

PASSION **C**HIRURGIE



PANORAMA

**WARUM ICH
BDC-MITGLIED
GEWORDEN BIN**

im Fokus

60 JAHRE BDC

03 | I | 2020

MITGLIEDERZEITSCHRIFT:
DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR CHIRURGIE
BERUFSVERBAND DER DEUTSCHEN CHIRURGEN



GUT LEBEN
AUF
GESUNDEN
BEINEN



VenaSeal™
Closure System



ClosureFast™
Endovenöses Radiofrequenz
Ablations-System

Mehr als 20 Millionen
Menschen leben in Deutsch-
land mit Krampfadern

1%
wird nur
behandelt

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

05./06.05.2020
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

Medtronic
Further, Together

60 Jahre BDC – Rück- und Ausblick

Mit dem 60. Lebensjahr ist im normalen Berufsleben ein Ende der ärztlichen Tätigkeiten absehbar, nicht so beim BDC: Bei allen Veränderungen der globalen Politik, besonders auch unter gesundheits- und berufs-politischen Aspekten, war die Entwicklung zu einem der größten chirurgischen Berufsverbände Europas in diesem Ausmaß sicherlich nicht vorhersehbar.

Am 23. April 1960 versammelten sich 40 Chirurgen und gründeten den Berufsverband der Deutschen Chirurgen e.V., weil sie erkannt hatten, dass die konkreten Nöte der Einzelnen und deren berufliche Belange kaum Interesse bei der rein wissenschaftlich orientierten Deutschen Gesellschaft für Chirurgie fanden. Es war also durchaus eine Art „Abspaltung“. Schon vom Gründungspräsidenten und in der Folge erst recht von den Nachfolgern Müller-Osten und Hempel, die beide immerhin 40 Jahre lang die Geschicke des BDC bestimmten, wurde aber niemals eine Konfrontation mit der DGCH angestrebt, sondern stets eine enge partnerschaftliche Beziehung mit klarer Benennung der jeweiligen Aufgabenfelder gepflegt. Am besten passt hier der ebenso kurze wie eindeutige Ausspruch von Karl Hempel:

„Die Deutsche Gesellschaft ist für die Chirurgie zuständig, der Berufsverband für die Chirurgen.“

Schon in der Anfangsphase hat es sich der BDC zur Aufgabe gemacht:

- Die Vertretung aller chirurgischen Berufsbelange innerhalb der Ärzteschaft gegenüber den Körperschaften des öffentlichen Rechts sowie der Ärztekammer und den Kassenärztlichen Vereinigungen; ferner gegenüber dem Staat, der Regierung und ihren Behörden.
- Die Beratung all dieser Organe hinsichtlich der chirurgischen Belange einschließlich der Probleme der Facharztausbildung und der neuen Gebührenordnung, Fragen der chirurgischen Pflichten und Rechte sowie die Beratung von Berufskollegen in Facharztfragen.
- Die Wahrung der chirurgischen Interessen in der Öffentlichkeit und gegenüber den Publikationsmedien.
- Der Berufsschutz des Chirurgen im Allgemeinen und nötigenfalls auch gegenüber dem Gericht.
- Der Schutz gegen eine Einengung und Schmälerung unseres Fachgebietes.



Daran hat sich im Kern über all die Jahre nichts wesentlich geändert, allerdings sind zahlreiche neue Aufgaben dazugekommen, wie der Ausbau einer professionellen Pressestelle, die Herausgabe einer Mitgliederzeitschrift (beides seit einigen Jahren gemeinsam mit der DGCH), die Intensivierung der juristischen Unterstützung unserer Mitglieder sowohl in Grundsatzfragen als auch ganz individuell, ein umfängliches Versicherungsangebot und vor allem – mit Gründung der nunmehr Deutschen Akademie für Fort- und Weiterbildung – ein breit gefächertes Angebot an



**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)
praesident@bdc.de,
h-jmeyer@dgch.de



Dr. med. Jörg-Andreas Rüggeberg
Vizepräsident
Berufsverband der Deutschen
Chirurgen e.V. (BDC)
dr.rueggeberg@t-online.de

Meyer HK, Rüggeberg JA, Kalbe P, Burgdorf F:
Editorial 60 Jahre BDC. Passion Chirurgie.
2020 März; 10(03): Artikel 01.



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

Seminaren, Workshops und Fortbildungsveranstaltungen. Umfragen unter unseren Mitgliedern zeigen, dass Versicherungsschutz, Seminarangebote und juristische Beratung auf der „Wunschliste“ ganz oben stehen, durchaus gleichauf mit der eigentlichen Kernaufgabe eines Berufsverbands, nämlich der Interessenvertretung nach außen.

Der BDC war mit Beginn der Siebzigerjahre die führende berufspolitische Vertretung der Chirurgen in Deutschland. Folgerichtig war der BDC dann auch über die Mitgliedschaft in der Gemeinschaft Fachärztlicher Berufsverbände (GFB) aktiv in die europäische Politik der UEMS eingebunden, stets in engem Schulterschluss mit der DGCH. Im Dezember 1999 zog die Geschäftsstelle von Hamburg nach Berlin in das Langenbeck-Virchow-Haus um und vergrößerte den Stamm der Mitarbeiter deutlich in Richtung eines professionellen Unternehmens. Nicht zuletzt diesem Umzug ist es mit zu verdanken, dass letztlich das Langenbeck-Virchow-Haus nach mühsamen Verhandlungen wieder zur Heimat der deutschen Chirurgen geworden ist.

Mit der Wahl des amtierenden Generalsekretärs der DGCH, Prof. Dr. med. Dr. h.c. Hans-Joachim Meyer im Jahr 2015 auch zum Präsidenten des Berufsverbands wurde eine von den Gründungsvätern des BDC noch durchaus vehement abgelehnte Personalunion eingeführt, die allen Bedenken zum Trotz eine außerordentliche Beförderung der Zusammenarbeit und keinesfalls eine Unterordnung oder gar „Eingemeindung“ zur Folge hatte. Es hat sich dabei rasch gezeigt, dass zwar unterschiedliche Schwerpunkte, diese aber letztlich mit dem gleichen Grundthema zu bearbeiten sind, die in dieser engen Gemeinsamkeit bei aller notwendigen Eigenständigkeit sehr erfolgreich nach außen kommuniziert werden können.

60 Jahre erfolgreiche Interessenvertretung dürfen nun aber kein Anlass sein, sich zurückzulehnen, sondern müssen vielmehr Ansporn sein, das Erreichte weiter auszubauen und vor allem sich den Herausforderungen der Zukunft zu stellen. Es genügt eben nicht, einfach das sogenannte Tagesgeschäft „routine-mäßig“ abzuwickeln. Bei jedem neuen Projekt

oder gesundheitspolitischen Vorgaben müssen wir darauf achten, was dies für die nachwachsende Generation junger Chirurginnen und Chirurgen für Konsequenzen haben wird. Dieses vor allem auch unter dem Aspekt eines äußerst umtriebigen Gesundheitsministers Jens Spahn. Der 16. Gesundheitsminister unseres Landes und sein Ministerium haben nämlich in der jetzigen Legislaturperiode Gesetzentwürfe und Verordnungen am laufenden Band produziert, wobei exemplarisch nur das Terminservice- und Versorgungsgesetz, das Pflegepersonal-Stärkungsgesetz, das Digitale-Versorgung-Gesetz oder das MDK-Reformgesetz genannt seien.

Aktuell wird eine Neufassung der ärztlichen Approbationsordnung diskutiert mit Verlagerung der Ausbildungsschwerpunkte in Richtung Allgemein- und ambulante Medizin, ganz abgesehen von einer neuen Gewichtung der Themen Digitalisierung oder der Gewichtung der „sprechenden“ Medizin. Wir werden nicht zulassen, dass klassische Schwerpunktgebiete wie die Chirurgie zu Nebenfächern degradiert werden. Gleiches gilt für die Diskussion der chirurgischen Facharztweiterbildung. Der von der gemeinsamen Weiterbildungskommission des BDC und der DGCH zusammen mit allen chirurgischen Fachgesellschaften und Berufsverbänden abgelehnte Erhalt eines Facharztes für Allgemeinchirurgie stellt uns nun vor die Aufgabe, diesen dennoch lebensfähig zu erhalten, will man diejenigen, die sich für diesen Karriereweg entscheiden, von vornherein eine vernünftige Chance einräumen. Diese Diskussion ist eng verknüpft mit der Frage der Ausgestaltung zukünftiger wohnortnaher Versorgung bzw. Veränderung der Krankenhauslandschaft mit Abschaffung kleiner Häuser.

Man hat den Eindruck, dass viele Gesetze im Detail sinnvoll, in der Nachhaltigkeit aber zu hinterfragen sind: Oftmals wäre größere Sorgfalt statt eines überhöhten Tempos effektiver, wie auch beim Referentenentwurf zur Reform der Notfallversorgung. Der BDC arbeitet ferner intensiv an Modellen sektorübergreifender Kooperation zwischen fachverschiedenen Häusern und ambulanten Strukturen. Wir werden eine patientengerechte Versorgung in der Tiefe nur durch Spezialisierung erreichen, aber

mit dem Verlust der Breite unseres Faches. Nach unserer Auffassung lässt sich das nur durch Zusammenführung der individuellen Kompetenzen in Verbundsystemen darstellen.

War der Start des BDC vor sechs Jahrzehnten noch geprägt von etwaigen Animositäten, Misstrauen und Ausgrenzung gegenüber den wissenschaftlichen Fachgesellschaften, so haben wir jetzt eine enge partnerschaftliche Beziehung erreicht, die allen nützt. Faktisch wird die viel beschworene Einheit der Chirurgie gelebt, auch wenn sie formal nicht

vollzogen ist. Wie allgemein bekannt, ist das Ganze eben immer mehr als die Summe seiner Teile.

Allein die Zahl von nahezu 18.000 Mitgliedern (gegenüber 40 „Versprengten“ zu Gründungszeiten) beweist, dass der gewählte Weg der Richtige ist und unbeirrt weiterverfolgt werden sollte.

Unser Dank gilt allen, die zur Weiterentwicklung des BDC im Sinne ihrer Mitglieder in all den Jahren beigetragen haben. ○



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



Dr. med. Friederike Burgdorf, M. Sc.
Geschäftsführerin
Berufsverband der Deutschen
Chirurgen e.V. (BDC)
burgdorf@bdc.de

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 Weilbach

VERLAG

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

DESIGN

Nina Maria Küchler, Berlin

ANZEIGEN

Sabine Bugla
PassionChirurgie@t-online.de
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.

ISSN 2194-5586



INHALT

1 EDITORIAL

1

im Fokus
60 JAHRE BDC

H.-J. Meyer, J.-A. Rüggeberg
P. Kalbe, F. Burgdorf

6 SCHAUFENSTER

8 JUBILÄUM – GASTBEITRÄGE

- 8 **Der Beitrag des G-BA zur flächendeckenden Versorgung in der Chirurgie** J. Hecken
- 10 **Einfluss neuer Gesundheitsberufe auf die Tätigkeitsfelder von Chirurginnen und Chirurgen** K. Reinhardt
- 12 **Das Krankenhaus steht für gute Notfallversorgung** G. Gaß
- 14 **Grußwort zum 60. Jahrestag des BDC** D. Pfeiffer
- 16 **Intersektorale Versorgung – Zukunftskonzepte unter Berücksichtigung der Rolle der Chirurgie** A. Gassen
- 19 **Wissenschaft und Berufspolitik – zwei Seiten einer Medaille** T. Schmitz-Rixen

21 JUBILÄUM – BDC-VORSTAND

- 21 **Der BDC – Meine Zukunftsvision** F. Burgdorf



- 24 Die BDC|Akademie – The Past and the Future *W. Schröder*
- 27 Rechtsbeistand für BDC-Mitglieder *J. Heberer*
- 30 Deutliches Wachstum niedergelassener Chirurgen im BDC *P. Kalbe*

32 BDC-HISTORIE

- 32 60 Jahre BDC – eine Zeitreise *M.-J. Polonius, J.-A. Rüggeberg*
- 36 BDC-Chronik

44 CHIRURGIE⁺

- 44 DCK Kompakt – das Nachlese-Webinar des DCK 2020
- 45 **BDC|Umfrage:** Die Zusammenarbeit zwischen leitenden ChirurgInnen und Klinik-Geschäftsleitungen: Was hat sich verändert? *C. Tonus*
- 55 **Safety Clip:** Das Medizinprodukte- Durchführungsgesetz und seine Bedeutung für Krankenhäuser *K. Vonderhagen, K. Rosen*
- 60 **Hygiene-Tipp:** Invasive Pilzinfektionen durch Candida-Spezies *W. Popp, P. Walger, R. Schmithausen, L. Jatzwauk, W. Kohnen*
- 61 **Rezension:** Arztgespräche richtig führen *J. Rolinger*
- 62 Personalia
- 66 F+A: Weiterzahlung des Arbeitsentgelts bei schwangerschaftsbedingter Krankheit und Beschäftigungsverbot *J. Heberer*
- 67 F+A: Anspruch auf Löschung der Daten bei Jameda *J. Heberer*

70 INTERN

70 DCGH

- 70 Kommentar des DGCH-Generalsekretärs
- 73 Einladung zur DGCH-Mitgliederversammlung 2020
- 75 Einladung zum 137. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie *T. Schmitz-Rixen*
- 77 Bericht über die Verwendung des Wolfgang Müller-Osten-Stipendiums *P. Baum*
- 78 **Rezension:** Band II: Deutsche Gesellschaft für Chirurgie 1933-1945. Die Verfolgten *A. Encke*
- 81 Nachruf zum Tod von Prof. Dr. med. Hans-Eberhard Schaller
- 82 Rekrutierende multizentrische chirurgische Studien in Deutschland
- 86 Spendenaufruf und Bausteine Langenbeck-Virchow-Haus
- 91 DGCH-Präsidium ab 1. Januar 2020

96 BDC

- 96 BDC|News
- 98 BDC|Landesverbände
- 100 Einladung zur BDC-Mitgliederversammlung 2020
- 101 Termine BDC|Akademie
- 105 BDC|Sport: Wer läuft eine Staffel mit?
- 106 Lifestyle-Angebote im März 2020

108 PANORAMA

108 Warum ich BDC-Mitglied geworden bin

- 112 Bilderrätsel

Leitlinien künftig auch öffentlich finanziert



Leitlinien sind essentiell, wenn es um die ärztliche Arbeit in Klinik und Praxis geht. Bislang leisteten die Ärzte diese Arbeit weitestgehend ehrenamtlich. Das ändert sich nun: Durch das im vergangenen Dezember in Kraft getretene Digitale-Versorgungs-Gesetz (DVG) besteht künftig die Möglichkeit, neue oder aktualisierte Leitlinien öffentlich zu finanzieren.

Zwei Finanzierungswege stehen hierbei offen: Zum einen können Mittel des beim Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) angeschlossenen Innovationsfonds abgerufen werden, zum anderen können Evidenzrecherchen zu einzelnen klinisch relevanten Fragestellungen in Leitlinien über das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit – nach Beauftragung durch das Bundesgesundheitsministerium – initiiert werden.

Das DVG bietet erstmals eine unabhängige Finanzierung von medizinischen Leitlinien. Dies war eine seit Langem erhobene Forderung der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF).

Mehr lesen: <http://bit.ly/LeitlinienAWMF>

MODERNES VERGÜTUNGSSYSTEM

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 in der Vergütung ambulant-ärztlicher Leistungen zwei unterschiedliche Systeme für vergleichbare, wenn nicht sogar größtenteils identische medizinische Leistungen benötigt. Zusammenfassend schlägt die KOMV jetzt eine Harmonisierung der Definition der ärztlichen Leistungen – die sogenannte Leistungslegendierung – vor. Die Preise hingegen sollen weiterhin getrennt für die GKV und die PKV vereinbart werden. Damit ist eine einheitliche Gebührenordnung vom Tisch. Dies bewertet der BDC positiv...



Mehr lesen: <http://bit.ly/KOMV-Vorschläge>

Aktuelle BDC|Umfrage

Umfrage zum Spannungsverhältnis zwischen ärztlicher Zielsetzung und Ökonomisierung

Die medizinische Indikation spielt in dem Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient eine zentrale Rolle. Gleichzeitig nimmt das Spannungsverhältnis zwischen ökonomischem Druck und ärztlichen Zielsetzungen in der Chirurgie zu, was immer öfter in den Fach- und Laienmedien thematisiert wird. Schon jetzt sind Auswirkungen auf die Berufszufriedenheit leitender KrankenhausärztInnen und ein gewisser Vertrauensverlust in der Bevölkerung wahrzunehmen.

Welche Möglichkeiten haben BewerberInnen im Vorfeld bei der Neubesetzung einer Leitungsfunktion in der Chirurgie, dem Rollenkonflikt der Position entgegenzuwirken? Auf welche Inhalte der Bewerbungsgespräche und ersten Zielvereinbarungsgesprächen sollten sich ChefärztInnen in der Chirurgie vorbereiten?

Um konkrete Handlungsspielräume für leitende ChirurgInnen aufzuzeigen und der Diskussion einen sachlichen Rahmen zu geben, führt der BDC aktuell zusammen mit Experten aus Medizinethik, Soziologie und Unternehmensberatung eine

wissenschaftliche Untersuchung durch. Dabei werden kürzlich eingestellte ChefärztInnen zu ihren Erfahrungen befragt.

Bitte beteiligen Sie sich an der Umfrage!
Zur Umfrage: www.bit.ly/UmfrageFührung

Dr. med. Erik Allemeyer, Leitender Arzt Proktologie, Kontinenz- und Beckenbodenchirurgie Niels-Stensen-Kliniken, Franziskus Hospital Harderberg

Prof. Dr. Dr. med. Karl-Heinz Wehkamp, Vorstandsmitglied der Akademie für Ethik in der Medizin

Prof. Dr. med. Carsten J. Krones, Themen-Referat Leitende KrankenhauschirurgInnen, Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie Marienhospital Aachen

Arne Siewert Dipl.-Kfm, MBA Manager, PricewaterhouseCoopers GmbH Wirtschaftsprüfungsgesellschaft, Forensic Services

Prof. Dr. hum. biol. W. Vogd, Lehrstuhlinhaber für Soziologie, Fakultät für Gesundheit (Department für Humanmedizin), Universität Witten/Herdecke

Fachkunde im Strahlenschutz

Veranstaltung im Rahmen des DCK am 25.04.2020 in Berlin

Kurs „Aktualisierung der Fachkunde und Kenntnisse im Strahlenschutz für Ärzte und MFA, MTA, MTAA“ im Karl-Storz-Haus, Berlin

Dieses Seminar wird neben den trockenen Pflichtinhalten auch Informationen über Trends und Innovationen in der (Teil-)Radiologie bieten. Speziell für die niedergelassenen Chirurgen werden darüber hinaus die BDC-Seminare zur Praxis-Optimierung und zur Abrechnung nach EBM und (UV-) GOÄ angeboten.

Informationen und Anmeldung zum Strahlenschutzkurs: <http://bit.ly/StrahlenschutzSeminar>



Jubiläum – Gastbeiträge

Der Beitrag des G-BA zur flächendeckenden Versorgung in der Chirurgie



Prof. Josef Hecken
Unparteiischer
Vorsitzender
Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)
Gutenbergstraße 13
10587 Berlin

– die Arztgruppen der Chirurgen und der Orthopäden unter Berücksichtigung der damals aktuellen Musterweiterbildungsordnung der Bundesärztekammer zusammengefasst und kam damit einer entsprechenden Forderung des Berufsverbandes der Deutschen Chirurgen e.V. (BDC) nach. Durch die Einführung des Facharztes für Orthopädie und Unfallchirurgie wurde zwar die Möglichkeit der Differenzierung von orthopädischer und chirurgischer Versorgung bei der Planung eingeschränkt, jedoch konnten auf diese Weise Probleme bei der Nachbesetzung von Chirurgen behoben werden. So kann der zunehmenden Verlagerung von chirurgischen Sitzen in den orthopädischen Bereich nun wirksam begegnet werden, ebenso dem Absinken der chirurgischen Versorgungsgrade ohne tatsächliche Änderungen in der Versorgung sowie einer unerwünschten Entsperrung von Planungsbereichen

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in den vergangenen zwei Jahren eine Vielzahl von Beschlüssen gefasst, die darauf abzielen, die ambulante und stationäre Versorgung flächendeckend so zu gestalten, dass die Patientinnen und Patienten jetzt und auch in Zukunft bestmöglich chirurgisch behandelt werden können.



Ganz bewusst wurden Spielräume bei der Nachbesetzung geschaffen, da die Zulassungsausschüsse regionale Versorgungslagen am besten einschätzen und damit die notwendigen Zulassungsentscheidungen bei mehreren Bewerbern treffen können.

Die Auswirkungen auf die Zusammensetzung der gemeinsamen Arztgruppe der Orthopäden und Chirurgen werden beobachtet und innerhalb von

Hecken J: Der Beitrag des G-BA zur flächendeckenden Versorgung in der Chirurgie. *Passion Chirurgie*. 2020 März, 10(03): Artikel 03_02.



Mehr zum Thema lesen Sie auf BDC|Online (www.bdc.de, Rubrik Politik).

So hat der G-BA beispielsweise im Jahr 2018 – und damit bereits vor der gesetzlich vorgesehenen weitreichenden Reform der Bedarfsplanungs-Richtlinie

vier Jahren evaluiert. Sollte es zu Verwerfungen in der Versorgungslandschaft kommen, wäre eine Regelung zur Steuerung der Verteilung von chirurgischen und orthopädischen Kompetenzen, wie sie durch das Terminservice- und Versorgungsgesetz inzwischen ermöglicht wurde und im Rahmen der vom G-BA Mitte 2019 beschlossenen Reform der Bedarfsplanungs-Richtlinie, beispielsweise im internistischen Bereich, bereits vorgenommen wurde, denkbar. Infolge dieser Regelung können nämlich internistische Sitze auch in gesperrten Planungsbereichen so lange noch durch beispielsweise in der Versorgung ja dringend gebrauchte Rheumatologen besetzt werden, wie die Minimalquote noch nicht erreicht wurde. Andere internistische Fachgebiete hingegen, wie beispielsweise die Kardiologen, wurden mit einer Maximalquote belegt. So können diese quotierten Sitze im Sinne der Versorgungskontinuität zwar weiterhin nachbesetzt werden, die Anzahl wird nach oben aber insgesamt gedeckelt.

Eine andere Quotenregelung zur Versorgungssteuerung wurde im nervenärztlichen Bereich beschlossen. Hier geht es darum, die Sitze der Nervenärztinnen und -ärzte im Sinne der Patientinnen und Patienten mit Augenmaß auf Psychiater, Neurologen und Nervenärzte, bzw. Doppeltweitergebildete, zu verteilen. Auch die Entwicklungen in Folge dieser Quotenregelungen werden beobachtet. Gegebenenfalls kristallisiert sich so eine

Möglichkeit heraus, der Forderung nach einer differenzierten Beplanung von grundversorgenden und spezialversorgenden Chirurgen zukünftig zu entsprechen.

Bis dahin halten wir die Versorgung und die Auswirkungen der erst kürzlich vorgenommenen, weitreichenden Änderungen der Bedarfsplanungs-Richtlinie im Blick, die erst am 01. Januar 2020 scharf geschaltet wurden, wohlwissend, dass die Landesausschüsse nach wie vor die Möglichkeit haben, von den Rahmenvorgaben des G-BA abzuweichen. Sie können andere Verhältniszahlen oder Planungsbereiche festlegen und auch Sitze entsprechend dem lokalen Bedarf zusätzlich ausschreiben. Auch Ärztinnen und Ärzte können weiterhin in Eigeninitiative einen Antrag auf Sonderbedarfszulassung stellen, worüber der regional zuständige Zulassungsausschuss entscheidet.

Allerdings ist immer wieder darauf hinzuweisen, dass allein mit dieser umfangreichen Reform der Bedarfsplanung, die die Ergebnisse eines wissenschaftlichen Gutachtens berücksichtigt und zusätzliche und differenziertere Steuerungsinstrumente eingeführt hat, keine weiteren Ärztinnen und Ärzte in die Versorgung kommen – trotz der Möglichkeiten, die vertragsärztliche Versorgung entsprechend der regionalen und lokalen Gegebenheiten vor Ort noch flexibler und bedarfsorientierter zu gestalten.

So können durch diesen Beschluss, je nachdem wie die Regelungen auf Landesebene umgesetzt werden, zwar bundesweit ca. 3.470 neue Niederlassungsmöglichkeiten für Ärztinnen und Ärzte wie auch für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten entstehen. Diese Niederlassungsmöglichkeiten können aber nicht zwangsläufig auch besetzt werden. Das Problem des Ärztemangels oder auch des Mangels entsprechender Bewerberinnen und Bewerber wird damit nicht gelöst.

Der G-BA leistet durch die Schaffung von entsprechenden Rahmenbedingungen den ihm möglichen Beitrag, die erforderliche flächendeckende chirurgische Versorgung der Versicherten zu gewährleisten. Und das nicht nur im ambulanten Bereich. Die Regelungen zur Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen sind ein Beispiel, wie für die Basisversorgung relevante Fachabteilungen für Chirurgie in bevölkerungsschwachen Gebieten durch Zuschüsse am Netz gehalten werden können, auch wenn sie finanziell nicht rentabel sind. So ist die Vorhaltung einer Fachabteilung für Chirurgie erforderlich, wenn ein Krankenhaus Zuschläge für die Teilnahme an der Notfallversorgung erhalten will. Auch bei der jüngst beschlossenen Regelung zur Konkretisierung der besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten trägt der G-BA der Tatsache Rechnung, dass chirurgische Kompetenzen, beispielsweise im Bereich der Traumazentren, unabdingbar sind. ○

Diesen Beitrag haben wir für die BDC-Jubiläumsausgabe angefragt und freuen uns sehr, dass Herr Professor Hecken vom Gemeinsamen Bundesausschuss die Zeit gefunden hat, eine Würdigung zu schreiben.

Einfluss neuer Gesundheitsberufe auf die Tätigkeitsfelder von Chirurginnen und Chirurgen



Dr. med. (I) Klaus Reinhardt
Präsident
Bundesärztekammer (BÄK)
Facharzt für
Allgemeinmedizin
Herbert-Lewin-Platz 1
10623 Berlin

minimal-invasiven Eingriffen. Digitalisierung, roboterassistierte Systeme und Telechirurgie halten Einzug in die Operationssäle deutscher Kliniken. Die Bandbreite der modernen Bildgebung wird immer größer, von der Schnittbildgebung mit 3-D-Bildrekonstruktion bis zu navigierten Operationen mithilfe der „Augmented Reality“. Und schließlich spielen neue interdisziplinäre chirurgische Behandlungskonzepte bei den verschiedensten Krankheitsbildern eine immer wichtigere Rolle.

Die Chirurgie ist ein gleichermaßen faszinierendes wie forderndes Fach. Und doch hat sie mit anderen ärztlichen Fachrichtungen gemein, dass auch hier der ärztliche

Nachwuchs dünn gesät ist. Die

Gründe dafür sind vielfältig und können hier nicht

im Einzelnen vertieft

werden. Zu kon-

statieren ist aber,

dass die Arbeits-

verdichtung in der

Chirurgie ein mehr

als bedenkliches

Ausmaß erreicht

hat. Die Operations-

zeiten sind so eng

getaktet, dass kaum

noch Zeit für Patientenge-

sprache bleibt. Demgegenüber

nimmt die Belastung mit Bürokratie

und Dokumentation stetig zu.

Mehr Effizienz und Entlastung wollen Kliniken dadurch schaffen, dass sie medizinische Assistenzaufgaben zunehmend an speziell ausgebildetes, nicht-ärztliches Personal, sogenannte Midlevel Provider, übertragen. Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage,

In der Medizin bleibt nichts, wie es ist. Der

medizinisch-wis-

senschaftliche

Fortschritt,

technologi-

sche Neue-

rungen und

gesellschaft-

liche Struktu-

ren verändern

sie fortwäh-

rend. Für die

Chirurgie gilt dies

in besonderem Maße.

Allein seit Gründung des

Berufsverbandes der Deutschen

Chirurgen im Jahr 1960 hat sie einen erheb-

lichen Wandel erfahren. Die Chirurgie erzielt

heute Erfolge, die vor 60 Jahren noch undenk-

bar waren.

Beispiele dafür gibt es genügend: Gallenblase und Blinddarm entfernen heute die meisten Chirurgen ohne langen Schnitt, sondern mit

IM FOKUS

JAHRE



Reinhardt K: Einfluss neuer Gesundheitsberufe auf die Tätigkeitsfelder von Chirurginnen und Chirurgen. *Passion Chirurgie*. 2020 März, 10(03): Artikel 03_03.



Mehr zum Thema lesen Sie auf BDC|Online (www.bdc.de, Rubrik Politik).

ob sich die Etablierung derlei neuer Gesundheitsberufe positiv oder negativ auf die Zukunft der Chirurgie und die Attraktivität des Fachgebietes insgesamt auswirken kann.

Zu den relativ neuen Berufen gehören die Operationstechnischen AssistentInnen (OTA) und die Anästhesietechnischen AssistentInnen (ATA). Anfang/Mitte der 1990er Jahre haben Krankenhäuser damit begonnen, zum OTA und seit 2004 zum ATA auszubilden.

Operationstechnische AssistentInnen können wichtige, arztentlastende Aufgaben in den operativen Bereichen in Krankenhäusern sowie in ambulanten Einrichtungen übernehmen. Aus diesem Grunde befürwortet die Bundesärztekammer ebenso wie der BDC, dass ab dem Jahr 2022 OTAs eine bundesweit einheitliche Ausbildung erhalten, die der anspruchsvollen Aufgabe entspricht. Die Vereinheitlichung der Ausbildungsinhalte und -abschlüsse wird aus Gründen der Verbesserung der medizinischen Versorgung und der gestiegenen Nachfrage nach spezialisierten Pflegefachkräften von der Ärzteschaft als sinnvoll erachtet.

Viel diskutiert wird zudem der Physician Assistant. Er ist für Gesundheitsfachberufe, die sich speziell im medizinischen Bereich weiterqualifizieren wollen, durchaus eine geeignete Berufsperspektive. Dazu zählen insbesondere Medizinische Fachangestellte, Angehörige der Pflegeberufe, OTA, ATA wie auch Angehörige von Therapie- oder medizintechnischen Gesundheitsfachberufen. Gerade für Medizinische Fachangestellte ist der Bereich der medizinischen Assistenz durch bereits existierende Bildungswege vorgebahnt. Über zahlreiche Spezialisierungsqualifikationen

gemäß Musterfortbildungscurricula der Bundesärztekammer bestehen Chancen zur weiteren Berufsentwicklung durch den Abschluss im hochschulischen Bereich.

Mehr und mehr Hochschulen bieten inzwischen den Studiengang Physician Assistant an. Wichtig ist, dass sowohl die inhaltliche Ausgestaltung der Curricula als auch die formalen Voraussetzungen, insbesondere im Hinblick auf die Zulassungsvoraussetzungen, auf dem bereits im Jahr 2016 vorgelegten Konzeptpapier der Bundesärztekammer (BÄK) und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) basieren¹. Das Delegationsmodell von BÄK und KBV enthält neben einer Begründung des Berufsbilds und der Darstellung der (rechtlichen) Delegationsvoraussetzungen den Tätigkeitsrahmen, die verbindlichen Studieninhalte und die zu vermittelnden Kompetenzen. Die Kompetenzen sind in Anlehnung an den Nationalen Kompetenzbasierten Lernzielkatalog Medizin formuliert. Ebenfalls ist zwingend erforderlich, dass Hochschulen, Berufsverbände, Fachgesellschaften und Ärztekammern bei der Implementierung und Begleitung entsprechender Studiengänge zusammenarbeiten und darauf achten, dass die Qualitätskriterien eingehalten werden.

Gut ausgebildete und qualifizierte Angehörige anderer Gesundheitsberufe können – gerade in Zeiten des Nachwuchsmangels – Chirurgen und Chirurgen entlasten. Die Entlastungsmöglichkeiten steigen dabei mit dem Qualifikationsniveau. Voraussetzung ist allerdings, dass Angehörige nicht-ärztlicher Gesundheitsberufe weiterhin ausschließlich auf ärztliche Anordnung tätig werden, nicht zuletzt aus Gründen des Patientenschutzes und der Patientensicherheit. Der

Nachwuchsmangel in der Chirurgie darf nicht dazu führen, Vorbehaltsaufgaben des Arztes an andere Berufe abzugeben.

Konkret muss der Physician Assistant in allen Versorgungsbereichen disziplinarisch den Ärztinnen und den Ärzten unterstellt sein. Sinnvolle Einsatzgebiete können im Bereich des „Allgemeinen Prozessmanagements“ oder bei konkreten delegierbaren patientenbezogenen Tätigkeiten liegen. Der Physician Assistant kann hier wesentlich zu einer besseren Qualität von Assistenzleistungen und einer besseren Behandlungsorganisation beitragen.

Bedenklich ist in diesem Zusammenhang, dass Vertreter der Pflege diesen Grundkonsens aufweichen wollen und eine andere Form der Aufgabenverteilung im Gesundheitswesen einfordern. Im Ergebnis würden so neue Versorgungsebenen entstehen. In dem ohnehin nicht sonderlich stark sektorübergreifend ausgestalteten deutschen Gesundheitswesen würde dies zu neuen Schnittstellen und entsprechenden Übertragungsverlusten führen. Das ist sicher der falsche Weg.

Die Akademisierung von Gesundheitsfachberufen ist kein Selbstzweck. Sie soll einer guten Patientenversorgung dienen. Umso wichtiger ist es, dass wir uns als Ärzte aktiv in die Ausgestaltung neuer Berufsbilder sowie ihrer Aufgabenprofile einbringen.

Dabei kommt der Chirurgie angesichts der von ihr seit vielen Jahren gelebten guten Zusammenarbeit mit anderen Disziplinen und Professionen eine ganz erhebliche Bedeutung zu. 

Diesen Beitrag haben wir für die BDC-Jubiläumsausgabe angefragt und freuen uns sehr, dass Herr Dr. Reinhard von der Bundesärztekammer die Zeit gefunden hat, eine Würdigung zu schreiben.

¹ https://www.bundesaeztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Fachberufe/Physician_Assistant.pdf

Das Krankenhaus steht für gute Notfallversorgung



Dr. Gerald Gaß
Präsident
Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG)
Wegelystraße 3
10623 Berlin

zur Steuerung leisten, ist das zu begrüßen. Wer medizinische Hilfe benötigt, sucht nicht lange nach Bereitschaftsdiensten oder wartet auf den mobilen Bereitschaftsarzt. Er geht ins Krankenhaus, wo er umfassende und kompetente Versorgung erwartet und auch bekommt.

Die Politik hat die Realitäten des Patientenverhaltens erkannt und richtet die Reform der Notfallversorgung darauf aus. Das zumindest lassen die bisherigen Verlautbarungen aus dem Gesundheitsministerium erahnen. Die derzeitige Struktur, wonach die Notfallversorgung primär in der Hand der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) lag, hat sich in der Wirklichkeit nicht bewährt. Das

Statistisch gesehen ist fast jeder vierte Deutsche einmal im Jahr ein Notfallpatient. Rund 20 Millionen Fälle, in denen Menschen schnelle medizinische Hilfe suchen, verzeichnet die Buchführung jährlich. Mit 10,5 Millionen Fällen versorgen die Krankenhäuser den größten Teil. Dass diese

Patienten nicht immer nur mit lebensbedrohlichen Beschwerden in den Notaufnahmen behandelt werden, ist allgemein bekannt. Aber die meisten dieser Patienten suchen die Notaufnahmen nicht aus Bequemlichkeit auf, sondern weil sie im niedergelassenen Sektor keine Hilfe gefunden haben. Das Empfinden, ab wann eine Erkrankung ein tatsächlicher Notfall ist, ist äußerst subjektiv. Wenn die Rettungsleitstellen hier zukünftig die Patienten fachlich beraten und damit einen Beitrag

mag einerseits an mangelnder Kenntnis dieses Angebots bei den Patienten liegen, andererseits schlicht an unzureichenden Strukturen: Notfallpraxen sind für viele Menschen schwer erreichbar und nur eingeschränkt in ihrer Leistungsfähigkeit. Die Wahrscheinlichkeit, aufgrund einer schwereren Erkrankung ohnehin in ein Krankenhaus gebracht zu werden, ist immer gegeben.

Viele Patienten nehmen unter diesen Bedingungen gleich den direkten Weg in die Notfallambulanzen der Krankenhäuser. Auch weil sie um das breitere Angebot an Fachärzten in den Kliniken wissen.

KRANKENHÄUSER BENÖTIGEN KEINE AUFPASSER

In den vergangenen Jahrzehnten haben die Krankenhäuser unzweifelhaft bewiesen,



Gaß G: Das Krankenhaus steht für gute Notfallversorgung. *Passion Chirurgie*. 2020 März, 10(03): Artikel 03_04.



Mehr zum Thema lesen Sie auf BDC|Online (www.bdc.de, Rubrik Politik).

dass sie Notfallversorgung können wie kein anderer Akteur des Gesundheitswesens. Umso befremdlicher erscheint die Absicht, die geplanten Integrierten Notfallzentren (INZ) an den Krankenhäusern unter die fachliche Leitung der KVen stellen zu wollen. Die KVen sind jedoch keine Leistungserbringer, sondern verantwortlich für die Rahmenbedingungen im niedergelassenen Bereich. In diesem Sinne sind sie besser beraten, die Organisation der niedergelassenen Notfallstrukturen zu übernehmen, statt in die Arbeit der Krankenhäuser hineinzuwirken. Denn für die Patienten ergibt sich keine Verbesserung, wenn mit den INZ faktisch ein weiterer Sektor als wirtschaftlich unabhängige Einrichtung im Krankenhaus aufgebaut wird. Im Gegenteil, es dürfte noch mehr Verwirrung stiften.

Hintergrund dieses Konzepts sei es, Fehlanreize in den Krankenhäusern zu vermeiden, so die Begründung. Klar gesprochen: Den Krankenhäusern wird erneut vorgeworfen, Patienten ohne triftigen Grund zu behandeln, oder sie gar in die Notaufnahmen zu drängen. Da natürlich ein Teil der Notfallpatienten zur Weiterbehandlung auf die Stationen verlegt wird, schwebt auch der ständige Vorwurf im Raum, die Notfallversorgung diene lediglich der Patientenakquise.

