

PASSION

CHIRURGIE



BDC-PRAXISTEST

„ICH WILL CHIRURGIN WERDEN
UND EIN LEBEN AUSSERHALB
DER KLINIK FÜHREN“

im Fokus

**UPDATE
HERNIENCHIRURGIE**

05 | 2022

MITGLIEDERZEITSCHRIFT:
DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR CHIRURGIE
BERUFSVERBAND DER DEUTSCHEN CHIRURGEN



BDC  Berufsverband der
Deutschen Chirurgen e.V.

GUT LEBEN AUF GESUNDEN BEINEN



Krampfadern modern therapiert – Fakten, auf die es ankommt.

Bis heute wurden über zwei Millionen Patienten in mehr als 100 Ländern erfolgreich mit ClosureFast oder VenaSeal behandelt. Unsere innovativen Lösungen zur Therapie von chronisch venöser Insuffizienz bieten für Sie Vorteile wie zum Beispiel:

- Eine gesicherte Zieltemperatur von 120 Grad – generatorgesteuert
- Reproduzierbare Ergebnisse
- Eine refluxfreie Erfolgsrate von 94,7 % – 5 Jahresdaten

Zusätzlich bieten wir für Ihre Klinik einen kompetenten Service durch unsere Therapiespezialisten.

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

Medtronic

Bruchoperationen ohne Bruchlandungen?



Dr. med. Ralph Lorenz

1. Vorsitzender
BDC|Landesverband Berlin
Praxis 3+CHIRURGEN
Klosterstraße 34/35
13581 Berlin
lorenz@3chirurgen.de

Hernien- bzw. „Bruchoperationen“ zählen zu den häufigen chirurgischen Prozeduren, die nahezu jeder Chirurg und jede Chirurgin im Alltag ausführt. Jährlich werden mehr als 300.000 Hernienoperationen alleine in Deutschland durchgeführt. Die Vielzahl der heute möglichen und angewendeten Operationsmethoden mit der grundsätzlichen Empfehlung zum individualisierten Vorgehen ermöglicht zwar eine große Variabilität in der Verfahrenswahl, birgt jedoch auch die Gefahr der Desorientierung und für Misserfolge im Sinne von „Bruchlandungen“. Aufgrund der Komplexität des Fachgebietes und der Vielfalt der Behandlungsmöglichkeiten hat sich die Hernienchirurgie zudem in den letzten Jahren zunehmend auch als eigenständiges chirurgisches Fachgebiet entwickelt. Die Deutsche Herniengesellschaft (DHG) bemüht sich in Zusammenarbeit mit der BDC Akademie seit 2011 um eine systematische, fachspezifische berufsbegleitende Weiterbildung. Die hernienchirurgische Weiterbildung konnte durch die Schaffung der Hernienschule erfolgreich ergänzt und vor allem klar strukturiert werden. Inzwischen fand dieses Konzept der speziellen hernienchirurgischen Weiterbildung auch international Beachtung und Nachahmung. Diese Hernienschule besteht aus stufenartigen Weiterbildungsmodulen im Sinne eines Curriculums:

Hernie kompakt als dreitägiges Basismodul richtet sich an die chirurgischen Weiterbildungsassistent:innen und beinhaltet vor allem die Anatomie und einen Überblick über die Vielfalt der Hernienoperationen. Im zweiten Modul **Hernie konkret** werden die Hernienoperationen in verschiedenen Teilbereichen (Offene Leistenhernien, Endoskopische Leistenhernien, Ventralhernien, Hiatushernien) mit OP-Hospitalationen entsprechend vertieft. Das dritte Modul **Hernie komplex** richtet sich an Fachärzt:innen und fortgeschrittene Hernienchirurg:innen und beinhaltet in Videopräsentationen komplexe

Fälle der Hernienchirurgie. Ergänzt wird dieses dreistufige Curriculum durch das **Webinar Hernie kontakt** mit vor allem aktuellen Themen für alle an der Hernienchirurgie interessierten Kolleg:innen. Alle Abschnitte der Hernienschule werden dabei kontinuierlich evaluiert und weiterentwickelt.

