werden und welcher Strafraum hierfür schließlich im Gesetz verankert werden wird (für die Körperverletzung gemäß § 223 StGB sieht bereits das geltende Recht einen Strafraum von Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren oder Geldstrafe vor), bleibt abzuwarten, ob das angestrebte Ziel einer deutlichen Reduzierung psychischer oder physischer Angriffe auf Ärzte damit auch tatsächlich erreicht wird: Eine Vielzahl der Delikte dürfte letztlich von Patienten im Zustand mittlerer bis höhergradiger Alkoholisierung oder unter nicht unerheblichem Einfluss von Drogen geschehen, sodass letztlich in einer Vielzahl von Fällen von eingeschränkter oder aufgehobener Steuerungs- und somit Schuldfähigkeit der betreffenden Täter auszugehen sein wird.

Es wird deshalb auch weiterhin darauf ankommen, seitens der Krankenhäuser auf möglicherweise aggressive Patienten entsprechend vorbereitet zu sein, damit es erst gar nicht zu entsprechenden Straftaten gegenüber Ärzten und Personal kommt. Diesbezüglich werden nicht nur vorbeugende Maßnahmen wie Deeskalationskurse, Sicherheitstraining und Kommunikationskurse, mit denen betroffene Ärzte und ärztliche Mitarbeiter in die Lage versetzt werden sollen, bedrohliche Situationen von vornherein zu erkennen und nach Möglichkeit zu vermeiden, weiterhin ihre Berechtigung haben, sondern die vielfach von Krankenhäusern bereits eingeschalteten Sicherheitsdienste, die das Personal schützen, weiterhin notwendig sein. Maßnahmen nach dem Strafbgesetzbuch können stets nur bereits stattgefundene Taten und Ereignisse sanktionieren, nicht aber Präventivtaten und damit Schäden verhindern. Ob eine erhöhte Strafandrohung etwa alkoholisierten oder durch Drogen berauschten Patienten von rechtswidrigen Taten gegenüber Ärzten und ärztlichem Personal abhalten wird, ist nach aller Erfahrung im Strafrecht eher zweifelhaft. So begrüßenswert die Tatsache ist, dass der Gesetzgeber hier Handlungsbedarf erkannt hat, so wichtig bleibt nach wie vor der effektive Schutz bzw. Eigenschutz von Ärzten und Angehörigen anderer Gesundheitsberufe im Wege der Gewaltprävention. ○

Heberer J, Eicher M: Schutz von Ärzten im Notfalleinsatz. *Passion Chirurgie*. 2020 Februar, 10(02): Artikel 04_08.



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

Frage & Antwort



Einwilligung beider Elternteile zum Röntgen minderjähriger Patienten



Antwort von Dr. jur. Jörg Heberer

Justitiar BDC

Rechtsanwalt und Fachanwalt für

Medizinrecht

justitiar@bdc.de

Heberer J. F+A: Einwilligung beider Elternteile zum Röntgen minderjähriger Patienten. 2020 Februar; 10(2): Artikel 04_09.



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

FRAGE:

Ein niedergelassener Chirurg fragt an, ob für das Röntgen von minderjährigen Patienten stets die Einwilligung beider Elternteile einzuholen sei oder ob die Einwilligung des mit dem Kind in der Praxis erschienenen Elternteils ausreiche.

ANTWORT:

Grundsätzlich kann auch ein Minderjähriger wirksam eine Einwilligung erteilen, wenn er einsichtsfähig ist. Einsichtsfähigkeit ist gegeben, wenn der Patient nach seiner geistigen und sittlichen Reife die Bedeutung und die Tragweite der Maßnahme erkennen kann. Eine feste Altersgrenze, ab der man von der Einsichtsfähigkeit ausgehen darf, verbietet sich damit. Allerdings wird man, je näher sich ein Jugendlicher an der Volljährigkeit befindet, allein in Bezug auf das Alter diese eher annehmen können. Bei Minderjährigen unter 14 Jahren ist die Einwilligung der Eltern zwingend.

Die Einsichtsfähigkeit muss der Arzt aber immer anhand der individuellen Gegebenheiten des Patienten, der Bedeutung und Tragweite der Behandlung sowie ihrer Risiken

und Auswirkungen auf das weitere Leben des Jugendlichen bestimmen.

Ein aktuelles Urteil zu dieser Problematik liegt leider nicht vor. Dem Verfasser ist lediglich ein ca. 20 Jahre altes Urteil des AG Freiburg bekannt, in dem dieses ausführt, die dortige Röntgenaufnahme (i. R. einer zahnärztlichen Behandlung) bei einer 17-jährigen hätte nicht ohne Einwilligung der Eltern erfolgen dürfen, da es sich hierbei um einen nicht ganz unerheblichen körperlichen Eingriff handeln würde.

Nachdem die Anfertigung von Röntgenaufnahmen aufgrund der damit verbundenen Strahlenbelastung einen wesentlich erheblicheren Eingriff in die körperliche Integrität des Minderjährigen bedeuten kann, ist der Verfasser aus Gründen der Rechtssicherheit der Auffassung, dass – abgesehen von Notfällen – bei Minderjährigen stets auch die Einwilligung der Eltern zum Röntgen eingeholt werden sollte.

Hinsichtlich der Einwilligung der Eltern gilt grundsätzlich, dass wenn beide Eltern gemeinsam sorgeberechtigt sind, auch beide Eltern einwilligen müssen. Insofern sollte deshalb

beim Erstbesuch in der Praxis nach dem Sorgerecht gefragt werden, denn dies kann auch bei geschiedenen oder dauerhaft getrenntlebenden Eltern gemeinsam bestehen.

Die Eltern können sich aber gegenseitig eine Ermächtigung erteilen, auch für den anderen Elternteil derartige Entscheidungen zu treffen. Erscheint nur ein Elternteil mit dem Kind in der Praxis, liegt diese Vermutung nahe. Hierbei gelten sodann folgende Grundsätze: Handelt es sich um Routinemaßnahmen, darf der Arzt regelmäßig auf eine wechselseitige Ermächtigung vertrauen, solange er keine Kenntnis von entgegenstehenden Umständen hat.

Bei erheblicheren Behandlungsrisiken besteht eine Fragepflicht des Arztes, d. h. er muss den erschienenen Elternteil nach der Ermächtigung des anderen Elternteils fragen. Hierbei darf der Arzt dann auf dessen wahrheitsgemäße Auskunft vertrauen.

Lediglich bei schwereren Maßnahmen mit weitreichenden und erheblichen Risiken muss auch der andere Elternteil aufgeklärt und dessen Einwilligung eingeholt werden.

In Eil- oder Notfällen genügt jedoch grundsätzlich die Einwilligung des erreichbaren Elternteils.

Sofern keine Besonderheiten beim Röntgen vorliegen, die zu weitreichenden und erheblichen Risiken für den Patienten führen können, wäre somit nach Auffassung des Verfassers im Hinblick auf die vorgenannte Rechtsprechung deshalb aus Gründen der Rechtssicherheit wohl eher von einer erheblicheren Maßnahme auszugehen, sodass der erscheinende Elternteil nach dem Sorgerecht und bei gemeinsamen Sorgerecht zwingend auch nach der Ermächtigung des anderen Elternteils gefragt werden sollte. Sowohl die Nachfrage des Arztes als auch die Antwort des Elternteils sollten zu Nachweiszwecken dokumentiert werden. 

Frage & Antwort



Klinik wirbt mit kostenlosen Sprechstunden



Antwort von Dr. jur. Jörg Heberer

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

FRAGE:

Ein Chefarzt fragt an, ob seine Klinik mit einer kostenlosen Sprechstunde werben dürfe.

ANTWORT:

Sofern es sich bei den beworbenen Sprechstunden um solche handelt, in denen eine individuelle ärztliche Beratung oder Behandlung durchgeführt werden soll und für die das Krankenhaus eine Vergütung nach den gesetzlichen Vorschriften von einem Kostenträger oder vom Patienten verlangen kann, kann in dem Angebot nach Auffassung des Verfassers ein Verstoß gegen § 7 Abs. 1 Heilmittelwerbegesetz (HWG) vorliegen. Denn hiernach ist es grundsätzlich unzulässig, Zuwendungen und sonstige Werbegaben (Waren oder Leistungen) anzubieten, anzukündigen oder zu gewähren oder als Angehöriger der Fachkreise anzunehmen.

Eine Ausnahme macht § 7 Abs. 1 Nr. 4 HWG aber dann, wenn die Zuwendungen oder Werbegaben in der Erteilung von Auskünften oder Ratschlägen bestehen. Jedoch ist die Rechtsprechung sich einig darin, dass fachärztliche Beratung keine Auskunft oder kein Ratschlag im Sinne des § 7 Abs. 1 Nr. 4 HWG ist.