Patienten, Ärzte und Pflegekräfte wissen angesichts des Alltags in den oft überfüllten Notaufnahmen um die Absurdität dieser Behauptung. Patienten kommen nicht in Notaufnahmen, weil sie von den Krankenhäusern auf den Marktplätzen eingesammelt werden, sondern weil sie an anderer Stelle keine Hilfe erhalten oder die größtmögliche

medizinische Kompetenz einfach in einem Krankenhaus erwarten. Der Vorschlag, dass die KVen die INZ betreiben, mag ein letztes Festhalten an der alten Prämisse sein, wonach der niedergelassene Sektor die Verantwortung für die Notfallversorgung trägt. Dass das aber vielerorts nicht funktioniert, spüren Patienten und Krankenhäuser allerdings seit vielen Jahren. Gegen Kooperationen ist nichts einzuwenden. Im Gegenteil, eine gute medizinische Versorgung, nicht nur im Notfall, benötigt leicht überwindbare Sektorengrenzen und möglichst viele Kooperation.

Völlig verantwortungslos ist das Ansinnen der Politik dagegen, den Krankenhäusern, denen kein INZ von Kassen und KV zugesprochen wird, die Notfallvergütung um 50 Prozent zu kürzen. Patienten, die in einer Notfallsituation ins nächstgelegene Krankenhaus kommen, müssen sich darauf verlassen können, dass vor Ort die notwendigen Fachärzte – also vor allem Chirurgen – auch kurzfristig zur Verfügung stehen. Das bedeutet Vorhaltekosten für die Krankenhäuser.

SEKTORENÜBERGREIFENDE GESUNDHEITZENTREN SICHERN VERSORGUNG IN DER FLÄCHE

Unser Vorschlag zur Sicherung – nicht nur – der Notfallversorgung sind sektorenübergreifende Gesundheitszentren. Vor allem in ländlichen Regionen bricht der niedergelassene Sektor zunehmend weg. Es liegt nahe, die vorhandenen Krankenhäuser zu Gesundheitszentren auszubauen, die neben der stationären auch eine ambulante Versorgung bieten und Notfallpatienten rund um die

Uhr betreuen. Damit ließen sich die größeren Lücken schließen und die niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen entlasten. Die sektorenübergreifende Struktur sichert zudem durch die kollegiale Zusammenarbeit die medizinische Qualität. Gerade in ländlichen Gegenden, in denen Krankenhäuser schon heute Leuchttürme der medizinischen Versorgung sind, könnten solche Gesundheitszentren weitere Vorteile haben. Mit ihrem vielfältigen Arbeitsplatzangebot sichern sie die Attraktivität der Regionen und bieten auch für Hochqualifizierte Gründe, nicht in Großstädte abzuwandern. Gesundheitszentren würden durch ihr breiteres Angebot noch stärker als ländliche Krankenhäuser als „Brutstätte“ künftiger Haus- und niedergelassener Fachärzte dienen, die gerade in Dörfern und Kleinstädten dringend benötigt werden. Um solche Strukturen zu schaffen, müssen allerdings die Entscheidungswege geändert werden. Die Entscheidungsmacht, ob Krankenhäuser auch ambulante Leistungen erbringen dürfen, darf natürlich nicht länger in den Händen derjenigen liegen, für die solche Angebote eine wirtschaftliche Konkurrenz darstellen.

Von einer Reform der Notfallversorgung erwartet sich die Deutsche Krankenhausgesellschaft also grundsätzliche Veränderungen, die auf das veränderte Patientenverhalten und auf die Herausforderungen für Ärzte und Krankenhausorganisation Rücksicht nehmen. Entscheidend wird sein, dass diese Reform nicht von Partikularinteressen und altem Besitzstandsdenken geprägt ist. ○

Diesen Beitrag haben wir für die BDC-Jubiläumsausgabe angefragt und freuen uns sehr, dass Herr Dr. Gaß von der Deutschen Krankenhausgesellschaft die Zeit gefunden hat, eine Würdigung zu schreiben.

Grußwort zum 60. Jahrestag des BDC



Dr. Doris Pfeiffer
Vorstandsvorsitzende
GKV-Spitzenverband
Reinhardtstraße 28
10117 Berlin

Die Zahl der ärztlich Tätigen in Deutschland ist so hoch wie nie zuvor. Seit dem letzten runden Geburtstag des Berufsverbandes im Jahr 2010 ist die Zahl der Chirurgeninnen und Chirurgen in Deutschland mit ärztlicher Tätigkeit um gut 21 Prozent auf mehr als 37.000 gestiegen. Das ist ein überproportionaler Zuwachs im Vergleich zur Gesamtzahl aller Mediziner mit ärztlicher Tätigkeit, die um 18 Prozent zugenommen hat. Der Frauenanteil in der Chirurgie steigt ebenfalls an, auch wenn es mit 21 Prozent Chirurgeninnen im Jahr 2018 gegenüber 47 Prozent Frauen bei allen ärztlich Tätigen noch Aufholpotential gibt. Das ist im Hinblick auf die chirurgische Versorgung der Zukunft vor allem deshalb wichtig, weil aktuell etwa zwei Drittel

Seit der Gründung des Berufsverbandes der Deutschen Chirurgen e.V. (BDC) am 23. April 1960 in München hat sich das Gesundheitssystem in Deutschland ganz wesentlich verändert. Das gilt auch für die Chirurgie.

Nahmen an der Gründungssitzung des BDC noch 40 Chirurgen teil, hat der Berufsverband heute mehr als 17.000 Mitglieder und ist Europas größte Chirurgenvereinigung. Die Aktivitäten und das Engagement des BDC reichen weit über in engerem Sinne berufspolitische Belange hinaus. So bietet der Verband ein umfangreiches Fort- und Weiterbildungsprogramm an, das wesentlich dazu beiträgt, die chirurgische Versorgung in Deutschland kontinuierlich weiterzuentwickeln und innovative Operationsverfahren in die Routineversorgung zu bringen. Der BDC leistet damit einen wesentlichen Beitrag, die Qualität der chirurgischen Versorgung in Deutschland zu sichern.

IM FOKUS

60 JAHRE
BDC

Berufsverband der Deutschen Chirurgen e.V.

der Studierenden im ersten Fachsemester Humanmedizin Frauen sind. Für die Sicherung des Nachwuchses in der Chirurgie wird es deshalb entscheidend sein, auch für Frauen noch attraktiver zu werden. Dass das möglich ist, zeigt zum Beispiel die Kinderchirurgie, wo der Frauenanteil aktuell bereits bei 39 Prozent liegt. Meines

Erachtens braucht es in der Breite der chirurgischen Spezialgebiete mehr Frauen in Führungspositionen, die der nachwachsenden Ärztinnengeneration als Orientierung und Vorbilder dienen können.

Der BDC hat in den 60 Jahren seiner Geschichte bewiesen, dass er sich veränderten Rahmenbedingungen hervorragend anpassen kann. So hat er mit der BDC|Akademie und der eAkademie früh mit digitalen Fort- und Weiterbildungsangeboten, Webinaren und Fortbildungsvideos kreativ auf neue kommunikationstechnische Entwicklungen reagiert. Auch bei der Motivation von

Pfeiffer D: Grußwort zum 60. Jahrestag des BDC. *Passion Chirurgie*. 2020 März, 10(03): Artikel 03_05.



Mehr zum Thema lesen Sie auf BDC|Online
(www.bdc.de, Rubrik Politik).

Studierenden zur Entscheidung für das Fach Chirurgie hat der BDC durch Projekte mit Studierendenvertretern und Initiativen wie „Nur Mut! Kein Durchschnittsjob: ChirurgIn“ wichtige Akzente gesetzt.

Für die kommenden Jahre möchte ich das Augenmerk vor allem auf zwei weitere Herausforderungen lenken. Zum einen wird nach meiner Einschätzung die Bedeutung von ärztlichen Assistenzberufen auch in der Chirurgie zunehmen. Es gilt, die fachlich-medizinischen Abgrenzungsfragen im Sinne einer pragmatischen und am Patientenwohl orientierten Zusammenarbeit zu lösen. Hier sollten primär berufspolitisch geprägte Perspektiven in einigen Bereichen kritisch hinterfragt und innovative Kooperationsmodelle weiterentwickelt werden.

Zum anderen wird nach meiner Einschätzung das Thema der Angemessenheit ärztlich-chirurgischen Handelns im Hinblick auf den Nutzen und die Patientenorientierung eine zunehmende Rolle spielen. Die Diskussion über sehr unterschiedliche Operationshäufigkeiten innerhalb Deutschlands und im internationalen Vergleich sollte aus meiner Sicht durch die chirurgische Profession selbst aktiv gestaltet werden. Als Beispiel möchte ich hier auf die „Choosing Wisely“-Initiativen in der Medizin verweisen, die ärztliche Fachgesellschaften selbst auf den Weg gebracht und damit die ärztliche Verantwortung für das Thema einer angemessenen Versorgung im Sinne einer professionellen Selbstregulierung aufgegriffen haben. Entscheidend ist, dass es sich hier um einen Bottom-Up-Prozess handelt, in dem es die Berufsgruppen selbst in die Hand nehmen, orientiert am

medizinischen Nutzen für die Patientinnen und Patienten eine kritische Selbstreflexion und -vergewisserung über die Sinnhaftigkeit von Operationen auf den Weg zu bringen. Die Debatte über eine „Ökonomisierung“ der Medizin greift meines Erachtens zu kurz, wenn sie die Rolle der ärztlichen Profession bei der Indikationsstellung und eine in manchen Bereichen starke Orientierung am medizinisch Machbaren außer Acht lässt.

Die medizinische Wissenschaft und die Versorgung sind im stetigen Wandel begriffen. Ich wünsche dem Berufsverband der Deutschen Chirurgen für die kommenden Jahre weiter viel Glück und Erfolg. Das wird auch den Menschen zugutekommen, die auf professionelle chirurgische Kompetenz angewiesen sind. 

Diesen Beitrag haben wir für die BDC-Jubiläumsausgabe angefragt und freuen uns sehr, dass Frau Dr. Pfeiffer vom GKV Spitzenverband die Zeit gefunden hat, eine Würdigung zu schreiben.

Intersektorale Versorgung – Zukunftskonzepte unter Berücksichtigung der Rolle der Chirurgie



Dr. Andreas Gassen

Vorsitzender des Vorstands
Kassenärztliche Bundesver-
einigung (KBV)
Herbert-Lewin-Platz 2
10623 Berlin

zwischen den Sektoren. Diverse Studien zeigen, dass immer mehr Leistungen, die früher ausschließlich stationär erbracht wurden, heutzutage ambulant erfolgen (oder erfolgen könnten). Das belegen auch die Zahlen zur Inanspruchnahme: Während die in Anspruch genommene ambulante Versorgungsleistung steigt, sind die Bettenbelegungstage im Krankenhaus rückläufig. Das hat auch Auswirkungen auf die ärztliche Aus- und Weiterbildung. Viele Eingriffe können heutzutage am Krankenhaus nicht gelehrt und gelernt werden, einfach, weil sie dort gar nicht mehr stattfinden.

Im stationären Bereich haben wir es zudem mit zwei parallelen Entwicklungen zu

Die Überwindung der Sektorengrenzen ist eine der großen Herausforderungen im deutschen Gesundheitswesen – und wäre gleichzeitig eine Maßnahme zur Lösung oder zumindest Linderung vieler Probleme. Denn die immer noch starke „Versäulung“ der medizinischen Versorgung wird dem tatsächlichen Bedarf nicht gerecht.

Wir haben es hier mit mehreren unterschiedlichen Entwicklungen zu tun. Eine ist die Verschiebung des Leistungsgeschehens

tun: Einerseits liefert sich eine große Zahl an Kliniken mit einem (zu) breiten Leistungsspektrum einen ruinösen und die Qualität beeinträchtigenden Wettbewerb um Personal, Patienten und Ressourcen. Dies gilt insbesondere für Standorte in Ballungszentren. Im ländlichen Raum sind es vor allem kleine Krankenhäuser mit einem begrenzten Angebot, die nicht wirtschaftlich tragfähig und daher von Schließung bedroht sind – und oft nur durch lokalpolitische Beharrungskräfte, entgegen rationaler Erwägungen, am Leben gehalten werden. Statt eine vernünftige Strukturpolitik



Gassen A: Intersektorale Versorgung – Zukunftskonzepte unter Berücksichtigung der Rolle der Chirurgie. *Passion Chirurgie*. 2020 März, 10(03): Artikel 03_06.



Mehr zum Thema lesen Sie auf BDC|Online
(www.bdc.de, Rubrik Politik).

zu betreiben, wird Geld in Standorte investiert, welche die Leistung und Qualität, die die Menschen zurecht erwarten, gar nicht erbringen können.

Andererseits stellen sowohl die demografische Entwicklung im Sinne der Alters- und Morbiditätsstruktur als auch die sich ändernde räumliche Verteilung der Bevölkerung in Stadt und Land eine Herausforderung für die langfristige wohnortnahe Sicherung der Versorgung dar. Last but not least erfordern der allgemeine Fachkräftemangel und veränderte Ansprüche des medizinischen Nachwuchses (Stichwort Work-Life-Balance) sowie der damit einhergehende Rückgang der insgesamt zur Verfügung stehenden ärztlichen Arbeitszeit einen Ressourceneinsatz mit Augenmaß. Hierbei gelten zwei Grundsätze. Erstens: Die Kapazitäten müssen dem Bedarf angepasst werden, nicht umgekehrt. Zweitens: Das Geld muss der Leistung folgen und darf nicht dazu verwendet werden, Strukturen künstlich am Leben zu erhalten. Die Bündelung von Ressourcen ist das Gebot der Stunde, Kooperation statt wechselseitiger „Kannibalisierung“ – besonders angesichts knapper Mittel.

Intersektorale Zusammenarbeit wird durch die zunehmende Ambulantisierung nicht obsolet. Im Gegenteil: Die oben genannten Entwicklungen erfordern die Kooperation in verstärktem Maß. Der Gesetzgeber hat unter dem Schlagwort der intersektoralen Versorgung in den vergangenen Jahren eine ganze Reihe von Möglichkeiten geschaffen – diese beschränken sich jedoch fast ausschließlich auf die Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante Versorgung. In umgekehrter Richtung ist jedoch keine vergleichbare Dynamik feststellbar. Wir haben es hier also mit einem allenfalls „semipermeablen“ System zu tun.

Zwar gibt es längst erfolgreiche, beziehungsweise erfolgversprechende Modelle einer intersektoralen Versorgung, wie etwa das Belegarztwesen oder die Idee der Praxiskliniken. Sie leiden jedoch entweder unter unattraktiven Rahmenbedingungen (Belegärzte) oder mangelnden politischen Voraussetzungen für eine großflächige Umsetzung (Praxiskliniken). Die Folgen: Die Zahl der

chirurgischen Belegärzte ist im Zeitraum 2008 bis 2017 um 25 Prozent zurückgegangen. Praxiskliniken, die auch Kurzlieger-Patienten aufnehmen können, sind rein quantitativ eher eine Randerscheinung. Ein Grund, warum es solche „Mischformen“ in der Versorgungsrealität eher schwer haben, liegt auch darin, dass die eingangs erwähnte Versäulung des Systems ihre Zuordnung erschwert: Wer darf an der Versorgung teilnehmen? Wie sieht der Leistungskatalog aus? Wer hat den Hut auf? Woher kommt das Geld?

In einem von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) beauftragten Gutachten hat die Universität Bayreuth das Konzept der Intersektoralen Gesundheitszentren (IGZ) entwickelt. Dabei geht es um die Umwandlung kleiner ländlicher Krankenhausstandorte mit weniger als 200 Betten in Zentren mit einer „erweiterten ambulanten Versorgung“. Die IGZ stellen die allgemeinmedizinische, internistische und weitere konservative sowie chirurgische Grundversorgung sicher. Dazu gehört auch eine bettenführende Einheit für Kurzlieger-Patienten. Bei Bedarf können die IGZ erweitert werden, etwa durch Kooperationen mit niedergelassenen Ärzten, anderen Gesundheitsberufen, Apotheken etc. Ziel ist, eine qualitativ hochwertige Grundversorgung vor Ort zu sichern, Standorte zu erhalten und vorhandene Infrastruktur weiter zu nutzen. Im Gegenzug könnten Kliniken im Umfeld von einer besseren Auslastung profitieren. Sowohl von Seiten der „Leistungserbringer“ als auch der Kostenträger gibt es positive Reaktionen auf das Konzept. Allerdings muss auch hier der Gesetzgeber die notwendigen Rahmenbedingungen schaffen. Verträge zur Integrierten Versorgung sind keine dauerhafte Lösung, weil sie Planungsunsicherheit und hohe Transaktionskosten nach sich ziehen. Grundsätzlich bedarf es eines Vergütungssystems, das der Leistungsverchiebung in den ambulanten Bereich gerecht wird, ebenso wie Reformen bei der Zulassung und der Bedarfsplanung.

Wenn es um intersektorale Versorgung geht, so ist die Chirurgie eines der Fächer, in dem sektorenübergreifendes Arbeiten längst zum gelebten Alltag gehört. Die Versorgung findet ambulant und stationär statt sowie in allerlei

„Mischformen“, etwa durch Beleg-, Honorar- und Konsiliarärztinnen und -ärzte. Eine personelle Trennung ist nicht nachvollziehbar – zumal es ja auch nicht „den“ ambulanten Patienten oder „die“ stationäre Patientin gibt. Obgleich die Chirurgie also per se ein intersektoriales Fach ist, gelten unterschiedliche Regelungen und Vorgaben, je nachdem, wo sie praktiziert wird. Dies gilt etwa für die Vergütung oder die Qualität. Die Chirurgie hat eine starke Innovationskraft, aber auch hohe Anforderungen hinsichtlich Qualität und Hygiene, was wiederum einen hohen Dokumentations- und Kostenaufwand nach sich zieht. Das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung hat erhoben, dass die vertragsärztlichen Praxen im vergangenen Jahr durchschnittlich 24.287 Euro für Hygienesachkosten aufwenden mussten. Praxen, in denen ambulant operiert wird, geben 53.281 Euro für Hygiene aus. Hinzu kommt der zeitliche Aufwand für das mit den Hygienemaßnahmen beschäftigte Personal. Der Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM) wurde jedoch seit 2008 in puncto Hygienekosten nicht weiterentwickelt, obwohl ab 2012 mit neuen Landeshygieneverordnungen erhebliche Aufwände für die Vertragsärzte entstanden sind. Die Kritik des BDC an diesem Zustand nehmen wir sehr ernst. Deshalb haben wir uns als KBV-Vorstand dafür entschieden, bei den Honorarverhandlungen für 2020 die Hygienekosten losgelöst vom EBM zu verhandeln. Die zwingend einzuhaltende Vorgabe der Kostenneutralität wäre mit einer angemessenen Berücksichtigung der Aufwände für Hygiene nicht zu vereinbaren gewesen. Wir werden uns vehement dafür einsetzen, dass die Krankenkassen die Mehrkosten erstatten. Für die Krankenhäuser soll es hierzu finanzielle Hilfen in mittlerer dreistelliger Höhe geben. Da aber der Löwenanteil der Versorgung ambulant stattfindet, muss auch hier der der Patientensicherheit dienende Aufwand finanziert werden. Auch dies ist ein Beispiel dafür, dass im selben Fachgebiet ambulant und stationär mit zweierlei Maß gemessen wird.

Die Strukturen müssen den tatsächlichen Gegebenheiten angepasst werden. So sollte – auch aus den eingangs bereits genannten Gründen, Stichwort Ambulantisierung – die Weiterbildung auch in den

chirurgischen Fächern verstärkt im ambulanten Bereich stattfinden. Dies ist notwendig, um das gesamte Tätigkeitsspektrum überhaupt für den Nachwuchs abbilden zu können. Natürlich geht es nicht um eine rein ambulante Weiterbildung, sondern um eine unterschiedliche Schwerpunktsetzung. Nach

dem Motto: Gemeinsam wird ein Ganzes draus. Ich habe die Hoffnung, dass die Weiterbildung ein Treiber einer wahrhaft intersektoralen Chirurgie im Sinne einer größeren „Permeabilität“ sein kann. Der Nachwuchs verlangt dies ohnehin; Teamarbeit und interprofessionelles Arbeiten gehören für ihn zu

den Grundanforderungen an den zukünftigen Beruf. Eine höhere „Durchlässigkeit“ der Sektorengrenzen – und zwar in *beide* Richtungen! – wäre also eine Win-win-Situation für Patienten *und* Ärzte. 

Diesen Beitrag haben wir für die BDC-Jubiläumsausgabe angefragt und freuen uns sehr, dass Herr Dr. Gassen von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung die Zeit gefunden hat, eine Würdigung zu schreiben.

Wissenschaft und Berufspolitik – zwei Seiten einer Medaille



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

Und es sind gerade auch die beruflichen Bedingungen der Chirurgen, die sich ebenfalls stark verändert haben und verändern werden. Das „Diktat“ der Ökonomie oder besser gesagt der Kommerzialisierung, Interventionen der Politik, und ja, auch sich verändernde gesellschaftliche Wertvorstellungen – Stichwort Work-Life-Balance – berühren die chirurgische Praxis in der Klinik und Forschung mittlerweile in all ihren Facetten. Deswegen war die Gründung des Berufsverbands der Deutschen Chirurgen vor 60 Jahren für unseren Berufsstand ein weitsichtiger, vorausschauender Akt. Die Namen von Hans Killian und Wolfgang Müller-Osten, den Gründungsvätern des BDC, werden für immer mit dieser Leistung verbunden bleiben. Wie bei vielen

Der medizinische Fortschritt vollzieht sich seit Jahren in atemberaubendem Tempo – für Mediziner wie für Patienten gleichermaßen. Den jeweils neuesten Stand der Wissenschaft im Blick zu behalten ist in der Medizin seit jeher Verpflichtung und Herausforderung. Die Chirurgen haben sich deswegen bereits vor 148 Jahren in der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie zusammengeschlossen:

Sie ist damit eine der ältesten medizinischen Fachgesellschaften. Zweck der Gesellschaft ist laut Satzung „die Förderung der wissenschaftlichen und praktischen Belange der Chirurgie“. Neben dem Fortschritt in Forschung und Klinik und dessen kritischer Evaluation und Umsetzung in eine flächendeckende Versorgung zählt dazu auch die Auseinandersetzung mit den politischen, ökonomischen und sozialen Rahmenbedingungen unseres Faches.

großen Ideen: Was anfangs bescheiden begann, entwickelte sich über die Jahrzehnte zu einer äußerst erfolgreichen Unternehmung. Fanden sich 1960 gerade einmal sechs Gründungsmitglieder zusammen, ist der BDC heute auf mehr als 17.500 Mitglieder angewachsen – und damit eine der größten chirurgischen Vereinigungen Europas.



Für Außenstehende ist die Aufteilung von Fachgesellschaft und Berufsverband auf den ersten Blick nicht ganz einfach: auf der einen Seite die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (DGCH) mit ihren zehn assoziierten Fachgesellschaften und auf der anderen Seite der Berufsverband der Deutschen Chirurgen (BDC). Hier die Forschung, dort die berufliche Interessenvertretung. Und es war in den vergangenen 60 Jahren auch den Chirurgen nicht immer ganz

Schmitz-Rixen T: Wissenschaft und Berufspolitik – zwei Seiten einer Medaille. *Passion Chirurgie*. 2020 März, 10(03): Artikel 03_07.



Mehr zum Thema lesen Sie auf BDC|Online (www.bdc.de, Rubrik Politik).

deutlich: DGCH und BDC mussten in den Jahrzehnten ihre Rolle und ihre Identität finden. Heute, so mein Fazit, ist die Rollen- und Aufgabenverteilung gut gelungen; nicht zuletzt ein Verdienst des jetzigen Präsidenten des Berufsverbandes Hans-Joachim Meyer, der gleichzeitig Generalsekretär der DGCH ist.

Die DGCH ist für ihre Mitglieder in der wissenschaftlichen Fortbildung aktiv und arbeitet intensiv in der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften an der Erarbeitung von

Leitlinien mit. Der wissenschaftliche Auftrag der Gründungsväter wird jeweils im Frühjahr durch den Deutschen Chirurgen Kongress (DCK) und im Herbst durch die Chirurgischen Forschungstage erfüllt. Der BDC hat seine Bestimmung in der klinischen Fortbildung und der engagierten Unterstützung seiner Mitglieder durch Serviceleistungen wie beispielsweise der Rechtsberatung und verschiedener Kommunikationsleistungen wie dem Aufbau einer Pressestelle gefunden. All dies hat u. a. auch einen festen Platz beim DCK 2020.

Viel wichtiger aber noch: Beide Organisationen arbeiten bei gesundheitspolitischen Stellungnahmen eng zusammen und die wissenschaftliche und die berufspolitische Interessenvertretung der Chirurgen sprechen mit einer Stimme gegenüber der Politik, der Selbstverwaltung und ihren Mitgliedern. Nur so wird die Stimme der Chirurgen gehört! Dem BDC wünsche ich zu seinem 60-jährigen Jubiläum weiter eine gute Hand für die anstehenden berufspolitischen Herausforderungen des Gesundheitssystems. 

Diesen Beitrag haben wir für die BDC-Jubiläumsausgabe angefragt und freuen uns sehr, dass Herr Professor Schmitz-Rixen als Präsident der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie die Zeit gefunden hat, eine Würdigung zu schreiben.



Der BDC – Meine Zukunftsvision

Ein runder Geburtstag bietet Anlass zu feiern, Vergangenes zu würdigen, den Moment zu schätzen und Zukunftspläne zu schmieden. Wo sehen wir uns in den nächsten fünf bis zehn Jahren? Schöpfen wir unser volles Potenzial aus? Am 23. April 2020 wird der BDC 60 Jahre alt – sind wir auch für den 65. Geburtstag gerüstet?

Diese Frage haben wir uns am Beispiel der BDC-Aktivitäten in den Jahren 2019 und 2020 gestellt. Extrapolieren wir diese für die kommenden Jahre, blicken wir sehr zuversichtlich auf die Weiterentwicklung unseres Verbandes. Besonders freut uns: Die Mitgliederzahlen steigen stetig, mittlerweile etwas langsamer, aber dennoch kontinuierlich an. Aktuell bietet der BDC mehr als 17.500 ChirurgInnen ein berufspolitisches Dach.

Eines unserer Aushängeschilder ist die BDC|Akademie. Sie hat 2019 ca. 170 Veranstaltungen mit über 4.800 Teilnehmern ausgerichtet. Möglich gemacht haben dies insbesondere die zahlreichen Kolleginnen und Kollegen, die sich auf fachlich hohem und höchstem Niveau für die Fort- und Weiterbildung der Akademie engagieren. Ihnen allen sei an dieser Stelle herzlich gedankt! Neu in das Angebot 2020 kommen ein Fachseminar zur Robotik, der „Der ökonomische Notfallkoffer für Chirurgen“ und ein Webinar zur Nachlese des Deutschen Chirurgenkongresses (DCK). Der Nachwuchsbereich produziert aktuell Lernvideos zur gezielten Prüfungsvorbereitung, die Website www.chirurg-werden.de wurde hinsichtlich Layout und Technik überarbeitet und nun schrittweise mit neuen Inhalten bestückt. Zusätzlich arbeitet der BDC gerade am Ausbau



**Dr. med. Friederike Burgdorf,
M. Sc.**
Geschäftsführerin
Berufsverband der Deutschen
Chirurgen e.V. (BDC)
burgdorf@bdc.de

Burgdorf F: Der BDC wird 60 – wir gratulieren und blicken in die Zukunft! Passion Chirurgie. 2019 März, 9(03): Artikel 07_01.



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

einer neuen eLearning-Plattform, die noch in diesem Jahr als sogenannte eAkademie an den Start gehen wird. So können künftig Präsenzseminare noch besser durch elektronische Angebote ergänzt werden. Damit greift die Akademie aktuelle und spannende Themen wie Robotik und Digitalisierung, Ökonomisierung wie auch die Bedürfnisse des Nachwuchses durch eLearning konstruktiv auf.

In enger Zusammenarbeit mit unserem Kooperationspartner, der Ecclesia med GmbH, erarbeitet der BDC kontinuierlich neue, attraktive Versicherungspakete und Rahmenverträge zu vergünstigten Konditionen für seine Mitglieder. Die Rechts- und Karriereberatung durch die Kanzlei Dr. Heberer erfreut sich seit Jahren höchster Beliebtheit und für Vertragsärzte wird in Kürze ein neuer Rahmenvertrag im Bereich Hygiene hinzukommen – um nur einige interessante Entwicklungen und Angebote aus unserem Verband zu nennen. Seine Mitglieder und die (Fach-)Öffentlichkeit informiert der BDC zielgerichtet und regelmäßig über unterschiedliche Medienkanäle, wie die PASSION CHIRURGIE, die BDC-Website, Newsletter, Pressemitteilungen und Social Media-Plattformen. Als Verband spielen die Lobbyingaktivitäten des BDC eine besondere Rolle: Bei den einschlägigen Körperschaften und Organisationen wie auch beim Gesetzgeber setzt sich der BDC beharrlich für den Erhalt und die Verbesserung der wirtschaftlichen und politischen Rahmenbedingungen seiner Mitglieder ein. Die Erfolge politischen Handelns sind nicht am nächsten Tag sichtbar: Für Lobbyisten zählt deswegen immer die Langstrecke – nicht der Sprint. Unsere Ausgangslage ist also durchaus positiv zu bewerten.

Wählen wir eine andere Perspektive: „Grundlage und Ausgangspunkt eines Konzepts (...) der strategischen Verbandsführung sollte (...) die Einigung auf grundlegende Überzeugungen und Werthaltungen sowie grundsätzliche Ziele des Verbandes sein. Diese Elemente können in einem Grundsatzprogramm (...) dokumentiert werden (...).“, so ist es in der Managementliteratur zu lesen. Auch hier können wir positive Nachrichten vermelden: Das Grundsatzprogramm des BDC findet sich – wie im Editorial dargestellt – prägnant und seit 60 Jahren nahezu unverändert und weiterhin

zutreffend in unserer Satzung und den Gründungsstatuten wieder: Im Mittelpunkt aller Aktivitäten des BDC stehen originär die Unterstützung von ChirurgInnen sowie der Erhalt des Fachs Chirurgie. Keine Frage: Der BDC ist und bleibt damit ein wichtiger Akteur im Bereich der Lobby- und Öffentlichkeitsarbeit, fachlicher, rechtlicher und wirtschaftlicher Interessenvertretung sowie der Fort- und Weiterbildung. Trotzdem muss die Frage erlaubt sein, ob der BDC für die Zukunft strategisch optimal aufgestellt ist.

Lassen Sie uns daher konkreter werden! Es kann also hervorgehoben werden, dass die BDC-Mitglieder, einschließlich Vorstand und Geschäftsführung, eine Wertegemeinschaft bilden, und das ist gut so. Bemerkenswert ist weiterhin, dass diese Werte und Überzeugungen so stabil sind, dass sie seit 60 Jahren im Grundsatz bestehen. Und genau diese Tatsache bietet Chancen und Herausforderungen zugleich. Eine besondere Herausforderung besteht darin, sich bei konstanter Zielsetzung kontinuierlich von innen heraus zu erneuern. Chance hingegen ist, dass wir mit einer stabilen Wertegemeinschaft von über 17.500 ChirurgInnen die Stimme erheben, Stimmungen erzeugen können!

Denn, was sind die drängenden Fragen der Zeit? Wie stellen Sie sich die Versorgung der Zukunft vor? Fühlen Sie sich durch den Gesetzgeber repräsentiert? Was halten Sie von der Politik unseres durchaus umtriebigen Gesundheitsministers? Und was halten Sie davon, dass Jens Spahn agiert und zwar in Bereichen, in denen zuvor Stillstand angesagt war? Soll der BDC weiterhin primär in Serviceangebote investieren (was eine gute Sache ist)? Oder soll sich der BDC stärker in die politische Gestaltung einbringen? Hierzu eine kleine Anekdote. Frisch in der Funktion als Geschäftsführerin des BDC wurde ich nach meinen Vorstellungen gefragt. Meine Antwort lautete: Während meines Großbritannienaufenthaltes an der London School of Economics, wo ich einen Masterstudiengang absolvierte, war in der Presse regelmäßig zu lesen: „Surgeons say (...).“, und was die britischen ChirurgInnen sagen, wird in der Öffentlichkeit wahrgenommen. Das also ist meine Vision für den BDC! Dass wir vermehrt auch

in Hinblick auf Politik und Öffentlichkeitsarbeit das Potenzial nutzen, welches dem BDC, welches ChirurgInnen gegeben ist – aufgrund der Wertegemeinschaft, aufgrund der großen Hingabe in Bezug auf Ihre anspruchsvolle Tätigkeit, aufgrund Ihrer Faszination und Passion für Ihr Fach, trotz bestehender Differenzen im Detail! Dass der BDC Gesicht zeigt!

Der BDC besitzt unzweifelhaft die notwendigen strategischen Instrumente, um seine Ziele zu erreichen. Gleichzeitig gilt es, den BDC immer wieder neu auszurichten und auf die aktuellen Rahmenbedingungen und Fragestellungen vorzubereiten. Vor diesem Hintergrund haben sich der erweiterte Vorstand und die Geschäftsführung dazu entschlossen, 2020 einen Strategieprozess einzuleiten, an dessen Ende als Arbeitsergebnis idealerweise eine konkrete Agenda 2025 steht. Ziel ist es, auf Basis des satzungsgemäßen Grundsatprogramms, neue Handlungsfelder zu identifizieren und die entsprechenden Prioritäten und Maßnahmen abzuleiten.

Deswegen interessiert mich: Was treibt Sie um, wenn Sie in Ihre chirurgische Zukunft blicken? Welche Fragen verlangen nach Antworten? Zweifelsohne gehören dazu Fragen nach dem Umgang mit:

- dem Nachwuchsmangel,
- den Problemen in strukturschwachen Regionen,
- den vielen z. T. kleinen Krankenhäusern in Ballungsgebieten,
- der zunehmend möglichen ambulanten Versorgung von PatientInnen,
- der Abwanderung des ärztlichen Nachwuchses in Anstellungsverhältnisse,
- der zunehmenden Abgabe chirurgischer Praxen an klinikgeführte Medizinische

Versorgungszentren aus wirtschaftlichen Gründen,

- der fortschreitenden Ökonomisierung einschließlich dem Spannungsverhältnis zwischen leitenden Ärzten und Geschäftsführungen
- der Zunahme IT-technischer Möglichkeiten,

um nur einige zu nennen. All diese Rahmenbedingungen prägen in der einen oder anderen Weise bereits jetzt Ihre chirurgische Tätigkeit und Ihre Wahrnehmung derselben.

In dem geplanten Strategieprozess wird es nun darum gehen zu priorisieren, welcher Handlungsfelder sich der BDC verstärkt annehmen wird. Interessant wird es vor allem werden, wenn es darum geht, den jeweiligen Handlungsfeldern konkrete Maßnahmen zuzuordnen. Eine wichtige Weichenstellung wird dabei sein, ob – wie bereits ausgeführt – der BDC wie bislang primär auf Service-Leistungen setzen will, um Sie als Mitglieder so gut es geht in Ihrer Tätigkeit zu unterstützen, oder ob sich der BDC zukünftig auch politisch und medial stärker einbringen soll, um auf Basis abgestimmter Positionen und Konzepte die politischen Rahmenbedingungen der chirurgischen Tätigkeit noch sichtbarer mitzugestalten und deren Weiterentwicklung zu prägen und einzufordern. Ich plädiere ganz klar für Letzteres! In diesen Diskussionen werden wir uns auch von den Ergebnissen der aktuellen Mitgliederbefragung leiten lassen, an der Sie sich dankenswerterweise so zahlreich beteiligt haben. Die Mitgliederbefragung stellt für uns eine sehr wichtige Arbeitsgrundlage im Strategieprozess dar. Genauso wichtig sind für uns auch die Anregungen, die uns über das Präsidium im

November 2019 erreicht haben. Auch hierfür bedanken wir uns sehr herzlich!

Unabhängig von der durch den Strategieprozess initiierten Agenda sind schließlich die Fragen nach der grundsätzlichen Ausrichtung des BDC immer wieder neu zu beantworten: Derzeit erwägt der BDC eine Ausweitung seiner Angebote auch für medizinnahe Berufsbilder. Dies geschieht nicht zuletzt vor dem Hintergrund, dass die Themen Kooperation, Koordination und auch Delegation stetig an Bedeutung zunehmen werden und der BDC diese Entwicklungen konstruktiv begleiten möchte. Auf die Fortschritte der Einheit der Chirurgie, auch im Zuge der Personalunion des Generalsekretärs der DGCH und des BDC-Präsidenten durch Prof. Dr. med. Dr. h.c. Meyer, wurde bereits in diesem Editorial eingegangen. Hieran soll angeknüpft werden. Last but not least wird der Repräsentanz aller Säulen, einschließlich der Orthopädie und Unfallchirurgie, und natürlich des niedergelassenen und des stationären Versorgungsbereichs, deren Grenzen zunehmend unschärfer werden, unter dem Dach des BDC ein unverändert hoher Wert beigemessen und auch zukünftig mit Nachdruck weiterverfolgt und gelebt werden.

Zusammenfassend ist der BDC also solide und zukunftssicher aufgestellt. Gleichzeitig sollten Handlungsfelder und Maßnahmen mit Blick auf aktuelle Entwicklungen priorisiert und angepasst werden. Dabei sollten die Signale klar zu Gunsten von Strategie, Politik und Öffentlichkeitsarbeit gestellt werden. Damit wir die Rahmenbedingungen chirurgischen Handelns wieder mitgestalten und nicht nur Gesicht zeigen, sondern auch Gehör finden. Das ist und wird künftig eine der Hauptaufgaben unseres Berufsverbandes sein! 



© MedizinFotoKlinik D. - Leipzig

60 JAHRE
BDC Berufsverband der
Deutschen Chirurgen e.V.

Die BDC|Akademie – The Past and the Future

THE PAST

Was hat die beiden Chirurgen Wolfgang Müller-Osten und Karl Hempel bewegt, im Jahr 1985 für den Berufsverband der Deutschen Chirurgen (BDC) eine Akademie zu gründen? Es war die Vision einer überregionalen Einrichtung, die für die klinisch tätigen Chirurgen aktuelle und gleichzeitig praxisnahe chirurgische Fort- und Weiterbildung anbietet. Die Vision ist bis heute geblieben, die Struktur und das Angebot der BDC|Akademie haben sich in den vergangenen 35 Jahren grundlegend geändert.

Jens Witte als erster Leiter der BDC|Akademie von 1987 bis 1994 begann das Programm mit einem mehrtägigen Seminar, welches als Repetitorium für die angehenden Fachärzte vor der Facharztprüfung konzipiert war – ein Klassiker, der immer noch angeboten wird und sich entsprechend der aktuellen Weiterbildungsordnung in die acht Säulen der Chirurgie gegliedert hat. 1994 übernahm Michael Betzler die Leitung der Akademie, ihm folgte von 2001 bis 2012 Joachim Jähne, der zusammen mit dem damaligen Geschäftsführer Jörg Ansorg nach Gründung der BDC Service GmbH das Programm der Akademie



Prof. Dr. med. Wolfgang Schröder, FACS

Leiter der Deutschen Akademie für chirurgische Fort- und Weiterbildung
Berufsverband der Deutschen Chirurgen e.V.
Leitender Oberarzt
Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Tumorchirurgie
Universitätsklinik Köln
Kerpener Str. 62, 50937 Köln
schroeder@bdc.de

maßgeblich ausbaute und mit dem Aufbau einer E-Learning Plattform den Einstieg in die Online-Fortbildung entwickelte. 2018 folgte die Umbenennung in **Deutsche Akademie für Chirurgische Fort- und Weiterbildung**, begründet dadurch, dass die BDC|Akademie als einziger Anbieter mit allen chirurgischen Fachgesellschaften gemeinsam Seminare organisiert und durchführt.