Der Abschluss der Hernienschule dient dabei gleichzeitig als Vorbereitung für einen international anerkannten Abschluss als Abdominal Wall Surgeon (FEBS-AWS). Diese Teilgebietsbezeichnung als „Fellow of the European Board of Surgeons – Abdominal Wall Surgery“ wird seit 2020 über die UEMS (Union of European Medical Specialists) für alle Hernienchirurg:innen angeboten.

Alle Hintergründe und Modalitäten hierzu werden von einem der Initiatoren in einem Artikel dieses Heftes beleuchtet.

Die Hernienschule kann jedoch immer nur als Ergänzung zur täglichen chirurgischen Weiterbildung verstanden werden. Hier sind möglicherweise neue Konzepte erforderlich, um eine qualitativ hochwertige und vor allem praxisorientierte fachspezifische Weiterbildung auch in Zukunft für alle chirurgischen Weiterbildungsassistentinnen und -assistenten zu ermöglichen. Ein Beitrag dieses Heftes zielt dabei auf eine neuartige und erstmalige Weiterbildungs Kooperation einer Universität mit einer fachspezialisierten chirurgischen Praxis. Ziel all dieser Initiativen ist es, durch eine fundierte, strukturierte und allumfassende fachspezialisierte Weiterbildung und eine entsprechende zertifizierte Fachspezialisierung eine bestmögliche chirurgische Versorgung unserer Hernien-Patienten zu entwickeln.

Eine weitere besondere Form der Brüche stellen kindliche Leistenhernien dar. Ein Artikel dieses Heftes widmet sich diesem Thema und sollte nicht nur für Hernienchirurg:innen interessant sein. ○

Lorenz R: Editorial. Bruchoperationen ohne Bruchlandungen?. Passion Chirurgie. 2022 Mai; 12(05): Artikel_01.



Diesen Artikel finden Sie auf BDC|Online (www.bdc.de) unter der Rubrik Wissen | Viszeralchirurgie.

HERAUSGEBER

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

DGCH

Präsident: Prof. Dr. med. Hauke Lang
Vizepräsident:innen: Prof. Dr. med. Dr. med. dent. Michael Ehrenfeld, Prof. Dr. med. Andreas Seekamp,
Prof. Dr. med. Christiane J. Bruns,
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
Geschäftsführerin: Dr. med. Friederike Burgdorf
Justitiar: Dr. jur. Jörg Heberer, Berlin/München

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)

VERLAG

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

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.
Cover © PamelaJoeMcFarlane, iStock