Das LG Nürnberg-Fürth hat hierzu beispielsweise mit Urteil vom 19.07.2013 – 4 HK O 1549/13 entschieden, dass das Angebot eines kostenlosen Beratungsgesprächs im Zusammenhang mit angebotenen Schönheitschirurgischen bzw. plastisch-chirurgischen Eingriffen hinsichtlich Brustvergrößerung, Fettabsaugung und Schweißdrüsenabsaugung Teil der ärztlichen Leistung, die in der Regel nur gegen Geld zu bekommen ist, sei. Der interessierte Verbraucher erwarte im Rahmen des kostenlosen Beratungstermins eine individuelle körperliche Befunderhebung und ggf. eine weiterführende Beratung. Daher liege in der Kostenlosigkeit der Beratung aus Sicht des Verbrauchers eine Zuwendung bzw. eine sonstige Werbegabe, die geeignet sei, seine Entscheidungen, ob und in wessen Behandlung er sich begibt, unsachlich zu beeinflussen. Nach der GOÄ sind kostenpflichtige fachärztliche Beratungen Teil der Hauptleistung und können nicht Gegenstand einer erlaubten Werbegabe durch Erteilung eines Ratschlages sein.

Ebenso haben das OLG München mit zwei Urteilen vom 08.10.2009 – 6 U 1575/08 und 6 U 2160/09 sowie das OLG Hamburg mit Beschluss vom 03.03.2008 – 3 W 28/08 entschieden, dass die ärztliche Beratung nicht

Heberer J. F+A: Klinik wirbt mit kostenlosen Sprechstunden. 2020 Februar; 10(2): Artikel 04_10.



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

kostenlos angeboten werden dürfe, jedenfalls dann nicht, wenn es sich um eine individuelle erste Befunderhebung handle. Eine solche Beratung sei Teil einer ärztlichen Behandlung, die üblicherweise nur gegen Geld erbracht werde, sodass eine fachärztliche Beratung keine Auskunft oder kein Ratschlag i. S. v. § 7 Abs. 1 Nr. 4 HWG sei.

In diesem Sinne hat auch das LG Stade mit Urteil vom 16.06.2011 – 8 O 23/11 in einem Fall geurteilt, in dem eine „kostenlose Sprechstunde“ in Form einer Venenkurzuntersuchung an jedem ersten Samstag im Monat durch die Chefärztin des Hauses angeboten wurde. Im Übrigen bejahte das Gericht, wie auch das OLG Celle in der Berufungsinstanz bestätigte, neben der Haftung der Klinik für

die wettbewerbswidrige Werbung auch die Haftung der Chefärztin, da diese als Ärztin unzulässige Werbung durch andere nicht dulden durfte.

Des Weiteren hat das LG Hamburg mit Urteil vom 14.10.2014 – 312 O 19/14 entschieden, dass die Werbung und die Durchführung einer Klinik mit einer kostenlosen Zweitbegutachtung durch den Konsiliararzt der Klinik, der sich anhand der vom Klinikarzt prästationär erhobenen Befunde der untersuchten, zuvor vom niedergelassenen Arzt eingewiesenen Patienten, eine Zweitmeinung bildete und diese sodann mit dem behandelnden Arzt austauschte, ebenfalls unzulässig nach § 7 Abs. 1 HWG sei. Die kostenlose Zweitbegutachtung war aus Sicht des LG Hamburg geeignet, den

Absatz der Schilddrüsenoperationen in der Klinik in unzulässiger Weise zu fördern.

Folglich werden nach Auffassung des Verfassers kostenlos angebotene Beratungsleistungen bereits mehrfach von der Rechtsprechung als unzulässig i. S. d. § 7 Abs. 1 HWG beurteilt, sodass hierdurch ein Rechtsverstoß vorliegt. Dies stellt im Übrigen auch eine wettbewerbsrechtlich unzulässige geschäftliche Handlung gemäß § 3a UWG dar, die zu Beseitigungs-, Unterlassungs- und ggf. Schadensersatzansprüchen von Mitbewerbern führen kann.

Von einem solchen Angebot und einer diesbezüglichen Werbung ist deshalb aus juristischer Sicht dringend Abstand zu nehmen. ○

AKTUELLE MELDUNGEN



10.02.2020 Allianz Deutscher Ärzteverbände ALLIANZ DEUTSCHER ÄRZTEVERBÄNDE ZU VORSCHLÄGEN DER KOMV: RICHTIGEN WEG EINGESCHLAGEN

Die Allianz Deutscher Ärzteverbände erkennt Chancen in dem Bericht der Wissenschaftlichen Kommission für ein modernes Vergütungssystem (KOMV) und sieht sich in ihrer Auffassung bestätigt, dass eine...



06.02.2020 Bundesministerium für Gesundheit BMG: PATIENTENDATEN-SCHUTZGESETZ

Digitale Lösungen schnell zum Patienten bringen und dabei sensible Gesundheitsdaten bestmöglich schützen – das ist das Ziel des „Patientendaten-Schutzgesetzes“, das Bundesgesundheitsminister Jens...



05.02.2020 Kassenärztliche Bundesvereinigung VERSCHÄRFTE MELDEPFLICHT FÜR DAS NEUE CORONAVIRUS

Das Bundesgesundheitsministerium hat eine Eilverordnung zur Meldepflicht für das neue Coronavirus erlassen. Danach müssen Ärzte seit Sonnabend alle Verdachts-, Krankheits- und Todesfälle im Zusammenhang...



03.02.2020 Presseagentur Gesundheit BDC+ ANFORDERUNGEN FÜR APPS-ZULASSUNGEN

Das Bundesgesundheitsministerium (BMG) legt den Entwurf der Digitale-Gesundheitsanwendungen-Verordnung (DiGAV) vor. Es enthält die Spezifizierungen für Zulassung und Erstattung. Besonders wichtig: (Daten-)Sicherheit...



31.01.2020 AG der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. AWMF BEGRÜßT FINANZIERUNG VON MEDIZINISCHEN LEITLINIEN

Durch das Digitale-Versorgung-Gesetz (DVG) bestehen jetzt Möglichkeiten, medizinische Leitlinien und damit die Leitlinienarbeit der Fachgesellschaften in der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen...



30.01.2020 Berufsverband der Deutschen Chirurgen BDC BEWERTET VORSCHLÄGE DER KOMV POSITIV

Die Wissenschaftliche Kommission für ein modernes Vergütungssystem, kurz KOMV, hat ihren Bericht mit Vorschlägen für ein modernes Vergütungssystem vorgelegt. Kernfrage war, ob das deutsche Gesundheitssystem...

Einladung zur DGCH-Mitgliederversammlung 2020

AUS DER
DGCH



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

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

Luisenstr. 58/59

10117 Berlin

h-jmeyer@dgch.de

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 2020 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 Februar 2020

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

Rekrutierende multizentrische chirurgische Studien in Deutschland

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

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

KONTAKT

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

MULTIZENTRISCH RANDOMISIERT KONTROLLIERTE STUDIEN				
STUDIENLEITER	PATIENTEN/OP.-VERFAHREN	FIRST PATIENT IN/ STATUS DER STUDIE	FINANZIERUNG DER STUDIE/FALLGELD	ANSPRECHPARTNER/ KONTAKT
Studientitel: BariSurg₂ Registriernummer: DRKS00004766				
Prof. Dr. B.P. Müller	Patienten mit einem BMI von 35–40 kg/m ² und mit mindestens einer assoziierten Begleiterkrankung sowie Patienten mit einem BMI von 40–60 kg/m ²	FPI: 27.11.2013	–	Prof. Dr. B.P. Müller Universitätsklinikum Heidelberg Chirurgische Klinik Sektion Minimalinvasive Chirurgie T: 06221/56-8641 F: 06221/56-8645 E: beat.mueller@med.uni-heidelberg.de
	Experimentelle Gruppe: Magenschlauch-OP	111 von 248 Patienten	Kein Fallgeld	
	Kontrollgruppe: Magenbypass-OP			
Studientitel: BIOLAP₂ Registrierungsnummer: DRKS00010178				
Prof. Dr. med. M. Heiss	Primäre bilaterale Leistenhernien			Dr. J. Knievel IFOM – Institut für Forschung in der Operativen Medizin Fakultät für Gesundheit, Department für Humanmedizin Universität Witten/Herdecke Ostmerheimer Str. 200, Haus 38 51109 Köln 0221 98957-24 0221 98957-30 Judith.Knievel@uni-wh.de
	Laparoskopische Operation bilateraler Leistenhernien unter Verwendung von synthetischen und biologischen Netzen. Die Studienteilnehmer werden keiner Gruppe zugeordnet; jeder Patient erhält auf einer Seite das biologische und auf der anderen Seite das synthetische Netz. Jeder Patient stellt somit seine eigene Kontrolle dar.	17.08.2017 346 von 496 Patienten	DFG 750 € / Patient	