Gegenwärtig umfasst das Programm der Akademie 170 Seminare, Workshops, Hospitationen und Webinare. Mit 235 Veranstaltungstagen und 4.816 Teilnehmern im Jahr 2019 ist die BDC|Akademie einer der großen Anbieter auf dem deutschen Markt für chirurgische Fort- und Weiterbildung. Das bundesweite Akademieprogramm orientiert sich heute an der traditionellen chirurgischen Karriereleiter, von der studentischen Ausbildung des potenziellen Nachwuchses über die chirurgische Weiterbildung der FacharztanwärterInnen bis hin zur praxisorientierten Fortbildung für die klinisch und niedergelassen tätigen ChirurgenInnen.

Trotz dieser erfolgreichen Entwicklung sind sich alle Verantwortlichen des BDC darüber einig, dass ein grundsätzlicher gesellschaftlicher Wandel, die digitale Transformation sowie berufs- und gesundheitspolitische Vorgaben erheblichen Einfluss auf Fort- und Weiterbildung haben werden und sich das Aufgabenfeld und damit das Programm der BDC|Akademie in der nächsten Dekade deutlich verändern wird.

THE FUTURE

Für junge Kolleginnen und Kollegen auf dem Weg zum chirurgischen Facharzt ist die jeweils aktuelle Weiterbildungsordnung (WBO) der Landesärztekammern immer noch das Maß aller Dinge, um für die Facharztprüfung als letzten Schritt der Weiterbildung gut gerüstet zu sein. Für diese Zielgruppe ist somit die inhaltliche Gestaltung von Seminaren als Ergänzung zum ‚Training on the job‘ vorgegeben. Mit Novellierung der Musterweiterbildungsordnung (MWBO) der Bundesärztekammer auf dem Ärztetag in Erfurt 2018 wird sich die Struktur der WBO grundlegend ändern. Im Fokus steht nicht mehr

der Operationskatalog mit zu absolvierenden OP-Zahlen in den verschiedenen Organentitäten, sondern der stufenweise Aufbau von fachlicher Kompetenz über „Kennen“, „Können“ bis „Beherrschen“. Der Common Trunk als zweijähriger gemeinsamer Einstieg aller chirurgischen Fachdisziplinen in die Weiterbildung fällt weg. Die neue MWBO wird somit eine Umstrukturierung und Neuausrichtung des Seminar-Portfolios der BDC|Akademie für Facharztanwärter in den nächsten Jahren notwendig machen.

Im Zentrum der Weiterbildung zur chirurgischen Kompetenz wird aber immer das im Fokus stehen, was im klinischen Alltag von den ChirurgenInnen gefordert wird. Bei den praktischen Fertigkeiten wird wohl die Vermittlung der chirurgischen Grundkenntnisse wie beispielsweise Knotenlehre, Instrumentenkunde oder anatomischen Zugangswege unverändert bleiben. Die zunehmende und unausweichliche Spezialisierung in der Chirurgie fordert aber auch in der Weiter- und Fortbildung ihren Tribut. Neben einem enormen theoretischen Wissenszuwachs in allen chirurgischen Disziplinen sind insbesondere durch die Einführung neuer Technologien wie der minimal-invasiven und roboter-gestützten Chirurgie die operative Komplexität bei einer Vielzahl bislang routinemäßig durchgeführter Prozeduren überproportional gestiegen und damit auch ihre Lernkurven prolongiert worden.

Für Einrichtungen wie die BDC|Akademie, die Fort- und Weiterbildung organisieren, hat dies zwei spürbare Konsequenzen. Zum einen sind Hospitationen mit Live-Demonstrationen von OP-Techniken gefragt denn je. Der Markt wird auf diesem Sektor gegenwärtig mit industriellen Angeboten und ihren klinischen Protagonisten geflutet. Zum anderen erfolgt die Verlegung der verlängerten Lernkurven vor die eigentliche Tätigkeit im OP in die verschiedenen Formen der Skills-Labs. Wie kürzlich in einem Beitrag formuliert, erfordert das zukünftige Erlernen von Schlüsselkompetenzen die Integration moderner Simulationstechnik [1]. Neben den klassischen Lernmodellen des humanen Körperspenders und des lebenden Tieres sind es insbesondere das „Virtual-reality“-3D-unterstützte

Schröder W: Die BDC|Akademie – The Past and the Future. *Passion Chirurgie*. 2019 März, 9(03): Artikel 07_01.



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

Operieren an Simulatoren, welche eine Reproduzierbarkeit der Aufgabe und damit das motorische Lernen durch Wiederholung erlauben. Ob mit allen Modellen jedoch ein Transfer der in der Simulation erlernten Kompetenz auf die reale Operation möglich ist, wird gegenwärtig kritisch diskutiert. Voraussetzung ist, dass die zu erlernenden Inhalte genau definiert werden und die zeitliche und repetitive Simulationsexposition ausreichend ist. Auch in diesem Sektor hat und wird sich ein großer ökonomischer Markt entwickeln, der das Portfolio von Fort- und Weiterbildungsakademien erheblich beeinflusst.

Der enorme Wissenszuwachs in allen chirurgischen Disziplinen, arbeitsrechtliche Rahmenbedingungen mit limitierten Arbeitsstunden, aber auch ein hoher Anspruch einer neuen Chirurgengeneration an die Work-Life Balance, machen ein effizientes Lernen und damit auch neue Lernmethoden zwingend notwendig. In einer kürzlich online publizierten Stellungnahme der DGCH zur digitalen Transformation in der Chirurgie [2] wird deshalb eine konsequente Nutzung der Digitalisierung in Edukation und Training gefordert. Gegenwärtig befinden sich Anbieter und Nutzer des digitalisierten Lernens in einem aktiven Prozess der Neuausrichtung und das aktuelle noch überschaubare digitale Angebot muss sich die Akzeptanz der Anwender insbesondere bei den älteren Jahrgängen noch mühsam erarbeiten. Ohne jede Frage wird aber dieser nicht mehr umkehrbare Prozess das Programm der BDC|Akademie in den nächsten Jahren erheblich beeinflussen und

finanzielle Ressourcen des BDC binden. Die Akademie hat hier mit der Implementierung von thematisch klar strukturierten Webinar-Reihen, Blended-Learning-Programmen und Kursen in digitalen Skills-Labs den von Jörg Ansorg initiierten Einstieg erfolgreich ausgebaut. In 2020 wird die technisch vollständige Überarbeitung der bestehenden Online-Plattform folgen, die dann eine Vielzahl weiterer bereits in Planung befindlicher E-Learning-Projekte ermöglichen wird.

Eines steht aber auch fest: Mit diesen skizzierten Trends der Spezialisierung sind die Kosten für Fort- und Weiterbildung erheblich gestiegen und die Finanzierung einer BDC|Akademie mit einem solchen großen und veränderten Portfolio wie oben ausgeführt nicht einfacher geworden. Um es auf den Punkt zu bringen. Qualitativ hochwertige Fort- und Weiterbildung ist heutzutage mit Mitgliedsbeiträgen und Erlösen aus den Veranstaltungen allein nicht mehr zu finanzieren, sondern nur mit Unterstützung von industriellen Sponsoren möglich. Unter diesem Aspekt erscheint ein Wettbewerb unter den verschiedenen Anbietern der Fachgesellschaften und Berufsverbänden wie vor 10 Jahre von Joachim Jähne bereits mahnend dargestellt nicht sinnvoll [3], sondern die heutige Redundanz des Angebotes in zentralen Bereichen eher kontraproduktiv. Die Notwendigkeit der Kooperation ergibt sich auch aus der gesetzlich verankerten Pflicht zur zertifizierten Fortbildung (CME), die sich die Landesärztekammern teuer bezahlen lassen. Denn ein relevanter Teil des industriell

eingeworbenen Sponsorings für Fort- und Weiterbildung wandert von den Akademien zu den Landesärztekammern, die dann noch die Zusammenarbeit mit der Industrie durch überbordende Compliance-Auflagen zusätzlich erschweren. Auch die BDC|Akademie weiß hier ihr Leid zu klagen.

Die BDC|Akademie ist für die anstehenden Veränderungen ihres Programms gut gerüstet und das aus zwei Gründen: Erstens hat die BDC|Akademie durch ihre Mitglieder ein umfassendes, großes Netzwerk und ist deshalb bei Fachgesellschaften, Verlagen und industriellen Sponsoren ein gefragter Partner. Bei diesen Kooperationen versteht sich die BDC|Akademie als organisatorische Plattform für qualitativ hochwertige Fort- und Weiterbildung. Auch unter diesem Aspekt ist die weitere Zusammenführung des BDC und der DGCH ein wichtiger strategischer Schritt und möglicher Wettbewerbsvorteil. Zweitens aber verfügt der BDC in seinen Reihen über eine große Zahl kreativer und motivierter ChirurgenInnen, die bereit sind, in wissenschaftlich unabhängige Fort- und Weiterbildung zu investieren. Sie sind das eigentliche Kapital der BDC|Akademie und ihnen gilt unser besonderer Dank zum aktuellen Jubiläum.

LITERATUR

- [1] Willy C. Unfallchirurg 2019, 122:481
- [2] H.J. Meyer und T. Schmitz-Rixen, www.bdc.de/25-thesen-zur-digitalisierung
- [3] Jähne J, Der Chirurg BDC 2010, 4: 221-224



Rechtsbeistand für BDC-Mitglieder

Nachdem im April 1960 der Berufsverband gegründet war, beschloss acht Jahre später der geschäftsführende Vorstand in Hamburg in seiner Sitzung am 10.02.1968 die Schaffung eines Justitiariats und gleichzeitig die Zusammenarbeit mit dem Justitiar, Prof. Dr. med. h.c. W. Weißbauer. Professor Weißbauer erklärte sich damals bereit, für die Beratung in grundsätzlichen rechtlichen Fragen, die mit der Berufspolitik zusammenhängen, zur Verfügung zu stehen und zwar in folgenden juristischen Bereichen: Arztrecht, Straf-, Zivil-, Verfassungs- und öffentliches

Recht. 1968 hatte der BDC 1.433 Mitglieder, sein Kassenstand betrug 50.158,61 DM.



Knapp drei Jahrzehnte arbeitete Professor Weißbauer überaus erfolgreich und segensreich für die Mitglieder des BDC sowie in engem Vertrauen mit dem Präsidenten und den Vorstandsmitgliedern des Berufsverbandes. Maßgeblich war Professor Weißbauer an der Entwicklung der guten Serviceleistungen des Berufsverbandes beteiligt. In diesem Zusammenhang sei beispielhaft die 1980 eingeführte Strafrechtsschutzversicherung für



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

die Mitglieder des Berufsverbandes erwähnt. Im Jahr 1985 betrug die Jahresprämie hierfür 45,00 DM. Als weitere Serviceleistung wurde 1986 die juristische Beratung von sogenannten Chefarztdienstverträgen angeboten. Bis heute konnte auf diesen Serviceleistungen aufgebaut und dieselben ganz erheblich erweitert werden. Durch die Weiterentwicklung wurde die Rechtsschutzversicherung in den letzten zehn Jahren und auch die Vertragsberatung um ein Vielfaches erweitert. Umso erstaunlicher ist die Prämienentwicklung von heute sage und schreibe nur 49,00 EUR für die seit 25 Jahren währende und immer wieder um weitere Rechtsgebiete erweiterte und verbesserte Rechtsschutzversicherung für unsere Mitglieder.

In den 90er Jahren sind weitere Aktivitäten des BDC-Justitiars Weißauer zu Fragen medico-legaler Bedeutung besonders der Aufklärung, zum sogenannten Facharzturteil, zur Zusammenarbeit mit anderen Fachdisziplinen etc. wegweisend beantwortet worden. Die klare Denkweise des Juristen Professor Hempel in der Chronik „40 Jahre BDC“ gelobt, sondern seine „juristische Lehre“ setzte auch über die Grenzen der Chirurgie wichtige Klarstellungen. Im Jahre 1997 äußerte Professor Weißauer die Absicht, mit dem anstehenden Präsidentenwechsel im Jahr 1998 seine Tätigkeit als Justitiar des BDCs zu beenden.

Aus der Beraterpraxis erzählte mir Professor Hempel einige kuriose Fälle. So wünschte zum Beispiel ein sehr aufgebrachter Chefarzt einen Besprechungstermin mit dem Präsidenten und dem Justitiar des BDC. Zu dem vereinbarten Termin in der Geschäftsstelle des BDC in Hamburg erschien der Chefarzt und berichtete hoch emotional von den Ärgernissen mit der Geschäftsführung und den Kollegen in seiner Klinik.

Nachdem über eine Stunde die Herren Professoren Hempel und Weißauer den verärgerten Schilderungen des Chefarztes wortlos zugehört hatten, sprang dieser auf, bedankte sich überschwänglich für das gute und hilfreiche Gespräch und verabschiedete sich. Ein Beispiel für eine gute, wortarme Beratung, so Professor Hempel zu seinem Justitiar.

Wie aus der Chronik von Professor Hempel zu entnehmen, standen einige hochqualifizierte Juristen als Nachfolger für Professor Weißauer zur Auswahl. Nach eingehender Diskussion im geschäftsführenden Präsidium im November 1997 fiel die Wahl einstimmig auf den Verfasser dieses Berichtes.

Ich erinnere mich bei meinem Beginn als Nachfolger von Professor Weißauer mit großer Dankbarkeit an den damaligen Präsidenten und leider verstorbenen Ehrenpräsidenten Professor Hempel, mit dem ich bis zu dem Präsidentenwechsel an Professor Witte eng und vertrauensvoll zusammengearbeitet habe. Jedes Mal, wenn ich wöchentlich in Hamburg eintraf, haben wir die täglichen medico-legalen Alltagsprobleme der Chirurgen sowie Grundsatzzfragen, Hintergründe und Zusammenhänge des chirurgischen Alltages und dessen Probleme ausführlich besprochen.

Nach fast drei Jahrzehnten erfolgreicher Justitiarstätigkeit durch Professor Weißauer war es für mich eine große Aufgabe, das Justitiariat in den seither vergangenen 23 Jahren beständig weiterzuentwickeln. Damals bei Beginn meiner Aufgabenbewältigung als Justitiar hatte der Berufsverband knapp 10.000 Mitglieder, heute zählt er gut 17.000. Geht man daher von einer 75-prozentigen Steigerung der Mitgliederzahl und einer erheblichen Vermehrung der Verrechtlichung in der Medizin und im Besonderen in der Chirurgie aus, so hat sich das Arbeitsaufkommen des Justitiars in dieser Zeit weit mehr als verdoppelt.

Alle Bereiche des Straf-, Zivil-, Sozial- und insbesondere des Arbeitsrechtes haben deutlich zugenommen. Veröffentlichungen und Seminare vermehrten auch im juristischen Bereich das Tätigkeitsfeld des Berufsverbandes.

Während damals die Schreibarbeiten als persönliche Eigenart des damaligen Justitiars handschriftlich und dann von der Geschäftsstelle in Brief und Fax umgesetzt wurden, sind heute das Diktat, das Schreiben und Versenden vornehmlich als E-Mail von der Geschäftsstelle des Berufsverbandes nach München in meine Kanzlei verlagert.

Heberer J: Rechtsbeistand für BDC-Mitglieder. *Passion Chirurgie*. 2020 März, 10(03): Artikel 04_08.



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

Regelmäßig bin ich einen Tag in der Woche in der Geschäftsstelle zunächst in Hamburg und nunmehr seit 20 Jahren in Berlin anwesend. Daneben bin ich täglich in meiner Kanzlei in München persönlich, telefonisch, per Fax oder E-Mail immer erreichbar. Im Schnitt erreichen mich pro Tag ca. 12 Fragen von Mitgliedern des Berufsverbandes. Dazu zählen schriftliche Anfragen - überwiegend mittlerweile per E-Mail - sowie im Besonderen kurze und auch überaus ausführliche Telefongespräche. Hierbei stehen natürlich in der Hauptsache berufliche Belange im Vordergrund, teilweise aber auch sehr persönliche Anfragen bis hin zu Ehe- und Erbstreitigkeiten.

Ich bin froh und dankbar, dass ich dabei auf die volle Unterstützung meiner Kanzlei bauen kann und ich darf an dieser Stelle erwähnen, dass die umfangreiche Arbeit ohne die Unterstützung meiner Kollegen und Fachanwälte für Medizinrecht, Strafrecht und Arbeitsrecht in der Kanzlei sicherlich nicht in dieser Form möglich wäre.

Aus der Fülle an kuriosen Fällen sei einer beispielhaft erwähnt: Ein Chefarzt wurde fristlos gekündigt. Die Gründe waren eher unbedeutend und hätten vor dem Arbeitsgericht nicht Stand halten können, allenfalls eine Abmahnung hätte gerechtfertigt sein können. Einen Tag vor dem Arbeitsgerichtstermin rief mich der Chefarzt an, ich möge bitte die Kündigungsschutzklage zurücknehmen. Ungläubig erwiderte ich, wir würden die Klage nahezu mit Sicherheit gewinnen. Nein, er wollte trotz dieser Erfolgsaussichten

mit der Klinik nichts mehr zu tun haben. Er habe letzte Woche einen mehrstelligen Millionenbetrag im Lotto gewonnen. Eher würde er die Klinik kaufen, und den Herren zeigen, wo es langgeht. Auf diese Weise hatte sich meine Beratung bzw. der Arbeitsgerichtsprozess erledigt.

Trotz der Fülle der Anfragen ist es mir ein Anliegen, dass auch alle schriftlichen Anfragen zeitgerecht (oftmals noch am selben Tag – spätestens innerhalb einer Woche) beantwortet werden.

Insgesamt wurden im Jahr 2019 nahezu 100 Gutachten für die Dienstverträge vornehmlich der Chefarzte aber auch der Oberärzte erstellt. So haben wir beispielsweise in 2019 insgesamt ca. 1.500 Stunden, also rund 40 Arbeitswochen (gerechnet auf einen Anwalt) aufgewandt, um die Mitglieder des Berufsverbandes zu beraten.

Nicht mit eingerechnet sind dabei die Anwesenheitszeiten in Berlin, die für mich einen der zentralen Punkte meiner Tätigkeit darstellen. Gerade auch das erfreuliche und von wechselseitiger Wertschätzung und Unterstützung getragene Teamwork mit den Mitarbeitern des Berufsverbandes, allen voran natürlich Professor Meyer als Präsident und der Geschäftsführerin Frau Dr. Burgdorf, ist eine der Säulen der erfolgreichen Tätigkeit als Justitiar eines Verbandes mit einer so großen Mitgliederzahl.

Beispielhaft für die höchst vertrauensvolle und konstruktive Zusammenarbeit mit den

Gremien des Berufsverbandes der Deutschen Chirurgen sei das außerordentlich gute und konstruktive Verhältnis mit den fünf Präsidenten, Professor Hempel, Professor Witte, Professor Polonius, Professor Bruch und insbesondere nunmehr mit Professor Meyer, von mir dankbar erwähnt. Letzterer hatte auch durch seine Eigenschaft als Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie eine erfreuliche Nähe zwischen BDC und DGCH geschaffen, die in den vergangenen Jahrzehnten nicht immer gegeben war. Die steten Zusammentreffen in Sitzungen, an meinen Arbeitstagen in Berlin sowie in zahlreichen Telefongesprächen halfen und helfen mir bei der Bewältigung der juristischen Aufgaben des Berufsverbandes sehr viel weiter. In diesem Zusammenhang möchte ich auch die vier Geschäftsführer des BDC, Dr. Felsing, Dr. Ansorg, Dr. Dittmar und jetzt Frau Dr. Burgdorf erwähnen, mit denen ich allezeit stets sehr eng und vertrauensvoll zum Wohle unserer Mitglieder zusammenarbeiten durfte.

Die Verrechtlichung der Medizin und auch die Zahl der Haftungs- und Strafverfahren werden langsam steigen, sicher aber nicht sprunghaft, wie dies manche Kommentare in der Literatur befürchten.

Ich werde mich auch zukünftig mit großer Freude und mit großem Engagement für die Belange unserer sämtlichen Mitglieder des Berufsverbandes einsetzen und weiter daran arbeiten, dass der BDC als kompetenter Partner seiner Mitglieder in allen medico-legalen Aspekten wahrgenommen wird. 



Deutliches Wachstum niedergelassener Chirurgen im BDC

Jubiläen sind stets auch Anlass für eine Rückschau und Bewertung von Entwicklungen. Standen in meinem Beitrag im **Chirurg BDC** im April 2010 (www.bit.ly/Kalbe04-10) zum 50-jährigen Jubiläum des BDC noch die speziellen Interessen der niedergelassenen Chirurgen ganz im Vordergrund, so hat sich der Fokus des BDC in den letzten zehn Jahren tendenziell mehr auf die Analyse und Förderung von intersektoralen Versorgungskonzepten verlagert. Dem ist das Referat niedergelassenen Chirurgen formal und inhaltlich durch die Gründung einer Arbeitsgemeinschaft Beleg- und Kooperationsärzte (AGBeKo) unter der Leitung von Dirk Farghal nachgekommen. Das Thema „intersektorale Versorgungskonzepte“ ist daher auch regelmäßig auf den chirurgischen Kongressen mit BDC-Beteiligung vertreten. Der mit BDC-Un-

terstützung in Thüringen entwickelte Modellversuch der Hybrid-DRGs könnte eine Lösung der betriebswirtschaftlichen Widerstände gegen die Umsetzung des allgemein akzeptierten Prinzips „ambulant vor stationär“ darstellen.

Das klassische und rechtlich einwandfreie Belegarztsystem leidet bekanntermaßen unter den mangelnden Erträgen aus den reduzierten Belegarzt-DRGs. Die Anzahl der Belegärzte und der durchgeführten Operationen ist kontinuierlich rückläufig. Daran hat auch das so genannte „Antikorruptionsgesetz“ nichts geändert. Daher haben sich zunehmend alternative Kooperations-Konzepte zwischen Kliniken und niedergelassenen Chirurgen entwickelt. Welches Konzept jeweils das passende und richtige ist hängt stark von den



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

regionalen Gegebenheiten und auch von der historischen Entwicklung vor Ort ab. Der BDC wird auch weiterhin sowohl die Belegärzte als auch die Kooperationsärzte politisch und juristisch unterstützen und fordert nachdrücklich eine Fortentwicklung der gesetzlichen Möglichkeiten für sachgerechte intersektorale Versorgungskonzepte. Es darf bezweifelt werden, dass die von unserem umtriebigen Bundesgesundheitsminister Spahn eingesetzte Bund-Länder-Kommission im Jahr 2020 hierzu den Stein der Weisen finden wird.

Der Trend zu größeren Einheiten in Form von Gemeinschaftspraxen und MVZs im ambulanten Bereich hat sich in den letzten zehn Jahren noch verstärkt. Die wachsenden Anforderungen an die Hygiene und das Qualitätsmanagement lassen sich heute in Einzelpraxen nur schwerlich realisieren. Darüber hinaus hat sich in den letzten zehn Jahren ein massiver und 2010 noch nicht absehbarer Trend zur Tätigkeit als angestellte Chirurgin bzw. angestellter Chirurg entwickelt. Schon heute sind mehr als ein Drittel der in chirurgischen Praxen tätigen Ärztinnen und Ärzte Angestellte. Dies entspricht den Vorstellungen und Wünschen der nachrückenden Ärztegengeneration, wie aktuell im Berufsmonitor der Studierenden 2018 dargestellt. Arbeitsplätze für angestellte Ärzte und insbesondere auch Teilzeitarbeit oder die Möglichkeit einer „Babypause“ für junge Eltern werden sich jedenfalls nur in größeren Gemeinschaftspraxen oder MVZs realisieren lassen. Der BDC unterstützt seine Mitglieder logistisch und rechtlich bei der Konzeption von Gemeinschaftspraxen und anderen Kooperationen. Er tritt aber gleichermaßen auch für die wirtschaftlichen Interessen der jetzt niedergelassenen oder in den nächsten Jahren ausscheidenden Chirurgen in Einzelpraxen aus der „Baby-Boomer-Generation“ ein, die ihre Patienten auch in der Zukunft gut versorgt sehen wollen.

In den letzten zehn Jahren hat der BDC das Service-Angebot für seine niedergelassenen Mitglieder stetig ausgebaut. Die Kooperation mit unserem Versicherungspartner Ecclesia

bietet ein breites Portfolio an beruflichen und privaten Versicherungen und einen besonders umfassenden und günstigen Service bei der Berufshaftpflicht-Versicherung. Zusätzlich zu den schon traditionellen BDC-Abrechnungs-Seminaren wird regelmäßig ein Management-Seminar zur Praxis-Optimierung angeboten, ab 2020 in Anbindung an den Chirurgenkongress DCK. In enger Zusammenarbeit mit der DGCH wurde der Freitag des DCK als „Tag der Niedergelassenen“ konzipiert und fortentwickelt. Darüber hinaus stehen die Leiter des Referats und die BDC-Regionalvertreter regelmäßig Rede und Antwort bei zahlreichen Anfragen der Mitglieder zu Zulassungen, zur Hygiene, zur Abrechnung und zu vielen anderen Problemen der chirurgischen Praxis.

Mein vor zehn Jahren formulierter Wunsch einer weitergehenden Integration der verschiedenen chirurgischen Berufsverbände hat sich nicht realisieren lassen. Weiterhin wird bedauerlicher Weise viel Arbeitskraft und Gehirnzeit unnötig aufgebracht, um in unterschiedlichen Berufsverbänden zu den gleichen Themen nur marginal unterschiedliche Standpunkte zu erarbeiten und zu vertreten. Umso erfreulicher ist es, dass wir mit der „Einheit der Chirurgie“ und der Kooperation zwischen der DGCH und dem BDC in den letzten zehn Jahren deutlich vorangekommen sind. Sichtbare Signale sind unser Präsident Professor Meyer, der gleichzeitig Generalsekretär der DGCH ist, unsere gemeinsame Zeitschrift „Passion Chirurgie“ und der stetig wachsende Beitrag des BDC zu den Inhalten und Fortbildungsangeboten beim deutschen Chirurgenkongress (DCK). Dies wünschen wir uns in der Zukunft in Zusammenarbeit mit dem BVOU auch beim Deutschen Kongress für Orthopädie und Unfallchirurgie (DKOU).

Mehr als 2.700 niedergelassene Chirurgen sind Mitglied im BDC. Das sind zehn Prozent mehr als im Jahr 2010. Das Referat niedergelassene Chirurgen im BDC dankt für diesen Vertrauensbeweis und wird sich auch in der Zukunft mit aller Kraft für die Interessen der Mitglieder einsetzen.

Kalbe P: Deutlicher Wachstum niedergelassener Chirurgen im BDC. *Passion Chirurgie*. 2020 März, 10(03): Artikel 04_02.



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

60 Jahre BDC – eine Zeitreise



DIE GRÜNDUNGSZEIT

Die Gründung des Berufsverbandes der Deutschen Chirurgen e.V. erfolgte auf der 77. Tagung der DGCH am 23. April 1960 im Deutschen Museum in München mit der Wahl von Prof. Kilian als ersten Vorsitzenden. Er hatte die Notwendigkeit einer berufspolitischen Vertretung neben der damals rein wissenschaftlichen Orientierung der DGCH erkannt und formulierte: *„Die schwere Katastrophe, welche Deutschland am Ende des Zweiten Weltkrieges getroffen hat, stellte alle medizinischen Organisationen vor gewaltige Schwierigkeiten und große Aufgaben. Auf den wissenschaftlichen Kongressen wurden die einschlägigen Themen abgehandelt, zu einem fruchtbaren Gedankenaustausch über die beruflichen Belange und auch die Not des Einzelnen kam es nicht. Es wurde immer wieder ein empfindlicher Mangel hinsichtlich der Vertretung chirurgischer Interessen in den entscheidenden Gremien großer ärztlicher Organisationen, wie auch den Regierungen, bemerkbar.*

Andere medizinische Disziplinen hatten inzwischen längst die Initiative ergriffen, ihre Interessen in Form von Berufsverbänden wahrzunehmen. Die Chirurgen kamen damit, wie leider so oft, um einige Jahre zu spät.“

Aus dieser Analyse resultierte die Gründung des Berufsverbands, der sich (auch heute noch) folgende Ziele und Aufgaben setzte:

1. Die Vertretung aller chirurgischen Berufsbelange innerhalb der Ärzteschaft gegenüber den Körperschaften des öffentlichen Rechts sowie der Ärztekammer und den Kassenärztlichen Vereinigungen; ferner gegenüber dem Staat, der Regierung und ihren Behörden.

2. Die Beratung all dieser Organe hinsichtlich der chirurgischen Belange, einschließlich der Probleme der Facharztausbildung und der neuen Gebührenordnung, Fragen der chirurgischen Pflichten und Rechte sowie die Beratung von Berufskollegen in Facharztfragen.
3. Die Wahrung der chirurgischen Interessen in der Öffentlichkeit und gegenüber der Presse.
4. Der Berufsschutz des Chirurgen im Allgemeinen und nötigenfalls auch gegenüber dem Gericht.
5. Der Schutz gegen eine Einengung und Schmälerung unseres Fachgebietes.

DIE AUFBAUZEIT

Am 07.04.1961 auf der ersten Mitgliederversammlung des BDC nach seiner Konstituierung stellt sich der bisherige Vorsitzende Prof. Kilian nicht wieder zur Wahl. An seiner Stelle wird Prof. Dr. Wolfgang Müller-Osten zum neuen Vorsitzenden gewählt, der dieses Amt für den BDC prägend mehr als 20 Jahre lang ausübte.

Im Jahre 1969 erscheint die Nr. 1 der „Informationen des Berufsverbandes der Deutschen Chirurgen e.V.“ als Sonderdruck in „Der Chirurg“, 40. Jahrgang, 1969, Heft 1/2.

Die Zunahme juristischer Anfragen erforderte dringend die Mitarbeit eines Juristen. Prof. Dr. h.c. Walther Weißauer stand für die Beratung rechtlicher Fragen auf den Gebieten Arztrecht, Straf-, Zivil-, Verfassungs- und öffentliches Recht zur Verfügung. Die vertrauensvolle Zusammenarbeit dauerte mehr als 30 Jahre und wird aktuell von Herrn Dr. Heberer mit großem Einsatz wahrgenommen. Ebenfalls unter



Prof. Dr. med. Michael-J. Polonius
Ehem. Präsident des Berufsverbandes
der Deutschen Chirurgen e.V. (BDC)



Dr. med. Jörg-Andreas Rüggeberg
Vizepräsident
Berufsverband der Deutschen
Chirurgen e.V. (BDC)
dr.rueggeberg@t-online.de

Polonius MJ, Rüggeberg JA: 60 Jahre BDC.
Passion Chirurgie. 2020 März; 10(03): Artikel
05_01.



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

Federführung von Weißauer wird für die Mitglieder des Berufsverbandes eine Strafrechtsschutzversicherung abgeschlossen. Dieser folgen rasch weitere Versicherungspakete über günstige Rahmenverträge als wichtige Serviceleistung des BDC.

Nach anfänglichem gegenseitigen Misstrauen hat sich das Verhältnis zwischen BDC und DGCH zu einem auch in der Satzung verankerten Miteinander gewandelt. Zum zehnjährigen Bestehen des BDC erklärte Prof. Dr. L. Zuckschwerdt, Hamburg:

„Noch ein Wort zum Verhältnis der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie und dem Berufsverband. Beide haben eine Reihe gemeinsamer Aufgaben, Zusammenarbeit ist also unerlässlich. Andererseits haben beide Gesellschaften verschiedene Schwerpunkte. Dies bedingt, dass beide in manchen Dingen eine verschiedene Sprache sprechen müssen. Es ist eine Aufgabe beider Gesellschaften, hier keine Sprachverwirrung entstehen zu lassen. Das gleiche gilt für eine klare Definition der Schwerpunkte beider. Der vorwiegend wissenschaftlich tätige Chirurg darf nicht vergessen, dass Schwerpunkte des Berufsverbandes auch für ihn von Bedeutung sind, der Praktiker, dass die wissenschaftliche Gesellschaft auch ihm etwas zu bieten habe.“

Der Verdienst von Müller-Osten liegt vor allem darin, einerseits den BDC zu einer starken berufspolitischen Vertretung gemacht zu haben, andererseits nie die partnerschaftliche Kooperation mit der DGCH aus den Augen verloren zu haben.

Mit Weißauer kommen Abkommen mit den Anästhesisten über die Intensivpflege, über Tätigkeiten zwischen Chirurgen und Urologen und über Abgrenzungen zu den Gynäkologen zustande.

1972 wird die Gemeinschaft Fachärztlicher Berufsverbände (GFB) unter maßgeblicher Beteiligung des Berufsverbandes gegründet.

1973 tritt der BDC der U.E.M.S. (Union Européenne des Médecins Spécialistes) bei. Voraussetzung für den Beitritt ist die Mitgliedschaft in der GFB, da es sich um einen

europäischen Zusammenschluss berufsständischer Facharztverbände handelt.

„Die Deutsche Gesellschaft ist für die Chirurgie zuständig, der Berufsverband für die Chirurgen“ (Zitat Prof. Hempel)

Bedarfsanalysen und Strukturmodelle für die Chirurgen werden entwickelt. Zu Beschwerden kommt es wegen der neuen Chefarztverträge, bei denen das Liquidationsrecht auf die Krankenhausträger übergeht.

Nach 20 Jahren der Präsidentschaft erfolgt 1982 die Amtsübergabe an Prof. h.c. Dr. med. Karl Hempel. In diesem Rahmen mahnte Prof. Müller-Osten nochmals an:

„Der andere Aspekt, den vorzutragen mir ganz besonders am Herzen liegt, ist die Gefahr, dass Tendenzen wachsen könnten, den Berufsverband wieder in die wissenschaftliche Gesellschaft einzugliedern. Ich kenne aus der Vergangenheit die unglückliche Rolle, die sog. Berufsständischen Abteilungen, wissenschaftliche Gesellschaften in anderen Fachgebieten früher eingenommen haben und die sie erst nach großen Mühen durch Umwandlung in einen eigenen Berufsverband abstreifen konnten. Nur im Zusammenspiel zweier gleichrangiger Partner, die sich gegenseitig die Bälle zuwerfen, ist ein Erfolg zu erwarten. Es wäre eine ganz und gar unglückliche Entwicklung, wenn der Berufsverband Aufgaben der wissenschaftlichen Gesellschaft übernehmen und umgekehrt die wissenschaftliche Gesellschaft immer mehr Funktionen des Berufsverbandes an sich ziehen würde. Es ist erfreulich, wenn das gegenseitige Interesse an den Problemen zunimmt. Die Aktivität aber muss im jeweiligen zuständigen Rahmen erfolgen, weil sonst wieder die Gefahr entstünde, dass amateurhaftes Denken einzieht und keine gleichmäßige Berücksichtigung der Interessen aller Chirurgen erfolgt.“

Ich habe mich bemüht, das vor zwanzig Jahren völlig fehlende Interesse für berufsständische

Fragen in der wissenschaftlichen Gesellschaft zu wecken, um ein Miteinander herzustellen. Es darf nun nicht dazu führen, dass der eine Teil die Aufgaben des anderen an sich zieht. Die Gefahr ist groß, wenn die persönlichen Interessen der Akteure dazu verleiten. Diese sollten immer daran denken, dass ihre Bemühungen umso erfolgreicher sind, je mehr sie durch den Sachverstand der jeweiligen Organisation unterstützt und getragen werden. Dabei kommt es nicht nur auf die Öffentlichkeitswirksamkeit des Problems an, sondern allein auf die Zuständigkeit und die bestmögliche Erfolgsaussicht.“

DIE AUSWEITUNGSZEIT

Im Jahr 1985 wurde die Gründung einer Akademie für chirurgische Weiterbildung und praktische Fortbildung des BDC diskutiert und umgesetzt. Das erste Seminar wurde von Prof. Witte in Augsburg veranstaltet. Kurze Zeit später folgten weitere Seminare, aktuell mehr als 100 im Jahr.

Der Versicherungsschutz wird für Mitglieder des BDC deutlich erweitert (Gastärzte und Gastaufenthalte) ohne zusätzliche Prämien-erhebung. Als weitere Serviceleistung wird die juristische Beratung von sog. Chefarztdienstverträgen angeboten.

Das Jahr 1990 und die folgenden Jahre standen auch für den Berufsverband ganz unter dem Eindruck der Wiedervereinigung Deutschlands. Der BDC sah zunächst eine seiner Hauptaufgaben darin, Kontakte zu den chirurgischen Kolleginnen und Kollegen der ehemaligen DDR herzustellen und sie in berufspolitischen Themen und Versicherungsfragen zu beraten und auch zu unterstützen. Nach anfänglicher leichter Skepsis kam es bald zu intensiven und kollegial freundschaftlichen Gesprächen und in deren Folge dann auch zu Gründungen von Landesverbänden in den dann „neuen Ländern“.

Im Mai 1991 verfasste der Vorstand des LV Sachsen-Anhalt eine schriftliche Stellungnahme zur Problematik des politischen Umbruchs. Angesichts der durchaus problematischen persönlichen Verstrickungen



Einzelner in die Strukturen der SED und der Stasi plädierte der BDC für eine selbstkritische Verantwortung:

„Der Berufsverband der Deutschen Chirurgen ist nicht das Gremium, um Auswüchse des Machtmissbrauchs zu untersuchen und zu verfolgen. Wir warnen überhaupt vor einem Klima der Hexenjagd. Die alleinige Mitgliedschaft in der SED darf kein Grund für Zurücksetzung oder Diskriminierung sein. Passive Verflechtungen in der Politik der SED, Mitläuferverhalten einerseits und bewusstes Ausnutzen und Missbrauchen von Macht andererseits ist nicht gleichzusetzen.“

Der Vorstand meint, dass Ärzte, die im Vorleben ins Kreuzfeuer der Kritik geraten sind, nicht in führende Positionen wissenschaftlicher Gesellschaften oder standespolitischer Organisationen eintreten sollten, bevor diese Vorwürfe nicht ausgeräumt sind.

Jeder Betroffene sollte ehrlich für sich prüfen, ob er aus dieser Sicht geeignet ist, die Interessen der Kollegen zu vertreten oder ob es ihm besser zu Gesicht stünde, für einen Zeitraum der politischen Bewährung in den Hintergrund zu treten.“

Das „ambulante Operieren“ trat immer mehr in den Vordergrund auch des öffentlichen Interesses. Der BDC gründete einen Arbeitskreis „Ambulantes Operieren“.