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

eISSN 2194-5578

GERICHTSSTAND UND ERFÜLLUNGORT: BERLIN

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



INHALT

3 EDITORIAL

3 Bruchoperationen ohne Bruchlandungen? R. Lorenz

6 KURZNACHRICHTEN

8 CHIRURGIE

8

„WIR DENKEN CHIRURGISCHE
WEITERBILDUNG NEU“

R. Lorenz, K. Beyer

13

UEMS – ZERTIFIKAT
„ABDOMINAL WALL SURGERY“

F. Köckerling, H.-J. Meyer

16

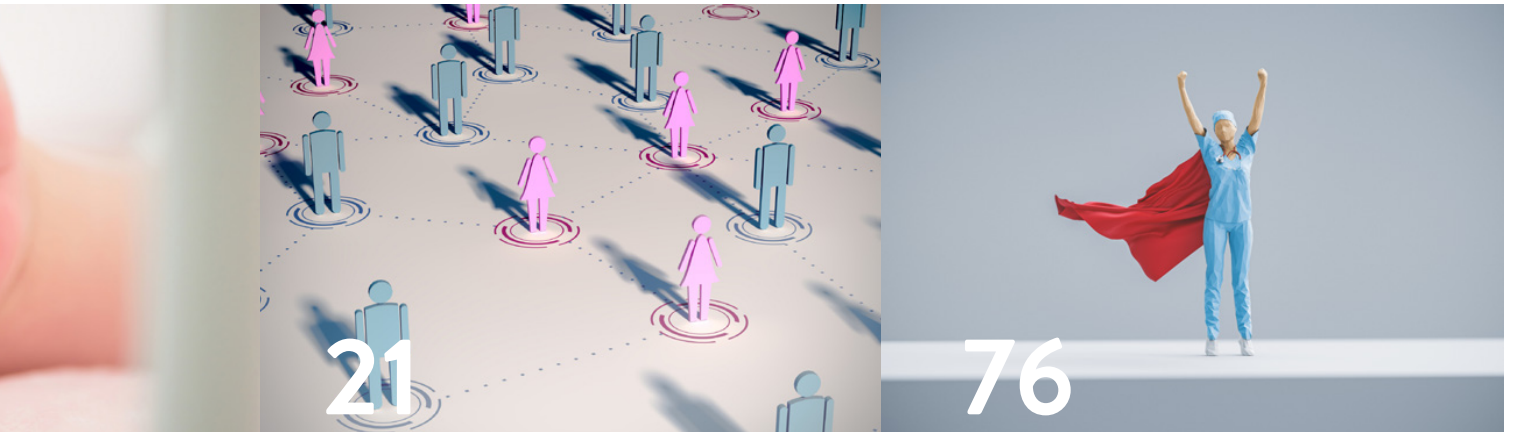
KINDLICHE LEISTENHERNIEN

F. Friedmacher, U. Rolle

20 CHIRURGIE⁺

21 Personalbemessung in der Chirurgie:
Wie ist der IST-Zustand? C. Tonus

34 Nachwuchskampagne NurMut!
Immer Luft nach oben S. Zundel



- 37 REIHE: Unerwarteter Tod des Praxisinhabers – Teil 4:
Einen Vertreter finden *S. Hoch*

- 40 **Hygiene-Tipp:** Qualitätsanforderungen
an Mund-Nasen-Schutz *W. Popp, L. Jatzwauk,
W. Kohnen*

- 42 **Arztpraxis-Tipp:** KV-Vertreterversammlung:
Wie man hineinkommt und was es bringt
H. Wannenwetsch

- 44 **Rezension:** Infektionen in der Allgemein-
und Viszeralchirurgie *J. Seifert*

- 45 Personalia

46 RECHT

- 46 Kriterien für die Erbringung und Bewerbung
von Fernbehandlungsleistungen *J. Heberer*

- 50 **F+A:** Honorarvereinbarung für alle Leistungen
J. Heberer

51 GESUNDHEITSPOLITIK

- 51 **BDC-Praxistest:** „Ich will Chirurgin werden UND
ein Leben außerhalb der Klinik führen“ *M. Born*

- 56 **BDC|Pressemitteilung:** Ambulanten
Leistungskatalog nicht überfrachten

- 57 **BDC|Pressemitteilung:** Krankenhausfinanzierung:
Ambulantisierung ja, bloße Verlagerung nein

58 INTERN

58 DGCH

- 58 Rekrutierende multizentrische chirurgische
Studien in Deutschland *S. Tenckhoff*

- 61 Spendenaufruf und
Bausteine Langenbeck-Virchow-Haus

- 65 DGCH-Präsidium ab 01. Februar 2022

- 67 Meine Daten haben sich geändert

68 INTERN

68 BDC

- 68 BDC|News

- 70 BDC|Landesverbände

- 72 Termine BDC|Akademie

- 75 Lifestyle-Angebote im Mai 2022

76 PANORAMA

- 76 Karriereplanung? Nein, danke! *U. Stüwe*

Kurz Nachrichten

BDC-MITGLIEDERVERSAMMLUNG

Der BDC gratuliert allen Mandatsträgern zur Wieder- oder Neuwahl!



Abb. 1: Der neue und alte Vorstand des BDC (v.l.):
Dr. J.-A. Rüggeberg, Prof. Dr. Dr. h.c. H.-J. Meyer und Dr. P. Kalbe

in dieser Ausgabe und in der Pressemitteilung des BDC zu den Wahlergebnissen der Mitgliederversammlung auf BDC|Online.

Im Rahmen der BDC-Mitgliederversammlung am 8. April 2022 wurden alle Amtsinhaber im Vorstand und im erweiterten Vorstand in ihren Ämtern bestätigt. Die Mitglieder des Ehrenrates und die Leiter der Fachreferate wurden entweder in ihren Funktionen bestätigt oder neu gewählt.

Mehr Informationen zu den Ergebnissen der Mitgliederversammlung 2022 finden Sie in der Rubrik „Intern BDC“

[Zur Pressemitteilung...](#)

DER BDC PRÄSENTIERT

DCK Kompakt 2022

Trends und Innovationen in der Chirurgie

DCK Kompakt ist das Nachlese Webinar des deutschen Chirurgenkongresses 2022, das von Expert:innen aus der Chirurgie kuratiert und moderiert wird.