MULTIZENTRISCH RANDOMISIERT KONTROLLIERTE STUDIEN				
STUDIENLEITER	PATIENTEN/OP.-VERFAHREN	FIRST PATIENT IN/ STATUS DER STUDIE	FINANZIERUNG DER STUDIE/FALLGELD	ANSPRECHPARTNER/ KONTAKT
Studientitel: ESOPEC₃ Registrierungsnummer: NCT02509286, DRKS00008008				
Prof. Dr. Jens Höppner	Adenokarzinom des Ösophagus und des gastroösophagealen Übergangs (AEG) Experimentelle Gruppe: Perioperative Chemotherapie (FLOT) und Tumorresektion Kontrollgruppe: Neoadjuvante Radiochemotherapie (CROSS) und Tumorresektion	09.02.2016 384 von 438 Patienten	DFG 1.500 € / Patient	Prof. Dr. med. Jens Höppner Universitätsklinikum Freiburg Department Chirurgie Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie T: 0761/270-26970 F: 0761/270-90711 E: jens.hoepfner@uniklinik-freiburg.de
Studientitel: HULC_{4a} Registrierungsnummer: DRKS00017517				
PD Dr. med. André L. Mihaljevic	Experimentelle Gruppe: Verschluss der medianen Laparotomie mit einem langsam resorbierbaren monofil Faden in Small-Stitches-Technik und zusätzlicher Onlay-Mesh-Augmentation mit einem Polypropylen-Netz Kontrollgruppe: Verschluss der medianen Laparotomie mit einem langsam resorbierbaren monofil Faden in Small-Stitches-Technik	08.08.2019 24 von 812 Patienten	DFG 500,00 € / Patient	Dr. Solveig Tenckhoff Studienzentrum der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (SDGC) Marsilius-Arkaden Turm-West Im Neuenheimer Feld 130.3 69120 Heidelberg 06221-56-36839 06221-56-33850 solveig.tenckhoff@med.uni-heidelberg.de
Studientitel: IOWISI₃ Registrierungsnummer: DRKS00012251 EudraCT 2017-000152-26				
PD Dr. med. Daniel Reim	offene abdominalchirurgische Eingriffe Experimentelle Gruppe: Spülung des subkutanen Gewebes nach Faszienverschluss mit Intervention 1: 0,04%iger Polyhexanidlösung Intervention 2: 0,9%iger NaCl-Lösung Kontrollgruppe keine Wundspülung	20.09.2017 331 von 540 Patienten	DFG 400 € / Patient	PD Dr. med. D. Reim Klinik und Poliklinik für Chirurgie Klinikum rechts der Isar der Technischen Universität München (TUM) Ismaninger Str. 22 81675 München T: 089/4140-5019 E: daniel.reim@tum.de
Studientitel: iPEP₆ Registrierungsnummer: NCT02478996				
Prof. Dr. Ines Gockel, MBA	histologisch gesichertes Adenokarzinom des Ösophagus oder des gastroösophagealen Übergangs Typ I und II nach Siewert-Klassifikation bei männlichen Patienten im Alter von 18–75 Jahren mit geplanter abdomino-thorakaler Ösophagusresektion mit Schlauchmagenhochzug und intrathorakaler oder zervikaler Anastomose Interventionsgruppe: Web-basiertes perioperatives Trainingsprogramm 8–12 Wochen vor und bis 12 Wochen nach der OP Kontrollgruppe: Standardtherapie	07.08.2015 43 von 80 Patienten	Barrett-Initiative e.V. Kein Fallgeld	Prof. Dr. Ines Gockel, MBA Klinik und Poliklinik für Viszeral-, Transplantations-, Thorax- und Gefäßchirurgie Universitätsklinikum Leipzig AöR 04103 Leipzig 0341/97-17200 0341/97-17209 chi2@medizin.uni-leipzig.de

MULTIZENTRISCH RANDOMISIERT KONTROLLIERTE STUDIEN				
STUDIENLEITER	PATIENTEN/OP.-VERFAHREN	FIRST PATIENT IN/ STATUS DER STUDIE	FINANZIERUNG DER STUDIE/FALLGELD	ANSPRECHPARTNER/ KONTAKT
Studientitel: PERCOG⁷, Registrierungsnummer: DRKS00009451; EudraCT: 2015-005219-34				
PD Dr. med. Daniel Reim	Experimentelle Gruppe: Die Patienten der Gruppe 1 erhalten ab Beginn der neoadjuvanten Chemotherapie präoperativ täglich jeweils supportiv (d.h. zusätzlich zur normalen oralen Ernährung) 600kcal parenterale Ernährung verabreicht. Sollte der Patient seinen täglichen Kalorienbedarf nicht durch orale Nahrungsaufnahme gedeckt haben, wird dem Patienten der fehlende Kalorienbedarf zusätzlich zu diesen 600kcal parenteral zugeführt.	24.05.2019	-	PD Dr.med. Daniel Reim Ismaninger Straße 22 81675 München
	Kontrollgruppe: Alleinige neoadjuvante Chemotherapie vor chirurgischer Resektion ohne parenterale Ernährung. Sollte der Patient seinen täglichen Kalorienbedarf nicht durch orale Nahrungsaufnahme decken können nach Abschluss der ersten Hälfte der präoperativen Chemotherapie, wird dem Patienten der fehlende Kalorienbedarf zusätzlich parenteral zugeführt.	3 von 150 Patienten	400 € / Patient	089/4140-5019 089/4140-2184 daniel.reim@tum.de
Studientitel: PONIY⁸, Registrierungsnummer: DRKS00006199				
Dr. med. Rebekka Schirren	Elektiver offener kolorektaler Eingriff			
	Experimentelle Gruppe: Abdeckung der Operationswunde mittels postoperativem Wundinzisions-Unterdrucktherapie System (PIUT) für 5–7 Tage postoperativ. Kontrollgruppe: Abdeckung der Operationswunde mittels sterilem Verbandsmaterial für 5–7 Tage postoperativ.	23.10.2017 103 von 340 Patienten	KCI USA, Inc. 50 € / Patient	Dr. med. R. Schirren Chirurgische Klinik und Poliklinik Klinikum rechts der Isar der Technischen Universität München T: 089/4140-5138 E: rebekka.schirren@tum.de
Studientitel: RELY⁹, Registrierungsnummer: NCT01073358				
PD Dr. N. N. Rahbari	Patienten zur geplanten R0-Resektion von kolorektalen Lebermetastasen			
	Experimentelle Gruppe: Resektion der kolorektalen Lebermetastasen mit hilärer Lymphadenektomie Kontrollgruppe: Resektion der kolorektalen Lebermetastasen ohne hiläre Lymphadenektomie	FPI: 09.03.2010 265 von 366 Patienten	- Kein Fallgeld	PD Dr. N. N. Rahbari Chirurgische Klinik Universitätsmedizin Mannheim T: 0621/383-3591 F: 0621/383-3809 E: nuh.rahbari@umm.de

MULTIZENTRISCH RANDOMISIERT KONTROLLIERTE STUDIEN

STUDIENLEITER	PATIENTEN/OP.-VERFAHREN	FIRST PATIENT IN/ STATUS DER STUDIE	FINANZIERUNG DER STUDIE/FALLGELD	ANSPRECHPARTNER/ KONTAKT
Studientitel: WOPP_{10*} Registrierungsnummer: NCT01855464				
Prof. Dr. T. Walles, FETCS Prof. Dr. J. Neudecker (Stellvertreter Studienleiter)	Patienten (15–40 Jahre) mit Rezidiv eines primären Spontanpneumothorax (PTX) oder therapierefraktärem PTX Erstereignis Experimentelle Gruppe: Lungenkeilektomie mit parietaler Pleurektomie Kontrollgruppe: Alleinige parietale Pleurektomie	FPI: 19.11.2013 300 von 360 Patienten	DFG 525 €/Patient	Prof. Dr. T. Walles, FETCS Abteilung Thoraxchirurgie Klinik für Herz- und Thoraxchirurgie Universitätsklinikum Magdeburg A. ö. R T: 0391/67-21905 E: Thorsten.Walles@med.ovgu.de Studienbüro: Esther Meyer T: 0391/67-24903 E: Esther.meyer@med.ovgu.de Stellvertretender Studienleiter: Prof. Dr. J. Neudecker Charité – Universitätsmedizin Berlin Campus Charité Mitte Campus Virchow-Klinikum Chirurgische Klinik Chirurgisches Regionalzentrum Berlin des CHIR-Net T: 030/450-622125 E: Jens.Neudecker@charite.de

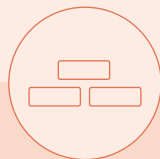
- [1] Sleeve gastrectomy versus Roux-en-Y gastric bypass in obese patients with BMI 35–60 kg/m² – a multicenter randomized trial
- [2] Biologisches versus synthetisches Netz bei der laparoskopischen Hernienversorgung – eine randomisierte multizentrische, prospektive, selbst-kontrollierte klinische Studie
- [3] Perioperative Chemotherapie (FLOT) im Vergleich zur neoadjuvanten Radiochemotherapie (CROSS) bei Patienten mit Adenokarzinom des Ösophagus
- [4] Hernia reduction following laparotomy using small stitch abdominal wall closure with and without mesh augmentation – HULC
- [5] Intraoperative wound irrigation to prevent surgical site infection after laparotomy
- [6] Internet-based Perioperative Exercise Program in Patients With Barrett's Carcinoma Scheduled for Esophagectomy
- [7] Parenterale Ernährung unter neoadjuvanter Chemotherapie beim lokal fortgeschrittenen Magenkarzinom/Karzinom des ösophagogastralen Übergangs zur Reduktion der postoperativen Morbidität
- [8] Postoperative negative pressure incision therapy following open colorectal surgery: a randomized-controlled trial
- [9] Eine randomisierte, kontrollierte Studie zur Lymphknotenentfernung bei Resektion kolorektaler Lebermetastasen
- [10] Pulmonary wedge resection plus parietal pleurectomy (WRPP) versus parietal pleurectomy (PP) for the treatment of recurrent primary pneumothorax

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

Stand: Dezember 2019

SPENDENAUFTRUF

Langenbeck-Virchow-Haus



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

sich mit einem Spendenaufruf an die Mitglieder zu wenden.