Nachdem die minimal-invasive Chirurgie deutlich an Boden gewann, initiierte der Berufsverband Trainingskurse zur minimal-invasiven Chirurgie, Interesse und Beteiligung der Chirurgen waren außerordentlich groß.

1994 hat der Berufsverband die Marke von 10.000 Mitglieder (10.567) überschritten. Unter diesem Aspekt erscheint es nicht mehr denkbar, dass der Präsident allein die Leitung des Berufsverbandes einschließlich der Geschäftsstelle leitet. Daher wird beschlossen, einen hauptamtlichen Geschäftsführer einzustellen.

Am 1. April 1998 tritt Dr. Felsing sein Amt als erster hauptamtlicher Geschäftsführer des BDC an und hält die Verbindung zu Verbänden, Ärztekammern und KV sowie zur Politik.

DIE ZEIT DER KONSOLIDIERUNG

1998 folgt Prof. Witte dem langjährigen und prägenden Präsidenten Prof. Karl Hempel, der sich mit den Worten verabschiedet:

„Die Politik der Berufsverbände muss verlässlich sein, sie muss dem vermeintlichen Gegner immer die Chance geben, das Gesicht zu wahren. Man weiß nie, ob nicht später gemeinsame Arbeit notwendig wird. Berufsverbände sollen die Diskussion beleben und auch mitarbeiten, Veränderungen herbeizuführen, die im Gesamtinteresse geboten erscheinen. Das

Gesamtinteresse der Chirurgie oder auch der Chirurgen ist unter allen Aspekten mehr als die Summe der einzelnen Interessen.

Es ist wichtiger, über Grundsatzfragen nachzudenken und sie zu beantworten, als zu lamentieren.

Es ist wichtiger, an einem Konzept für die Zukunft mitzuarbeiten und Veränderungen als Chance zu begreifen, als nur Angriffe auf sog. „Besitzstände“ abzuwehren.

Es ist wichtiger, allgemeine Grundsätze einer zukunftsorientierten Berufspolitik zu formulieren, als sich bis zur Erschöpfung gegenseitig zu streiten.

Es ist wichtiger, sensibel auf die wirtschaftlichen Bedürfnisse der Mitglieder und auch der Gesamtheit zu achten, als tradierte Ideologien zu verteidigen.“

DIE ZEIT DER KOOPERATIONEN

Im Dezember 1999 zog die Geschäftsstelle von Hamburg nach Berlin in das Langenbeck-Virchow-Haus in der Luisenstraße in Berlin-Mitte um und vergrößerte den Stamm der Mitarbeiter deutlich in Richtung eines professionellen Unternehmens. Nicht zuletzt diesem Umzug ist es zu danken, dass letztlich das Langenbeck-Virchow-Haus nach mühsamen Verhandlungen wieder zur Heimat der deutschen Chirurgen wurde.

Die enge räumliche Nähe mit der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie und anderen chirurgischen Fachgesellschaften fand ihren Niederschlag in fruchtbaren Kooperationen. Nach Satzung des BDC sind alle chirurgischen Fächer mit jeweils einem Vertreter im Präsidium stimmberechtigt vertreten. Es werden regelmäßige Treffen mit Vertretern benachbarter Berufsverbände organisiert, um auch über die Gemeinschaft Fachärztlicher Berufsverbände gebündelt und vor allem mit großer Mitgliederzahl Einfluss auf die Gesetzgebung auszuüben. Von Vorteil für den BDC war dabei, dass in der Person des späteren

Vizepräsidenten Dr. Rüggeberg ein Chirurg die GFB als Präsident nach außen repräsentiert hat.

Der BDC-Präsident Prof. Witte hat in Brüssel die chirurgischen Interessen in der UEMS-Sektion Chirurgie vertreten, Dr. Rüggeberg auf der politischen Ebene im UEMS management council. Der Einfluss in den Gremien sowohl der Bundesärztekammer wie auch der Kassenärztlichen Bundesvereinigung konnte durch persönliches Engagement einzelner BDC-Mandatsträger deutlich gestärkt werden.

Intern wurden das Seminarangebot der BDC Akademie ausgebaut sowie durch entsprechende Rahmenverträge zahlreiche vergünstigte Serviceangebote für unsere Mitglieder ausgehandelt. Das brachte mit der Gründung der BDC-Service GmbH eine zunehmende Professionalisierung mit sich, die durch den Hauptgeschäftsführer Dr. Ansorg (Chirurg) organisiert wurde. Das Ergebnis war eine weitere Zunahme der Mitglieder, die den BDC zur größten Chirurgenvereinigung Europas machte.

Nach dem frühen Tod von Prof. Witte übernahm Prof. Polonius 2003 die Leitung des BDC und setzte vor allem auf der europäischen Ebene wichtige Akzente. In diese Zeit fällt auch eine vorsichtige Wiederannäherung des Berufsverbands der Niedergelassenen Chirurgen an den BDC, weg von einer Konfrontation hin zu einem kollegialen Miteinander. Immer auf Ausgleich bedacht, konnte auch das Verhältnis zur DGCH trotz dortiger zunehmender Einflussnahme auf berufspolitischen Feldern in freundschaftlichem Rahmen gehalten werden. Seit Jahren sind die Vertreter beider Verbände gegenseitig im jeweiligen Präsidium vertreten.

EINHEIT DER CHIRURGIE

2010 wurde mit Prof. Bruch aus Lübeck erstmals ein Ordinarius Präsident des BDC. Es war eine Zeit der Visionen unter dem gedanklichen Ziel, die „Einheit in der Chirurgie“ anzustreben. Letztlich blieb es bei einem wohlgemeinten Versuch, die Zeit war (und ist) noch nicht

reif für eine wie auch immer geartete Fusion. Es sei dabei gerne an die Anfangsjahre des BDC und die Worte der Präsidenten Müller-Osten und Hempel erinnert, die eine klare inhaltliche Trennung der jeweiligen Aufgabenstellungen präzisiert haben, ohne jemals die enge Verbundenheit beider Partner aus den Augen verloren zu haben. Mit der Wahl des amtierenden Generalsekretärs der DGCH, Prof. Dr. med. Dr. h.c. Hans-Joachim Meyer im Jahr 2015 zum Präsidenten, wurde eine von den Gründungsvätern des BDC noch durchaus vehement abgelehnte Personalunion eingeführt, die allen Unkenrufen zum Trotz eine außerordentliche Beförderung der Zusammenarbeit und keinesfalls eine Unterordnung oder gar „Eingemeindung“ zur Folge hatte. Es zeigte sich rasch, dass zwar unterschiedliche Schwerpunkte, diese aber letztlich mit dem gleichen Grundthema zu bearbeiten sind, die in dieser engen Gemeinsamkeit bei aller notwendigen Eigenständigkeit sehr erfolgreich nach außen kommuniziert werden. Seit einigen Jahren betreiben BDC und DGCH gemeinsam eine professionelle Pressestelle. Die „Passion Chirurgie“ ist unsere gemeinsame Zeitschrift, mehrere Referate sind in Personalunion besetzt, die Abstimmung in den Führungsetagen erfolgt intensiv, freundschaftlich und äußerst effizient. Faktisch wird die Einheit gelebt, auch wenn sie formal nicht vollzogen ist. Vielleicht ist das auch gar nicht erforderlich, entscheidend ist, dass die Interessen der Chirurgen (BDC) und der Chirurgie (DGCH) niemals kontrovers, sondern immer in die gleiche Richtung diskutiert werden.

War der Start des BDC vor 60 Jahren noch geprägt von Animositäten, Misstrauen und Ausgrenzung, so haben wir jetzt eine enge partnerschaftliche Beziehung erreicht, die allen nützt. Allein die Zahl von nahezu 18.000 Mitgliedern (gegenüber 40 Versprengten zu Beginn) beweist, dass der Weg der Richtige ist und unbeirrt weiterverfolgt werden wird.



von DER
GRÜNDUNG
1960



BDC
Chronik

BIS IN DIE
20er
des NEUEN
MILLENNIUMS



PROF. DR. HANS KILIAN

Unregelmäßige Aussendung der ‚Meldungen‘ vom BDC.

Der BDC tritt der Arbeitsgemeinschaft Berufsverbände bei.

23. APRIL 1960

Gründung des Berufsverbandes der Deutschen Chirurgen e.V. (BDC) auf der 77. Tagung der DGCH, Vorsitzender des Vorstands wird Prof. Kilian.



DER CHIRURG

Erstes Erscheinungsjahr der Verbandszeitschrift als Nachrichtenblatt „Informationen des BDC“ (Gelbe Seiten). Die Diskussion um das Teilgebiet Unfallchirurgie führt zu erheblichen Reibungen mit den Orthopäden.

19
60

19
61

19
62

19
66

19
67

19
68

19
69

Erste Mitgliederversammlung des BDC, Prof. Dr. Wolfgang Müller-Osten wird neuer Vorsitzender des BDC.



PROF. DR. WOLFGANG MÜLLER-OSTEN

Prof. Dr. Wolfgang Müller-Osten wird Präsident des BDC.

Der BDC konzentriert sich in seiner Arbeit auf die:

1. Reorganisation der Facharztausbildung.
2. Wahrung der Einheit der Chirurgie und die damit einhergehende Abgrenzung zu Nachbarfächern, z.B.:
 - a) Radiologie – Röntgentätigkeit der Chirurgen
 - b) Urologie – „Wem gehören die Hodenhüllen?“
 - c) Anästhesie – Zuständigkeit auf Wach- und Intensivstationen.
3. Erste BDC-Beteiligung bei Gebührenverhandlungen.
4. Spezialisierung in der Chirurgie sowie die Gründung von Teilgebieten.

Gründung der BDC-Landesverbände.

Prof. Dr. h.c. Weißsauer wird Justitiar des BDC.



PROF. DR. WEISSAUER



Der BDC tritt der U.E.M.S. (Union Européenne des Médecins Spécialistes) bei und verstärkt seine europäischen Aktivitäten. Der BDC verstärkt seine Beratungstätigkeit in Rechts- und Berufsfragen für seine Mitglieder. Insbesondere bei den neuen Chefarztverträgen mit Festgehalt ohne Liquidationsrecht ist guter Rat gefragt. Diskutiert wird über neue Strukturmodelle in der Chirurgie: Chefarztmodell oder Kollegialsystem?

Gründung einer Kommission für Zukunftsfragen aus BDC und DGCH, der BDC ist maßgeblich daran beteiligt.

Erstmalige Herausgabe des Adressbuches „Deutsche Chirurgie“.

Erstmals findet ein BDC-Seminar für leitende Krankenhauschirurgen statt.

Auf Vorschlag von Prof. Matzander, Mitglied des geschäftsführenden Präsidiums, wird die ‚Ultraschalldiagnostik‘ in die chirurgische Facharztweiterbildung aufgenommen.

Die ‚Wahrung der Grenzen des Fachgebietes Chirurgie‘ wird am Anfang der 80er Jahre dringlicher Inhalt der Arbeit des Berufsverbandes. Das Präsidium beschließt die Erarbeitung eines „Aufgabenkataloges der Chirurgie“.



PROF. DR. KARL HEMPEL

Prof. K. Hempel wird neuer Präsident des BDC (bis 1998).

19
70

19
72

19
73

19
80

19
82

19
85

19
86

Der BDC schließt erste Abkommen mit Anästhesisten, Urologen und Gynäkologen. Gründung der Gemeinschaft Fachärztlicher Berufsverbände (GFB), der BDC ist maßgeblich daran beteiligt.

Der erste Assistenzenvertreter, Dr. E. Guthy, Hannover, wird ins Präsidium des BDC gewählt.

Integration des Berufsverbandes der Deutschen Kinderchirurgen im Präsidium des BDC. Als neue Serviceleistung schließt der Berufsverband eine Strafrechtsschutzversicherung für Mitglieder ab.

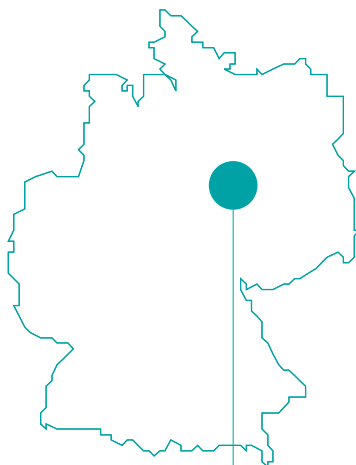
Bezug der neuen Geschäftsstelle Wendemuthstraße in Hamburg. Erstmals findet das erste BDC-Weiterbildungsseminar für angehende Fachärzte statt. Abkommen mit den Anästhesisten zur fachgebundenen Zuständigkeit bei der Lagerung des Patienten auf dem Operationstisch.

Gründung der Akademie für chirurgische Weiterbildung und praktische Fortbildung, Leiter Prof. Jens Witte.

Die erste Veranstaltung „Quo vadis chirurgia“ findet statt, diskutiert werden Grenz- und Zukunftsthemen der Chirurgie.

Wiedervereinigung Deutschlands:

Der BDC bietet sofort Hilfe und Beratung für die Kolleginnen und Kollegen im Osten Deutschlands an.



Dr. J. Bauch übernimmt zum Jahresende die Redaktion der Verbandszeitschrift „Der Chirurg BDC“ von Prof. Dr. W. Müller-Osten.



10.567
Mitglieder

Mitgliederzahl des BDC erstmalig über 10.000.

Stiftung der Wolfgang Müller-Osten-Gedenkmedaille für herausragende Verdienste um den Berufsverband der Deutschen Chirurgen.

19
88

19
90

19
91

19
93

19
94

19
95

19
96

Erstmalige Veranstaltung des „Chirurgentag“.

1.
Chirurgentag

Gründung des Arbeitskreises „Ambulantes Operieren“ zur Förderung der ambulanten Chirurgie und Gewährleistung der wirtschaftlichen Basis des ambulanten Operierens. Auf Initiative des BDC finden in Hamburg erste Trainingskurse für MIC-Verfahren statt (organisiert und durchgeführt von Fa. Ethicon).

Gründung der „Müller-Osten-Stiftung“ für den chirurgischen Nachwuchs und Niedergelassene.

Prof. W. Müller-Osten verstirbt.

Einführung des „Referatesystems“ im geschäftsführenden Präsidium des BDC. Jede wissenschaftliche Gesellschaft erhält einen Sitz, ebenso wird ein Vertreter der niedergelassenen Chirurgen ins Präsidium entsandt.

Der BDC ist mit 12.539 Mitgliedern der größte Chirurgenverband Europas.



PROF. DR. JENS WITTE



DR. JÖRG HEBERER

Prof. Dr. Jens Witte wird zum Präsidenten des BDC gewählt.

Dr. Jörg Heberer wird neuer Justitiar des BDC.

Dr. Felsing wird Geschäftsführer des BDC, er ist für die Organisationsabläufe in der Geschäftsstelle verantwortlich.

40-JAHR-FEIER DES BDC

Beschluss der Gründung einer DRG-Kommission gemeinsam mit der DGCH. Schwerpunkte der BDC-Arbeit in diesem Jahr sind:

- Fehlbelegungskatalog im Krankenhaus (Katalog stationersetzender Leistungen)
- Stellung des ambulanten Operierens und Situation der niedergelassenen Chirurgen

- Erarbeitung von Empfehlungen zur neuen Weiterbildungsordnung.

Alle chirurgischen Gebiete und Schwerpunkte sind im geschäftsführenden Präsidium: Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (DGC), Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie

(DGU), Deutsche Gesellschaft für Gefäßchirurgie (DGG), Deutsche Gesellschaft für Viszeralchirurgie (DGV), Deutsche Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie (DGTHG), Deutsche Gesellschaft für Kinderchirurgie (DGK), Deutsche Gesellschaft für Plastische und Ästhetische Chirurgie (DGPRÄC).

BDC|Online entsteht.

Prof. Dr. J. Jähne wird neuer Akademieleiter der BDC|Akademie für chirurgische Weiterbildung und praktische Fortbildung.



PROF. DR. JOACHIM JÄHNE

19
97

19
98

19
99

20
00

20
01

20
02

20
03

Auf Anregung und in Verantwortung des BDC, erscheint erstmals in DER CHIRURG die Rubrik „Weiter- und Fortbildung“.

Verantwortliche Redaktion:
Dr. J. Bauch,
Prof. Dr. M. Betzler und
Prof. Dr. Lobenhoffer.

Gründung der GOÄ-Kommission im BDC.

Der BDC zieht von Hamburg nach Berlin ins Langenbeck-Virchow-Haus.



Der BDC gründet die E-Learning-Plattform [eCME-Center]. Bereits zum Start werden mehr als 60 Fortbildungskurse für Chirurgen angeboten. Damit ist der BDC führender Anbieter von Online-Fortbildungen für Chirurgen im deutschsprachigen Raum.

Prof. J. Witte wird zum Präsidenten der Sektion Chirurgie in der UEMS gewählt. Dr. Ansorg übernimmt die Geschäftsführung der BDC Service GmbH.

Gründung der BDC Service GmbH.
Die BDC-Assistententauschbörse „BDC|ATB“ geht online.

Über die „Taskforce CME und CPD“ entwickelt der BDC in Zusammenarbeit mit der DGCH und der Müller-Osten-Stiftung ein System zur freiwilligen Kompetenzdarlegung in der Chirurgie. Das Konzept geht weit über das freiwillige Fortbildungszertifikat der Ärztekammern hinaus.

Prof. J. Witte verstirbt.
Außerordentliche Sitzung des Präsidiums, Vizepräsident Prof. M.-J. Polonius wird zum Präsidenten gewählt.

Prof. M.-J. Polonius wird zum Stellvertreter des Vorsitzenden des gemeinsamen Bundesausschusses (GBA) berufen.

Das [eCME-Center] floriert, Ende des Jahres stehen über 200 Kurse auf der Plattform zur Verfügung.

Prof. M.-J. Polonius wird zum unparteiischen Vorsitzenden des Ausschusses Krankenhaus im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) berufen.



Wechsel des Versicherungsmaklers.

Neuer Makler ist die Ecclesia Versicherungsdienst GmbH.

Dr. Ansorg wird hauptamtlicher Geschäftsführer des BDC und der BDC Service GmbH.

Dr. P. Kalbe wird Referatsleiter der Niedergelassenen.



DR. JÖRG
ANSORG



DR. PETER KALBE

Die neue Seminarreihe „Simplify your hospital“ zu Management- und Führungsthemen startet.

Auf der Mitgliederversammlung am 21. April 2010 wird Prof. Dr. Hans-Peter Bruch zum neuen Präsidenten gewählt.



PROF. DR.
HANS-PETER BRUCH

20
04

20
06

20
07

20
08

20
09

20
10

20
11

> 15.000
Mitglieder

Die Mitgliederzahl steigt erstmals über 15.000. Erstmals wird ein 2. Vizepräsident gewählt, der niedergelassener Chirurg sein muss (lt. Satzung Pflicht).

Erste Regionalvertreter der niedergelassenen Chirurgen.

Enge Zusammenarbeit mit ANC in vielen Bundesländern.

Start der Nachwuchskampagne „Nur Mut! Kein Durchschnittsjob: ChirurgIn“.

Neuer Rahmenvertrag Berufshaftpflicht mit besten Konditionen für Chirurgen und Orthopäden.

Relaunch des [eCME-Center].

Neuerhandlung mit der Rechtsschutzversicherung für BDC-Mitglieder: Umfangreicheres Portfolio bei reduzierter Gebühr. Reduktion des BDC-Mitgliederbeitrages um 2,50 Euro.

Die BDC|Akademie organisiert 70 Seminare.

Die Präambel „Einheit der Chirurgie“ wird veröffentlicht.

Gründung der internen Arbeitsgruppe BG und eine Gemeinsame BG-Kommission der orthopädischen und unfallchirurgischen Berufsverbände unter Federführung des BDC gegründet.

Markteinführung der neuen elektronischen Mitgliederzeitschrift PASSION CHIRURGIE.

Im März findet erstmals der gemeinsame Bundeskongress Chirurgie von BNC, BDC und BAO statt. Der erste Nachwuchskongress „Schnittpunkt Chirurgie“, organisiert von BDC und DGU, findet im März 2011 unter dem Motto „Keine Angst vor dem Hammerexamen“ statt.

Der BDC|Shop geht online.

„App.in.den.OP“, der neue chirurgische Stellenmarkt mit Praxenplattform in Zusammenarbeit mit dem Deutschen Ärzteblatt, geht online.

Die Nachwuchskampagne „Nur Mut! Kein Durchschnittsjob: ChirurgIn“ bekommt eine eigene Facebookseite.

Relaunch **PASSION CHIRURGIE**



Relaunch BDC|Online und Verjüngung des Corporate Design vom BDC. Die HERNIENSCHULE startet 2016 gemeinsam mit der Deutschen Herniengesellschaft.

Gründung der Arbeitsgruppe der Beleg- und Honorarärzte.

Im Dezember erscheint die erste gemeinsame Ausgabe **PASSION CHIRURGIE** von BDC und DGCH.

Seit dem 01.01.2012 gibt es eine neue Geschäftsordnung der BDC|Akademie mit dem Ziel der weiteren Professionalisierung durch institutionelle Einbindung der Fachgesellschaften.

Eine Clearingstelle zur Klärung von Unstimmigkeiten in der D-Arzt-Abrechnung wird eingerichtet.

Im März wird zum ersten Mal der Journalistenpreis der Deutschen Chirurgen verliehen.

Der Blended Learning Kurs „Hygienebeauftragter Arzt“ wird eingeführt.

**20
12**

**20
13**

**20
14**

**20
15**

**20
16**

**20
17**

Der BDC ruft 2013 das Modellprojekt „Hybrid-DRG Thüringen – Neue Wege im Gesundheitswesen“ ins Leben.

Prof. Dr. Julia Seifert wird auf der BDC-Mitgliederversammlung zur Vizepräsidentin gewählt.



PROF. DR. JULIA SEIFERT

Prof. Dr. Hans-Peter Bruch tritt auf der außerordentlichen Präsidiumssitzung am 20.02.2015 zurück.

Prof. Dr. Dr. h.c. Hans-Joachim Meyer wird auf der Mitgliederversammlung am 30. April 2015 zum Präsidenten gewählt.

Dr. Ronny Dittmar wird neuer Geschäftsführer der BDC-Geschäftsstelle.

Frau Dr. Gunda Leschber und Herr Dr. Jörg Ansorg mit der Wolfgang Müller-Osten-Medaille ausgezeichnet.



PROF. DR. DR. h.c. HANS-JOACHIM MEYER



DR. POL. RONNY DITTMAR

Eine neue Satzung wird verabschiedet (Inkrafttreten 2018).

Die Mediathek der DGCH kann seit Mai 2017 von BDC-Mitgliedern kostenfrei genutzt werden.

Update der BDC|Mobile App: BDC|Webinare und der BDC|Shop sind seit September in der App integriert. Start der BDC|Webinare.

Der BDC verleiht die Wolfgang Müller-Osten-Medaille an Herrn Dr. Boxberg und Herrn Dr. Giensch.

Verleihung der Wolfgang Müller-Osten-Medaille an Ehrenpräsident Prof. Dr. Karl Hempel.



Die BDC|Akademie digitalisiert zunehmend ihre Fortbildungsangebote, u. a. durch den Ausbau der Blended-Learning-Kurse und der Webinare, ein Relaunch des eCME-Centers ist geplant.



**20
18**

**20
19**

**20
20**



Zukunft

Anfang des Jahres startet die Neumitglieder-Kampagne „Am Ende braucht jeder einen Verband“.

Am 15.03.2019 wird Dr. Friederike Burgdorf neue Geschäftsführerin des BDC und der BDC Service GmbH.

Dr. Peter Kalbe wird zum neuen Vizepräsidenten gewählt.

Beim DGCH-Kongress in München erhält Vizepräsident Dr. Jörg-A. Rüggeberg das Siegel der DGCH.

Der BDC verleiht die Wolfgang Müller-Osten-Medaille an Herrn Prof. Dr. Ferdinand Köckerling und Herrn Rainer Kükbe.



**DR. FRIEDERIKE
BURGDORF**



DR. PETER KALBE



**DR. JÖRG-
A. RÜGGEBERG**

> 17.500
Mitglieder



DCK 2020

Gemeinsam lernen und heilen

137. Deutscher Chirurgen Kongress

21. bis 24. April 2020
CityCube, Berlin

www.dck2020.de



Intelligenz,
Intuition
und Individualität

**live
WEBINAR**

DCK Kompakt – das Nachlese-Webinar des DCK 2020

Webinar DCK Kompakt
14.05.2020, 18:00 Uhr
www.bdc-webinare.de

Der Kongress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH) ist einer der Höhepunkte des chirurgisch akademischen Jahres. Klinische Trends in der chirurgischen Versorgung, Innovationen aus der Industrie, zukünftige Entwicklungen auf dem Gesundheitsmarkt der Chirurgie werden in vier Tagen vorgestellt und diskutiert. Aber

nicht alle KollegInnen können den Deutschen Chirurgen Kongress (DCK) besuchen. Erfahren Sie in einer zweistündigen Webinar-Nachlese die Highlights des Kongresses. Fünf Experten referieren dabei die Facts zu den Hauptthemen des Kongresses, moderiert vom Präsidenten der DGCH Univ.-Prof. Dr. Schmitz-Rixen.



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



© iStock/slynesher

BDC|Umfrage

Die Zusammenarbeit zwischen leitenden ChirurgnInnen und Klinik-Geschäftsleitungen: Was hat sich verändert?

ERGEBNISSE DER BDC|UMFRAGE 2018/2019 IM VERGLEICH ZU 2011/2012

Nach wie vor ist die Ökonomisierung in deutschen Krankenhäusern ein wichtiger Faktor für die Kommunikation zwischen ChefärztInnen und GeschäftsführerInnen.

Der wirtschaftliche Druck bestimmt das Arbeitsklima – nicht nur innerhalb der chirurgischen Abteilungen.

Die Zusammenarbeit von leitenden ÄrztInnen mit der Klinikgeschäftsführung ist allerdings entscheidend für



Prof. Dr. med. Carolin Tonus
Leiterin Ressort Chirurgie, Ökonomie
und Zukunftsfragen im BDC
Chefärztin der Allgemein- und
Viszeralchirurgie
Asklepios Klinik St. Georg
Allgemein- und Viszeralchirurgie
Lohmühlenstr. 5
20099 Hamburg
c.tonus@asklepios.com

Tonus C: BDC|Umfrage: Die Zusammenarbeit
zwischen leitenden ChirurgenInnen und Klinik-
Geschäftsleitungen: Was hat sich verändert?
Passion Chirurgie. 2020 März, 10(03): Artikel
04_0X.



Literaturhinweis: Kapitzka T. / Tonus
C. Kooperation oder Konflikt – Die
Zusammenarbeit zwischen leitenden
Chirurgen und Klinik-Geschäftsleitungen.
Passion Chirurgie. 2012 März; 2(03):
Artikel 02_03
Mehr lesen: <http://bit.ly/bdcUmfrage2012>



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

den Erfolg des Unternehmens Krankenhaus. Aus den Berichten vieler Kolleginnen und Kollegen sowie der im Jahr 2011/2012 durchgeführten BDC|Umfrage zum gleichen Thema wird klar, dass gerade an dieser Schnittstelle immer noch erhebliche Reibungsverluste auftreten und Ressourcen nicht zielführend zum Einsatz kommen. Die Daten der aktuellen Umfrage geben Aufschluss darüber, wie sich die Zusammenarbeit im Laufe der letzten sieben Jahre verändert hat.

METHODIK UND BASISDATEN

Grundlage stellte ein strukturierter Online-Fragebogen mit insgesamt 89 Detailfragen und drei zentralen Themenbereichen dar. Beide Umfragen waren inhaltlich identisch.

Die Grundlagen:

- Prolog Krankenhausstatistik
- Prolog Fragen zur Person
- Themenbereich 1: Organisation des Gesprächsrahmens zwischen ärztlichen Führungskräften und Managern
- Themenbereich 2: Fragen zum Arbeitsalltag mit der Geschäftsführung
- Themenbereich 3: Typische Konflikte und Konfliktmanagement

2018/2019 waren insgesamt 546 Beantwortungen eingegangen. Im Vergleich zur Umfrage 2011/2012 (649 Beantwortungen) sind das 103 Teilnehmer weniger.

ALTERSSTRUKTUR UND GESCHLECHT

Die Anzahl der weiblichen Teilnehmer ist um mehr als das Doppelte von 4,23 % in 2011/2012 auf 11,05 % in 2018 gestiegen (**Abb. 1**).

In **Abbildung 2** wird die Altersstruktur der Befragten dargestellt. Der Anteil an TeilnehmerInnen zwischen 45 bis 50 Jahren ist von 29,02 % auf 14,9 % in den Jahren 2018/2019 gefallen. Hingegen hat sich der Anteil der 56- bis 60-jährigen von 19,34 % auf 32,45 % erhöht. Insgesamt ist der Altersdurchschnitt des Gesamtkollektivs gestiegen.

BERUFLICHE POSITION UND ERFOLGSKOMPONENTE

83 % der Befragten waren zum Erhebungszeitpunkt ChefärztIn oder Ordinarius/Ordinaria – 2011/2012 waren es 89 %. Zusätzlich haben 26 (2011/2012: 44) Ärztliche DirektorInnen – das entspricht 5 % versus 7 % in 2011/2012 – und 61 (12 %) sonstige ÄrztInnen (darunter 39 lfd. OberärztInnen) teilgenommen. Die Anzahl der leitenden OberärztInnen unter den Teilnehmern ist im Vergleich zur Befragung in 2011/2012 von 1 % auf 7 % gestiegen.

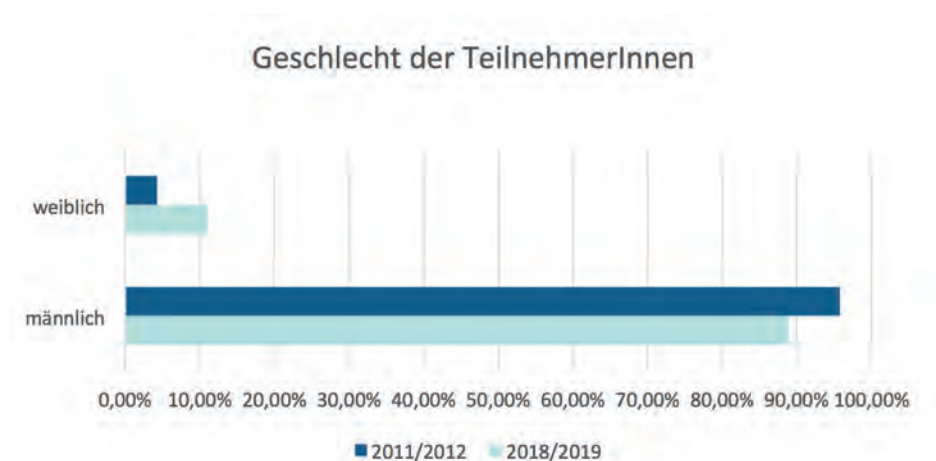


Abb. 1: Anteil der männlichen und weiblichen TeilnehmerInnen im Vergleich 2011/2012 und 2018/2019

27 % der Befragten hatten **Dienst-/Arbeitsverträge** mit Fixgehalt ohne Erfolgskomponente. 48 % besaßen einen vertraglichen Bonus zwischen 1 bis 20 %, 25 % der Befragten konnten zusätzlich eine Variable von mehr als 21 % des Fixgehalts realisieren. Im Vergleich zur Erhebung in 2011/2012 liegt die größte Veränderung bei der Anzahl der ÄrztInnen mit Fixgehalt und Erfolgskomponente von 0-10 % der Grundvergütung: In 2018 waren es 29 % und 2011/2012 18 %. Die Anzahl der TeilnehmerInnen mit einer Grundvergütung und hoher Erfolgskomponente (> 21 % der Grundvergütung) ist dagegen gefallen: In 2018 waren es 25 % im Vergleich zu 36 % in 2011/2012 (**Abb. 3**).

ANGABEN ZUR ABTEILUNG UND ZUM KRANKENHAUS

Die Befragten vertreten mit ihren Abteilungen die folgenden **chirurgischen Schwerpunkte** (Mehrfach-Nennungen waren möglich, n = 1.011):

- Allgemeinchirurgie: 48,80 %
- Viszeralchirurgie: 47,32 %
- Orthopädie u. Unfallchirurgie: 33,09 %
- Gefäßchirurgie: 24,21 %
- Thoraxchirurgie: 12,75 %
- Plastische u. Ästhetische Chirurgie: 4,81 %
- Kinderchirurgie: 4,62 %
- Herzchirurgie: 1,66 %
- Sonstiges: 9,61 %

Abteilungen mit allgemeinchirurgischen und viszeralchirurgischen Schwerpunkten (520) stellten zusammen mit Abteilungen für Orthopädie und Unfallchirurgie (179) insgesamt 69 % der benannten Spezialisierungen. In 2011/2012 umfasste die Gruppe der TeilnehmerInnen dieser Fachbereiche 84 %.

Auf die Frage nach dem **Krankenhaus-Betreiber** antworteten 34 % (181) der befragten ÄrztInnen, dass sie in Kliniken öffentlicher Trägerschaft arbeiten. Dieses Ergebnis liegt ein Prozentpunkt unter dem Ergebnis aus 2011/2012. 40 % (216) der TeilnehmerInnen gaben an, bei einem frei-gemeinnützigen Arbeitgeber angestellt zu sein, 24 % (130) sind in Kliniken mit privater oder sonstiger Trägerschaft tätig. Bei

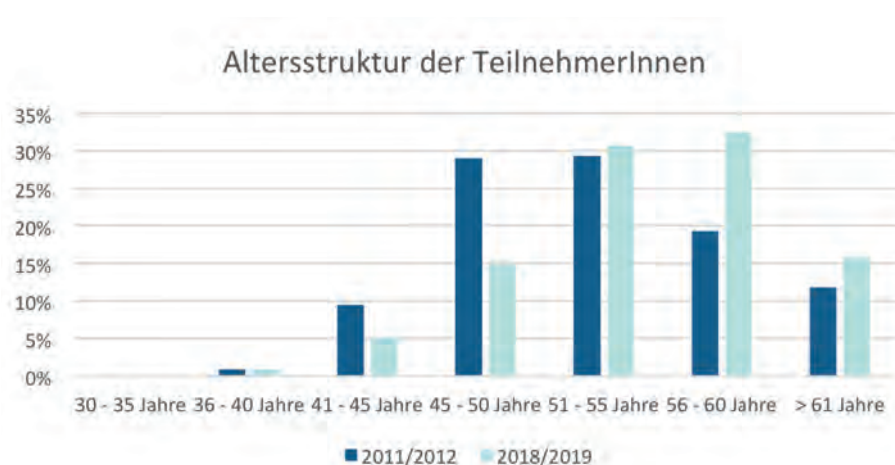


Abb. 2: Altersstruktur 2011/2012 und 2018/2019 im Vergleich. Das Durchschnittsalter der TeilnehmerInnen an der Umfrage ist gestiegen.

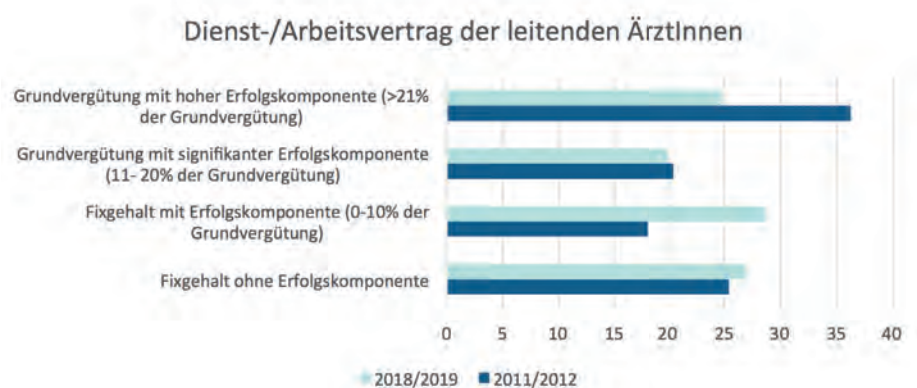


Abb. 3: Bei den Angaben zum Dienst- bzw. Arztvertrag lagen die größten Veränderungen im Vergleich zur Umfrage in 2011/2012 beim Fixgehalt mit Erfolgskomponente (0-10 % der Grundvergütung) und Grundvergütung mit hoher Erfolgskomponente (>21 % der Grundvergütung).

der Umfrage aus 2011/2012 waren die Ergebnisse ähnlich: frei-gemeinnützige Träger lagen bei 44 % und private/sonstige Träger bei 22 % der Befragten.

Bei den Angaben zu den **Abteilungsgrößen** der Umfrage-TeilnehmerInnen zeigten sich in der aktuellen Studie Abweichungen zur Erhebung 2011/2012: 2018/2019 stieg die Anzahl kleinerer Abteilungen deutlich (< 20 Betten: 6 % in 2011/2012, 14 % in 2018/19; 21-40 Betten: 37 % in 2011/2012, 49 %) (**Abb. 4**).

Die Angaben zur **Krankenhausgröße insgesamt** haben sich allerdings nicht signifikant verändert.

WICHTIGE ERGEBNISSE – THEMENBEREICH 1

ORGANISATION DES GESPRÄCHSRAHMENS ZWISCHEN ÄRZTLICHEN FÜHRUNGSKRÄFTEN UND MANAGERN

Wie auch schon bei der ersten Umfrage im Jahr 2011/2012 wurde dieser Themenblock entworfen, um die Struktur der Gespräche zwischen GeschäftsführerInnen und leitenden ÄrztInnen einzuschätzen. Die Organisation dieser Treffen war ebenfalls ein wichtiger Schwerpunkt der Befragung.

- Was sind die typischen Anlässe für Gespräche zwischen leitenden ÄrztInnen und KrankenhausmanagerInnen?