Erfahren Sie mehr über:

- die Kongress-Highlights
- Trends in Forschung, Weiterbildung und Krankenversorgung
- Vorschau auf den DCK 2023

Für BDC- und DGCH-Mitglieder und deren Fachgesellschaften kostenlos!

JETZT ABRUFBAR!
www.bdc.de/dck-kompakt2022

On demand

Mit freundlicher Unterstützung von

AKTUELLE UMFRAGE

OP-Management: Weitere Teilnehmer gesucht!

Der Verband für OP-Management (VOPM) sucht noch Teilnehmerinnen und Teilnehmer für seine deutschlandweite Online-Umfrage zu verschiedenen Aspekten der OP-Planung und der präoperativen Verantwortung. Gegenstand der Umfrage sind die täglichen Herausforderungen im klinischen Alltag, zum Beispiel die Nutzung von OP-Ressourcen, die Vollständigkeit der Patientenvorbereitung oder die Sterilgutverfügbarkeit. Daraus resultieren leider eine ganze Reihe von Prozessstörungen. Diese Störungen wiederum stellen eine Gefahr für die Patientensicherheit dar.

Fast alle Fragen stehen in Bezug zu Ihrem aktuellen persönlichen Berufsumfeld sowie zum Umsetzungsgrad in Ihrem Krankenhaus, entsprechend Ihrer persönlichen Wahrnehmung. Es handelt sich um kurze Fragen bzw. Hypothesen aus dem praktischen Klinikalltag, Bitte antworten Sie jeweils intuitiv, spontan und vollständig. Die Befragung erfolgt vollständig anonym und dauert etwa zehn Minuten. Zielgruppe der Umfrage sind alle an dieser Thematik beteiligten klinisch tätigen Berufsgruppen und Fachabteilungen. Somit sind auch BDC-Mitglieder herzlich eingeladen daran teilzunehmen!

Kontakt:

Dr. Oliver Birkelbach
CHARITÉ – UNIVERSITÄTSMEDIZIN BERLIN
OP-Management
oliver.birkelbach@charite.de

[Zur Umfrage...](#)



Die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV) hat gegenüber der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) die COVID-19-Pauschale für D-Ärzte und D-Ärztinnen in Höhe von 4,00 € zunächst bis 30.06.2022 verlängert. Die Pauschale dient dazu, Preis- und Mengensteigerungen als Folge von SARS-CoV-2 aufzufangen. Das umfasst vor allem die Kosten für Schutzausrüstungen für Mitarbeiter und Patienten.

Sie wird erstattet für jeden persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt pro Behandlungstag zusätzlich zu den Behandlungskosten. Die reguläre Abrechnung erfolgt mit dem Zusatz „COVID-19-Pauschale“. Eine nachträgliche Abrechnung für bereits abgerechnete Behandlungen gegenüber dem Unfallversicherungsträger ist möglich.

Achtung: Laut Bundesärztekammer ist Ziffer 383 UV-GOÄ nach dem 31.3.2022 bei

COVID-19-Pauschale für D-Ärzte verlängert

Privatpatienten nicht weiter als Hygieneziffer abrechenbar!

Ebenfalls bis zum 30.6.2022 verlängert wurde die Regelung, wonach unter anderem Vertragsärzte und Vertragsärztinnen in begründeten Ausnahmen Videosprechstunden abhalten können. Für Arzt-Patienten-Kontakte ist Ziffer 1 der UV-GOÄ mit Kennzeichnung als Videobehandlung abzurechnen. Wiederkehrende Arznei- und Heilmittelverordnungen sind – sofern nachvollziehbar und plausibel – auch auf telefonische Anforderung des Patienten möglich.