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

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

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



Prof. Dr. med. T. Schmitz-Rixen

Präsident

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

Generalsekretär

Prof. Dr. med. J. Werner

Schatzmeister

Bausteine Langenbeck-Virchow-Haus

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

BAUSTEIN IN GOLD

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

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

WICHTIGE INFORMATION ZU DEN SPENDENTAFELN

Sehr geehrte Damen und Herren,
liebe Kolleginnen und Kollegen,

dem 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



Einladung zur BDC-Mitgliederversammlung 2020



Prof. Dr. med. Dr. h.c. Hans-Joachim Meyer
Präsident des Berufsverbandes der Deutschen Chirurgen e.V. (BDC)
Luisenstr. 58/59
10117 Berlin
praesident@bdc.de

Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie e.V. (DGCH)
Luisenstr. 58/59
10117 Berlin
h-jmeyer@dgch.de

Sehr geehrte Frau Kollegin,
sehr geehrter Herr Kollege,

hiermit lade ich Sie satzungsgemäß zur Mitgliederversammlung (Zutritt nur mit gültiger Mitgliedskarte) des BDC ein.

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

Ort: CityCube Berlin (Saal M1 in Level 3),
im Rahmen des 137. Chirurgenkongresses

TAGESORDNUNG

TOP 1	Begrüßung	Meyer
TOP 2	Feststellung der Beschlussfähigkeit	Meyer
TOP 3	Genehmigung der Tagesordnung	Meyer
TOP 4	Bericht des Präsidenten	Meyer
TOP 5	Bericht des Schatzmeisters	Mayer
TOP 6	Antrag auf Entlastung des Vorstandes	

TOP 7	Nachwahl von Präsidiumsmitgliedern	Meyer
TOP 8	Beschlussfassung: Entschädigungsordnung und Verträge für den Vorstand	Mayer, Heberer
TOP 9	Bericht des Justitiars	Heberer
TOP 10	Aktuelle Probleme in der Berufspolitik (Optional)	Mitglieder des Präsidiums
TOP 11	Verschiedenes	

Am Freitag, den 24. April 2020, 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 Büro 0.12 im Eingangsfoyer zur Verfügung. Eine Anmeldung via justitiar@bdc.de ist zwingend erforderlich.

Ich wünsche Ihnen eine angenehme Anreise.
Ihr

Prof. Dr. med. Dr. h.c. Hans-Joachim Meyer
Präsident des Berufsverbandes der Deutschen Chirurgen e.V.



Lesen Sie mehr über den BDC auf
BDC|Online (www.bdc.de).

KidsClub Chirurgie



Kinderbetreuung auf dem Chirurgenkongress 2020

Wann: an allen Kongresstagen, Dienstag 21.04. bis Freitag 24.04.2020, von 08:00 Uhr bis 18:00 Uhr.
Wer: Kinder im Alter von 12 Monaten bis 10 Jahre. Die Kinderbetreuung ist auf 20 Kinder täglich begrenzt.
Wo: CityCube, Berlin
Wie: Verbindliche Anmeldung* bis zum 14. April 2020 unter mail@bdc.de oder Fax BDC 030/28004-108
Vorort-Anmeldungen am Tagungsschalter je nach Kapazität gegebenenfalls noch möglich.
Nähere Informationen über BDC|Online (www.bdc.de) oder über die Kongressseite unter www.dck2020.de.

Eine Initiative von



Verbindliche Anmeldung*

Bitte bis zum 14. April 2020 an den BDC senden: mail@bdc.de oder Fax 030/28004-108

Name des Kindes

Geburtsdatum

Ich wünsche eine Betreuung am

- | | |
|--|-----------------------|
| ☐ Dienstag, 21. April | von..... bisUhr |
| ☐ Mittwoch, 22. April | von..... bisUhr |
| ☐ Donnerstag, 23. April | von..... bisUhr |
| ☐ Freitag, 24. April | von..... bisUhr |

Name des

Sorgeberechtigten

Adresse

**Mobiltelefonnummer
des Sorgeberechtigten**

Vorort-Anmeldungen am Tagungsschalter nach Kapazität möglich, jedoch ohne Garantie. Bitte melden Sie sich am Betreuungstag mit Ihrem Kind direkt am Tagungsschalter.

*** Bitte geben Sie uns so früh wie möglich Bescheid, wenn Ihr Kind doch nicht betreut werden soll: 030/28004-150.**

Haftungsausschluss durch den Kongressveranstalter: Der Veranstalter übernimmt keine Haftung für Sach- und Personenschäden. Dies gilt auch für Schäden, die durch Dritte verursacht werden. Der Haftungsausschluss erstreckt sich auch vollständig auf fahrlässige und grobfahrlässige Pflichtverletzungen des vom Veranstalter mit der Kinderbetreuung beauftragten Fachpersonals!

BDC|Sport: Wer läuft eine Staffel mit?

Auch dieses Jahr wollen wir uns wieder am 5 x 5 TEAM-Staffellauf der Berliner Wasserbetriebe beteiligen und suchen Mitläufer! Wer hat Zeit und Lust den Staffelstab an andere BDC-Mitglieder weiterzugeben?

Der Staffellauf findet 2020 vom 03. bis 05. Juni im Berliner Tiergarten statt. Wir sind für Mittwoch, den 05. Juni angemeldet.