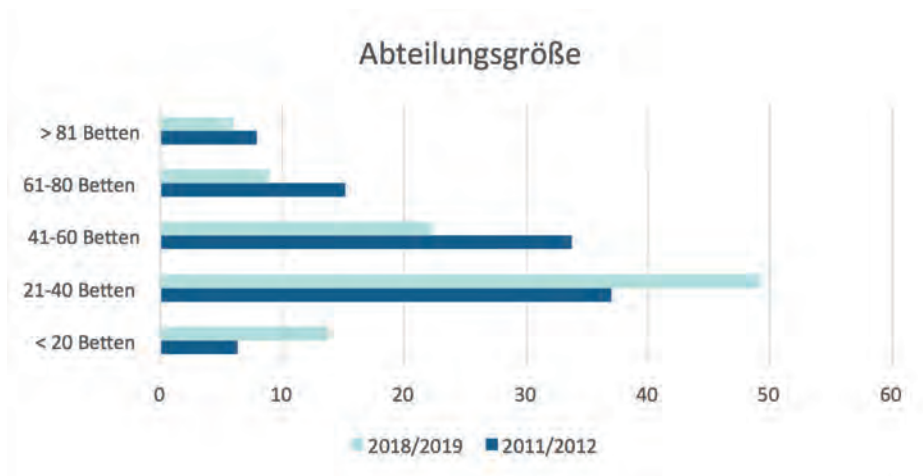


Abb. 4: Angaben zur Abteilungsgröße

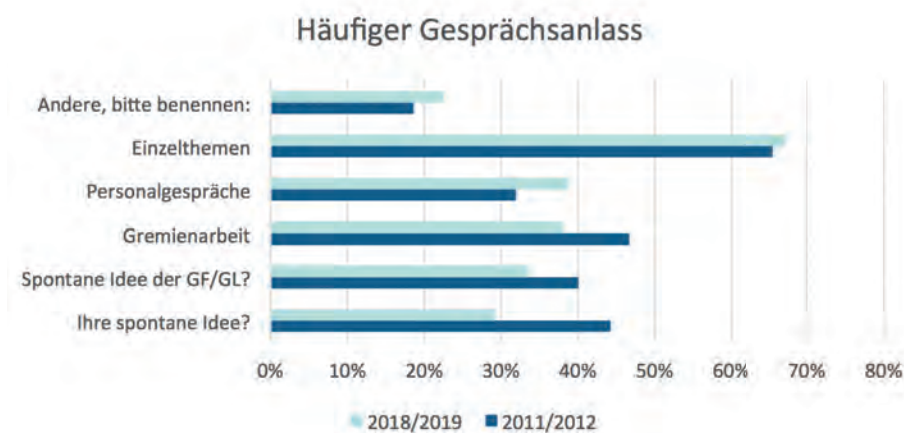


Abb. 5: Häufige Gesprächsanlässe, Mehrfachnennung möglich

- Wie erfolgt die Einladung zum gemeinsamen Meeting?
- Wie lange vorher wird zur Besprechung durch die Geschäftsleitung eingeladen?
- Wie vollständig ist die Vorabinformation zur Besprechungsagenda?
- Wie ist die typische Gesprächssituation (TeilnehmerInnen)?

GESPRÄCHSANLÄSSE

In der Verteilung der Anlässe im Vergleich beider Befragungen zeigt sich auffällig, dass sowohl GeschäftsführerInnen als auch ÄrztInnen weniger häufig spontan Gründe zu einem Gespräch miteinander sehen. Häufigste Anlässe sind nach wie vor Einzelthemen und Personalgespräche. Bei der aktuellen Umfrage

haben dies insgesamt 67 % bzw. 39 % der TeilnehmerInnen angegeben (2011/2012: 66 % bzw. 32 %). Meetings im Rahmen von Gremienarbeiten wurden ebenfalls weniger genannt: Waren dies 2011/2012 insgesamt 67 % der Antworten, sind es in der Umfrage aus 2018/2019 nur noch 38 % (Abb. 5).

FORM DER EINLADUNG

In 71 % aller Nennungen in 2018/2019 wurde eine schriftliche Einladung zur Besprechung zugesandt (2011/2012: 66 %), 29 % aller Invitations erfolgten mündlich oder nicht-schriftlich (2011/2012: 34 %). Bei mehr als der Hälfte aller Gesprächseinladungen erging diese ohne schriftliche Tagesordnung. Dieser Anteil stieg im Vergleich zu 2011/2012 weiter an: von

58 % auf 62 %. Die Verfügbarkeit verbindlicher, weil schriftlich fixierter Vorabinformationen für die Ärzteseite, lag damit auch im zeitlichen Verlauf von sieben Jahren weiterhin deutlich unter 50 % (Abb. 6)!

VORABINFORMATION ZUR BESPRECHUNGSAGENDA

In einer Zusatzfrage wurde deshalb das Thema der Vorabinformation des/der ärztliche/n Gesprächspartners/-in vertiefend beleuchtet (Abb. 7): In 19 % aller Fälle erging das Einladungsschreiben mit vollständiger Tagesordnung und allen Tischvorlagen. Das sind nochmals 3 % weniger als 2011/2012. Somit entstehen nach wie vor erhebliche asymmetrische Informationsstände.

ZEITLICHER VORLAUF ZUR BESPRECHUNG

Beim zeitlichen Vorlauf zu den Gesprächen hat sich etwas verändert: Im Vergleich zur letzten Umfrage sind langfristige bzw. Routinetermine in der Jahresplanung fast um das Doppelte gestiegen. 2011/2012 gaben 9 % der Teilnehmer an, Treffen langfristig planen zu können, 2018/2019 waren es hingegen 17 %. Ungefähr die Hälfte der Verabredungen erfolgt nach wie vor mit einem zeitlichen Vorlauf von bis zu einer Woche.

Die langfristige Planung von Terminen oder Routineterminen sind generell positiv zu werten, da sich sowohl GeschäftsführerInnen als auch ÄrztInnen dadurch vorbereitet auf Augenhöhe begegnen können.

TYPISCHE GESPRÄCHSGRUPPEN-SITUATION

Dass ein großer Teil der Gespräche als Vier-Augen-Gespräch durchgeführt werden, hat sich auch in der aktuellen Umfrage nicht geändert. Allerdings ist der Anteil der Beantwortungen zu dieser Frage von 37 % (2011/2012) auf 45 % (2018/2019) gestiegen. Demnach ist der Anteil der Unterredungen mit mehr als zwei Personen gesunken: in 50 % aller Gespräche sind mehr als zwei Personen anwesend, als Klein- oder multiprofessionelle Gruppen.

WICHTIGE ERGEBNISSE – THEMENBEREICH 2

FRAGEN ZUM ARBEITSALLTAG ÄRZTLICHER FÜHRUNGSKRÄFTE

Ziel der Datenerhebung in dieser Themen-
gruppe war es herauszufinden, wie strukturiert
die betriebliche Zusammenarbeit zwischen
leitenden ÄrztInnen und der Krankenhaus-Ge-
schäftsleitung im Alltag organisiert ist:

- In welchem Rahmen arbeiten lei-
tende ÄrztInnen überwiegend mit der
Geschäftsführung/Geschäftsleitung
zusammen?
- Was sind die typischen Themen der
Zusammenarbeit?
- Wie schätzen ärztliche Führungskräfte
die routinemäßige Umsetzung der prakti-
schen Betriebssteuerung/Controlling ein?

Hintergrundthese ist die Annahme, dass sich
eine effiziente und partnerschaftlich orien-
tierte Zusammenarbeit ärztlicher und kauf-
männischer Führungskräfte in Form und Inhalt
auf alle wichtigen betrieblichen Fragestel-
lungen beziehen muss. Die gemeinsam ver-
einbarten Ziele und Vorgehensweisen sollten
wirksam und nachhaltig umgesetzt werden.

RAHMEN DER ZUSAMMENARBEIT ZWISCHEN LEITENDEN ÄRZTINNEN UND DER GESCHÄFTSFÜHRUNG

Die TeilnehmerInnen wurden in der Befra-
gung aufgefordert, die Häufigkeit der Nut-
zung der einzelnen Kommunikationswege
einzuschätzen. Der typische Rahmen der
Zusammenarbeit ist in dem nachfolgenden
Diagramm (**Abb. 8**) dargestellt und hat sich
im Vergleich zur Umfrage aus 2011/2012 nur
um wenige Prozentpunkte verändert: Sehr
häufig oder häufig treffen sich die Führungs-
kräfte bei Gremienbesprechungen (64 %),
tauschen E-Mails (64 %) aus oder sprechen
persönlich miteinander (55 %). Die größte
Veränderung der beiden Umfragen bezüglich
des Rahmens der Zusammenarbeit ist beim
Verfassen von Briefen zu beobachten: Der
Anteil derer, die sehr häufig/häufig den Brief-
verkehr nutzen, ist von 11 % auf 4 % gesun-
ken. Diese Entwicklung entspricht dem Trend
der Digitalisierung.

2018/2019 Die Einladung erfolgt überwiegend...

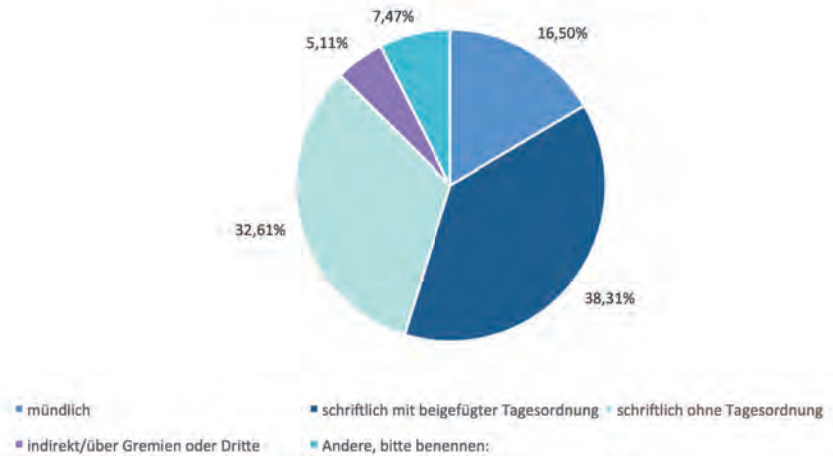


Abb. 6: 2018/2019: Auf diese Art und Weise wurden ÄrztInnen zum Gesprächstermin gebeten.

2018/2019: Wenn eine Besprechungsagenda Ihnen vorab zugesendet wird, was enthält sie meistens?



Abb. 7: 2018/2019 Inhalte der Besprechungsagenda

WAS SIND DIE TYPISCHEN THEMEN DER ZUSAMMENARBEIT?

Die typischen Themen der Zusammenarbeit
zwischen leitenden ÄrztInnen und kaufmän-
nischen Führungskräften sind in **Abbildung 9**
dargestellt:

Wie bei der ersten Umfrage fällt auf, dass
sich häufigkeitsbezogen drei große Themen-
blöcke ergeben. In den folgenden Tabellen
sind die einzelnen Angaben aus den jewei-
ligen Schwerpunkten aufgeschlüsselt und im
Vergleich zur ersten Erhebung dargestellt.
Die Ergebnisse von mehr als der Hälfte der
Einzelthemen haben sich in der neuesten
Umfrage um maximal drei Prozentpunkte nur
marginal geändert. Die meisten Inhalte sind

in ihrer Häufigkeit gleichgeblieben (v. a. im
Geld-Finanz-Block, **Tab. 1**). Bei fünf Themen
war die Änderung zwischen beiden Umfragen
relevant größer bzw. kleiner. Die deutlichs-
ten Abweichungen sind im Betrieb-Block zu
beobachten (**Tab. 2**).

Klinik-Marketing, Sachmittel-Management und
Diagnostische Ausstattung sind Themen, die im
Vergleich häufiger besprochen werden. In Anbe-
tracht der vielerorts manifesten Unterfinanzie-
rung der Krankenhäuser sind diese Ergebnisse
plausibel. Dafür treten Führungsthemen und
klinische Betriebsabläufe in den Hintergrund.

Drittmittel, Forschung und Lehre stellen in bei-
den Umfragezeiträumen seltene Gesprächs-
inhalte dar (**Tab. 3**). Es bleibt anzumerken,

dass die Angaben der 33 beteiligten Unikliniken in der aktuellen Gesamtstichprobe der Erhebung wiederum – statistisch bedingt – unterrepräsentiert sind.

WIE SCHÄTZEN ÄRZTLICHE FÜHRUNGSKRÄFTE DIE ROUTINEMÄSSIGE UMSETZUNG DER PRAKTISCHEN BETRIEBSSTEUERUNG/CONTROLLING EIN?

Damit leitende ÄrztInnen in einem arbeits-
teilig angelegten Managementprozess ihren

Steuerungsbeitrag zum Gesamtunternehmen einbringen können, ist es unverzichtbar, diese Personengruppe hierfür auch situationsbezogen und „Werkzeug-bezogen“ in die Lage zu versetzen. Die in dieser Frage betrachteten Sachverhalte wurden deshalb vor dem Hintergrund der Annahme nachgefragt, dass vor allem fünf wesentliche Managementbereiche wichtige Schnittstellen bzw. Vorbedingungen einer konstruktiven und effizienten Zusammenarbeit zwischen leitenden ChirurgInnen

und kaufmännischen Führungskräften darstellen sollten:

- 1) Erfolgsfaktor Information: Wird den leitenden ÄrztInnen ein strukturiertes monatliches Reporting von der Geschäftsführung/Geschäftsleitung bereitgestellt?
- 2) Erfolgsfaktor Projektmanagement: Werden für gemeinsame Themen (verantwortungsadressierend) sogenannte Themen-Verantwortliche benannt?
- 3) Erfolgsfaktor Transparenz I: Haben die ärztlichen Führungskräfte eine klinische Kostentransparenz für ihre Fachabteilung?
- 4) Erfolgsfaktor Transparenz II: Gibt es eine Datentransparenz Top-Down (ChefärztIn -> AssistenzärztIn) in der Fachabteilung?
5. Erfolgsfaktor Steuerung vor Ort: Werden den leitenden ÄrztInnen Steuerungstools zur Verfügung gestellt?

Das Befragungsergebnis hierzu ist in **Abbildung 10** dargestellt.

Das für leitende ChirurgInnen unerfreuliche Befragungsergebnis hat sich im Vergleich noch verschärft:

2018/2019: Typischer Rahmen für Zusammenarbeit

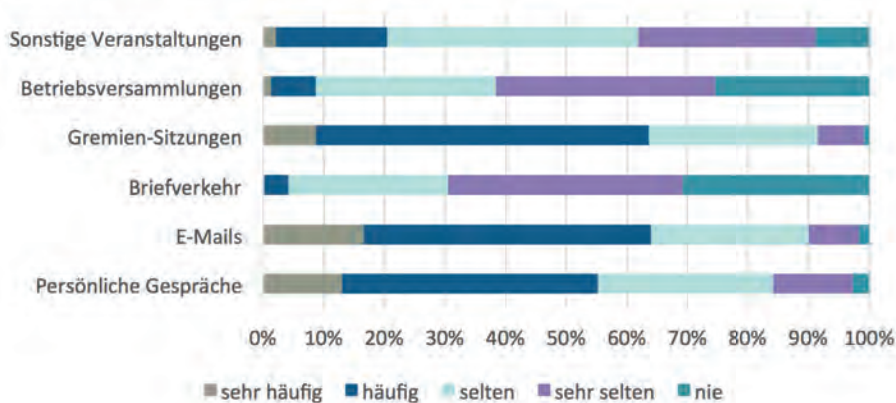


Abb. 8: 2018/2019: „In welchem typischen Rahmen arbeiten Sie überwiegend mit der Geschäftsführung/Geschäftsleitung zusammen?“

2018/2019: Typische Themen der Zusammenarbeit

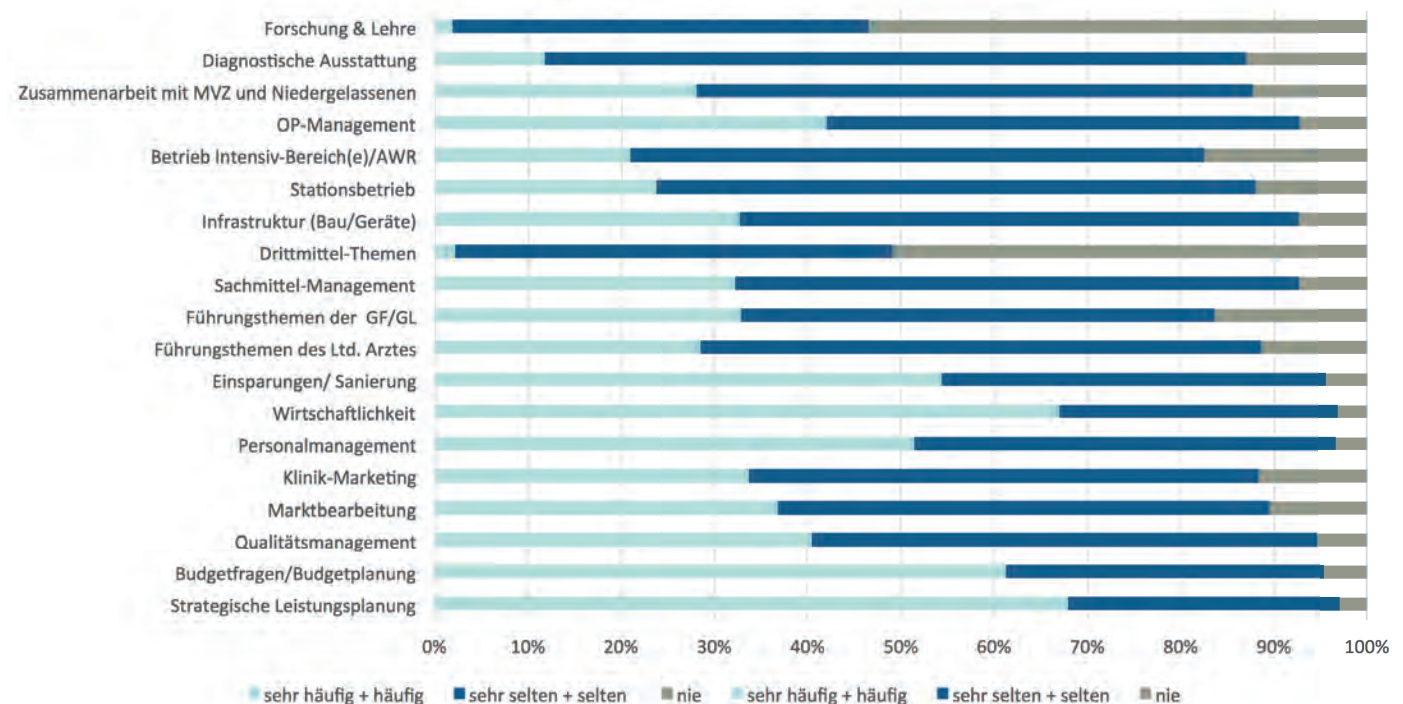


Abb. 9: 2018/2019: Häufigkeit der besprochenen Themen während der Treffen von GeschäftsführerInnen und leitenden ÄrztInnen

Tab. 1: Der „Geld-Finzen-Block“ mit den sehr häufigen oder häufigen gemeinsamen Themen

	2011/2012	2018/2019
Strategische Leistungsplanung	70 %	68 %
Wirtschaftlichkeit	66 %	67 %
Budgetfragen/Budgetplanung	62 %	61 %
Einsparungen/Sanierung	57 %	54 %
Personalmanagement	48 %	51 %

Tab. 2: Der „Betrieb-Block“ mit den seltenen oder sehr seltenen gemeinsamen Themen

	2011/2012	2018/2019
OP-Management	43 %	42 %
Qualitätsmanagement	42 %	40 %
Klinik-Marketing	40 %	34 %
Marktbearbeitung	38 %	37 %
Sachmittel-Management	38 %	32 %
Infrastruktur (Bau/Geräte)	34 %	33 %
Zusammenarbeit mit MVZ und Niedergelassenen	30 %	28 %
Führungsthemen der Geschäftsführung/Geschäftsleitung	24 %	29 %
Führungsthemen leitender ÄrztInnen	22 %	33 %
Diagnostische Ausstattung	22 %	12 %
Stationsbetrieb	19 %	24 %
Betrieb Intensiv-Bereich(e)/Aufwchräume	17 %	21 %

Tab. 3: Der „Wissen-Block“ mit den laut Erhebung **so gut wie nie** besprochenen gemeinsamen Themen

	2011/2012	2018/2019
Drittmittel-Themen	3 %	2 %
Forschung und Lehre	2 %	2 %

- Beim Thema **Klinische Kostentransparenz** empfinden mittlerweile 50 % der Befragten die Situation als „schlecht/sehr schlecht“ oder sagen schlichtweg: Nicht vorhanden! Bei der Umfrage im Jahr 2011/2012 waren es „nur“ 41 %.

- Bei der Frage nach **existierenden Steuerungsinstrumenten**, also letztlich nach den entscheidenden Hebeln ärztlichen Ressourcenmanagements, gaben im Vergleich sogar 55 % (2011/2012: 49 %) der Befragten an, dass diese „schlecht/sehr schlecht“ oder „nicht vorhanden“ seien.

WICHTIGE ERGEBNISSE – THEMENBEREICH 3

TYPISCHE KONFLIKTE UND KONFLIKTMANAGEMENT

Dass die berufliche Zusammenarbeit zwischen Berufsgruppen sehr unterschiedlicher professioneller Konditionierung nicht immer konfliktfrei sein kann, ist offensichtlich. Deshalb wurde in dieser Erhebung auch danach gefragt, was besonders stört in der Zusammenarbeit mit der Geschäftsleitung/Geschäftsführung des Hauses:

- Themenkreis „(persönliche) Beziehungsebene“
- Themenkreis „Managementrahmen als ÄrztIn“
- Themenkreis „Erlebte problematische Wirkungen“

Für alle drei Fragestellungen wurde eine vertiefende Auswertung der Befragungsergebnisse durchgeführt.

THEMENKREIS „(PERSÖNLICHE) BEZIEHUNGSEBENE“

Abbildung 11 fasst die Antworten zusammen. Auffällig zur letzten Befragung ist, dass der

hohe Anteil des häufigen Anstoßnehmens leitender ÄrztInnen am persönlichen Benehmen der kaufmännischen Führungskräfte aktuell von 41 % auf 28 % gesunken ist. Verspürte Wertschätzungsdefizite und stattfindende Dominanz- statt Sachkonflikte sind hingegen in der Häufigkeit gestiegen: Wertschätzungsdefizite von 35 % auf 39 % und Angaben zu Dominanz von 32 % auf 36 %.

THEMENKREIS „MANAGEMENTRAHMEN ALS ARZT“

Abbildung 12 fasst die Befragungsantworten zusammen. Faktoren für den absehbaren Misserfolg ärztlicher Managementbemühungen (**Tab. 4**) wurden auch in der aktuellen Umfrage mit relevanten Anteilen als „sehr häufig“ bzw. „häufig“ angegeben und sind größtenteils im zeitlichen Verlauf sogar noch angestiegen. Besonders bemerkenswert ist das weit verbreitete Gefühl des „Verantwortlichseins ohne Aktionsmöglichkeit“ (67%)!

THEMENKREIS „ERLEBTE PROBLEMATISCHE WIRKUNGEN“

Abbildung 13 betrachtet die konkreten Eindrücke und Auswirkungen der optimierungsfähigen Management-Schnittstelle zwischen ärztlichen Führungskräften und Krankenhausmanagern:

Die hier signifikant mit „sehr häufig“ oder „häufig“ ausgeprägten Befragungsergebnisse sind ein klarer Katalog derjenigen Sachverhalte und Situationen, die einen wirksamen Managementbeitrag Leitender ChirurgInnen zum Gesamterfolg des Krankenhauses nach

2018/2019: Umsetzung der praktischen Betriebssteuerung

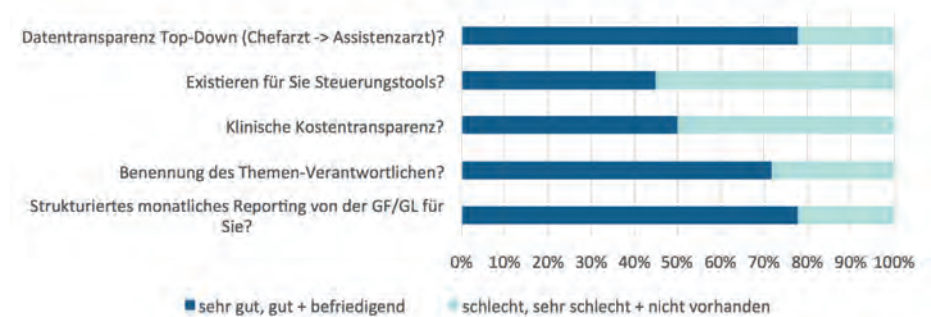


Abb. 10: 2018/2019: Praktische Betriebssteuerung/Controlling: Wie schätzen Sie die routinemäßige Umsetzung in Ihrem Haus ein?

wie vor massiv behindern. Auch bei dieser Frage hat die Häufigkeit bei sechs von acht den klinischen Alltag prägenden Themen zugenommen.

ZUSAMMENFASSUNG

Das Interesse an dem Thema „Zusammenarbeit ChefärztInnen und Geschäftsführung“ ist nach wie vor groß.

GESCHLECHT, ALTERSSTRUKTUR, EINKOMMEN UND KLINIKSTRUKTUR

Die deutlich höhere Beteiligung von weiblichen Chefärzten in der aktuellen Umfrage spiegelt den zunehmenden Anteil an Frauen in der Chirurgie wider. Der Anstieg des Altersdurchschnitts aller Befragten entspricht dem zu erwartenden demographischen Wandel. Der variable Part des ärztlichen Einkommens ist innerhalb der letzten Jahre nachweisbar

kleiner geworden, gleichbedeutend mit einem verlässlicheren Gehalt für unseren Berufsstand. Leistungsbezogene Boni stellen per se einen legitimen Anreiz dar. Auch die jüngste Umfrage ist in Hinblick auf strukturelle Klinikdaten als repräsentativ anzusehen. Flächendeckend hat die Größe der einzelnen chirurgischen Fachabteilungen faktisch abgenommen.

ORGANISATION DES GESPRÄCHSRAHMENS

Bezüglich der Organisation des Gesprächsrahmens zwischen ärztlichen Führungskräften und GeschäftsführerInnen besteht nach wie vor Verbesserungspotential. Lediglich der zeitliche Vorlauf für vereinbarte Treffen hat sich im Laufe der Jahre nachweisbar verbessert. Fundierte und zielführende Gespräche sind nur durch die adäquate Vorbereitung aller Beteiligten möglich. Unabdingbare Voraussetzung hierfür ist eine ehrliche Fakten- und Datentransparenz des Arbeitgebers.

THEMEN DER ZUSAMMENARBEIT

Nach wie vor sprechen Geschäftsführungen mit leitenden ÄrztInnen vor allem über Geld und Wirtschaftlichkeit. Betriebliche Strukturen und Abläufe der einzelnen chirurgischen Fachabteilungen treten oft in den Hintergrund, über Themen wie „Drittmittel“ sowie „Forschung & Lehre“ wird aus Sicht der Gesamterhebung so gut wie nie kommuniziert. Insbesondere die Aspekte des „Betriebsblocks“ bergen Ressourcen und Potentiale für die Steigerung von Effizienz und Erlösen im Krankenhaus. Hier ist ein intensiverer kooperativer Austausch zwischen Ökonomie und chirurgischer Zukunft dringend erforderlich. Die

2018/2019: Themenkreis „Beziehungsebene“

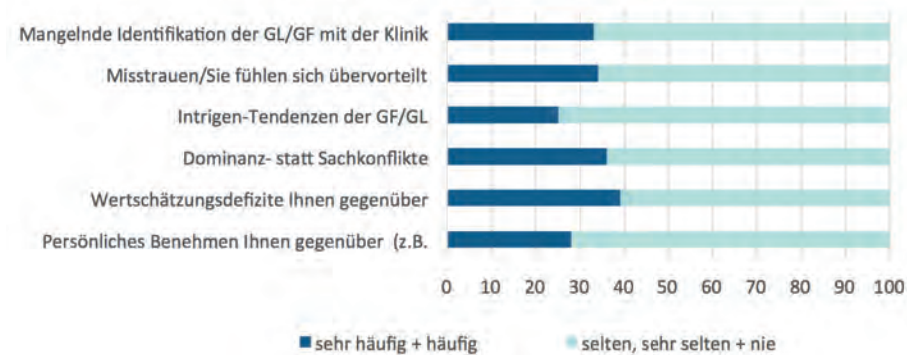


Abb. 11: 2018/2019 Themenkreis „Beziehungsebene“

Tab. 4: Faktoren für den absehbaren Misserfolg ärztlicher Managementbemühungen

	2011/2012	2018/2019
Verantwortlich-sein ohne Aktionsmöglichkeit	61 %	67 %
Fehlende Datentransparenz für Sie (Itd. Ärztinnen)	49 %	55 %
Fehlende Informationen von der GF/GL	47 %	51 %
Zeitdruck bei der Entscheidungsvorbereitung	47 %	42 %
Unklares Leitbild der Zusammenarbeit ltd. Arzt/Ärztin/GL	43 %	46 %
Unklare persönliche Werthaltungen der GL/GF	40 %	43 %
Die egozentrische Selbstdarstellung	31 %	34 %

2018/2019: Themenkreis „Ihr Managementrahmen als Arzt“

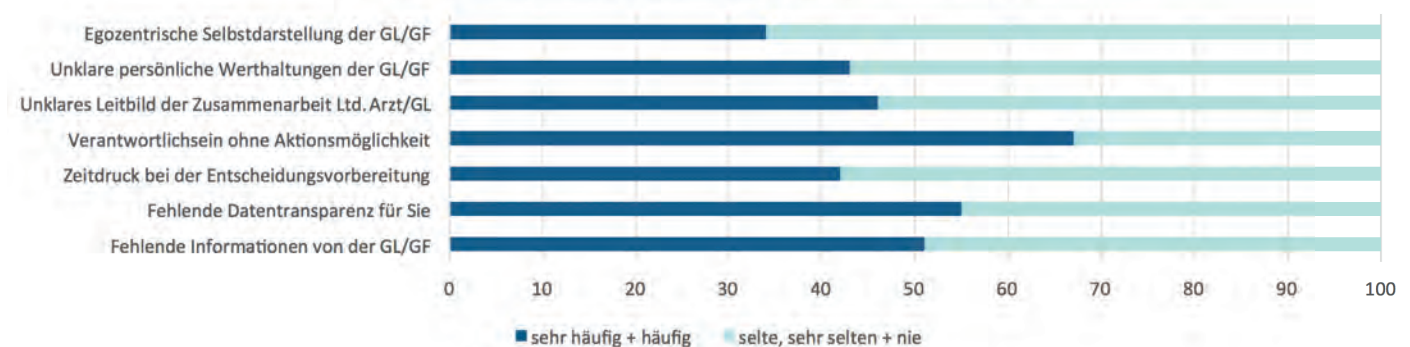


Abb. 12: 2018/2019 Themenkreis „Ihr Managementrahmen als Arzt/Ärztin“

2018/2019: Themenkreis „Erlebte problematische Wirkungen“

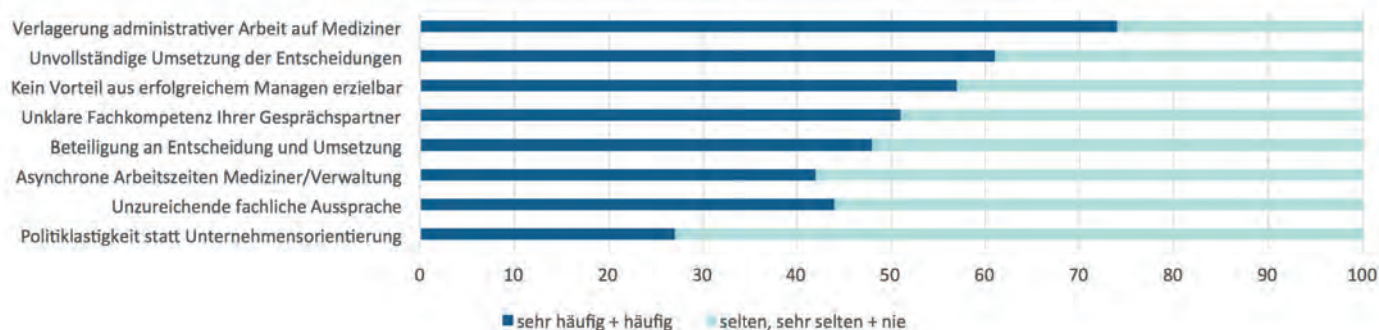


Abb. 13: 2018/2019 Welche problematischen Wirkungen erleben Sie?

Tab. 5: Prägende Themen, die den Erfolg behindern

	2011/2012	2018/2019
Verlagerung administrativer Arbeit auf Mediziner	68 %	74 %
Unvollständige Umsetzung der Entscheidungen	55 %	61 %
Kein Vorteil aus erfolgreichem Managen erzielbar	48 %	57 %
Unklare Fachkompetenz Ihrer Gesprächspartner	46 %	51 %
Beteiligung an Entscheidung und Umsetzung?	45 %	48 %
Asynchrone Arbeitszeiten Mediziner/Verwaltung	43 %	42 %
Unzureichende fachliche Aussprache	41 %	44 %
Politiklastigkeit statt Unternehmensorientierung	29 %	27 %

Stärken der operativen Führungskräfte werden nicht in ausreichendem Maß genutzt.

KOSTENTRASPARENZ

Die Hälfte aller chirurgischen ChefärztInnen beklagt eine unzureichende klinische Kostentransparenz. Das ist ein eindeutiger Appell an die Geschäftsführungen. Es stellt für das Medizincontrolling des Krankenhauses eine leicht lösbare Aufgabe dar, diese Informationsdefizite der ÄrztInnen auszugleichen. Kenntnis der Kosten ist eine der wichtigsten Anforderungen, um operativ tätige Führungskräfte in die Lage zu versetzen, tatsächlich

in der Klinik betriebspraktisch steuern zu können.

WIRTSCHAFTLICHE STEUERUNGSTRUMENTE DER ÄRZTLICHEN FÜHRUNGSKRÄFTE

Anders verhält es sich aus Sicht der Autoren mit den existierenden Steuerungsinstrumenten. Hier liegen Lösungen nicht so offenkundig auf der Hand. Die Erlösmargen im stationären Bereich sind bei Deutschlandweit rückläufigen Fallzahlen limitiert. Die Ambulantisierung der Chirurgie schreitet entsprechend ausländischer Vorbilder stetig voran. Es wird in Zukunft eine sinnvolle und qualitativ hochwertige Verzahnung des ambulanten und stationären Sektors in Deutschland praktisch umgesetzt werden müssen. Zudem ist die Wertschöpfungskette im vor- und nachstationären Bereich als alternative Einnahmequelle zu identifizieren. Die Möglichkeiten der Digitalisierung und die Chancen der künstlichen Intelligenz runden die notwendigen Veränderungen ab. Nichtsdestotrotz gilt: So wenig wie ChirurgInnen ohne OP-Bestock erfolgreich operieren könnten, so wenig können sie als „Nicht-Kaufleute“ ihre Kliniken im Rahmen der gegebenen Möglichkeiten ohne geeignete betriebswirtschaftliche Steuerungsinstrumente managen. Dass hier häufig Hilflosigkeit empfunden wird, z. B. ein Gefühl des Verantwortlichseins ohne Aktionsmöglichkeit, sollte dem Krankenhausmanagement 2020 zu denken geben.

TYPISCHE KONFLIKTE UND KONFLIKTMANAGEMENT

Die Kernbotschaft der vorliegenden Umfrage stellt die Tatsache dar, dass „Störfeuer“ auf der persönlichen Beziehungsebene zwischen Ökonomen und chirurgischen Führungskräften nach wie vor den Klinikalltag prägen. Dieses Problemfeld ist Träger-unabhängig und besteht Deutschlandweit. Auch die zeitliche Latenz von sieben Jahren zwischen den beiden vorliegenden Studien hat daran nichts verändert. Im Gegenteil, die kritischen Antworten der leitenden ÄrztInnen hat nochmals zugenommen. Lösungen hierzu sind als Kern eines Katalogs von fachlichen und menschlichen Anforderungen zu sehen, welche zukünftig eine zielführende Zusammenarbeit von „Managementexperten“ und „Medizinexperten“ ermöglichen. Partnerschaftlichkeit und vertrauensvolle Kooperation zwischen den beiden Berufsgruppen funktioniert friktionsarm nur dann, wenn die Beziehungsebene zwischen den Protagonisten intakt ist. Dafür Sorge zu tragen, gehört zu den wichtigsten professionellen Pflichten von Führungskräften, die miteinander erfolgreich sein wollen und müssen.

AUSBLICK

Die aktuellen Ergebnisse sind ernüchternd. Jeder von uns kennt Krankenhäuser, in denen das Direktorium vertrauensvoll, partnerschaftlich und kooperativ zusammenarbeitet. Die täglichen Herausforderungen

des Klinikalltags und der Gesundheitspolitik werden mit ehrlicher Zahlentransparenz gemeinsam angegangen und bestenfalls gelöst. Warum gelingt es uns nicht, von den funktionierenden Vorbildern als Erfolgsmodell zu lernen? Wo ist die Nachhaltigkeit, auch der handelnden Personen, in der Medizin geblieben? Sowohl die Akzeptanz der jeweiligen Akteure als auch die Umsetzung

von Konzepten benötigen Zeit, um das Vertrauen der PatientInnen und ZuweiserInnen zu gewinnen. Kurzfristige Wechsel in der Geschäftsführung und/oder auf der CA-Position konterkarieren oftmals das Bedürfnis unserer PartnerInnen im Gesundheitssystem nach Verlässlichkeit.

Um diesem Artikel einen versöhnlichen und inspirierenden Abschluss zu verleihen, sei der Hinweis auf die letzten beiden Tabellen zum Themenbereich „Konflikte und Konfliktmanagement“ gestattet. Jeder einzelne Gesichtspunkt birgt handfestes Potential, das es nur zu heben gilt. Für GeschäftsführerInnen und chirurgische ChefärztInnen! 



Safety Clip: Das Medizinprodukte-Durchführungsgesetz und seine Bedeutung für Krankenhäuser

Das Medizinprodukte-Durchführungsgesetz (MDG) löst zum 26. Mai 2020 das Medizinproduktegesetz nach einer dreijährigen Übergangsfrist endgültig ab. Der vorliegende Artikel beschreibt, was sich durch die neue EU-Verordnung verändert, worauf angesichts der neuen Gesetzeslage zu achten ist und vor welchen Herausforderungen Gesundheitseinrichtungen – hier speziell Krankenhäuser, aber auch die Hersteller – ab diesem Frühjahr stehen.

Durch die neue EU-Verordnung 2017/745 sollen die gültigen EU-Vorgaben für Medizinprodukte angepasst werden. Damit tritt das derzeitige Medizinproduktegesetz ab dem 26. Mai 2020 außer Kraft und wird durch das Medizinproduktedurchführungsgesetz ersetzt.

Für In-vitro-Diagnostik gilt die EU-Verordnung 2017/746, die in zwei Jahren, am 26. Mai 2022, zur Anpassung des Medizinprodukterechts in Kraft treten wird (EU-Verordnung 2017/745 des Europäischen Parlaments und Rates, 2017, und Bundesgesundheitsministerium 2019).