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

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



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

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



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

BDC | Landesverbände

BDC | Westfalen-Lippe

Vorsitzender
Prof. Dr. med. Waldemar Uhl, MHSA

Stellv. Vorsitzender und Regionalvertreter NL
Jerzy Wielowiejski

BDC | Bremen

Vorsitzender
Prof. Dr. med. Michael Paul Hahn

Stellv. Vorsitzender
Prof. Dr. med. Heiner Wenk

Regionalvertreter NL
Dr. med. Björn Ackermann

BDC | Hamburg

Vorsitzender
Dr. med. Christopher Wenck

Stellv. Vorsitzender
Dr. med. Thomas Mansfeld

Regionalvertreter NL
Dr. med. Matthias Kemnitz

Stellv. Regionalvertreter NL
Dr. med. Gerd Fass

BDC | Schleswig-Holstein

Vorsitzender
Dr. med. Ralf Wilhelm Schmitz

Stellv. Vorsitzender
Dr. med. Michael Müller

Regionalvertreter NL
Dr. med. Ralf Wilhelm Schmitz

Stellv. Regionalvertreter NL
Dr. med. Bertram Wittrin

BDC | Nordrhein

Vorsitzender
Dr. med. Jügen Klein

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

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

Regionalvertreter NL
Dr. med. Werner Boxberg

stellv. Regionalvertreter NL
Dr. med. Sven Gregor

Stellv. Regionalvertreter NL
Dr. med. Jürgen Klein

BDC | Hessen

Vorsitzender
Frank Forst

1. Stellv. Vorsitzender
Dr. med. Christoph Schüürmann

2. Stellv. Vorsitzender
Dr. med. Alexander Buia

Regionalvertreter NL
Dr. med. Detlev Grapentin

BDC | Saarland

Vorsitzender
Dr. med. Peter Bongers

Stellv. Vorsitzender
Prof. Dr. med. Tim Pohlemann

Regionalvertreter NL
Dr. med. Daniel Bastian

BDC | Rheinland Pfalz

Vorsitzender/Regionalvertreter Pfalz
Dr. med. Jörg Fischböck

Stellv. Vorsitzender
Dr. med. Stefan Studier-Fischer

Regionalvertreter Rheinland
Dr. med. Andreas Herzog

Regionalvertreter Rheinland
Dr. med. Lutz Riedel

Regionalvertreter Pfalz
Dr. med. Michael Wagner

BDC | Baden-Württemberg

Vorsitzender
Prof. Dr. med. Michael Schäffer

Stellv. Vorsitzender
Dr. med. Christoph W. Jaschke

Regionalvertreter NL
Dr. med. Matthias Szabo

Regionalvertreter NL
Christoph W. Jaschke



DER BDC IN DEN BUNDESLÄNDERN

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

Sprecher der Landesvertreter

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

www.bdc.de/bdc-landesverbände



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

BDC | Mecklenburg

Vorsitzender
PD Dr. med. Lutz Wilhelm

Regionalvertreter NL
Dr. med. Andreas Oling

Regionalvertreter NL
Dr. med. Thomas Nowotny

BDC | Berlin

1. Vorsitzender
Dr. med. Ralph Lorenz

2. Vorsitzende
Ira Klink

3. Vorsitzender
Dr. med. Thomas Stoffels

Regionalvertreter NL
Dr. med. Frank-Joachim Peter

Stellv. Regionalvertreter NL
Dr. Max Freiherr von Seebach

Stellv. Regionalvertreter NL
Dr. med. Gunnar Peters

BDC | Brandenburg

Vorsitzender
Prof. Dr. med. habil. F. Marusch

Stellv. Vorsitzender
Prof. Dr. med. Martin Kruschewski

Regionalvertreter NL
Dr. med. Christian Federlein

BDC | Sachsen-Anhalt

Vorsitzender
Prof. Dr. med. Karsten Ridwelski

1. Vorsitzender
Prof. Dr. med. habil. Jörg Fahlke

2. Vorsitzender
Dr. med. Matthias Krüger

Regionalvertreter NL
Dr. med. Dirk Arbter

BDC | Sachsen

Vorsitzender
Dr. med. Ehrhardt Weiß

Stellv. Vorsitzender
Dr. med. Jörg Hammer

Regionalvertreter NL
Dr. med. Jörg Hammer

Stellv. Regionalvertreter NL
Dr. med. Ingo Menzel

BDC | Thüringen

Vorsitzender
Dr. med. Arndt Voigtsberger

Stellv. Vorsitzender
Dr. med. Lutz Künanz

Regionalvertreter NL
Dr. med. Arndt Voigtsberger

BDC | Niedersachsen

Vorsitzender
Prof. Dr. med. Guido Schumacher

Stellv. Vorsitzender
Dr. med. Frank Siebert

Stellv. Vorsitzender
Prof. Dr. med. Ulf Culemann

Regionalvertreter NL
Dr. med. Frank Siebert

Stellv. Regionalvertreter NL
Dr. med. Ramin Barmaki Pour

Stellv. Regionalvertreter NL
Dr. med. Raymond Young

BDC | Bayern

Vorsitzender
Prof. Dr. med. Matthias Anthuber

Stellv. Vorsitzender
Dr. med. Hubert Mayer

Regionalvertreter NL
Dr. med. Axel Neumann

Stellv. Regionalvertreter NL
Dirk Farghal

Stellv. Regionalvertreter NL
Dr. med. Rainer Woischke



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



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

BDC-PRESSESPIEGEL

17.01.2020

„Für Babyboomer ist 65 doch kein Alter mehr“

Mit 65 in Rente? Die Mehrzahl der Chirurgen würde gerne weiterarbeiten und ist auch offen für Veränderungen – doch nicht zu jedem Preis. Was sich „Silver Worker“ wünschen und welchen Mehrwert sie Kliniken bringen, weiß Prof. Dr. med. Dr. h.c. Hans-Joachim...

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 unabhängigere 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 Belegsistem

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
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
24.08.2020	28.08.2020	Berlin	2020-21664	Common Trunk	Prof. Dr. med. Stephan Gretschel; Dr. med. Christian Müller	400,00	600,00
10.09.2020	12.09.2020	Kaiserslautern	2020-21667	Common Trunk	PD Dr. med. habil. Christian Mönch; Dr. med. Martin Veit	350,00	550,00
18.09.2020		Berlin	2020-21525	Workshop: Simulationstraining Notfallmanagement	Dr. med. Jan Baus	450,00	600,00
24.09.2020	26.09.2020	Berlin		Praktisches Seminar – Allgemein-, Viszeral- und Gefäßchirurgie	Dr. med. Jörg Sauer	400,00	600,00
25.09.2020	26.09.2020	Leipzig	2020-21521	Seminar: Notfallmanagement im Bereitschaftsdienst	Dr. med. Ehrhardt Weiß	100,00	200,00

FACHARTZTVORBEREITUNG							
DATUM		ORT	KURS-NR.	SEMINARTITEL	WISSENSCHAFTLICHER LEITER	PREIS MITGLIED	PREIS NICHT-MGL
16.03.2020	20.03.2020	Berlin	2020-22570	Facharztseminar Allgemein- und Viszeralchirurgie	Prof. Dr. med. Thomas Steinmüller	350,00	550,00
26.03.2020	28.03.2020	Berlin	2020-23920	Facharztseminar Plastische Chirurgie	Prof. Dr. med. Heinz-Herbert Homann	350,00	550,00
04.05.2020	08.05.2020	Hamburg	2020-23820	Facharztseminar Orthopädie/ Unfallchirurgie	Prof. Dr. med. Lars Gerhard Großterlinden	350,00	550,00
04.05.2020	07.05.2020	Solingen	2020-23686	Facharztseminar Viszeralchirurgie	Prof. Dr. med. Wolfgang Schwenk	350,00	550,00
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
07.09.2020	11.09.2020	Leipzig	2020-22550	Facharztseminar Allgemeinchirurgie	Dr. med. Ludwig Schütz	350,00	550,00
15.09.2020	18.09.2020	Berlin	2020-23823	Facharztseminar Orthopädie/ Unfallchirurgie	Prof. Dr. med. Julia Seifert	350,00	550,00

FACHBEZOGENE SEMINARE, WORKSHOPS UND HOSPITATIONEN							
DATUM		ORT	KURS-NR.	SEMINARTITEL	WISSENSCHAFTLICHER LEITER	PREIS MITGLIED	PREIS NICHT-MGL
19.03.2020	20.03.2020	Berlin	2020-24630	Update Robotische Chirurgie	PD Dr. med. Hans Fuchs	300,00	400,00
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. med. 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
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
20.07.2020	22.07.2020	Aachen	2020-23680	Spezielle Unfallchirurgie Teil II	Prof. Dr. med. Ferdinand Köckerling	400,00	600,00
10.09.2020	11.09.2020	Berlin	2020-22401	CAMIC 1: Grundlagen der minimalinvasiven Chirurgie	Dr. med. Thorsten Randt	500,00	650,00
25.09.2020	26.09.2020	Aachen	2020-23860	Fußchirurgie I	PD Dr. med. Annett Gauruder-Burmester	300,00	500,00
25.09.2020	26.09.2020	Berlin	2020-23685	Viszeralchirurgie Kompakt: Beckenbodenchirurgie	Prof. Dr. med. Clemens Schafmayer	250,00	300,00
28.09.2020		Berlin	2020-23687	Management von Anastomosensuffizienzen im oberen Gastrointestinaltrakt	Prof. Dr. med. Frank Hildebrand	300,00	500,00

FACHÜBERGREIFENDE SEMINARE							
DATUM		ORT	KURS-NR.	SEMINARTITEL	WISSENSCHAFTLICHER LEITER	PREIS MITGLIED	PREIS NICHT-MGL
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		
18.09.2020	19.09.2020	Berlin	2020-26534	Führungsseminare: Modul 4 – Gesprächsstrategie – Souverän Klartext reden	Dr. med. Gunda Leschber; Prof. Dr. med. Katja Schlosser; Sabine Schicke	450,00	650,00
19.09.2020		Köln	2020-25820	Begutachtung von Berufskrankheiten	Dr. med. Werner Boxberg	300,00	500,00

SOFTSKILL- & MANAGEMENTSEMINARE

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

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



Kompaktkurs – geeignet für alle Ärzte

Hygienebeauftragter Arzt (HBA)

Mit der Smart-Learning-Methode

Ein modernes Lernkonzept für flexible und individuelle Fortbildung:

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

eCME-center.org®
continuing medical education



meduplus

**60
CME-
Punkte!**



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

SPONSOREN DER BDC|AKADEMIE

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

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

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

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



Veranstaltungshinweise

Datum		Ort	Seminartitel	Veranstalter	Preis Mitglied	Preis Nicht-Mitglied
26.02.2020	28.02.2020	Gießen	44. Handchirurgischer Operationskurs mit Arthroskopie-Workshop „Die traumatisierte Hand“	Klinik und Poliklinik für Unfall-, Hand- und Wiederherstellungschirurgie, Universitätsklinikum Gießen und Marburg GmbH in Zusammenarbeit mit der OTC Germany und dem Institut für Anatomie und Zellbiologie der Justus-Liebig-Universität Gießen	550,00	550,00
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
14.03.2020		Minden	Virtuelle Realität in der Chirurgie – Theorie und Praxis	Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie, spezielle Unfallchirurgie, Johannes Wesling Klinikum Minden, Mühlenkreiskliniken AöR	50,00	50,00
27.03.2020	27.03.2020	Köln	BWL-Seminar für Ärzte: Betriebswirtschaftliche Praxisführung	Frielingsdorf Consult GmbH	464,10	583,10
27.03.2020	27.03.2020	Essen	Zertifikatskurs Fraktursonografie im Wachstumsalter	durchblicken.org	250,00	250,00
28.03.2020		Gera	Geraer Symposium Chirurgie 2020 – 25 JAHRE ADIPOSITAS UND METABOLISCHE CHIRURGIE	„Verein zur Förderung der Ambulanten Chirurgie e.V. / Chirurgische Gemeinschaftspraxis Gera und SRH Waldklinikum Gera“		
04.04.2020	05.04.2010	Wolfsburg	1. Forum Operative Medizin Wolfsburg 2020	Klinikum Wolfsburg		
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
07.09.2020	11.09.2020	Leipzig	Digital Operating Room Summer School (DORS)	ICCAS	600,00	600,00
09.09.2020	09.09.2020	Köln	GOÄ-Abrechnung: Optimierung der Privatabrechnung in der Orthopädie, Unfallchirurgie und Chirurgie	Frielingsdorf Consult GmbH	464,10	583,10
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
23.10.2020	23.10.2020	Berlin	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
05.11.2020	08.11.2020	Ungarn	Spezialkurs Bewegungsapparat-Trauma-und Fraktur-Sonografie	durchblicken.org	920,00	920,00
06.11.2020	07.11.2020	Hamburg	ENDOCLUBNORD 2020	Interplan AG		
14.11.2020	14.11.2020	Düsseldorf	Intensivkurs Röntgenbefundung im Wachstumsalter	durchblicken.org	350,00	350,00
20.11.2020	20.11.2020	Mannheim	Zertifikatskurs Fraktursonografie im Wachstumsalter	durchblicken.org	250,00	250,00