Der folgende Ausschnitt aus dem Medizinproduktegesetz zeigt die Begriffsdefinition von Medizinprodukten, damit ein einheitliches Verständnis vorliegt:

DAS MEDIZINPRODUKTEDURCHFÜHRUNGSGESETZ

Ziel: Mit der neuen Verordnung gelten für alle EU-Mitgliedsstaaten dieselben Regelungen für das Inverkehrbringen von



Klaus Vonderhagen
Risikoberater
GRB Gesellschaft für Risiko-Beratung
mbH
Ecclesiastraße 1-4
32758 Detmold
klaus.vonderhagen@grb.de
www.grb.de



Kathrin Rosen
Risikoberaterin
GRB Gesellschaft für Risiko-Beratung
mbH
kathrin.rosen@grb.de

Rosen K, Vonderhagen K: Safety Clip: Das Medizinprodukte-Durchführungsgesetz und seine Bedeutung für Krankenhäuser. *Passion Chirurgie*. 2020 März, 10(03): Artikel 04_04.



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

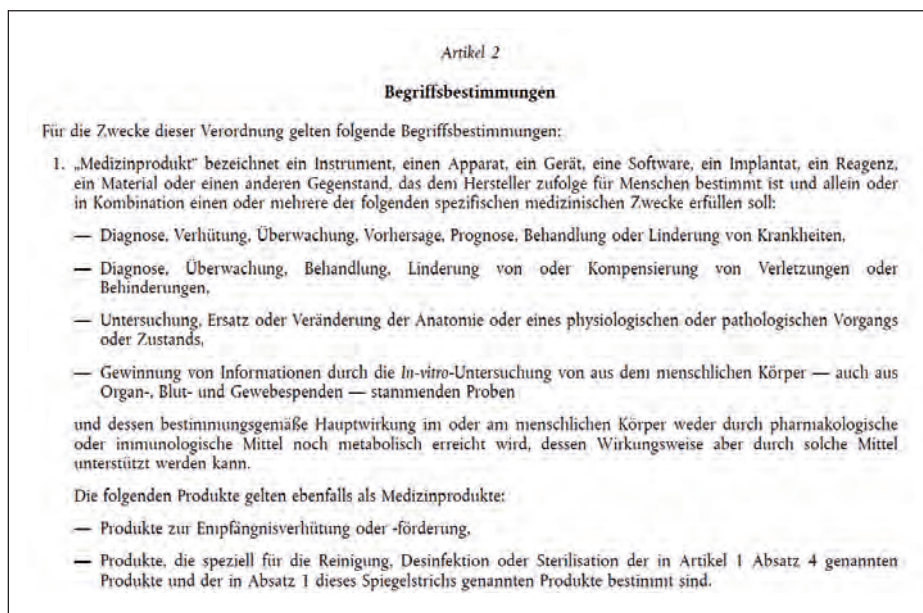


Abb. 1: Ausschnitt aus dem Medizinproduktegesetz

Medizinprodukten. Hiermit sollen zukünftig die Produktqualität sowie die Sicherheit für Patienten erhöht werden. Außerdem soll mehr Transparenz geschaffen werden, um Missbrauch und Fälschungen zu verhindern.

WESENTLICHE ÄNDERUNGEN AUF EINEN BLICK

1. KLINISCHE BEWERTUNG

Unter klinischen Bewertungen von Medizinprodukten versteht man die objektive Analyse und Bewertung von klinischen Daten zu einem bestimmten Medizinprodukt. Ziel der Bewertung ist, Leistung und Sicherheit des Medizinproduktes in der Anwendung nachzuweisen. Die Bewertung erfolgt an Hand von klinischen Daten aus der wissenschaftlichen Literatur beziehungsweise von Daten aus klinischen Prüfungen.

Die klinische Bewertung und die technische Dokumentation ist Teil des Konformitätsverfahrens für Medizinprodukte, welches zur CE-Kennzeichnung führt. Sie wird nach dem Inverkehrbringen des Medizinproduktes in regelmäßigen Abständen aktualisiert, dabei werden die Ergebnisse der Marktbeobachtung und die Erfahrungen mit dem Medizinprodukt berücksichtigt.

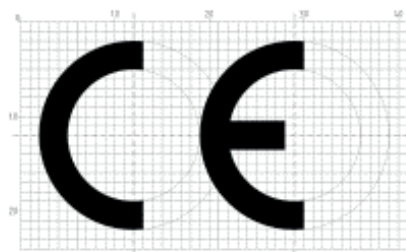


Abb. 2: Die CE-Kennzeichnung. CE steht für Conformité Européenne, also für die Europäische Konformität.

Der Hersteller eines Medizinproduktes muss im Rahmen des Zulassungsprozesses – aber auch nach dem Inverkehrbringen – nachweisen, dass sein Produkt die grundlegenden Anforderungen an ein Medizinprodukt erfüllt. In diesem Zusammenhang trägt die Klinische Bewertung dazu bei, die Sicherheit und Wirksamkeit des Medizinproduktes unter Berücksichtigung der geltenden Regularien zu belegen.

2. EINFÜHRUNG EINER UDI-KENNZEICHNUNG

Die EU plant eine Pflicht zur Identifikation und Registrierung von Medizinprodukten, die weit über das heute Geforderte hinausgeht. Mit der Einführung einer solchen Produktidentifizierungsnummer, der Unique Device Identification (UDI), sollen Medizinprodukte weltweit zurückverfolgt

werden können und damit schneller identifizierbar sein. Aufgrund einer transparenten und nachvollziehbaren Zuordenbarkeit von Medizinprodukten können Fälschungen sowie Missbrauch, wie beispielsweise beim Skandal mit den französischen Brustimplantaten (Deutsches Ärzteblatt 2012), abgewehrt werden.

3. KLASIFIZIERUNGSÄNDERUNGEN

Ob ein Produkt ein Medizinprodukt, ein Nicht-Medizinprodukt oder ein Zubehör ist, muss anhand der Begriffsdefinitionen entschieden werden, die in den EU-Richtlinien festgelegt sind – vor allem in der Medizinprodukte-richtlinie 93/42/EWG beziehungsweise in der Medizinprodukteverordnung MDR (Medical Device Regulation). Abhängig davon müssen die Bestimmungen des Medizinprodukterechts beachtet werden.

Medizinprodukte, die unter die Medizinprodukte-richtlinie fallen, müssen wiederum einer der folgenden Klassen zugeordnet werden:

- Klasse I
- Klasse I*
 - Medizinprodukte der Klasse I mit Messfunktion (Im)
 - Sterile Medizinprodukte der Klasse I (Is)
 - Wiederverwendbare chirurgische Instrumente der Klasse I (Ir) (nur bei MDR)
- Klasse IIa
- Klasse IIb
- Klasse III

4. ERHÖHTE INFORMATIONSPFLICHTEN DER HERSTELLER

Die Anwender müssen vom Hersteller sehr transparent informiert werden. Folgende Anforderungen gehören dazu:

- Der Hersteller muss geeignete Aufbereitungsverfahren nennen, zum Beispiel zur Reinigung, Desinfektion, Verpackung und gegebenenfalls über das validierte Verfahren zur erneuten Sterilisation entsprechend dem Mitgliedstaat, in dem das Produkt in Verkehr gebracht worden ist.

- Der Hersteller muss deutlich ausführen, wann das Produkt nicht mehr verwendet werden sollte, zum Beispiel
 - nach Erreichen der erlaubten Höchstzahl von Wiederverwendungen,
 - bei Anzeichen einer Materialabnutzung.
- Der Hersteller muss einen Hinweis liefern, wie vorgegangen werden soll, falls die Sterilgutverpackung vor der Verwendung des Produktes beschädigt oder versehentlich geöffnet wurde.
- Der Hersteller muss in der Gebrauchsanweisung angeben, wie Einmalprodukte aufbereitet werden sollen (hier nur, wenn dies nach dem nationalen Recht zulässig ist).
- Der Hersteller muss Hinweise zur Aufbereitung von Mehrfachprodukten geben.
- Ebenso müssen Hinweise zur Validierung gegeben sein.

6. HÖHERE ANFORDERUNGEN AN DIE DOKUMENTATION

Die Anforderungen an die technische Dokumentation werden zudem wesentlich umfangreicher als zuvor ausfallen. Die Spezifikationsanforderungen finden sich im Einzelnen in den Anlagen II und III des MDR-Gesetzes.

BEWERTUNG

Die anstehenden Änderungen der oben genannten EU-Verordnung stellen insbesondere Hersteller vor große Herausforderungen, da es kaum ausreichend Stellen für die erforderliche Zertifizierung der Produkte gibt. Außerdem müssen nicht nur die Produkte zertifiziert beziehungsweise re-zertifiziert sein, sondern auch die Benannten Stellen, um sicherzustellen, dass die Anforderungen des MDG erfüllt werden. Allerdings fehlen die erforderlichen personellen Ressourcen zur fachgerechten Umsetzung häufig.

Vor allem kleine Firmen werden die Forderungen vermutlich nicht umsetzen können, so dass ein Teil vom Markt verschwinden wird – und damit auch ein Teil der bisher angebotenen Produkte.

ENGPÄSSE INSBESONDERE FÜR KRANKENHÄUSER ZU ERWARTEN

Die hier beschriebenen neuen Anforderungen lassen erkennen, dass eine zeitgerechte Umsetzung kaum noch möglich ist. Folglich muss mit Engpässen gerechnet werden. Insofern sollten sich Krankenhäuser rechtzeitig Gedanken zu folgenden Fragen machen:

LIEFERKAPAZITÄTEN

- Welcher Hersteller kann die gewünschten Instrumente beziehungsweise Medizinprodukte über den 26. Mai 2020 hinaus liefern? Das betrifft beispielsweise Produkte der Klasse I, für die vor dem 26. Mai 2020 eine Konformitätserklärung gemäß Richtlinie 93/42/EWG ausgestellt wurde und für die nach MDR eine Benannte Stelle involviert werden muss, die bestätigt, dass es zulässig ist, das Produkt weiter in Verkehr zu bringen und in Betrieb zu nehmen.
- Zu welchem Anbieter könnten wir wechseln, um keine Versorgungslücken entstehen zu lassen? Im schlimmsten Fall müssten Operationen abgesagt werden, was enorme Reputationsschäden und hohe Kosten mit sich bringen würde.

IMPLANTAT-AUFBEREITBARKEIT

- Wie verfahren wir im OP, wenn die Sterilgutverpackung vor der Verwendung des sterilen Implantates/Produktes – zum Beispiel Schrauben und Platten für die Unfallchirurgie, Mikroschrauben für die Kieferchirurgie und Aneurysmenclips für die Neurochirurgie – versehentlich geöffnet wurde?
- Hat der Hersteller in der Gebrauchsanweisung Angaben zur Aufbereitbarkeit gemacht?
- Wie viele Aufbereitungszyklen sind möglich, ohne dass das Implantat/Produkt in seiner Funktion eingeschränkt ist oder diese sogar verliert? Wie muss die Logistik beschaffen sein, damit Eingänge und Ausgänge der Aufbereitungszyklen sicher dokumentiert werden können?

- Gibt der Hersteller ein „End of Life“ für das Implantat/Produkt an?
- Ist es weiterhin möglich, verschiedene Größen von sterilen Implantaten/Produkten auf Trays vorzuhalten?

Diese Fragen sind zu beantworten, um die OP-Prozesse entsprechend anpassen zu können. Für die Operateure in der Neurochirurgie ist es zum Beispiel notwendig, intraoperativ die benötigten Aneurysmenclips in verschiedenen Größen, schnell und möglichst ohne Zeitverlust zur Verfügung zu haben. Ähnliche Situationen können auch in den anderen operativen Fachbereichen vorkommen, da die Auswahl der steril gelieferten Implantate/Produkte häufig erst intraoperativ erfolgt.

Grenzwertig wird es, wenn sich die Abläufe während einer Operation verzögern.

AKTUELLES VOM 6. DEZEMBER 2019 MIT AUSWIRKUNGEN FÜR DAS NATIONALE RECHT (MTD / 06.12.2019)

Die Übergangsfrist für höher gestufte Klasse-I-Produkte wird (vermutlich) verlängert.

Mit Inkrafttreten der MDR am 26. Mai 2020 sollten auch höhergestufte Produkte der Klasse I nach den neuen Vorschriften zertifiziert sein. Diese erhalten nun eine Fristverlängerung. Denn am 25. November 2019 hat der Rat der Europäischen Union ein sogenanntes Corrigendum zur europäischen Medical Device Regulation (MDR) veröffentlicht (Council of the European Union, 2019). Dem Corrigendum stimmte am 3. Dezember der zuständige Ausschuss für Umweltfragen, öffentliche Gesundheit und Lebensmittelsicherheit des Europäischen Parlaments zu.

Demnach könnte die Übergangsfrist für bestimmte Klasse-I-Produkte um vier Jahre bis 26. Mai 2024 verlängert werden. Tangiert sind Produkte der Klasse I, die aufgrund einer Höherklassifizierung erstmals Sicherheitschecks durchlaufen müssen – also Produkte der Klassen Ir (wiederverwendbare chirurgische Instrumente), Is (steril) und Im (messtechnisch). Zustimmung müssen nun noch die EU-Kommission und das EU-Parlament.

Außerdem soll in Artikel 120 Absatz 4 geändert werden: Produkte, die vor dem

26. Mai 2020 gemäß den Richtlinien 90/385/EWG und 93/42/EWG rechtmäßig in Verkehr gebracht wurden, und Produkte, die ab dem 26. Mai 2020 gemäß Absatz 3 des vorliegenden Artikels in Verkehr gebracht werden, können bis zum 26. Mai 2025 weiter auf dem Markt bereitgestellt oder in Betrieb genommen werden.

FAZIT

Die neue Verordnung soll zu mehr Sicherheit in der Patientenversorgung beitragen und wird das sicherlich auch tun. Aber man muss festhalten: Die Voraussetzungen für die Umsetzung sind noch nicht ausreichend vorhanden.

Zwar werden die Übergangsfristen für Produkte der Klasse I vermutlich auf vier Jahre verlängert, aber die Konsequenzen für Hersteller und Gesundheitseinrichtungen bleiben dennoch dieselben.

Ferner bleibt abzuwarten, was auf nationaler Ebene weiter beschlossen wird.

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



**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: Invasive Pilzinfektionen durch Candida-Spezies

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

Dr. med. Peter Walger

Zentralbereich Hygiene,

Infektionsprävention und ABS Verbund

Katholischer Kliniken Düsseldorf

(VKKD)

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)

In mikrobiologischen Proben werden relativ häufig Hefepilze der Spezies *Candida* nachgewiesen. In der Mehrzahl der Nachweise handelt es sich um Besiedlungen ohne eine klinische Relevanz. *Candida*-Nachweise in Trachealsekreten, Urinen und aus oberflächlichen Wundabstrichen sind in aller Regel klinisch irrelevant.

Gefäßkatheter und Pathologien des Intestinaltraktes sind die wichtigsten Eintrittspforten für *Candida*-Blutstrominfektionen. *Candida*-Nachweise in Blutkulturen sind immer relevant und zwingen zur Therapie. In der Chirurgie sind es

darüber hinaus Patienten nach abdominal-chirurgischen Eingriffen, die auch ohne positive Blutkulturen bei prolongierten Verläufen sekundärer und insbesondere tertionärer Peritonitiden ein hohes Risiko für eine invasive *Candida*-Infektion haben.

Das Therapieregime besteht aus der empirischen Gabe eines Echinocandins und bei guter Response der Deeskalation auf ein Azol-Antimykotikum. Bei Candidämien ist ein ophthalmologisches Konsil essenziell. Die 14-tägige Standardtherapiedauer zählt ab der ersten negativen Blutkultur.



Walger P, Popp W, Schmithausen R, Jatzwauk L, Kohnen W: Hygiene-Tipp: Invasive Pilzinfektionen durch *Candida*-Spezies. *Passion Chirurgie*. 2020 März; 10(3): Artikel 04_05.



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

Rezension:

Arztgespräche richtig führen



Arztgespräche richtig führen

2019, Seiten: 144
Duden Verlag
ISBN: 978-3-411-75643-8
10,00 Euro

Beim Verlag bestellen:

<http://bit.ly/Arztgespräche>

Rezensent:

Jens Rolinger

Facharzt für Viszeralchirurgie
Klinik für Allgemeine, Viszeral- und
Transplantationschirurgie
Universitätsklinikum Tübingen
Waldhörnlestraße 22
72072 Tübingen
jens.rolinger@med.uni-tuebingen.de

„Wer ist schon gerne krank? Und wer geht schon gern zum Arzt?“ Das Buch „Arztgespräche richtig führen – So mache ich mich verständlich“ widmet sich dem vielschichtigen Thema der Kommunikation zwischen Arzt und Patient. Dieser wichtige Bestandteil der Arzt-Patienten-Beziehung hat nach wie vor eine aktuelle Relevanz in der öffentlichen Diskussion, wie unter anderem dem Artikel in der „ZEIT“ vom November 2017 [1] oder auch den Veröffentlichungen verschiedener Gesundheitsdienstleister (z. B. [2]) zu entnehmen ist. Das Buch von Diplom-Psychologin und Sachbuchautorin Kirsten Khaschei möchte dabei als Ratgeber für Patientinnen und Patienten dienen und wendet sich damit primär an medizinische Laien.

Der Inhalt des Textes ist auf 142 Seiten klar strukturiert. In den einleitenden Kapiteln werden übergeordnete Aspekte, wie die unterschiedlichen Erwartungen an solche Gesprächssituationen als auch Empfehlungen zur allgemeinen Gesprächsführung, behandelt. Im Folgenden gibt die Autorin Anleitung und konkrete Hilfestellungen für bestimmte, wiederkehrende Konstellationen, zum Beispiel der Termin beim Haus- oder Facharzt. Aber auch die besonderen Gegebenheiten im Klinikalltag und eine dortige

Vorstellung als Patient oder Patientin werden in einem gesonderten Kapitel umrissen. Ergänzt wird der Text durch Checklisten und Formulierungshilfen, welche zur Bewältigung bestimmter Situationen vorgeschlagen werden. Das Buch schließt mit einem knappen Glossar an medizinischen Fachbegriffen sowie einem Verzeichnis an weiterführenden Verweisen auf themenverwandte Webseiten.

Frau Khaschei – ebenso wie Herr Prof. Dr. Grönmeyer in seinem Geleitwort – werben mit dem Buch für ein konstruktives, professionelles Miteinander und nehmen dabei nicht nur die Ärzteschaft („wieder lernen, aufmerksam zuzuhören“), sondern auch die Patientinnen und Patienten gezielt in die Pflicht. Inwiefern sich diese Beziehung in Zukunft auch durch die Entwicklungen in den Bereichen E-Health und digitalisierter Medizin verändern wird, bleibt abzuwarten. Dieser Themenkomplex wird jedoch allenfalls kurz angeschnitten und mag wohlmöglich in zukünftigen Auflagen einen höheren Stellenwert einnehmen.

LITERATUR

[1] „Hören Sie mich Doc?“ von Corinna Schöps in der ZEIT Doctor Nr. 46/2017

[2] <https://arztgespraeche.tk.de>

Rolinger J: Rezension: Arztgespräche richtig führen. *Passion Chirurgie*. 2020 März, 10(03): Artikel 04_06.



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

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.



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

JANUAR 2020

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

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

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

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

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

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

Prof. Dr. med. Philipp Geisbüsch, zuvor Oberarzt am Universitätsklinikum Heidelberg, trat am 1. November 2019 die Nachfolge von Prof. Dr. med. Thomas Hupp als Chefarzt der Gefäßchirurgie am Klinikum Stuttgart an. Prof. Dr. med. Thomas Hupp verabschiedete sich in den Ruhestand.

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

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

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

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

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 endovaskuläre Chirurgie des Elblandklinikums Radebeul.

Dr. med. Moustafa Elshafei übernahm zum 01. Januar 2020 die Funktion des leitenden Oberarztes in der Klinik für Metabolische und Bariatrische 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 postbariatrische 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 Allgemein- und Viszeralchirurgie 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.

MÄRZ 2020

Prof. Dr. med. Christian Eckmann, zuvor Chefarzt der Klinik für Allgemein-,

Viszeral- und Thoraxchirurgie am Klinikum Peine, übernahm zum Anfang des Jahres die Leitung der Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Thoraxchirurgie am Krankenhaus Hann. Münden.

Dr. med. Stephan Gass, langjähriger Oberarzt der Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie des Städtisches Klinikum München GmbH, Klinikum Schwabing, ist seit Januar 2020 Chefarzt des Teams.

Prof. Dr. med. Stefan Hosch wechselte als Chefarzt der Chirurgie des Klinikum Ingolstadt an die Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Thoraxchirurgie der Sana Kliniken Duisburg GmbH.

Dr. med. Matthias Mende leitet seit Anfang des Jahres den Fachbereich Gefäßchirurgie im Klinikum der Pfeifferschen Stiftungen GmbH Magdeburg. Er war zuvor Chefarzt der Gefäßchirurgie und endovaskulären Chirurgie der St. Ansgar-Krankenhaus Klinik in Hörter.

Prof. Dr. med. Peter M. Schlag, ehem. Direktor der Klinik für Chirurgie und Chirurgische Onkologie sowie Gründungsdirektor des Comprehensive Cancer Center der Charité wurde am 27. Januar 2020 die renommierte Johann-Georg-Zimmermann-Medaille verliehen. Als onkologisch spezialisierter Chirurg und Forscher hat er entscheidend die multimodale Behandlung bei soliden Tumoren mitgeprägt. Weltweit war er einer der ersten Chirurgen, welcher frühzeitig intraoperative Visualisierungstechniken und Computer-assistierte Operations-Verfahren entwickelt und in der Tumor-Chirurgie erfolgreich eingesetzt hat.

PD Dr. med. Stefan Schopf, Facharzt für Allgemein- und Endokrine Chirurgie und Spezialist für die operative Behandlung von Erkrankungen der Drüsen, ist neuer Chefarzt der Allgemein-, Viszeral-, Endokrine und Unfallchirurgie am RoMed Klinik Bad Aibling.

Dr. med. Frank P. Schulze, FACS, FRCS, Facharzt für Chirurgie, Viszeralchirurgie und

spezielle Viszeralchirurgie ist neuer Chefarzt der Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Thoraxchirurgie der Aneos Klinik Am Bürgerpark in Bremerhaven.

Prof. Dr. med. Julia Seifert wurde am 31. Januar 2020 zur ersten Vorsitzenden des Arbeitskreises Krankenhaus- und Praxishygiene der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. (AWMF) gewählt. Sie ist seit 2008 Mitglied des

Arbeitskreises und vertritt dort die Interessen der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU).

PD Dr. med. Christoph W. Strey ist seit Anfang des Jahres neuer Chefarzt der Allgemein-, Viszeral- und Unfallchirurgie am DRK-Krankenhaus Clementinenhaus in Hannover. Strey ist außerdem Hospitationsleiter für das Projekt HERNIE konkret, das von der BDC|Akademie organisiert wird.

Univ.-Prof. Dr. med. Tung Yu Tsui ist neuer Chefarzt der Allgemein-, Viszeral- und Thoraxchirurgie der Asklepios Harzkliniken in Goslar. Der Facharzt für Chirurgie, Viszeralchirurgie, spezielle Viszeralchirurgie und Transplantationschirurgie leitete bisher die Sektion Onkologische Chirurgie mit Schwerpunkt Leber und Gallenblase und Transplantationschirurgie, in der chirurgischen Klinik und Poliklinik/Universitätsmedizin Rostock.



**60
CME-
Punkte!**

Hygiene- beauftragter Arzt (HBA)

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

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

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



Frage & Antwort



Weiterzahlung des Arbeitsentgelts bei schwangerschaftsbedingter Krankheit und Beschäftigungsverbot



Antwort von Dr. jur. Jörg Heberer:

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

Heberer J. F+A: Weiterzahlung des Arbeitsentgelts bei schwangerschaftsbedingter Krankheit und Beschäftigungsverbot. 2020 März; 10(3): Artikel 04_09.



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

FRAGE:

Eine Oberärztin fragt an, ob sie bei eintreten der schwangerschaftsbedingter Krankheit und bei einem zeitlich später eintretenden ärztlichen Beschäftigungsverbot in der Schwangerschaft jeweils Anspruch auf Weiterzahlung ihres Arbeitsentgelts habe.

ANTWORT:

Bei schwangerschaftsbedingter Erkrankung besteht für die Dauer von 6 Wochen ein Anspruch auf Entgeltfortzahlung gemäß § 3 Abs. 1 Satz 1 Entgeltfortzahlungsgesetz. Dieser Entgeltfortzahlungsanspruch bei Krankheit kann auch nicht zuungunsten der Arbeitnehmerin abbedungen werden (§ 12 Entgeltfortzahlungsgesetz). Voraussetzung ist jedoch, dass das Arbeitsverhältnis seit mindestens vier Wochen ununterbrochen besteht.

Zum anderen besteht nach § 18 Mutterschutzgesetz ein Anspruch auf Mutterschutzlohn, wenn ein teilweises oder vollständiges Beschäftigungsverbot außerhalb der Schutzfristen vor oder nach der Entbindung ärztlich angeordnet wurde. Ein

solches Beschäftigungsverbot gemäß § 16 Abs. 1 Mutterschutzgesetz liegt vor, wenn nach einem ärztlichen Zeugnis die Gesundheit der Mutter oder die ihres Kindes bei Fortdauer der Beschäftigung gefährdet ist. Der Anspruch auf Mutterschutzlohn beginnt unmittelbar, d. h. ohne Erfüllung einer Wartezeit, mit Beginn des Verbots und ist zeitlich nicht befristet. Auch dieser Zahlungsanspruch kann nicht durch eine vertragliche Regelung zuungunsten der Arbeitnehmerin ausgeschlossen werden. Der zu zahlende Mutterschutzlohn berechnet sich nach dem durchschnittlichen Arbeitsentgelt der letzten drei abgerechneten Kalendermonate vor dem Eintritt der Schwangerschaft.

Wichtig ist jedoch, dass nicht beide Ansprüche gleichzeitig nebeneinander bestehen können, da sich krankheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit und Beschäftigungsverbot gegenseitig ausschließen. Folglich muss für den Anspruch auf Lohnfortzahlung stets danach unterschieden werden, ob eine schwangerschaftsbedingte Krankheit mit daraus resultierender krankheitsbedingter Arbeitsunfähigkeit vorliegt, oder ein schwangerschaftsbedingtes Beschäftigungsverbot. ○

Frage & Antwort



Anspruch auf Löschung der Daten bei Jameda



Antwort von Dr. jur. Jörg Heberer:

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

Heberer J. F+A: Anspruch auf Löschung der Daten bei Jameda. 2020 März; 10(3): Artikel 04_10.



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

FRAGE:

Ein niedergelassener Chirurg fragt an, ob er einen Anspruch auf Löschung seiner Eintragsdaten auf der Bewertungsplattform Jameda habe.

ANTWORT:

Aufgrund der aktuellen Rechtsprechung besteht grundsätzlich dann ein Lösungsanspruch bezüglich der Eintragsdaten im Rahmen des Basiseintrags, wenn ein Arztbewertungsportal seine Rolle als neutraler Informationsmittler verlässt. Dies ist nach der aktuellen Rechtsprechung immer dann der Fall, sobald den für ein Profil zahlenden Ärzten verdeckte Vorteile gewährt werden, die Basis-kunden nicht erhalten.

Die Rechtsprechung sieht eine solche verdeckte Vorteilsgewährung darin, dass Basis-kunden auf dem Portal als Werbeplattform für Premiumkunden benutzt werden. Streitgegenständlich waren in den von den Gerichten entschiedenen Sachverhalten der Verweis auf weitere fachgleiche Ärzte in der örtlichen Umgebung auf dem Profil eines Basis-kunden

oder die unterschiedliche bildliche Darstellung von Basis- und Premiumkunden. Solche und ähnliche Funktionen eines Bewertungsportals sind unzulässig (vgl. BGH Urteil vom 20.02.2018, Az.: VI ZR 30/17, OLG Köln, Urteile vom 14.11.2019, Az.: 15 U 89/19, 15 U 126/19).

Durch derartige Funktionen wahrt der Portalbetreiber gerade nicht mehr seine Stellung als „neutraler Informationsmittler“ und er verschafft hierdurch seinen eigenen Kunden in Gewinnerzielungsabsicht verdeckte Vorteile. Die aktuelle Rechtsprechung gelangt in solchen Konstellationen deshalb zu der Auffassung, dass eine Zwangslistung ohne Einwilligung in die Speicherung und Verarbeitung personenbezogener Daten des Arztes in Form von Basisdaten, Noten und Freitextkommentare auf dem Portal unzulässig wird (vgl. BGH, a. a. O., OLG Köln, a. a. O.).

Für einen Lösungsanspruch muss deshalb bezüglich der jeweiligen Darstellung personenbezogener Daten auf der Plattform geprüft werden, ob der Plattformbetreiber, wie Jameda, unzulässige Funktionen, die zu einer verdeckten Vorteilsgewährung für zahlende Ärzte führen, vorhält.

Die dem BGH-Urteil zu Grunde liegende Gestaltung auf der Jameda-Plattform wurde inzwischen durch Jameda geändert, sodass diese Gestaltungsform nicht mehr für einen Löschungsanspruch herangezogen werden kann. Inwieweit die in den Fällen des OLG Köln zu Grunde liegenden Gestaltungsformen zwischenzeitlich ebenfalls durch Jameda abgeändert wurden, müsste somit in jedem Einzelfall anhand des Arzteintrags detailliert geprüft werden.

Allerdings weist der Verfasser bereits jetzt darauf hin, dass sich aus den Urteilen des OLG Köln ebenfalls ergibt, dass der Löschungsanspruch, selbst wenn er aufgrund unzulässiger Funktionen zunächst zwar zum Erfolg führen würde, dieser nicht dauerhaft bestehen dürfte. Denn das OLG Köln führt ausdrücklich aus, dass nach einer Löschung und einer Behebung

der zur Löschung führenden Fehler ohne Verstoß jederzeit wieder ein neues Profil mit den gleichen Daten erstellt werden könne. Dem Löschungsanspruch werde letztlich dann doch wieder die Grundlage entzogen. Denn wenn die beanstandeten Gestaltungen beseitigt werden würden, so ist es nach der bisherigen Rechtsprechung zulässig, nach entsprechender Löschung die personenbezogenen Daten wie Name, Fachrichtung, Praxistelefonnummer erneut aus öffentlich zugänglichen Quellen wie beispielsweise dem eigenen Internetauftritt des Arztes zu entnehmen und wiederum in die Bewertungsplattform aufzunehmen. Das mit dem Löschungsanspruch eigentlich verfolgte Ziel – auf der Bewertungsplattform dauerhaft nicht gelistet zu werden – kann somit aus Sicht der Rechtsprechung nicht nachhaltig erreicht werden, weil der Portalbetreiber durch eine Verpflichtung zur Löschung

nicht gehindert ist, die Daten unmittelbar im Anschluss aus öffentlich zugänglichen Quellen wiederum zu erheben und in seiner Datenbank zu verwenden, wenn die unzulässigen Funktionen beseitigt wurden (vgl. OLG Köln, a. a. O.).

Zusammenfassend ist deshalb nach Ansicht des Verfassers festzustellen, dass zwar ein Löschungsanspruch grundsätzlich bestehen kann, dieser aber nur solange durchgesetzt werden kann, wie der Portalbetreiber die in den vorgenannten Urteilen genannten oder sonstige hiernach unzulässige Darstellungen nicht geändert hat. Eine dauerhafte Löschung bzw. Nichtaufnahme der Basisdaten aus öffentlich zugänglichen Quellen kann nach derzeitiger Auffassung des Verfassers aufgrund der bisherigen Rechtsprechung leider nicht erreicht werden. ○

A high-angle, close-up photograph of three surgeons in an operating room. They are wearing blue surgical gowns, blue bouffant hairnets, and white surgical masks. The central surgeon is looking directly at the camera with a focused expression. The background is a bright, sterile blue. The overall tone is professional and serious.

ANSCHNITT

chirurgIn-werden.de

Wage den Schnitt!

Kommentar des Generalsekretärs (I/2020)



**Prof. Dr. med. Dr. h.c.
Hans-Joachim Meyer**
Generalsekretär der Deutschen
Gesellschaft für Chirurgie e.V.
(DGCH)
Luisenstr. 58/59
10117 Berlin
h-jmeyer@dgch.de

Präsident des Berufsverbandes der
Deutschen Chirurgen e.V. (BDC)
praesident@bdc.de

Sehr geehrte Frau Kollegin,
sehr geehrter Herr Kollege,

herzlich willkommen in einem neuen Jahrzehnt unserer Zeitrechnung, nämlich im Jahr 2020. Auch wenn gerade dieses Jahr im Zeichen des Mondes steht und somit die Familie sowie persönliche Gefühlsbereiche vorherrschen sollen und außerdem nach dem chinesischen Kalender das Jahr der Ratte ansteht, also eine Zeit der großen Ideen unter Vorherrschaft dieses klugen, raffinierten und flexiblen Tiers, kann man nicht völlig sorgenfrei in das neue Jahrzehnt gehen.

Bei aller Faszination für die Fernsehserie „Babylon Berlin“ kann man nur hoffen, dass wir nicht noch einmal die zwanziger Jahre des 20. Jahrhunderts vor allem mit seinen politischen Entwicklungen und einer Hyperinflation (1923) oder Weltwirtschaftskrise (1929) erleben müssen. Angesichts einer solch dramatischen Geschichte stellt sich die Frage, was bringt uns die Zukunft dieses Mal und was können wir tun? Natürlich bringt jede anstehende Zeit ihre ganz eigenen Veränderungen und Umbrüche sowie meist neue Herausforderungen mit sich, denen man sich stellen muss. Auch wenn es den meisten Menschen in Europa selten besser als heute ergangen ist, hört man schon jetzt oftmals Klagen oder Schilderungen über negative Empfindungen: diese reichen von der sogenannten Politikverdrossenheit über Probleme der Gesundheitsversorgung, globalem Klimawandel bis hin zur Angst vor der Altersarmut. Eine solche Einstellung mag zwar im Einzelfall auch sachlich berechtigt sein, resultiert aber in aller Regel in Stillstand.

Dieses gilt auch für die gesundheitspolitischen Entwicklungen, denn das Gesundheitswesen war in den letzten Monaten besonders von hektischem Aktionismus geprägt und hat viele Zweifler auf den Plan gerufen, denn angestrebte klare Lösungen wurden durch vielfache Kompromisse immer wieder abgeändert. Alle diese Entwicklungen müssen wir jedoch weiterhin sehr bewusst wahrnehmen und dürfen dabei nicht müde werden, die jeweiligen Problemfelder klar zu erkennen und im entsprechenden Dialog mit allen Beteiligten direkt anzugehen. Der Mensch denkt zwar meist im Widerspruch, es bleibt aber zu hoffen, dass nicht nur die derzeitigen Winterstürme pessimistische oder negative Erwartungshaltungen für das neue Jahrzehnt vertreiben können.

ÄRZTLICHES VERGÜTUNGSSYSTEM

Parallel zu den umfangreichen Vorarbeiten der Bundesärztekammer (BÄK) zur gemeinsamen Erarbeitung einer GOÄneu mit den Fachgesellschaften und Verbänden war von dem Bundesministerium für Gesundheit ein Gutachten für die ambulante ärztliche Vergütung in Auftrag gegeben worden. Am 28. Januar 2020 wurde nun ein 239 Seiten umfassender Bericht der wissenschaftlichen Kommission für ein modernes Vergütungssystem (KOMV) vorgelegt. Ausführlich wird dabei erläutert, warum das duale Versicherungssystem bestehen bleiben soll und die Vergütungen weiterhin getrennt für die gesetzliche- (GKV) und private Krankenversicherung (PKV) vereinbart werden sollen. Es wird allerdings eine „partielle Harmonisierung“ der ambulanten ärztlichen Vergütungssystematiken

vorgeschlagen. Nach diesem Konzept wird zwischen Bausteinen, die gemeinsam weiterentwickelt werden und Bereichen, die bewusst getrennt bleiben, unterschieden.

Die gemeinsamen Bausteine beinhalten dabei die Definition der ärztlichen Leistungen als sogenannte Leistungslegendierungen und die relative Kostenbewertung als Bepreisung: Hierfür sind neue gemeinsame Gremien notwendig. Vorgeschlagen wird ferner, dass die Mindestqualitätsstandards für die vertrags- und privatärztliche Versorgung gemeinsam und einheitlich definiert werden sollten. Eine gemeinsame Honorarordnung mit einheitlichen Preisen wird allerdings, wie bereits erwähnt, nicht empfohlen. Von Seiten der PKV wird die „partielle Harmonisierung“ als wissenschaftlich interessant, aber nicht praktikabel angesehen, zudem ist sie mit erheblichem Zeitaufwand bei der Umsetzung verbunden. Im vorliegenden Gutachten wird auch dezidiert festgehalten, dass sich die ärztliche Gebührenordnung per Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates nicht bewährt und bezüglich medizinischer Innovationen als zu schwerfällig erwiesen habe. Die Stellungnahme der KOMV konnte verständlicherweise weder bei den Grünen/Bündnis 90 noch bei der Linken oder SPD Zustimmung finden, denn nach Karl Lauterbach sei von einem Schritt in Richtung Bürgerversicherung „nichts zu erkennen!“

Zeitnah zu diesem Kommissionsbericht hatte nun die BÄK am 05. Februar 2020 zu einem Verbändegespräch eingeladen. Bei diesem Treffen wurde der Bestand des dualen Versicherungssystems besonders hervorgehoben und betont, dass bei „partieller Harmonisierung“ die neu zu schaffenden Institutionen kaum funktionstüchtig sein könnten, da Interessenlagen und Rechtsform nicht kompatibel sind. Weiter wurde darauf hingewiesen, dass wesentliche Elemente der KOMV bereits bei der GOÄneu weitgehend berücksichtigt worden sind, so u. a. die betriebswirtschaftliche Grundkalkulation, Darstellung des gesamten Leistungsspektrums einschließlich der Einzelleistungen, Komplexbildungen oder sektorenübergreifende Koordination. Zum weiteren Vorgehen werde die BÄK nun

Gespräche mit Minister Spahn zur Einstellung des Koalitionspartners führen und die Bepreisungen der Leistungslegendierungen mit der PKV abstimmen. Es wird derzeit vom Einsatz der GOÄneu durch „Abdingungsverträge“ mit dem Patienten abgeraten.