LIFESTYLE- ANGEBOTE

im Februar 2020

%

15 %



SPORTSCHECK: 15 % RABATT FÜR BDC-MITGLIEDER

40 %



LOGITECH: BIS ZU 40 % RABATT FÜR BDC-MITGLIEDER

25 %



WMF: 25 % RABATT FÜR BDC-MITGLIEDER

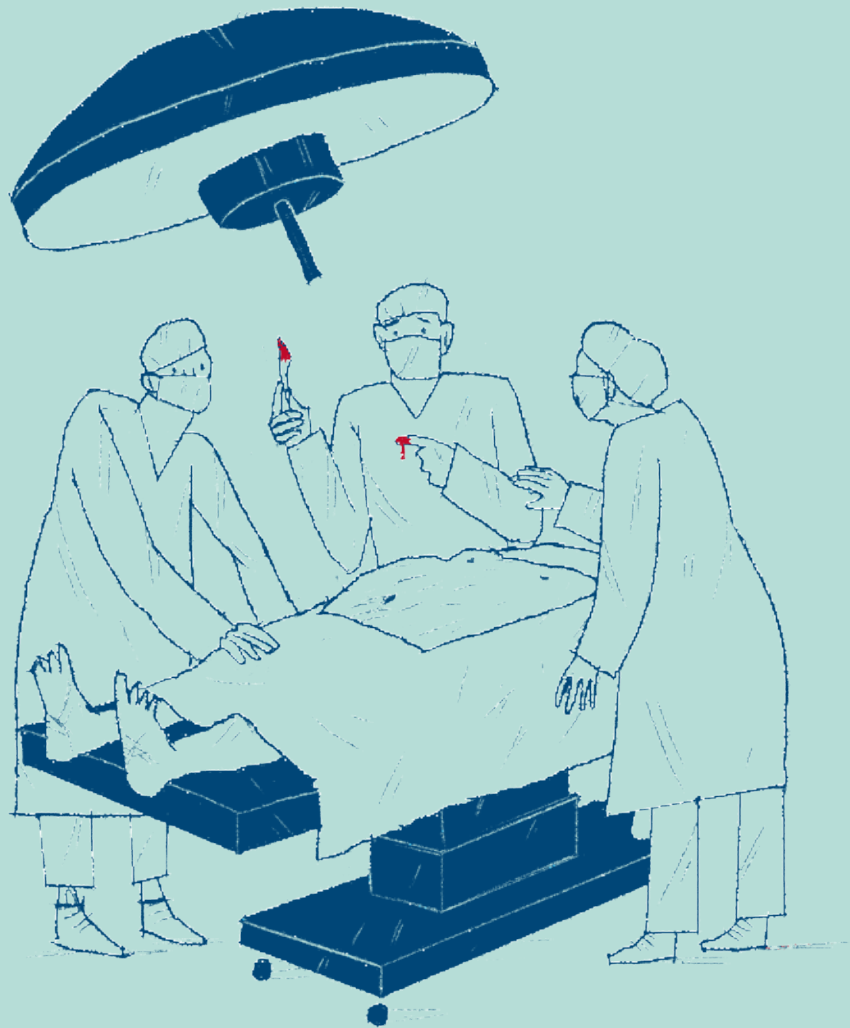
12 %



GETYOURGUIDE: 12 % 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.



Am Ende braucht jeder einen Verband.



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

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

Smart Hospital am Beispiel der Universitätsmedizin Essen

Wer heute als Patient in ein Krankenhaus kommt, wird unfreiwillig Bestandteil einer Maschinerie, die wie in einem Paternoster um sich selbst und die eigenen Prozesse kreist. Dies äußert sich in einer schwierigen Orientierung in nicht selten verschachtelten Gebäuden und Gängen, setzt sich fort über lange Wartezeiten, unabgestimmte und überflüssige Doppeluntersuchungen, weil Akten oder Unterlagen nicht auffindbar sind. Gleichmaßen gehört dazu das zum Teil lange Warten auf den Arztbrief nach erfolgter Behandlung.

PANORAMA

Smart Hospital



Prof. Dr. Jochen A. Werner
Vorstandsvorsitzender und Ärztlicher
Direktor
Universitätsmedizin Essen
Hufelandstraße 55
D-45147 Essen
Jochen.Werner@uk-essen.de

In einer Zeit, in der der Dienstleistungsge-
danke weiter fortschreitet und die – teils auf
Algorithmen beruhende – Eruiierung von Kun-
denwünschen und -interessen in allen Bran-
chen zunehmend Raum einnimmt, werden
elementare Bedürfnisse und die individuellen
Ansprüche der Menschen im Gesundheits-
system, aber auch im klinischen Alltag nach
wie vor nicht ausreichend berücksichtigt.
Die häufig Angst einflößende „Ausnahme-
situation Krankenhaus“, egal ob akut oder
elektiv, wird dadurch für den Patienten noch
verstärkt, der auch heute im Selbstverständ-
nis mancher Klinikmitarbeiter eben häufig
immer noch als der „Geduldige“ und nicht als
Kunde gesehen wird. Kunde ist dabei sicher-
lich ein unglücklicher Ausdruck, belassen wir
es doch beim Kranken.

Geduldsamkeit erwarten nicht wenige im
Krankenhausbetrieb gleichermaßen von den
Angehörigen, die nicht selten als lästiges
Anhängsel verstanden werden und ebenfalls
unter den internen Prozessen leiden, anstatt
dass ihre wichtige Rolle bei der Genesung
der Patienten gestärkt wird. Und schließlich
arbeiten auch noch viele Mitarbeiterinnen
und Mitarbeiter nicht nur im Rahmen von
ineffizienten Prozessen, sondern auch in tra-
ditionell hierarchisch und autoritär geprägten
Strukturen, die einen schnellen Informations-
fluss, aber auch ein wertschätzendes Mitein-
ander behindern, mitunter auch verhindern.

Wir befinden uns also in einer paradoxen
Situation: Die Medizin durchläuft derzeit den
größten Veränderungsprozess aller Zeiten
und muss sich gleichzeitig einem mehrfachen
Paradigmenwechsel stellen. Die Geschwin-
digkeit der Digitalisierung, die demographi-
sche Entwicklung in den Industrieländern,
aber auch eine weiter fortschreitende Öko-
nomisierung des Gesundheitswesens sind
wesentliche Merkmale dieser Transformation.
Diese großen Herausforderungen treffen wie-
derum auf eine Krankenhausarchitektur, die
sowohl auf bundespolitischer Ebene mit zu
vielen kleinen Einheiten, als auch in der ein-
zelnen Klinik selbst mit tradierten Organi-
sationsstrukturen nicht zukunftsfest ist.

Es liegt auf der Hand, dass dieser Widerspruch
aufgelöst werden muss. Das macht sowohl

auf klinischer, als auch auf gesellschaftli-
cher und gesundheitspolitischer Ebene neue
Ansätze und ein neues Denken erforderlich.
Der größte und vor allem schnellste Wan-
del in der Geschichte wird weniger davon
bestimmt, inwieweit es gelingt, die mit der
Digitalisierung verbundenen neuen Chancen
in der Medizin in konkrete Verbesserungen
bei der Therapie und Behandlung sowie der
Pflege umzusetzen. Viel entscheidender ist
die Frage, wie es gelingen kann, das Kran-
kenhaus von morgen nicht nur medizinisch
leistungsfähiger, sondern vor allen Dingen
menschlicher und empathischer zu machen.