Nach kurzem Intervall hat sich nun die Bertelsmann-Stiftung einmal mehr bemüht, die Debatte um das duale Versicherungssystem erneut anzufachen und hat am 17. Februar 2020 eine Studie des IGES-Instituts Berlin vorgelegt. Nach dieser Analyse könnte die GKV jährlich einen zusätzlichen Überschuss von etwa 9 Milliarden Euro erzielen, wenn alle Bundesbürger gesetzlich versichert wären. Jedes Mitglied und sein Arbeitgeber könnten im Schnitt zusammen 145 Euro pro Jahr sparen, wodurch der Beitragssatz um 0,2 -0,6 Prozentpunkte sinken könnte. Nach Meinung des Vorstands der Bertelsmann-Stiftung würde so eine tragfähige Solidargemeinschaft entstehen, denn das jetzige System schwäche den sozialen Zusammenhalt. Allerdings räumen die Autoren ein, dass es sich nicht um ein realistisches, „umsetzungsnahe“ Szenario handele. Trotzdem sahen sich die entsprechenden politischen Parteien in ihrer Position für eine Bürgerversicherung bestätigt, auch wenn in realiter für die GKV-Versicherten nur eine Einsparung von etwa zwei Euro pro Monat resultiert. Der PKV-Verband spricht zwar von einem Rechenexempel im luftleeren Raum und die BÄK sogar von einem Griff in die ideologische Mottenkiste, trotzdem muss man sich zurecht fragen, welches Ziel die Veröffentlichung einer solchen Bertelsmann-Studie verfolgt: Neutrale Analyse oder „populistischer Aktionismus“?

MB-MONITOR 2019

Die Ergebnisse der alle zwei Jahre durch den Marburger Bund durchgeführten Befragung wurden am 23. Januar 2020 in Berlin vorgestellt. An dieser bundesweiten Umfrage hatten 6.474 angestellte Ärzte aus allen Fachgebieten teilgenommen, wobei sich 42 % der Befragten in Weiterbildung befanden, 23 % bzw. 24 % waren Fachärzte bzw. Oberärzte. Erstmals waren mit 51 % mehr weibliche Mitglieder beteiligt. Insgesamt 26 % der

Befragten waren in Teilzeitarbeit beschäftigt, mit dem Ziel sich einen freien Tag pro Woche zu schaffen. Vollzeittätige Ärzte arbeiteten insgesamt im Durchschnitt 56,5 Stunden in der Woche. 38 % der Ärztinnen leisteten fünf bis neun Überstunden pro Woche, in 25 % sogar mehr, was hochgerechnet auf etwa 186.000 Krankenhausärzte eine Überstundenzahl von 65 Millionen pro Jahr ergäbe. Der tägliche Zeitaufwand für nichtärztliche Tätigkeiten ist weiter angestiegen: 35 % bzw. 25 % der angestellten Ärzte wendeten hierfür mindestens vier bzw. drei Stunden pro Tag auf. Insgesamt wurde von 77 % der Ärztinnen über unzureichende Entlastung bei administrativen Tätigkeiten geklagt. Durch die Arbeitszeitgestaltung fühlten sich 74 % der Befragten in ihrer Gesundheit beeinträchtigt und 16 % waren deshalb bereits in ärztlicher Behandlung. Ebenfalls wurde in 74 % der Befragten angegeben, dass durch die starke Arbeitsbeanspruchung das Privat- und Familienleben leide. Die hohe Arbeitsbelastung ist u. a. dadurch bedingt, dass nur 22 % aller Stellen im ärztlichen Dienst besetzt waren, in den meisten Abteilungen waren ein bis zwei Arztstellen offen. Die Zusammenarbeit mit den Pflegekräften wurde von 71 % der Befragten als sehr gut oder gut bezeichnet, allerdings fühlten sich nur 23 % des ärztlichen Personals ausreichend durch nichtärztliches Fachpersonal entlastet.

Als einer der relevanten Belastungsfaktoren wurden die Nacht- und Wochenenddienste angesehen, sodass mehr als 20 % der Klinikärzte sogar schon einen „Jobwechsel“ in Erwägung gezogen haben. Nach Meinung des Marburger Bundes müssen also die Arbeitsbedingungen in den Kliniken grundlegend verbessert werden, wobei von der deutschen Krankenhausgesellschaft eine politische Gegensteuerung gefordert wird. Minister Spahn reagierte prompt darauf, indem er auch von den Arbeitgebern entsprechende Verantwortung forderte, Entlastung durch digitale Dokumentation und Sprachsoftware empfahl und Änderungen der Krankenhausstrukturen ansprach. Ob sich allerdings wirklich ad hoc entscheidende Veränderungen realisieren lassen, muss mehr als fraglich erscheinen.

GESUNDHEITSPOLITIK

ARBEITSENTWURF FÜR EINE NEUE

APPROBATIONSORDNUNG FÜR ÄRZTE (APPOÄ)

Auch unter dem Aspekt des angestrebten Masterplans Medizinstudium 2020 erscheint es nur sinnvoll, die AppOÄ entsprechend anzugleichen und zu aktualisieren. In zahlreichen Stellungnahmen wurde dieser Entwurf zwar generell als positiv eingestuft, so bei der Vermittlung von wissenschaftlichen Grundlagen, praxisnaher Ausgestaltung oder Berücksichtigung von Datennutzung bzw. digitalen Anwendungen bei Ausbildungsinhalten. Es wurde allerdings auch eine Vielzahl von Kritikpunkten angeführt, von denen nur einige erwähnt werden sollen.

Vor allem die Erweiterung der Prüfungen von drei auf vier Abschnitte erfordert erhebliche personelle und finanzielle Ressourcen, was vor allem durch die klinisch-praktischen Prüfungen im zweiten Abschnitt mit dem „Objective Structured Clinical Examination“/OSCE und dem vierten Abschnitt als mündlich-praktische Prüfung an Patienten aus dem stationären und ambulanten Bereich und der OSCE-Prüfung bedingt ist. Gerade die Verfügbarkeit von nun zu gewinnenden ambulanten Lehrpraxen dürfte sich schwierig gestalten, ebenso wie die personelle Betreuung bei den ambulanten Blockpraktika. Teilweise wird schon jetzt, wie in Österreich bereits praktiziert, die Abschaffung einer abschließenden Prüfung nach dem praktischen Jahr vorgeschlagen. Ferner wird die fehlende Benotung der Leistungsnachweise kritisiert. Diskussionsbedarf gibt es auch bezüglich der Dominanz der Allgemeinmedizin, denn die Lehrinhalte aus diesem Gebiet sollen aufgestockt und longitudinal in das gesamte Studium integriert werden. Das praktische Jahr soll in vier Quartale umgestellt werden, wobei neben den Pflichtfächern Innere Medizin und Chirurgie mindestens ein Wahlfach im ambulanten Bereich zu absolvieren ist.

Generell abgelehnt wird der Paragraph 137 als sogenannte Innovationsklausel mit der Möglichkeit, das Medizinstudium auf fünf Jahre zu verringern, wobei auch im Fernstudium

digitale Lehrformate möglich sein sollen. Gerade die deutsche Hochschulmedizin sieht hierin einen Widerspruch zu den Vorgaben des Masterplans und der Gestaltung des Medizinstudiums als universitäres Studium. Letztlich wird auch eine rechtliche Regelung für eine entsprechende Aufwandsentschädigung der Medizinstudierenden im praktischen Jahr gefordert. Es muss nun abgewartet werden, inwieweit die zahlreichen Stellungnahmen in dieser Approbationsordnung berücksichtigt werden, wobei vorgesehen ist, dass die parlamentarischen Verfahren und Beratungen im ersten Halbjahr 2020 aufgenommen werden sollen.

REFERENTENENTWURF FÜR EIN GESETZ ZUR

REFORM DER NOTFALLVERSORGUNG

Auch für den 49 Seiten umfassenden Entwurf dieses Gesetzes waren für die verschiedenen Fachgesellschaften, Verbände und anderen Organisatoren die Möglichkeit zur Stellungnahme bis zum 7. Februar 2020 gegeben, anschließend war am 17. Februar 2020 eine Erörterung mit Vertretern des Bundesgesundheitsministeriums geplant. Ziel dieses Gesetzesentwurfs ist die Regelung der Rettungs- und notdienstlichen präklinischen Versorgung wie auch die nachfolgende Notfallversorgung in der Klinik zusammen mit niedergelassenen Vertragsärzten, um der derzeitigen übermäßigen Belastung der klinischen Notfallaufnahmen entgegenzuwirken.

Eine Zusammenlegung der Notrufnummern 112 und 116/117 im präklinischen Bereich kann prinzipiell als positiv angesehen werden. Vorgesehen ist auch ein Abfrage-Algorithmus zur aktuellen Beschwerdesymptomatik des Patienten, der jedoch noch nicht wissenschaftlich validiert ist. Es wird außerdem zwischen Rettungsfahrten, Krankentransporten und Krankenfahrten unterschieden, wobei weiterhin die landesrechtlichen Regelungen für den Notarzt- und Rettungsdienst Vorrang haben. Diese Tatsache wurde auch von einigen Bundesländern klar hervorgehoben und der Entwurf zur Integration von Rettungsleitstellen und dem ärztlichen Bereitschaftsdienst abgelehnt. Eine engere Verknüpfung von Notfallambulanzen der Kassenärztlichen

Vereinigungen (KV) und den Notfallaufnahmen der Kliniken ist prinzipiell zu begrüßen und wird vielerorts bereits in praxi ausgeübt, in aller Regel aber nur in zeitlich limitiertem Umfang.

Neu soll nach dem Gesetzentwurf eine Umfirmierung bestehender Krankenhausambulanzen als eigenständiges integriertes Notfallzentrum (INZ) erfolgen, wobei vorgesehen ist, dass diese in den Kliniken federführend von den kassenärztlichen Vereinigungen betrieben wird. Von den Krankenhausvertretern wird zu Recht befürchtet, dass sich hierdurch neue Schnittstellenprobleme und Doppelstrukturen ergeben könnten. Es muss auch geklärt werden, wie im Krankenhaus angestellte Ärzte in einem solchen INZ zu beschäftigen sind, wobei zu befürchten ist, dass die KVen nur schwerlich an allen Tagen im Jahr über 24 Stunden eine ausreichende Zahl entsprechend erfahrener und qualifizierter Kassenärzte zur Verfügung stellen können. Außerdem wurden bei der aktuellen Erörterung auch von anderen Fachgebieten, z. B. Psychiatrie, Gynäkologie oder Kinder- und Jugendmedizin fachliche Qualifikationen in einem geplanten INZ eingefordert. Auf keinen Fall ist allerdings der Passus zu akzeptieren, dass Krankenhäuser ohne offizielles INZ bei gesetzlicher Verpflichtung zur Hilfeleistung nach Versorgung eines Notfallpatienten einen Vergütungsabschlag von 50 % in Kauf nehmen sollen. Wie nicht anders zu erwarten war, geht die Diskussion um diese Gesetzesvorlage auch nach stattgehabter Erörterung kontinuierlich weiter. Teilweise wird nun eine grundlegende Überarbeitung des Entwurfs gefordert, aber auch eine Analyse der bereits vorhandenen Kooperationsmodelle erscheint sinnvoll, bevor unter Zeitdruck eine Neuaufstellung der bisherigen Notfallversorgung politisch aufgezwungen wird.

Abschließend möchte ich Sie nun herzlich zum 138. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie vom 21. bis 24. April 2020 in Berlin unter der Präsidentschaft von Herrn Professor Schmitz-Rixen einladen. Ich freue mich auf ein Wiedersehen und hoffe sehr, dass das zurzeit grassierende „Corona Virus“ diese Planungen nicht beeinträchtigt!

Einladung zur DGCH-Mitgliederversammlung 2020



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

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

Luisenstr. 58/59

10117 Berlin

h-jmeyer@dgch.de

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

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

TAGESORDNUNG

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

ZU TOP 2: WAHLEN

In Vollzug der gültigen Satzung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie sind folgende Positionen des Präsidiums ab 01. Juli 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 bestätigen den 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 März 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.

Aufgrund der aktuellen Entwicklung der COVID-19-Pandemie abgesagt!



DCK2020

Gemeinsam lernen und heilen

137. Deutscher Chirurgen Kongress

21. bis 24. April 2020
CityCube, Berlin

Aufgrund der aktuellen
Entwicklung der COVID-19-
Pandemie abgesagt!

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.

**Aufgrund der aktuellen
Entwicklung der COVID-19-
Pandemie abgesagt!**



DCK2020

Gemeinsam lernen und heilen

137. Deutscher Chirurgen Kongress

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

Bericht über die Verwendung des Wolfgang Müller-Osten-Stipendiums

Dr. Philip Baum

Thoraxklinik Heidelberg gGmbH
Universitätsklinikum Heidelberg
Röntgenstr. 1
69126 Heidelberg
philip.baum@med.uni-heidelberg.de
www.thoraxklinik-heidelberg.de

Das Stipendium wurde Anfang 2019 für Untersuchungen der bundesweiten Komplikationen nach viszeralchirurgischen Operationen sowie des Einflusses der Krankenhausgröße auf das Überleben und das Komplikationsmanagement ‚Failure to rescue‘ (FTR) nach viszeralchirurgischen Operationen vergeben. Anhand einer retrospektiven Beobachtungsstudie der deutschen Bevölkerung unter Verwendung der DRG-Daten aller viszeralchirurgisch operierten Patienten von 2009 bis 2015 sollte diese Fragestellung bearbeitet werden.

Ende 2018 bis Anfang 2019 habe ich mich dafür intensiv mit dem Erlernen der Statistik-Software „Stata 15 IC“ auseinandergesetzt und erste Testabfragen der Daten mithilfe des statistischen Bundesamts zwecks Funktionalität und Plausibilität der Daten durchgeführt. Anschließend wurden die Daten systematisch ausgewertet. In unserer Arbeitsgruppe konnten wir in diesem Jahr mehrere Arbeiten in internationalen gelisteten Zeitschriften mit Peer-Review-Verfahren veröffentlichen. Die ersten beiden Arbeiten beschäftigen sich mit der Krankenhaussterblichkeit und FTR nach Kolon- und Rektum-Operationen in Deutschland [1, 2]. Hier konnte ich als Koautor Erfahrungen in die Manuskripterstellung und den Publikationsprozess gewinnen. Anschließend konnten ich in der Novemberausgabe des Ärzteblatts eine Original-Arbeit zu Komplikationen und FTR nach viszeralchirurgischen Operationen in Deutschland als Titel-Publikation veröffentlichen [3]. Momentan arbeiten

wir an einem Manuskript bezüglich der FTR abhängig von Krankenhausgröße und Komplexität der Operation und diskutieren außerdem weitere Projekte auf dieser Grundlage in unserer Arbeitsgruppe.

Dank der Unterstützung des Wolfgang Müller-Osten-Stipendiums konnte bisher folgendes finanziert werden: Die Statistik-Software „Stata 15 IC“, ein Gastwissenschaftlerzugang in Wiesbaden für die Datenabfrage im statistischen Bundesamt, Reisekosten für mehrfache Fahrten nach Wiesbaden zur Auswertung, spezielle statistische Methodenberatung sowie Hardware für die Auswertung von sehr großen Datenmengen.

Ich möchte mich für die Unterstützung durch das Stipendium ganz herzlich bedanken. Seit Bewilligung konnten wir drei Original-Arbeiten einreichen und haben weitere Ideen generiert, die wir in diesem und im nächsten Jahr umsetzen möchten. Die Ergebnisse meiner Veröffentlichung werde ich auf dem nächsten Kongress der deutschen Gesellschaft für Chirurgie präsentieren. Dank des Stipendiums konnte ich ein wissenschaftliches Projekt in der Chirurgie vorantreiben und auf dieser Basis weitere projektbezogene Fragestellungen für die Zukunft generieren.

LITERATUR

- [1] Diers, J., et al., *Nationwide in-hospital mortality following colonic cancer resection according to hospital volume in Germany*. BJS open, 2019. 3(5): p. 672-677.
- [2] Diers, J., Baum, P., et al., *Nationwide in-hospital mortality rate following rectum resection for rectal cancer according to annual hospital volume in Germany*Journal: BJS Open, Article accepted
- [3] Baum, P., et al., *Mortality and Complications Following Visceral Surgery*. Dtsch Arztebl International, 2019. 116(44): p. 739-746.



Rezension

DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR CHIRURGIE 1933-1945.

BAND II: DIE VERFOLGTEN



Band II: Deutsche Gesellschaft für Chirurgie 1933-1945. Die Verfolgten

Autor: H. Bauer, E. Kraas, H.-U. Steinau (Hrsg.)
2019, Format: 21 x 26 cm, gebunden,
432 Seiten
ISBN 978-3-942825-60-3
EUR 59,50

Beim Verlag bestellen:
siehe folgende Seiten

Rezensent:
Prof. Dr. med. Albrecht Encke
Frankfurt am Main
A.Encke@em.uni-frankfurt.de

Encke A: Rezension: Band II: Deutsche Gesellschaft für Chirurgie 1933-1945. Die Verfolgten. *Passion Chirurgie*. 2020 März, 10(03): Artikel 06_03.



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

Die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (DGCH) hat sich auf Anregung von Hans-Ulrich Steinau (Präsident der DGCH 2006/2007), in zwei Monographien der Aufarbeitung ihrer Vergangenheit und Verantwortung im Umgang mit der Verfolgung jüdischer Chirurgen während des national-sozialistischen Regimes gestellt. Der Chirurg Steinau hat das Gesamtprojekt als Initiator, Herausgeber und Autor mit großem persönlichem Engagement und wesentlich mitgestaltet.

Band I: Deutsche Gesellschaft für Chirurgie 1933-1945. Die Präsidenten (2011)

Band II: Deutsche Gesellschaft für Chirurgie 1933-1945. Die Verfolgten (2019)

Der erste Band befasst sich mit den Präsidenten der DGCH von 1933 bis 1945. Der jetzt vorliegende zweite Band „Die Verfolgten“ stellt 409 Einzelschicksale von Chirurgen, darunter 17 Chirurginnen, dar, die aus rassistischen oder politischen Gründen diskriminiert wurden, Berufsverbote erhielten, schließlich ins Exil gezwungen oder in Konzentrationslagern misshandelt oder getötet wurden.

Das lange Intervall zwischen beiden Publikationen erklärt sich aus der Tatsache, dass weitere Betroffene Kontakt gesucht haben oder sich erst spät entschließen konnten, eigene quälende Erinnerungen zuzulassen. Das Kapitel „Memento“ mit 97 zum Teil nur fragmentarischen Biographien, das (nach Meinung des Rezensenten) unmittelbar zu den 312 „Entrechteten und Ausgestoßenen“ gehört, belegt die schwierige Recherche und will weitere Verfolgte, die damit nicht als namenlose Opfer ohne Erinnerung bleiben sollen, würdigen. Die bedrückenden Fakten der Ausgrenzung und Verfolgung unserer jüdischen Kollegen geraten heute zunehmend in Vergessenheit oder

werden sogar bewusst verneint. Umso wichtiger ist die Dokumentation der Verstrickungen der deutschen Chirurgie wie auch der gesamten Ärzteschaft während des Nazi-Regimes.

Eindrucksvoll sind die Geleitworte und Schicksale unserer betroffenen Kollegen Moshe M. Feuchtwanger, Walter Pories und Michael Trede, wie auch die Würdigung Rudolf Nissens durch Felix Harder.

Sehr wichtig erscheinen vor allem auch die Beiträge der Historiker Wolfgang Benz und Heinz-Peter Schmiedebach. Sie schildern anschaulich die schrittweise Umsetzung der menschenverachtenden Ausgrenzung, Verfolgung und Vernichtung der jüdischen Bevölkerung, aber auch die vielleicht verständliche Verdrängung der bleibenden historischen Verantwortung durch den Wiederaufbau und die Bewältigung der Not in den ersten Nachkriegsjahren. Ein Ziel der Entnazifizierung durch die Alliierten war die Stimulierung von Erinnerung und Verantwortung der deutschen Gesellschaft neben der Ahndung von Gewaltverbrechen durch Gerichte. Die banale Verwechslung von den Deutschen vorgeworfener Kollektivschuld und gemeinsamer historischer Verantwortung (W. Benz) rechtfertigt nicht die Aufrechnung erlittenen eigenen Leides während und nach dem Zusammenbruch des Naziregimes.

Hervorzuheben ist die Mitarbeit von Rebecca Schwoch, die als Historikerin 312 Einzelschicksale zusammengetragen und ausführlich dargestellt hat, ergänzt durch ein Memento von 97 weiteren Biografien mit unvollständigen oder nachrecherchierten Lebensdaten (H.-U. Steinau, Norbert Krämer).

Dem Buch ist zu wünschen, dass es in jeder chirurgischen Klinikbibliothek einen Platz findet und vor allem von der jüngeren Generation gelesen und verinnerlicht wird (Feuchtwanger, Trede), damit so etwas nie wieder vorkommt.

H. Bauer, E. Kraas, H.-U. Steinau (Hrsg.)
Rebecca Schwoch und weitere Koautoren

Deutsche Gesellschaft für Chirurgie 1933–1945 Band II: Die Verfolgten

2011 setzte die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie mit dem ersten Band „Die DGCH von 1933–1945 – Die Präsidenten“ ein Zeichen gegen das Vergessen und Verschweigen ihrer eigenen Verstrickungen in NS-Ideologie und Rassenmedizin.

Wie zahlreiche Gesellschaften und Vereine, hat die DGCH ab 1933 ihre jüdischen Mitglieder entweder ausgeschlossen oder ihnen nahegelegt, die Mitgliedschaft aufzugeben. 86 Jahre nach der Machtergreifung der Nationalsozialisten und 81 Jahre nach den November-Pogromen von 1938 leistet die DGCH nun mit dem zweiten Band „Die DGCH von 1933–1945 – Die Verfolgten“ einen weiteren wichtigen Beitrag zur Erinnerungskultur unserer jüdischen Kolleginnen und Kollegen und zum Thema „zerstörte Vielfalt“.

In einer sorgfältig recherchierten Studie gehen die Historikerin Rebecca Schwoch und weitere Koautoren dem Schicksal der jüdischen Ärzte nach, die 1933 als Mitglieder aus der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie ausgeschlossen wurden. Im Zentrum des Werkes stehen die über 400 Biografien – ergänzt durch eine Vielzahl von Bild- und Faksimile-Dokumenten – die das Leben, die Verfolgung, die Deportation und die KZ-Haft dieser in Klinik, Praxis und Behörden tätigen Ärzte anschaulich in den Blick rücken.

2019, 21 × 26 cm, gebunden, XLVIII, 384 Seiten, € 59,90
Dr. Reinhard Kaden Verlag GmbH & Co. KG, Heidelberg
ISBN 978-3-942825-60-3



► Ja, ich bestelle _____ Exemplare „DGCH 1933–1945. Band II, Die Verfolgten“

Name, Vorname		eMail
Klinik, Praxis, Firma, Buchhandlung		Telefon (für evt. Rückfragen)
Straße, Nr.	PLZ, Ort	
Datum	Unterschrift	

► Faxnummer: **06221/299 10**



Kaden Verlag GmbH & Co. KG
Maaßstraße 32/1, 69123 Heidelberg
info@kaden-verlag.de, www.kaden-verlag.de

H. Bauer, H.-U. Steinau (Hrsg.)

M. Sachs, H.-P. Schmiedebach, R. Schwoch

Deutsche Gesellschaft für Chirurgie 1933–1945 Band I: Die Präsidenten

Der vorliegende Band befasst sich mit den Präsidenten der DGCH 1933 bis 1945 und nimmt insbesondere die Kongressreden und persönliche Niederschriften in den Blick. In diesem Band wird einheitlich der Begriff Präsident für die Vorsitzenden der Gesellschaft verwendet, da diese nicht nur als Leiter der Jahrestagungen fungierten. Wie auch heute zeichneten sie in ihrer Amtszeit zusammen mit dem Schriftführer (heute Generalsekretär) entscheidend für die Geschicke der Gesellschaft verantwortlich.

Der Band stützt sich auf Quellenmaterial, Archivalien und Recherchen, die eine ungekürzte Darstellung biographischer Daten, wissenschaftlicher Ergebnisse, politischer Aktivitäten und der historischen Bedingungen zum Ziel haben. Das zentrale Anliegen ist die Auflistung von Kolleginnen und Kollegen, die wegen ihrer jüdischen Abstammung oder politischen Gesinnung diskriminiert wurden, Berufsverbot erhielten, schließlich ins Exil gezwungen wurden oder in Konzentrationslagern den Tod fanden. Ihnen wird ein weiterer Band gewidmet, der die Einzelschicksale ausführlich darstellt.

2011, 21 × 26 cm, gebunden, 304 Seiten, € 59,50

Dr. Reinhard Kaden Verlag GmbH & Co. KG, Heidelberg

ISBN 978-3-942825-03-0



► Ja, ich bestelle _____ Exemplare „DGCH 1933–1945. Band I, Die Präsidenten“

Name, Vorname		eMail	
Klinik, Praxis, Firma, Buchhandlung		Telefon (für evt. Rückfragen)	
Straße, Nr.		PLZ, Ort	
Datum		Unterschrift	

► Faxnummer: **06221/29910**



Kaden Verlag GmbH & Co. KG
Maaßstraße 32/1, 69123 Heidelberg
info@kaden-verlag.de, www.kaden-verlag.de

Nachruf zum Tod von Prof. Dr. med. Hans-Eberhard Schaller



In memoriam
Prof. Dr. med.
Hans-Eberhard Schaller
(* 20.09.1950 † 08.01.2020)

Eberhard Schaller ist in Nienburg an der Weser aufgewachsen. Er studierte Medizin in Essen und begann an der Universitätsklinik Essen nach Abschluss des Studiums seine Facharztausbildung zum Chirurgen, die er am

Städtischen Krankenhaus Hildesheim in der Allgemeinen und der Unfallchirurgie vervollständigte. Im Jahr 1984 wechselte er zur Klinik für Plastische, Hand- und Wiederherstellungschirurgie an die Medizinische Hochschule Hannover (Prof. Dr. A. Berger). Neben der klinischen Ausbildung zum Plastischen und Handchirurgen führte er umfangreiche tierexperimentelle Arbeiten zur allogenen Nerven transplantation durch. Er gründete eine eigene Arbeitsgruppe, aus der unter anderem Prof. Dr. Michael Becker und Prof. Dr. Franz Lassner hervorgingen. Mit einem Thema zur allogenen Nerven transplantation habilitierte Eberhard Schaller im Fach Plastische Chirurgie und wurde Oberarzt.

Aufgrund seiner außerordentlichen klinischen und wissenschaftlichen Fähigkeiten erhielt er 1996 den Ruf auf eine C4-Professur für Plastische, Hand- und Verbrennungschirurgie an die Universität Tübingen und wurde Direktor der Klinik für Plastische, Hand- und Verbrennungschirurgie an der Berufsgenossenschaftlichen Unfallklinik Tübingen. Dort baute er eine der größten deutschen Kliniken für dieses Fachgebiet auf. Neben dem gesamten Spektrum der rekonstruktiven Plastischen

Chirurgie und Handchirurgie wurde Tübingen ein Zentrum der rekonstruktiven Chirurgie der peripheren Nerven mit Schwerpunkt der Chirurgie des Plexus Brachialis. Zahlreiche Promotionen und Habilitationen wurden in der Plastischen Chirurgie durchgeführt.

Neben der unermüdlichen Arbeit in seiner Klinik war Eberhard Schaller Schatzmeister und Präsident der Deutschen Gesellschaft für Handchirurgie, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Verbrennungsmedizin und Sekretär der Deutschen Gesellschaft der Plastischen, Rekonstruktiven und Ästhetischen Chirurgen. Er war Gründungsmitglied des Nerve Clubs. Außer für seine Arbeit lebte Eberhard Schaller für seine fünf Kinder und seine Frau. Neben aller Arbeit und Fürsorge für seine Familie spielte Eberhard Schaller Cello und knüpfte über die Musik viele wertvolle freundschaftliche Kontakte. Wir verlieren mit Eberhard Schaller einen überragenden Chirurgen und einen außergewöhnlichen Menschen.

Prof. Dr. med. Peter Mailänder
Universitätsklinikum
Schleswig-Holstein Campus Lübeck

WIR GEDENKEN UNSERER VERSTORBENEN MITGLIEDER

Herr Dr. med. Frank -Michael Hasse, Braunschweig

Herr Prof. Dr. med. Gerd.H. Florack, Icking

Herr Prof. Dr. med. Otto-Andreas Festge, Greifswald

Herr Prof. Dr. med. Hans-Eberhard Schaller, Tübingen

Herr MR Todor Kitschiloff, Meuro

Herr Dr. med. Manfred Jablonski, Hannover

Herr Dr. med. Karl-Gotthard von Buch, Göppingen

Herr Dr. med. Werner Kirsch, Dinkelsbühl

Herr Prof. Dr. med. Gerhard Zimmermann, Dornbirn/Österreich

Herr Dr. med. Wolf-Dieter Illner, Gräfelfing

Herr Prof. Dr. Dr. h.c. Hans Troidl, Bad Wiessee

Herr Prof. Dr. med. Josef Hoch, Pogeez

*14.09.1954 †12.09.2019

*25.05.1942 †29.09.2019

*12.06.1942 †01.01.2020

*20.09.1950 †08.01.2020

*30.06.1936 †14.01.2020

*12.04.1957 †16.01.2020

*02.11.1931 †17.01.2020

*09.12.1938 †18.01.2020

*28.03.1939 †22.01.2020

*15.10.1943 †28.01.2020

*05.07.1938 †31.01.2020

*10.06.1949 †06.02.2020

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: BariSurg ₁ *				
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
	Experimentelle Gruppe: Magenschlauch-OP	120 von 248 Patienten	Kein Fallgeld	T: 06221/56-8641 F: 06221/56-8645
	Kontrollgruppe: Magenbypass-OP			E: beat.mueller@med.uni-heidelberg.de
Studientitel: BIOLAP ₂ *				
Registrierungsnummer: DRKS00010178				
Prof. Dr. med. M. Heiss	Primäre bilaterale Leistenhernien			Dr. J. Knievel IFOM – Institut für Forschung in der Operativen Medizin
	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 391 von 496 Patienten	DFG 750 € / Patient	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

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 Tumoresektion Kontrollgruppe: Neoadjuvante Radiochemotherapie (CROSS) und Tumoresektion	09.02.2016 412 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: HULC₄* Registrierungsnummer: DRKS00017517				
PD Dr. med. André L. Mihaljevic	Experimentelle Gruppe: Verschluss der medianen Laparotomie mit einem langsam resorbierbaren monofilen Faden in Small-Stitches-Technik und zusätzlicher Onlay-Mesh-Augmentation mit einem Polypropylen-Netz Kontrollgruppe: Verschluss der medianen Laparotomie mit einem langsam resorbierbaren monofilen Faden in Small-Stitches-Technik	08.08.2019 53 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: IOWISI₅* 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 363 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 48 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: PERCOG^{7*} 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. 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.	24.05.2019 3 von 150 Patienten	- 400 € / Patient	PD Dr.med. Daniel Reim Ismaninger Straße 22 81675 München 089/4140-5019 089/4140-2184 daniel.reim@tum.de
Studientitel: PONIY^{8*} 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 120 von 340 Patienten	KCI USA, Inc. 50 € / Patient	Dr. med. R. Schirren Chirurgische Klinik und Poliklinik Klinikum rechts der Isar der Technischen Universität München T: 089/4140-5138 E: rebekka.schirren@tum.de
Studientitel: RELY^{9*} 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: WOPP₁₀* Registrierungsnummer: NCT01855464				
Prof. Dr. T. Walles, FETCS Prof. Dr. J. Neudecker (Stellvertreter Studienleiter)	Patienten (15–40 Jahre) mit Rezidiv eines primären Spontanpneumothorax (PTX) oder therapierefraktärem PTX Erstereignis Experimentelle Gruppe: Lungenkeilektomie mit parietaler Pleurektomie Kontrollgruppe: Alleinige parietale Pleurektomie	FPI: 19.11.2013 309 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

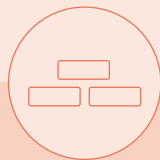
- [1] Sleeve gastrectomy versus Roux-en-Y gastric bypass in obese patients with BMI 35–60 kg/m² – a multicenter randomized trial
- [2] Biologisches versus synthetisches Netz bei der laparoskopischen Hernienversorgung – eine randomisierte multizentrische, prospektive, selbst-kontrollierte klinische Studie
- [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: März 2020

SPENDENAUFRAF

Langenbeck-Virchow-Haus



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

sich mit einem Spendenaufruf an die Mitglieder zu wenden.

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

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

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



Prof. Dr. med. T. Schmitz-Rixen

Präsident

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

Generalsekretär

Prof. Dr. med. J. Werner

Schatzmeister

Bausteine Langenbeck-Virchow-Haus

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

BAUSTEIN IN GOLD

Vereinigung Mittelrheinischer Chirurgen

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

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

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

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

Herr Prof. Dr. med. Reiner Gradinger, München

Berufsverband der Deutschen Chirurgen e.V.

in memoriam Prof. Dr. med. Jens Witte

AO Deutschland, Arbeitsgemeinschaft für Osteosynthesefragen,
Berlin

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

Herr Prof. Dr. med. Dr. h.c. Markus Bächler, 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

Herr Prof. Dr. med. 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. Rüeff, München
 Herr Prof. Dr. med. Karl-Joseph Paquet, Bad Kissingen
 Herr Prof. Dr. med. Dr. h.c. Volker Schumpelick, Aachen
 Herr Prof. Dr. med. Yoshiki Hiki, Tokio/Japan
 Herr Prof. Dr. med. Hans-Bernd Reith, Konstanz
 Herr Dr. med. Goswin von Mallinckrodt, München
 Herr Prof. Dr. med. Lothar Kinzl, Ulm
 Frau Ingrid und Herr Dr. med. Robert Raus, Riedlingen
 Frau Dr. med. Ursula Engel, Hamburg
 Enddarm-Zentrum Bietigheim,
 Herr Dr. med. Wolfgang Pfeiffer,
 Herr Dr. med. Markus Piro-Noack,
 Herr Dr. med. Edgar Kraft
 Herr Prof. Dr. med. Thomas Rüedi, Maienfeld/Schweiz
 in memoriam Prof. Dr. med. Martin Allgöwer, Chur/Schweiz
 Herr Prof. Dr. med. Gert Specht, Berlin
 Herr Prof. Dr. med. Henning Weidemann, Berlin
 Herr Prof. Dr. med. Otto Scheibe, Stuttgart
 in memoriam Prof. Dr. med. Helmut Remé, Lübeck
 Herr Prof. Dr. med. Stephan Langer, Mönchengladbach
 Herr Dr. med. José Luis Narro, Köln
 Herr Prof. Dr. med. Wolfgang Ulf Wayand, Linz
 Herr Prof. Dr. med. Werner Grill, Starnberg
 Herr Prof. Dr. med. Fritz Kümmerle, Mainz

Herr Prof. Dr. med. Dr. h.c. mult. Friedrich Stelzner, Bonn
 Herr Prof. Dr. med. Günther Vetter, Bad Vilbel
 in memoriam Prof. Dr. med. Hans-Bernhard Sprung, Dresden
 Frau Dr. med. Eva Böhlau, Bad Soden
 1991–2011 DGT in memoriam
 Prof. Dr. med. Ingolf Vogt-Moykopf zum 80. Geburtstag
 Herr Prof. Dr. med. Gerhard Krönung, Wiesbaden
 in memoriam Prof. Dr. med. Johannes Christian Dobroschke,
 Regensburg
 Herr Prof. Dr. med. Alois Fürst
 Herr Dr. med. Arthur Heiligensetzer
 Herr Dr. med. Peter Sauer
 Herr Dr. med. Bernfried Pikal
 Herr Dr. med. Johannes Winfried Pruy
 in memoriam Prof. Dr. med. Johannes Christian Dobroschke,
 Regensburg
 Herr Prof. Dr. med. Christian Müller, Hamburg
 Herr Dr. med. Friedrich Klee, Heidelberg
 Herr Prof. Dr. med. Karl Dinstl, Wien
 in memoriam Prof. Dr. med. K. Keminger
 Herr Prof. Dr. med. Axel Richter, Hildesheim
 Herr Prof. Dr. med. Ernst Teubner, Göppingen
 Herr Prof. Dr. med. Martin Büsing, Recklinghausen
 Herr Dr. med. Helge Hölzer, Stuttgart
 in memoriam Prof. Dr. med. Gerhard Köveker, Sindelfingen und
 Böblingen
 Herr Dr. med. Friedemann Schreiter, Hamburg
 Herr Prof. Dr. med. Dr. h.c. Hans-Joachim Meyer, Hannover
 Herr Prof. Dr. med. Konrad Schwemmle, Linden
 Herr Dr. med. Frank U. Zittel, Frankenthal
 in memoriam Prof. Dr. med. Richard Xaver Zittel
 Herr Prof. Dr. med. Wulf Brands, Karlsruhe
 in memoriam Dr. med. Hartmut Wirth, Mannheim
 Herr Prof. Dr. med. habil. Dieter Bokelmann, Essen
 in memoriam Dr. med. Ottmar Kohler, Idar-Oberstein
 Herr Prof. Dr. med. Hermann Bünthe, Münster
 Frau Dr. Eva Appel, Frankfurt/Main
 in memoriam Prof. Dr. med. Alexander Appel
 Herr Prof. Dr. med. Gerhard Schönbach, Freiburg
 Frau Prof. Dr. med. Dorothea Liebermann-Meffert, Freiburg
 in memoriam Prof. Dr. med. Martin Allgöwer, Basel
 Herr Dr. med. Andreas Dörmer, Frankfurt/Main
 Herr PD Dr. med. habil. Klaus H. Fey, Berlin in memoriam Prof. Dr.
 med. Fritz Linder, Heidelberg, Prof. William P. Longmire Jr.,
 Los Angeles
 Herr Prof. Dr. med. Dr. h.c. Wolfgang Köle, Graz
 in memoriam Prof. Dr. med. Adolf Winkelbauer und
 Prof. Dr. med. Franz Spath

Herr Prof. Dr. med. Dr. h.c. Helmut Wolff, Berlin
 Deutsche Gesellschaft für Kinderchirurgie e.V.
 in memoriam Prof. Dr. med. Fritz Rehbein
 Herr Prof. Dr. med. E. Ulrich Voss, Karlsruhe
 in memoriam Herr Prof. Dr. med. Jörg F. Vollmar
 Herr Dr. med. Christoph Bubb, Landshut
 Herr Dr. med. Bernhard Arlt, Herne
 Herr Prof. Dr. Axel Laczkovics, Bochum
 in memoriam Prof. Waldemar Kozuschek, Bochum
 Herr Prof. Dr. med. Hans Ulrich Steinau, Bochum
 in memoriam Prof. Dr. med. Hans Hellmuth Hirsch
 Herr Prof. Dr. med. Otto-Andreas Festge, Greifswald, Herr Dr. med.
 Reinhold Festge, Oelde, Frau Dr. med. Brigitte Festge, Greifswald
 in memoriam Dr. med. Otto Festge
 Herr Prof. Dr. med. Martin Büsing, Recklinghausen
 Herr Prof. Dr. med. Horst Hamelmann, Kiel

Herr Prof. Dr. med. Paul Hahnloser, Zürich
 in memoriam Prof. Dr. med. Åke Senning
 Herr Dr. med. Christoph Schüürmann, Bad Homburg
 Dres. med. Hermann und Beate Sons, Kassel
 in memoriam Dr. med. Paula Rotter-Pool, Berlin
 Herr Prof. Dr. med. Rolf Schlumpf, Zürich
 Herr Prof. Dr. med. Reinhart T. Grundmann, Burghausen
 in memoriam Margarethe Grundmann, Burghausen
 Herr Prof. Dr. med. Helmut Witzigmann
 von seinen Mitarbeitern der Chirurgischen Klinik
 Dresden-Friedrichstadt
 Herr Dr. med. Claus Müller, Dresden
 Herr Prof. Dr. med. Wolfgang Hartig, Leipzig
 Herr Dr. med. Klaus Schellerer, Bamberg
 in memoriam Dr. med. Heinrich Schellerer und
 Prof. Dr. med. Gerd Hegemann

BAUSTEIN IN BRONZE

Herr Dr. med. Holger Barenthin, Celle
 Herr Prof. Dr. med. Gernot Feifel, Homburg
 Herr Prof. Dr. med. Alfred Lamesch, Gotzingen/Luxemburg
 Herr Prof. Dr. med. Dr. h.c. Jakob R. Izbicki, Hamburg
 Herr Prof. Dr. med. Hans Zwipp, Dresden
 Herr Dr. med. Dusan Dragojevic, Isernhagen
 Herr Prof. Dr. med. G. Heinz Engelhardt, Wuppertal
 Proktologische Praxis Kiel,
 Herr Dr. med. Johannes Jongen,
 Herr Dr. med. Hans-Günter Peleikis,
 Herr Dr. med. Volker Kahlke
 Herr Dr. med. Wolfgang Hermes, Bremen
 Herr Dr. med. Wolf-Dieter Hirsch, Grimma
 Herr Dr. med. Holger Herzing, Höchstadt/Aisch
 Herr Dr. med. Michael-Alexander Reinke, Plettenberg
 Herr Dr. med. Winfried Hölter, Monheim
 Herr Dr. med. Matthias Becker, Possendorf
 Frau Dr. med. Martina Mittag-Bonsch, Crailsheim
 Zur Erinnerung an den Virchow-Schüler Paul Langerhans,
 Berlin und Madeira. Seine Familie
 Herr Prof. Dr. med. Stefan Riedl, Göppingen
 Herr Dr. med. Gerwin Alexander Bernhardt, Voitsberg/Österreich
 Herr Dr. med. Georgios Adamidis, Pirmasens
 Herr Dr. med. Orhan Özdemir, Herborn
 Herr Dr. med. Marcus Giebelhausen, Paderborn
 Herr Prof. Dr. med. Matthias Richter-Turtur, Münsing
 Herr Dr. med. Michael Eckert, Speyer
 in memoriam Prof. Dr. med. Kurt Spohn
 Herr Prof. Dr. med. Rudolf Bedacht, München
 Herr Dr. med. Hans-Joachim Wigro, Bielefeld
 Herr Dr. med. Ingolf Hoellen, Backnang

Herr Dr. med. Konrad Prenner, Salzburg
 Herr Dr. med. Radovan Stojanovic, Kassel
 Herr Dr. med. Jörg Kluge, Erfurt
 in memoriam Dr. med. habil. Werner Kluge, Dresden
 Herr Dr. med. Roland Kluge, Dresden
 in memoriam Dr. med. habil. Werner Kluge, Dresden
 Frau Dr. med. Ricarda E. Sieben, Braunschweig
 Herr Dr. med. Peter Gilsdorf, Mainz
 Herr PD Dr. med. Friedrich Thielemann, Villingen-Schwenningen
 Herr Dipl.-Ing. H. - F. Bär, Werl
 Herr Dr. med. Albert Schreiber, Neumarkt
 in memoriam Dr. med. Claus Wiedmann
 Frau Dr. med. Waltraud von Kothén, Tegernsee
 Herr Dr. med. Jürgen Friedrich, Essen
 Herr Dr. med. Arnd Siegel, Stade
 in memoriam Prof. Dr. med. Rudolf Nissen
 Herr Dr. med. Michael-Alexander Reinke, Plettenberg
 in memoriam Prof. Dr. med. E.H. Farthmann
 Saarländische Chirurgenvereinigung e.V., Saarbrücken
 Herr Dr. med. Johannes Zeller, Laufenburg
 in memoriam Prof. Dr. med. Manfred Schmolke, Düsseldorf
 Herr Prof. Tomislav Stojanovic
 Dr. med. Radovan Stojanovic, Wolfsburg
 in memoriam Prof. Dr. med. Heinz Becker, Göttingen
 Herr Dr. med. Jürgen Benz
 in memoriam Prof. Dr. med. Hans-Joachim Streicher
 Frau Dr. med. Frauke Eleonore Meyer-Wigro, Bielefeld
 Herr Prof. Dr. med. Alfred Berger, Deutschlandsberg
 Herr Prof. Dr. med. Roland Eisele, Göppingen
 Herr Dr. Joachim Casper, Überlingen

WICHTIGE INFORMATION ZU DEN SPENDENTAFELN

Sehr geehrte Damen und Herren, liebe Kolleginnen und Kollegen,

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

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

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

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

DGCH-PRÄSIDIUM

ab 1. 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



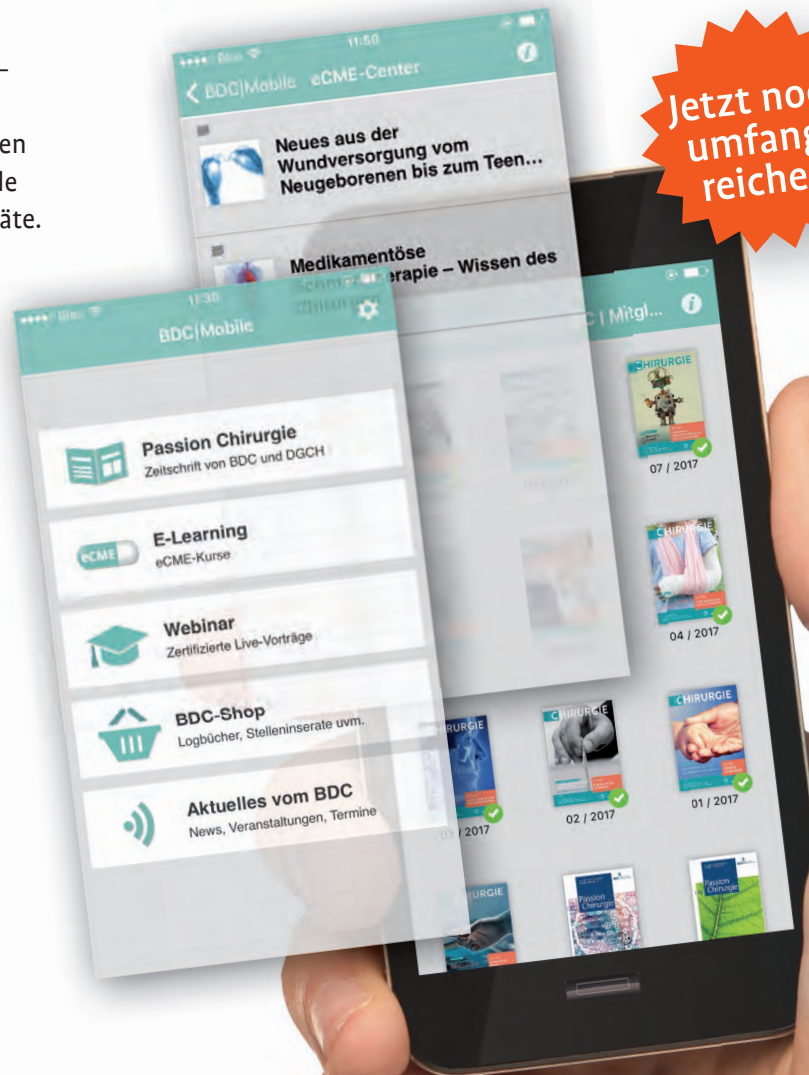
BDC|Mobile

Die schnellsten Infos für
Chirurginnen und Chirurgen

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

BDC|Mobile beinhaltet:

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



Wie bekomme ich BDC|Mobile?

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



ZULETZT ERSCHIENEN ALS eMAGAZIN

Alles lesen
in der BDC|Mobile
App oder unter
www.bdc.de

eMagazin
01/2020



INHALTSVERZEICHNIS DER eMAGAZIN AUSGABE JANUAR 2020

EDITORIAL

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

SCHAUFENSTER

CHIRURGIE

IM FOKUS

Die Leiste ist die Schwachstelle beim Mann
R. Lorenz
Der Nabel der Welt – Neues aus der Welt der Nabelhernien
R. Lorenz, D. Wilhelm

CHIRURGIE+

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

Webinar-Termin im Januar 2020:
S2k-Leitlinie „Typ B Aortendissektion“
Mitarbeiterbindung durch Nettolohnoptimierung
T. Koch

Sicherheit ist kein Projekt, das man mal vier Wochen macht
F. Rustemeyer

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

Honorarbericht Quartal 1/2017 und 2/2017
KBV

Änderungen und Auflagen zum terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG)
P. Kalbe

Personalien

Änderung der Sprechstundenverpflichtung nun auch für Belegärzte
J. Heberer

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

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

GESUNDHEITSPOLITIK

Ärztliche Zweitmeinung zukünftig auch bei geplanter Schulterarthroskopie möglich
Aktuelle Meldungen

INTERN DGCH

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

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

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

Spendenaufwurf und Bausteine Langenbeck-Virchow-Haus

DGCH-Präsidium

Meine Daten haben sich geändert

INTERN BDC

BDC|News

Wolfgang Müller-Osten-Medaille für besonderes Engagement

BDC|Landesverbände

BDC|Pressespiegel

Termine BDC|Akademie

Veranstaltungshinweise

Lifestyle-Angebote im Januar 2020

PANORAMA

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

eMagazin
02/2020



INHALTSVERZEICHNIS DER eMAGAZIN AUSGABE FEBRUAR 2020

EDITORIAL

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

SCHAUFENSTER

CHIRURGIE

IM FOKUS

Das neue Innovationsfondsprojekt „Einheitliche, sektorengleiche Vergütung“ schafft Einblicke in eine sektorengleiche Leistungserbringung
J. Schreyögg, R. Milstein

im Fokus: Ambulantisierung in Deutschland: Aufwind durch aktuelle Gesetzesreformen
J. Wolff, C. Vogt

im Fokus: Sektorenunabhängige Versorgung in der Chirurgie – Das Pilotprojekt „Hybrid-DRG Thüringen – Neue Wege im Gesundheitswesen“
S. Dittrich

CHIRURGIE+

akademie aktuell:
Update Robotische Chirurgie
H. Fuchs

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

10 Jahre „Schule trifft Chirurgie“ – 10 Jahre Rekrutierung junger Nachwuchskollegen
C. Kelm, L. Maceda Vazquez

Zukünftig multimodale Lehre im Medizinstudium?!
D. Grasreiner, U. Settmacher, U. Dahmen

Für Babyboomer ist 65 doch kein Alter mehr
H.-J. Meyer

Hygiene-Tipp: Händedesinfektion in nur 15 Sekunden?
W. Popp, R. Schmuthausen, L. Jatzwauk, W. Kohnen

Personalien

Schutz von Ärzten im Notfalleinsatz
J. Heberer, M. Eicher

F+A: Einwilligung beider Elternteile zum Röntgen minderjähriger Patienten
J. Heberer

F+A: Klinik wirbt mit kostenlosen Sprechstunden
J. Heberer

GESUNDHEITSPOLITIK

Aktuelle Meldungen

INTERN DGCH

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

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

Rekrutierende multizentrische chirurgische Studien in Deutschland
S. Tenckhoff

Spendenaufwurf und Bausteine Langenbeck-Virchow-Haus

DGCH-Präsidium ab 1. Januar 2020

Meine Daten haben sich geändert

INTERN BDC

Einladung zur BDC-Mitgliederversammlung 2020
H.-J. Meyer

BDC|Sport: Wer läuft eine Staffel mit?

BDC|Landesverbände

BDC|Pressespiegel

Termine BDC|Akademie

Veranstaltungshinweise

Lifestyle-Angebote im Februar 2020

PANORAMA

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



BDC|POSITIONSPAPIER



BDC-KOMMENTAR ZUM ARBEITSENTWURF DES BMG FÜR EINE NEUE APPROBATIONSORDNUNG FÜR ÄRZTINNEN

Der BDC befürwortet die Ausrichtung der Ausbildung an der Vermittlung arztbezogener Kompetenzen und die Weiterentwicklung der fächerübergreifenden Struktur bei stärkerem Praxisbezug.

Nicht ausgeschöpft wurde aus Sicht des BDC das Potenzial zur individuellen Schwerpunktsetzung, bei weiterhin beschränkten Auswahlmöglichkeiten. Mit einer gewissen Sorge schließlich wird der besondere Fokus auf die Förderung der Allgemeinmedizin betrachtet...

Mehr lesen: www.bit.ly/bdcAEAPPRO

GRATULATION



NEUER VORSITZ FÜR FRAU PROFESSOR SEIFERT

Der BDC gratuliert **Prof. Dr. Julia Seifert** zu ihrer Ernennung zur ersten Vorsitzenden des AK Krankenhaus- und Praxishygiene der AWMF (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V.) zum 31. Januar 2020. Prof. Seifert folgt damit auf Prof. Dr. Heidemarie Suger-Wiedeck, die 12 Jahre lang Vorsitzende war. Stellvertreter der Vorsitzenden bleibt für weitere zwei Jahre PD Dr. Frank Pitten. Prof. Seifert ist bereits

seit 2008 Mitglied des AK und vertritt in ihrer Funktion die Interessen der Unfallchirurgie.

Die leitende Oberärztin der Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie des Unfallkrankenhauses Berlin ist zudem Beauftragte für die Themen Hygiene und Weiterbildungsordnung beim BDC und steht hier kontinuierlich im Austausch mit dem erweiterten Vorstand. Von 2012 bis 2019 war Prof. Seifert Vizepräsidentin des BDC. Wir wünschen ihr viel Erfolg bei ihrer neuen Aufgabe.

Mehr erfahren: www.bit.ly/BDCSeifert ...



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

KidsClub Chirurgie

Aufgrund der aktuellen
Entwicklung der COVID-19-
Pandemie abgesagt!

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 | 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



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

BDC | Nordrhein

Vorsitzender
Dr. med. Jüßen Klein

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

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

Regionalvertreter NL
Dr. med. Werner Boxberg

stellv. Regionalvertreter NL
Dr. med. Sven Gregor

Stellv. Regionalvertreter NL
Dr. med. Jürgen Klein

BDC | Hessen

Vorsitzender
Frank Forst

1. Stellv. Vorsitzender
Dr. med. Christoph Schüürmann

2. Stellv. Vorsitzender
Dr. med. Alexander Buia

Regionalvertreter NL
Dr. med. Detlev Grapentin

BDC | 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 | Saarland

Vorsitzender
Dr. med. Peter Bongers

Stellv. Vorsitzender
Prof. Dr. med. Tim Pohlemann

Regionalvertreter NL
Dr. med. Daniel Bastian

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



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



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

Aufgrund der aktuellen
Entwicklung der COVID-19-
Pandemie abgesagt!



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

Termine BDC | Akademie

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

FACHARZTVORBEREITUNG							
DATUM		ORT	KURS-NR.	SEMINARTITEL	WISSENSCHAFTLICHER LEITER	PREIS MITGLIED	PREIS NICHT-MGL
04.05.2020	08.05.2020	Hamburg	2020-23820	Facharztseminar Orthopädie/ Unfallchirurgie	Prof. Dr. med. Lars Gerhard Großerlinden	350,00	550,00
04.05.2020	07.05.2020	Solingen	2020-23686	Facharztseminar Viszeralchirurgie	Prof. Dr. med. Wolfgang Schwenk	350,00	550,00
15.06.2020	19.06.2020	Erfurt	2020-23670	Facharztseminar Viszeralchirurgie	Prof. Dr. med. Albrecht Stier	350,00	550,00
17.06.2020	19.06.2020	Erlangen	2020-23711	Facharztseminar Thoraxchirurgie	Prof. Dr. Dr. h.c. Horia Sirbu	350,00	550,00
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
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. Frank Hildebrand	300,00	500,00
10.09.2020	11.09.2020	Berlin	2020-22401	CAMIC 1: Grundlagen der minimalinvasiven Chirurgie	Prof. Dr. med. Ferdinand Köckerling	400,00	600,00
25.09.2020	26.09.2020	Aachen	2020-23860	Fußchirurgie I	Dr. med. Thorsten Randt	500,00	650,00
25.09.2020	26.09.2020	Berlin	2020-23685	Viszeralchirurgie Kompakt: Beckenbodenchirurgie	PD Dr. med. Annett Gauruder-Burmester	300,00	500,00
28.09.2020		Berlin	2020-23687	Management von Anastomosensuffizienzen im oberen Gastrointestinaltrakt	Prof. Dr. med. Clemens Schafmayer	250,00	300,00
05.10.2020	06.10.2020	Nordersiedt	2020-23618	Orthotrauma: Versorgungskonzepte und Zugangswege obere Extremität	Prof. Dr. med. Burkhard Wippermann	800,00	1000,00
08.10.2020	09.10.2020	Berlin	2020-22403	CAMIC 2: Endoskopische Hernienchirurgie	Prof. Dr. med. Ferdinand Köckerling	400,00	600,00
08.10.2020	09.10.2020	Tuttlingen	2020-23683	Spezielle Viszeralchirurgie	Prof. Dr. med. Michael Schäffer	300,00	500,00
28.10.2020	29.10.2020	Köln	2020-23864	Seminar Fußchirurgie IV	Prof. Dr. med. Jonas Andermahr	300,00	650,00

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
16.10.2020	17.10.2020	Berlin	2020-24708	Abschlusscolloquium Fortbildung für hygienebeauftragte Ärzte (HBA)	Prof. Dr. med. Julia Seifert; Prof. Dr. med. Axel Kramer		

SOFTSKILL- & MANAGEMENTSEMINARE

DATUM		ORT	KURS-NR.	SEMINARTITEL	WISSENSCHAFTLICHER LEITER	PREIS MITGLIED	PREIS NICHT-MGL
23.04.2020		Berlin		Workshop DRG-System: Dokumentation, Kodierung und Abrechnung (DCK)	Prof. Dr. med. Thomas Auhuber		
24.04.2020		Berlin		Kindertraumatologie für D-Ärzte (DCK)	Dr. med. Werner Boxberg	50,00	50,00
24.04.2020	25.04.2020	Berlin	2020-27832	Praxis-Optimierung	Dr. med. Peter Kalbe	350,00	500,00
25.04.2020		Berlin	2020-27708	Abrechnungseminar 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
24.10.2020		Berlin	2020-27706	Abrechnungseminar EBM	Dr. med. Jörg-Andreas Rüggeberg	140,00	240,00
24.10.2020		Berlin	2020-27701	Abrechnungseminar GOÄ und BG	Dr. med. Peter Kalbe	140,00	240,00

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.



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).

LIFESTYLE- ANGEBOTE

im März 2020

%

20 %



**ALTHERR JUWELIER: 20 % RABATT FÜR
BDC-MITGLIEDER**

20 %



**BLUME2000: 20 % RABATT FÜR
BDC-MITGLIEDER**

10 %



GANT: 10 % RABATT FÜR BDC-MITGLIEDER

55 %



**SENNHEISER: BIS ZU 55 % 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.

Der ambulante Traumjobfinder



App.in.den.OP®

Chirurgischer Stellenmarkt als kostenlose App für Smartphones und Tablets

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



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

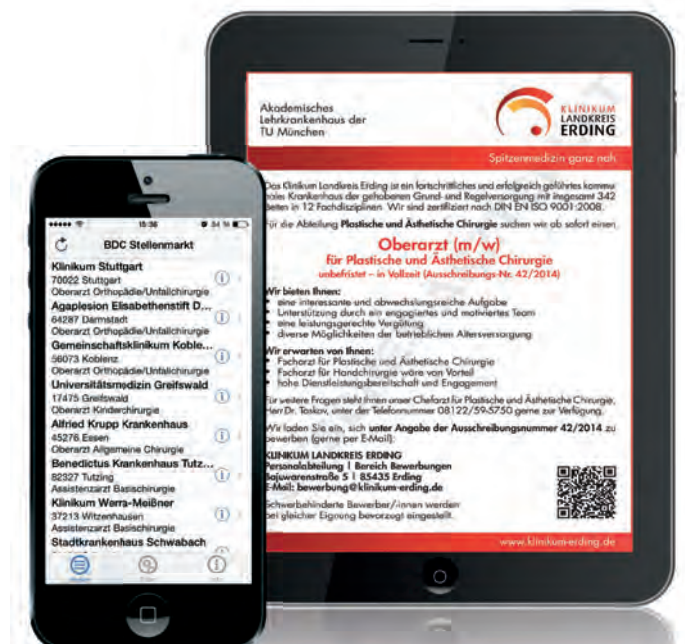
Erhältlich im App Store



Kostenlos im App Store und auf Google Play erhältlich!

Jetzt installieren!

GET IT ON Google play



PANORAMA

Mitglieder-
meinungen

“

Ich bin während meiner Assistenzarztzeit auf den BDC aufmerksam geworden. Ich denke auch nach wie vor, dass man in der Chirurgie organisiert sein muss. Als ich Mitglied beim BDC wurde, waren noch zwei Vorgesetzte als Bürgen notwendig, was natürlich die Zugehörigkeit zum BDC „adelte“.

Sehr anerkennenswert ist der Informationsaufbau via Internet und einem umfangreichen Vortragsangebot, was eigentlich jährlich ausgefeilter wird.

Die Abgrenzung zur Orthopädie ist leider untergegangen, hier hätte m.E. politisch anders gehandelt werden können.

Die Lektüre Ihrer Angebote macht immer noch Spaß und ist interessant.

Herzlichen Dank!

Dr. med. Günter Bertsch, Abensberg

“

Als junger chirurgischer Assistenzarzt steht man vor vielen Herausforderungen, insbesondere was eine organisierte Weiterbildung betrifft. Mit Hilfe des BDC habe ich immer einen Leitfaden bei mir und werde durch attraktive Fort- und Weiterbildungen unterstützt. Außerdem habe ich immer einen kompetenten Ansprechpartner an meiner Seite, der mich bei allen Fragen, auch rechtlicher Natur, unterstützt. Die Mitgliedschaft ist daher eine absolut logische Konsequenz.

Dr. med. Fabian Kleine, Salzwedel



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

Warum ich BDC-Mitglied geworden bin

“

Ich bin seit 2014 Mitglied beim BDC, weil dort eine Beratung und Unterstützung seiner Mitglieder in fachlichen, wirtschaftlichen und berufsrechtlichen Fragen geboten werden. Ich schätze das qualitative Angebot an chirurgischen Weiter- und Fortbildung sehr. Bereits zweimal durfte ich selbst mit dem BDC bei der Organisation des Facharztseminar Viszeralchirurgie zusammenarbeiten. Dabei wurde mir die Qualität und Kompetenz ihrer Seminarprogramme noch einmal verdeutlicht.

Iurii Krasniuk, Solingen

“

Guten Menschen Gesellschaft zu leisten ist die beste Methode, selbst ein guter Mensch zu werden.

In jungen Berufsjahren habe ich von den Fortbildungsangeboten profitiert und durch die unterschiedlichen Veranstaltungsorte zudem etwas von den deutschen Städten zu sehen bekommen.

Nun als „gestandener“ Chirurg zieht es mich nicht mehr in die Ferne, aber ich kann die neuen Medien nutzen und durch das umfangreiche BDC-Angebot, Online-Fortbildungen wie Webinar, CME und Artikeln weiterhin auf dem aktuellsten Stand bleiben.

Bisher kam ich nicht in die Verlegenheit den BDC in Rechtsfragen zu Hilfe nehmen zu müssen. Aber wenn der Fall einmal eintreten sollte, weiß ich einen starken Partner an meiner Seite.

Auch nach jetzt bald 22 Jahren bin ich stolz darauf dazu zu gehören, und wünsche mir, dass der heutige neben uns tretende Nachwuchs der Chirurgie in 20 Jahren das Gleiche empfinden darf.

Michael Eybe, Homburg

”

Der BDC bietet tolle Information, eine Mitgliederverwaltung mit allem, was wichtig ist, Artikel mit sehr ansprechenden Auswertungen und Weiterbildungen, sinnvolle berufspolitische Stellungnahmen – alles sehr hilfreich. Ansonsten bin ich so lang dabei, dass ich eine lebenslange Begleitung in meinem Berufsleben hatte.

Dr. med. Dimitrios Tsantilas, Augsburg

”

Mitglied wurde ich auf Anraten meines ersten Oberarztes hin, als ganz frischer Assistent, ohne eigentlich wirklich zu wissen, was ein Berufsverband ist und wie so ein Weg hin zu einer guten Chirurgin eigentlich aussieht. Ich erhielt das Berufsstarterpaket, was mir sehr geholfen hat einen Weg zu finden und eine Karriere zu planen. Die Angst, vor lauter Bäumen den Wald nicht mehr zu sehen, wurde mir genommen.

Ich schätze auch jetzt nach meinem Common Trunk die Unterstützung durch das Log Buch, das mir hilft, konsequent an meiner Weiterbildung zu arbeiten. Immer mehr weiß ich auch die Fortbildungsangebote zu schätzen, denn nach den ersten Schritten als blutjunge Assistentin hat man das Laufen gelernt und nun heißt es, seinen eigenen Weg gehen. Dank des BDCs habe ich auch jetzt in meinem vierten Jahr einen starken Wegweiser an meiner Seite. Dies schätze ich sehr.

Alles Gute zum 60. jährigen Bestehen.

Ein BDC-Mitglied aus Köln

”

Mitglied wurde ich auf Anraten meines damaligen Chefarztes. Hinsichtlich der Organisation der Weiterbildung zum Facharzt und der weiterführenden Fortbildung mit daran geknüpften Zertifizierungen bin ich auch sehr zufrieden.

Wie in vielen Bereichen des täglichen Lebens ist ein Netzwerken unabdingbar, insbesondere in der Medizin ist der inner- als auch interdisziplinäre Austausch äußerst wichtig und halte ich für den größten Vorteil!

Ein BDC-Mitglied aus Simmerath

”

Als Assistenzärztin finde ich es klasse, dass durch meine Mitgliedschaft die Fortbildungskurse zahlbarer werden und ich beruhigt sein kann, dass ich einen Verband hinter mir stehen habe, der mir bei Problemen mit Rechtsschutzhilfe und vor allem Rat zu Seite steht. Die BDC-Webinare waren fürs Facharztlernen richtig gut.

C. Dürr, Stuttgart

”

Mit dem Beginn meiner Ausbildung zur Chirurgin 2000, war schon mir klar, dass ich einem Verband beitreten möchte und nach vielen Gesprächen mit dem älteren Kollegen, bin ich Mitglied geworden. Ich schätze meine Mitgliedschaft im BDC. Ich bin immer auf dem neuesten Stand, fachlich und politisch gesehen. Zusätzlich hat man eine Rechtsschutz-Versicherung dabei, was ich zum Glück nur einmal telefonisch gebraucht habe, als Vorsichtsmaßnahme. Ich wünsche dem BDC viel Kraft und auch, dass Frauen immer mehr in Spitzenpositionen kommen können. Auch wir Frauen sind Chirurgen, und sind wir stark genug für diesen Alltag.

Ein BDC-Mitglied aus Lachen/CH

”

Gerade als Berufseinsteiger muss man sich mit vielen neuen Dingen beschäftigen. Nicht nur im beruflichen Bereich, sondern auch im privaten Bereich. Für mich fühlte es sich wie der letzte Schritt zum Erwachsenwerden an. Es war für mich daher keine Frage, mich auf Empfehlung meines Oberarztes beim BDC anzumelden. Hier fand ich Antworten auf viele Fragen im versicherungstechnischen Bereich sowie hinsichtlich Fortbildungsmöglichkeiten. Hierbei gefällt mir besonders die Möglichkeit, sich auch online fortzubilden. Dies ist nicht nur zeitgemäß, sondern ebenso effektiv.

Katrin Bunz, Jena

”

Ich bin Mitglied beim BDC geworden, weil ich dadurch vergünstigt an BDC-Kursen teilnehmen kann.

Ein BDC-Mitglied aus Ingersheim

”

Ich bin in den BDC eingetreten aufgrund des sehr gut strukturierten Ausbildungsprogramms (Curricula), des Fortbildungsprogramms (eAkademie) und der im Tarif angebotenen Versicherung.

Insgesamt sind die Kurse auch gut finanzierbar und als Mitglied reduziert. Auch das hat mich bewogen Mitglied zu werden. Ferner strebe ich eine Niederlassung an.

Machen Sie weiter so! Vielen Dank.

Dr. med. Karl Kilk, Rüdelsheim

”

Ich bin seit ca 30 Jahren Mitglied im Berufsverband – es war damals als angehende Chirurgin selbstverständlich – und schätze vor allem die fachlichen Informationen und den Rückhalt auch in rechtlichen Dingen.

Ein BDC-Mitglied aus Übersee

”

Schon vom ersten Tag des Pflegepraktikums haben die Möglichkeiten der Chirurgie fasziniert. Der erste Tag im OP bleibt dabei unvergessen. Als ich dann als junger Assistenzarzt in der Chirurgie von der Möglichkeit gehört habe, dass auch ich in diesem Verband schon Mitglied werden durfte, war ich sofort dabei. Auch wenn die große Politik und die vielen Begleitumstände einem sehr oft das Leben als Arzt und als Chirurg schwermachen, so konnten sie bis heute mir die Freude an diesem Beruf nicht nehmen. Aus diesem Grund bin ich wie am ersten Tag stolz darauf, Mitglied im BDC zu sein und trage auch bei vielen Gelegenheiten die BDC Nadel.

Ein BDC-Mitglied aus Dornstadt

”

Herzlichen Dank für Ihr tolles Engagement in Sachen Chirurgen Vertretung.

Ich bin Mitglied geworden genau aus dem gleichen Grund, warum ich es noch bin. Ich fühle mich gut vertreten und in allen beruflich -chirurgischen Belangen vollumfänglich informiert.

Ein BDC-Mitglied aus Lünen

”

Ich bin vor ca. 30 Jahren auf Grund des Versicherungsangebotes eingetreten. Das schätze ich immer noch sehr, wie auch das Angebot an Weiterbildungen und die Informationen der Mitgliederzeitung.

Ein BDC-Mitglied aus Bersenbrück

”

Ich bin Mitglied geworden wegen des Facharzt Vorbereitungskurs zum Chirurgen. Ich schätze sehr das Versicherungsangebot und die freundliche Kommunikation.

Ein BDC-Mitglied aus Tübingen

”

Mitglied geworden weil: Fortbildungen, Informationen, Gruppenversicherung. Am meisten schätze ich: interessante Fortbildungen.

Ein BDC-Mitglied aus Hannover

”

Gemeinsam Weiterkommen: Ich bin dem BDC beigetreten, da mich initial das Fortbildungsangebot überzeugt hat. Nach Laparoskopie-Workshops, Facharzt-Seminaren und auch dem exzellenten Osteosynthesekurs ist mein Blick vor der Urlaubsplanung immer in den BDC-Fortbildungskalender. Die weiteren Leistungen, wie Versicherung, Passion Chirurgie und auch die Corporate Benefits, sind sehr gut. Ich fühle mich als Allgemeinchirurg aber auch als Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie gut aufgehoben und vertreten. Danke!

Ein BDC-Mitglied aus Neustadt a.d. Aisch

”

Vorbereitung zur Facharztprüfung, Weiterfortbildungsangebote, kompakte und bezahlbare Kurse, Webinare, die Versicherung dabei.

Ein BDC-Mitglied aus Neunkirchen

”

BDC Mitgliedschaft für die Facharzt-Vorbereitung: Ich trat als Assistenzarzt dem BDC auf Anraten meiner Oberärzte bei. Ich schätze die Vorbereitung auf die Facharztprüfung, da hatte ich einen guten und kompakten Kurs zur Vorbereitung für die Facharztprüfung für die Viszeralchirurgie vorletztes Jahr gehabt.

Ein BDC-Mitglied aus Bielefeld

”

Hauptsächlich bin ich im BCD eingetreten, da die Versicherungsangebote im Paket mit aktuell Ecclesia absolut gut und bezahlbar sind. Als niedergelassener Arzt habe ich mich aber über die Jahre nicht gut vertreten gesehen, sehe mehr Vorteile in der parallelen Mitgliedschaft im ANC(BNC).

Dr. med. Josef Ley, Köln

”

Ich schätze am BDC die tollen Fortbildungen und die Unterstützung in Karriereangelegenheiten, gerade auch für Chirurginnen! Danke für die Unterstützung!!

Ein BDC-Mitglied aus Weilheim

”

Der BDC begleitet meine Karriere - auch international. Als Assistenzarzt trat ich dem BDC auf Anraten meines damaligen Chefs bei. Er lobte den BDC als Standesvertreter und wies auch auf die Wichtigkeit des Versicherungsschutzes im Strafrecht hin. Ich schätzte die Vorbereitung auf die Facharztprüfung als auch den Rechtsbeistand im internationalen Arbeitsrecht. Obwohl ich seit bald zehn Jahren im internationalen Kontext als Chirurg tätig bin, behält der BDC weiterhin seinen Stellenwert, unter anderem dadurch, dass der BDC mich mit den Entwicklungen in Deutschland auf dem Laufenden hält.

Dr. med. Elias Engelking, Kampot, Kambodscha

RE

Ich bin Mitglied geworden, um umfassende Hilfe in berufsrechtlichen und berufsrechtlichen Fragen zu haben. Darüber hinaus um Fortbildungsangebote nutzen zu können und auch günstige Rabattangebote in Anspruch nehmen zu können.

Ein BDC-Mitglied aus Groß-Umstadt

”

Frauen in der Chirurgie: Gerade als Frau in der Chirurgie fühle ich mich vom BDC immer gut vertreten. Als angehende Fachärztin konnte ich sehr von den strukturierten Weiterbildungsveranstaltungen profitieren. Erst kürzlich konnte ich mich in Sachen Berufsrecht kompetent von den Justiziarinnen des BDC vertreten lassen. Dafür vielen Dank! Die jetzt schon sehr lange Mitgliedschaft habe ich nie bereut!

Ein BDC-Mitglied aus Tangermünde

”

Ein Verband für alle chirurgischen Fächer! Als erst orthopädisch, später dann unfallchirurgisch ausgebildeter Arzt, fühle ich mich im BDC sehr gut aufgehoben. Ein perfekter online Auftritt, sehr gute Fortbildungsangebote für Klinikärzte und den ambulanten Sektor machen den BDC zum Vorzeigeverband. Bleibt das Zusammengehen von BVOU und BDC eine Illusion? Uns alle verbindet das Skalpell! Diese Kräfte gehören meines Erachtens gebündelt!

Ein BDC-Mitglied aus Rathenow

”

Als Herzchirurg wollte ich auch meine Zugehörigkeit zur Chirurgie in ihrer Gesamtheit ausdrücken. Inzwischen erscheinen auch die zahlreichen Leistungen und Angebote des BDC attraktiv.

Dr. med. Frank Westhof, Düsseldorf

”

Wissen steht vor dem Gewinn: Als junger Assistent habe ich an vielen Kursen teilgenommen, Common Trunk, Facharztseminar. So qualitativ gute und interessante Fortbildungen für so einen niedrigen Preis habe ich nirgendwo entdeckt. Hier steht das Wissen vor dem Gewinn, nicht Geld vom Fortbildungen zu gewinnen, sondern das Wissen weitergeben.

MU Dr. Tomas Zajic, Freyung

”

Es ist wichtig immer einen Interessenvertreter zu haben. Das habe ich die letzten Jahrzehnte erlebt. Der BDC bietet eine gelungene Mischung aus Interessenvertretung, Weiterbildung, Tipps und Tricks zum chirurgischen Berufsalltag.

Dipl.-Med. Mike Wilde, Luckau

”

Sehr gute und kompakte Kurse zur Vorbereitung für die Facharztprüfung oder auch zum Wiederholen.

Ein BDC-Mitglied aus Weissenburg

”

Seit vielen Jahren schon dabei, Literatur, Infos Veranstaltungen und auch schon mal juristischen Rat eingeholt. Alles in allem bin sehr zufrieden, fühle mich gut vertreten und empfehle meinen Assistenten den Beitritt.

Dr. med. Kai Scriba, Füssen

”

Eintritt vor der Facharztprüfung wg. der guten Facharztvorbereitungskurse: gutes Weiterbildungsangebot, Haftpflichtversicherung zu Rahmenvertragsvereinbarungen.

Dr. med. Daniel Abo-Dalo, Winsen

”

Wegen guter Weiterbildungs-Angebote und Versicherungen.

Dr. med. Ivan Adamovic, Lichtenfels

BILDERRÄTSEL



WELCHER MEDIZINISCHE FACHBEGRIFF VERSTECKT SICH HINTER DIESEM BILD?

.... HABEN SIE ES ERRATEN?

Schicken Sie Ihre Antwort unter dem Stichwort „Passion Chirurgie QI/2020“ an bilderraetsel@bdc.de. Einsendeschluss ist der 10. Juni 2020. Die Auflösung dieses Rätsels finden Sie im Impressum der nächsten gedruckten Ausgabe im Juni 2020.

Unter allen richtigen Einsendungen der ersten drei Quartalsausgaben (QI, QII, QIII) verlosen wir 2020 wieder ein Android-Tablet. Die Auslosung wird Mitte November stattfinden und der Gewinner in der QIV/2020 bekannt gegeben.

Teilnahmebedingungen: Jedes BDC-Mitglied darf mitmachen, ausgenommen sind BDC-Mitarbeiter und Mitarbeiter von schaefermueller publishing GmbH sowie deren Angehörige. Bei der Gewinnauslosung sind der Rechtsweg und Barauszahlung ausgeschlossen. Der Gewinner wird schriftlich benachrichtigt. Wir danken für die Teilnahme und wünschen viel Glück.

IMMER EINEN SCHNITT VORAUSS – 60 JAHRE BDC

ECCLESIA med

Mit über 17.000 Mitgliedern ist der BDC Europas größte Chirurgenvereinigung. In Zusammenarbeit mit der Ecclesia med schafft der Bund ein Netzwerk der Sicherheit – stark, engagiert und zukunftsorientiert.

Ecclesia med ist Partner des BDC für Versicherungslösungen in der ambulanten und stationären Versorgung und steht für:

- ✓ Professionalität
- ✓ Verlässlichkeit
- ✓ Verantwortung
- ✓ Vertrauen

Ihr Ecclesia med-Team gratuliert herzlich und bedankt sich für mehr als zehn Jahre vertrauensvolle und partnerschaftliche Zusammenarbeit!





TachoSil® – ruhig Blut!

Durch die Kraft der Natur.



Auch als
Pre-rolled TachoSil®

TachoSil® Versiegelungsmatrix

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