DAS SMART HOSPITAL ALS KÖNIGSWEG EINER DIGITALEN UND EMPATHISCHEN MEDIZIN

Im Jahr 2015 hat sich die Universitätsmedi-
zin Essen auf den Weg zum Smart Hospital
gemacht. Die zum Konzern gehörende Uni-
versitätsklinik, eine große Lungenfachklinik,
ein zweites Herzzentrum, ein Krankenhaus
der Grundversorgung, das Westdeutsche Pro-
tonentherapiezentrum Essen sowie mehrere
weitere Tochterunternehmen oder Ausgrün-
dungen bilden die Basis für eine komplexe
digitale Vernetzung innerhalb der verschie-
denen Standorte, mit einer darüber hinaus
gehenden Anbindung an externe Partner. Das
Smart Hospital orientiert sich nicht an den
Mauern der Klinik, sondern an der Gesund-
heits- und Krankengeschichte der Patien-
ten. Und dies von der Zeugung bis hin zum
Tod. Es befindet sich im Zentrum des staat-
lichen Gesundheitssystems, ist eine nach
allen Seiten informationsoffene Steuerungs-
einheit und dabei eng verzahnt mit allen
vor- und nachgelagerten medizinischen
Dienstleistungen, also niedergelassenen
Ärzten, Rehabilitationseinrichtungen, Apo-
theken und vielen anderen Stakeholdern des
Gesundheitswesens.

Aber im Grunde ist Smart Hospital kein
Zustand, sondern ein Transformationspro-
zess. Wir überführen eine traditionelle Uni-
versitätsmedizin mit 8.500 Mitarbeiterinnen
und Mitarbeitern in eine digitalisierte, ein-
deutig auf die Patienten und Mitarbeiter
fokussierte Organisation. Dazu orientiert
sich unsere gesamte medizinische und

Werner JA: Smart Hospital am Beispiel der
Universitätsmedizin Essen. *Passion Chirurgie*.
2020 Februar, 10(02): Artikel 09.



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



Abb. 1: Luftaufnahme Universitätsmedizin Essen



Abb. 2: Elektronische Patientenakte

unternehmerische Strategie an dieser Vision. Das beginnt mit den Investitionen in medizinische Geräte und die IT-Infrastruktur, geht über die passgenaue Besetzung von Klinikdirektoren und weiterer Führungspositionen bis zur Aus-, Fort- und Weiterbildung talentierter, digitaler UND medizinischer Talente. Auch die medizinische Ausrichtung verschiebt sich: Statt des bisherigen klinischen „Reparaturbetriebs“ geht der Fokus hin zu Prävention und „Disease Interception“, also der kontinuierlichen Gesunderhaltung durch das Vermeiden,

Verzögern oder zumindest frühestmögliche Erkennen einer Krankheit.

KONKRETE ANWENDUNGEN UND EINSATZBEREICHE EINER DIGITALISIERTEN MEDIZIN

Heute sind mehr als nur die Konturen des Smart Hospital erkennbar. Zahlreiche konkrete Projekte sind bereits umgesetzt oder befinden sich auf dem Weg. Ein Kernstück ist die Elektronische Patientenakte (ePA), die

Patienteninformationen in digitaler Form dokumentiert und zum Austausch nicht nur innerhalb der Klinik, sondern auch zur Interaktion mit niedergelassenen Ärzten, Rehabilitationseinrichtungen und anderen Akteuren bereithält. Blutwerte, Medikamente, Vorerkrankungen, Röntgenbilder, diese und viele andere Daten sind in der elektronischen Patientenakte strukturiert gespeichert. Dies ist ein relevanter Entwicklungssprung in der Dokumentation, im Vergleich zu den auch heute noch in einer Reihe von Krankenhäusern vorhandenen riesigen Schränken voller Patientenakten. Das Smart Hospital verbessert genau diesen Baustein – so können im Notfall relevante Daten schneller eingesehen werden, um die Behandlung bestmöglich durchführen zu können. Die Universitätsmedizin Essen setzt für den Einsatz und den Umgang mit der Elektronischen Patientenakte eigene Trainer ein, um den Mitarbeitenden in allen Bereichen Hilfe anzubieten.

Neben den Patienten steht vor allem die Entlastung der eigenen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Mittelpunkt, insbesondere in der Pflege. Denn tatsächlich haben wir in Deutschland keinen reinen Notstand in Bezug auf die Kopfzahl examinierter Pflegekräfte im Gesundheitswesen. Viele von ihnen haben leider ihren Beruf aufgegeben, auch aus Gründen zu vieler administrativer, patientenferner Tätigkeiten. Dies trifft aktuell die meisten Krankenhäuser, von denen es nach Ansicht einiger zu viele in Deutschland gibt. Wir alle müssen daran arbeiten, dass die Digitalisierung – nicht zuletzt durch die Elektronische Patientenakte – helfen wird, den Aufwand für patientenferne Tätigkeiten wie Administration und Dokumentation zu minimieren. Das bedeutet mehr Zeit für unsere Patienten mit ihren Sorgen und Gefühlen.

Ein weiteres konkretes Beispiel der Essener Smart Hospital Initiative ist die 2018 eröffnete, digitalisierte Zentrale Notaufnahme (ZNA), die durch Vernetzung wesentliche Diagnostik- und Behandlungspotentiale erschließt und für die Patienten wertvolle Zeit gewinnt. Mit einem digitalen Datenübertragungssystem zwischen einem Krankenhaus und einem Rettungsdienst werden bereits prähospital alle wichtigen Informationen

über einen Patienten in die Klinik übertragen, während er noch in seiner Wohnung oder im Krankenwagen ist. Damit kann sich das Krankenhaus bereits vor Eintreffen des Patienten auf eine zielgerichtete Behandlung vorbereiten, Medikamente beschaffen oder den Operationssaal bereitstellen. Innerhalb der Notfallaufnahme dient die Digitalisierung nicht nur für die Datenübertragung des Patienten, sondern etwa auch zur Sicherheit vor Übergriffen, etwa durch spezielle Notfallknöpfe zur schnellen Türenschließung oder eine Videoüberwachung. Ebenfalls aus Sicherheitsgründen vor infizierten Patienten sind speziell ausgestattete Infektionszimmer geschaffen worden. Auch die Diagnostik wird digital unterstützt, die Anamnese erfolgt teilweise digital, und die generierten Daten stehen im Rahmen der klinischen Weiterbehandlung von Anfang an zur Verfügung.

KÜNSTLICHE INTELLIGENZ (KI) UND VIRTUAL REALITY IN DIAGNOSTIK UND CHIRURGIE

Künstliche Intelligenz wird zunehmend eine wichtige Rolle im Rahmen des Smart Hospital spielen – vor allem dort, wo große Datenmengen erhoben, analysiert und interpretiert werden müssen. Bereits heute kommt in der Universitätsmedizin Essen Künstliche Intelligenz bei einer Reihe von Anwendungen zum Einsatz. So etwa im Kontext der radiologischen Bestimmung des Knochenalters, zur Vorhersage des Metastasierungsausmaßes oder zur Diagnostik bestimmter Lungenerkrankungen, bei der KI-unterstützten Bewertung des Augenhintergrundes oder beim Einsatz von KI zur Erkennung seltener Krankheiten.

Diesen Weg gehen wir mit der in diesem Jahr vollzogenen Gründung des „Instituts für Künstliche Intelligenz in der Medizin“ weiter. Es ist mit zunächst vier Professorenstellen zuzüglich der notwendigen Mitarbeiter besetzt und wird neue Wege aufzeigen, wie Diagnostik, Prävention und Therapie im Sinne unserer Patientinnen und Patienten zusammengeführt werden können.

Ein weiteres, außergewöhnliches Pilotprojekt ist das gemeinsame, bundesweit neue

Virtual-Reality-Projekt mit einem Anbieter von 3D-Druck-Technologie und Avataren. Verschiedene Ärzte, aber auch Mitarbeiter aus anderen Funktionsbereichen werden mittels Scanprogramm als personalisierter Avatar dargestellt und zur Kommunikation im virtuellen Raum befähigt. Dieser Ansatz ist innovativer und damit auch weiterführender als nur die Interaktion über Standardfragen und -antworten. Damit wird in nicht allzu ferner Zukunft auch bestimmten Patienten eine lange Anfahrt, belastende Wartezeiten und stressige Kurzberatungen erspart. Diesen wird zudem ein erster Eindruck vermittelt, wie die Abläufe im Krankenhaus funktionieren. Ebenso wird es möglich sein, sich Behandlungsräume oder Beratungszimmer vorab anzuschauen. In der virtuellen Welt kann man zudem an Konferenzen teilnehmen oder sich natürlich auch weiterbilden. Virtual Reality und Unterricht wird in absehbarer Zeit engstens miteinander verzahnt werden, ganz zu schweigen von diversen unmittelbaren therapeutischen Anwendungen der virtuellen Realität.

KONKRETE ANWENDUNGEN IN DER CHIRURGIE

Auch die Chirurgie profitiert konkret von den neuen Möglichkeiten durch Künstliche Intelligenz. Ein aktuelles Beispiel hierfür ist die von unserer Oberärztin Dr. Funke und PD Dr. Darwiche an der Univ.-Ruhrlandklinik für Lungenkranke Ende November 2019 erstmals durchgeführte Bronchoskopie, die mit Unterstützung des sogenannten Archimedes-Systems erfolgte. Hierbei handelt es sich um ein auf Künstlicher Intelligenz beruhendes System, das mehrere Möglichkeiten der Navigation in der Lunge kombiniert. Zum einen kann der Weg entlang aller Abzweigungen durch den Bronchialbaum als Pfad für die Bronchoskopie angezeigt werden (vereinfacht ausgedrückt als „Google Maps“ für die Lunge). Falls es sinnvoll erscheint, kann der Atemweg jedoch auch verlassen und eine Abkürzung durch die Lunge gewählt werden. Die millimetergenaue Ansteuerung eines unklaren Lungenherdes erfolgt dann mittels virtueller Durchleuchtung. Mit diesem System, welches eines der ersten in Europa ist, kann damit eine sehr exakte histologische



Abb. 3: Digitale Pathologie

Abklärung bei einem Großteil aller Lungenherde erreicht werden.

Ein weiteres Beispiel moderner digitaler Technologie ist der Einsatz von Virtual Surgery Intelligence (VSI) mittels einer speziellen Brille an der Klinik für Dermatologie durch Oberarzt Prof. Stoffels. Vorab aufgenommene, zweidimensionale Schichtaufnahmen lassen sich durch VSI in 3-D-Bilder umrechnen, virtuell über dem Patienten positionieren und freihändig durch Gestik und Sprachsteuerung bedienen. So können beispielsweise chirurgisch zu entfernende Lymphknoten zielgerichtet lokalisiert und entfernt werden. Diese Holomedizin ist in der Dermatologie, künftig aber auch in anderen Disziplinen vielfältig einsetzbar und wird etwa die Sentinel-Lymphknoten-Chirurgie nachhaltig optimieren. Auch bei der OP-Planung, der Telechirurgie und im Rahmen der Patientenaufklärung bringt Holomedizin neue Möglichkeiten in Hinblick auf Sicherheit, Qualität und Patientenversorgung.

EMPATHIE, SERVICE UND MENSCHLICHKEIT ALS ZENTRALER BESTANDTEIL DES SMART HOSPITAL

Das Smart Hospital stellt den Menschen in den Mittelpunkt. Vor diesem Hintergrund

haben wir 2017 das bundesweit einzigartige Institut für PatientenErleben gegründet. Es entstand aus der Erkenntnis, insbesondere in dieser Phase großer Veränderungen in der Medizin ganz bewusst darauf zu achten, den Patienten, die Mitarbeiter und ihr Wohlbefinden als eigentliches Ziel des Smart Hospital nicht nur nicht aus den Augen zu verlieren, sondern gewissermaßen zu institutionalisieren. Das Institut für PatientenErleben analysiert und optimiert neben der rein medizinischen Leistung viele andere Aspekte eines Klinik-Aufenthaltes. Dazu gehören etwa die Orientierung auf dem Klinikgelände und in den Gebäuden, dem Patientenempfinden angepasste Räumlichkeiten, effiziente Abläufe, akzeptable Wartezeiten, patientenfreundliche Informationen oder beziehungsorientierte Kommunikation mit Ärztinnen und Ärzten, Pflegekräften und weiteren Mitarbeitern im Haus. Auch die Vor- und Nachbereitung eines Patienten-Aufenthaltes gehören zum Patienten-Erleben. Kurzum: Das Institut ist nicht Gegenstück, sondern logische vervollkommenung einer zunehmend digitalisierten Medizin.

In diesen Kontext passt auch die zum Jahresbeginn 2020 geplante Inbetriebnahme unseres digitalen, intelligenten Service- und Informationscenters. Es wird den zahlreichen Patienten der Universitätsmedizin

Essen eine signifikant bessere Erreichbarkeit bieten, gleiches gilt für die Zuweiser und Nachversorger. Damit trägt das Service- und Informationscenter dazu bei, das heutige Informationsdefizit zu den vor- und nachsorgenden Einrichtungen auszugleichen. Gleichzeitig wird das Zentrum unsere Mitarbeiter, etwa durch ein besseres Management von Telefonanrufen, entlasten. Nach dem Endausbau mit der Einbindung der Ambulanzen ist eine 24/7-Verfügbarkeit sichergestellt.

SMART HOSPITAL: VIEL MEHR ALS BITS UND BYTES

Ungeachtet all der konkreten medizinischen oder dem Service für den Patienten dienenden Anwendungen darf der zentrale Punkt nicht vergessen werden: Die Umsetzung des Smart Hospitals ist vor allem ein kultureller Transformationsprozess. Denn es geht dabei weniger um die alleinige Digitalisierung medizinischer Leistungen. Smart Hospital bedeutet in erster Linie einen umfassenden Change Prozess, der alle Ebenen und Dimensionen eines Krankenhauses betrifft: Natürlich einen hochmodernen Gerätepark, eine leistungsstarke IT und vieles mehr. Vor allem aber eine einschneidende, umfassende Veränderung, die ein neues Denken und Handeln aller Personen im Gesundheits- und Klinikbetrieb erfordert. Das Smart Hospital verlangt

einen offenen, im Team denkenden sowie in den interdisziplinären Schnittstellen arbeitenden Typus Mensch. Nur dann können die in der Digitalisierung begründeten Potenziale für Patienten und Mitarbeiter in vollem Umfang nutzbar gemacht werden. Daher ist das Aufbrechen tradierter Kommunikations- und Hierarchiestrukturen im Krankenhaus eine zentrale Herausforderung.

Die Schlüsseldisziplin in diesem Zusammenhang ist die Kommunikation. Wir brauchen die Veränderungsbereitschaft und den Veränderungswillen unserer rund 8.500 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter an sämtlichen Standorten. Dies erreichen wir nur durch eine offene und auf Transparenz ausgelegte Kommunikation, die die großen Herausforderungen nicht leugnet, aber das Smart Hospital als einzig denkbare Antwort auf die Herausforderungen im Klinikalltag sowie im Gesundheitssystem insgesamt darstellt. Grundprinzipien der Menschlichkeit wie Empathie und mitfühlender Respekt gehen dabei nicht verloren, sondern werden vielmehr verstärkt. Wir stellen fest, dass die anfängliche Skepsis zunehmend weicht und das Smart Hospital für alle Berufsgruppen greifbarer und attraktiver wird. Die mit dem Smart Hospital verbundene Fokussierung auf den Menschen wird jeden Tag im Alltag gelebt.

ÜBER PROFESSOR DR. JOCHEN A. WERNER

Prof. Dr. Jochen A. Werner studierte Humanmedizin in Kiel und nahm seine ärztliche Tätigkeit ebendort an der Univ-Klinik für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde, Kopf- und Halschirurgie auf, wo er sich 1993 für das Fach HNO-Heilkunde habilitierte. Seine medizinische Laufbahn führte Werner nach verschiedenen leitenden Funktionen 1998 auf den Lehrstuhl für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde der Philipps-Universität Marburg, den er zu einer der international führenden Institutionen im Gebiet der Kopf-Hals-Onkologie weiterentwickelte. In der Hals-, Nasen- Ohrenheilkunde



Abb. 4: Smart Hospital

bekleidete Werner verschiedene Leitungspositionen. Hervorzuheben ist die von ihm initiierte Gründung und Leitung des Deutschen HNO-Studienzentrums, seine Präsidentschaft und spätere Ehrenmitgliedschaft der Deutschen Gesellschaft für HNO-Heilkunde, Kopf- und Halschirurgie sowie seine Ehrenmitgliedschaft im Berufsverband für HNO-Ärzte in Anerkennung seiner mehrjährigen Tätigkeit als Dozentenkanzler dessen Fortbildungsgesellschaft. Während seiner Zeit als Direktor der Marburger Univ.-HNO-Klinik war Werner Studiendekan des Fachbereiches Humanmedizin und

maßgeblich beteiligt an dem Aufbau des Dr. Reinfried Pohl Lehr- und Lernzentrums für Medizin.

Im Jahr 2011 wurde Werner zunächst zum Ärztlichen Direktor des Marburger Universitätsklinikums ernannt, anschließend folgte seine Bestellung zum hauptamtlichen Ärztlichen Geschäftsführer des drittgrößten Universitätsklinikums Deutschlands, der Universitätsklinikum Gießen und Marburg (UKGM) GmbH. Zusätzlich wurde ihm die Position als Sprecher des Medical Boards des im S-Dax notierten Klinikbetreibers Rhön

Klinikum AG übertragen, einem der großen Gesundheitsdienstleister Deutschlands. Seit 2015 leitet Werner als Ärztlicher Direktor und Vorstandsvorsitzender die Universitätsmedizin Essen. Gemeinsam mit einem Führungsteam hat sich Werner auf den Weg gemacht, die Essener Universitätsmedizin mit ihren Tochterunternehmen und rund 8.500 Beschäftigten in ein Smart Hospital zu überführen. Zur Verbreitung seines Veränderungskonzeptes im Kontext der sich vollziehenden Digitalisierung engagiert sich Werner auch in den sozialen Medien mit zwischenzeitlich über 50.000 Kontakten.



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 Deutsch- land 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