[Mehr Informationen der DGUV für D-Ärzte in Zusammenhang mit COVID-19-Erkrankungen...](#)



IM FOKUS

Update Hernien- chirurgie



Dr. med. Ralph Lorenz, FEBS-AWS

1. Vorsitzender BDC|Landesverband
Berlin
Havelklinik Berlin
Praxis 3+CHIRURGEN
Klosterstraße 34/35
13581 Berlin
lorenz@3chirurgen.de



Prof. Dr. med. Katharina Beyer

Klinik für Allgemein- und
Viszeralchirurgie
Charité – Universitätsmedizin Berlin
Campus Benjamin Franklin
Hindenburgdamm 30
12203 Berlin

Lorenz R; Beyer K: „Wir denken chirurgische Weiterbildung neu“ – Neue Kooperationsform zur hernienchirurgischen Weiterbildung. *Passion Chirurgie*. 2022 Mai; 12(05): Artikel 03_01.



Diesen Artikel finden Sie auf BDC|Online (www.bdc.de) unter der Rubrik Wissen | Fachgebiete | Viszeralchirurgie.

„Wir denken chirurgische Weiterbildung neu“

NEUE KOOPERATIONSFORM ZUR HERNIENCHIRURGISCHEN WEITERBILDUNG ZWISCHEN EINER CHIRURGISCHEN UNIVERSITÄTSKLINIK UND EINER FACHSPEZIALISIERTEN PRAXIS

Die Weiterbildung ist eines der zentralen Themen in der Fachwelt der Chirurg:innen. Der Einführung sowie der Angleichung von Mindestmengen folgt unweigerlich eine stets wachsende Spezialisierung innerhalb der Chirurgie. Gleichzeitig führt die „Ambulantisierung“ zu einer Verschiebung ganzer Teilbereiche der Chirurgie in den ambulanten Sektor, wie beispielsweise die Proktologie und Hernienchirurgie. Dieser Effekt stellt aktuell und auch zukünftig eine Herausforderung für die Strukturierung der chirurgischen Weiterbildung dar. Diese Herausforderung wird umso größer, da im ambulanten Bereich außerhalb der Krankenhäuser eine Weiterbildung in den genannten chirurgischen Teilbereichen aufgrund der fehlenden Finanzierung bisher praktisch nicht stattfindet. Nun gehören allerdings gerade diese Fachbereiche zu den häufigsten chirurgischen Erkrankungen, sind wesentlicher Bestandteil des chirurgischen Alltags und sollten obligater Bestandteil der Weiterbildung für alle jungen Chirurg:innen sein.

WELCHE IDEE STAND AM ANFANG?

Die Idee zu einer möglichen Kooperation zwischen Universitätsklinikum und chirurgischer Schwerpunktpraxis entstand nach einem Gespräch im Rahmen des Kongresses

„Viszeralmedizin“, bei dem sich beide Autor:innen im Rahmen eines Vorsitzes einer wissenschaftlichen Sitzung zur chirurgischen Weiterbildung begegneten und untereinander sowie mit den Teilnehmenden der Sitzung austauschten. In der Diskussion wurde schnell klar, dass aufgrund der zunehmenden Spezialisierung und Ambulantisierung eine exzellente chirurgische Weiterbildung neue kreative Lösungsansätze benötigt. Die Autor:innen waren motiviert, die Weiterbildung für die nachwachsende Generation zu verbessern. Im Sinne einer Weiterentwicklung dieses Mottos ging es darum, die Zusammenarbeit mit ärztlichen Experten des stationären mit dem ambulanten Sektor zu intensivieren.

Aus der Idee wurde schließlich die Vision einer Kooperation der Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie des Campus Benjamin Franklin der Charité Universitätsmedizin Berlin mit einer fachspezialisierten Praxis, den 3+CHIRURGEN zum Zwecke der hernienchirurgischen Weiterbildung. Im Sommer 2021 entstand aus dieser Vision ein Kooperationsvertrag, als dessen Kern die Rotation der chirurgischen Weiterbildungsassistent:innen der Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie der Charité Universitätsmedizin Berlin entstand.

WIE SIEHT DIESE KOOPERATION PRAKTISCH AUS?

An zwei Tagen der Woche findet ein komprimiertes Training der Hernienchirurgie in der Praxis der 3+CHIRURGEN und in der Havelklinik statt. Für diese Rotation werden die Weiterbildungsassistent:innen von der Klinik freigestellt. Die hernienchirurgische Rotation umfasst für alle Weiterbildungsassistent:innen einen Zeitabschnitt von ca. zwei bis drei Monaten.

Am Vormittag des ersten Tages findet gewöhnlich eine Hernien-Sprechstunde statt. Dabei werden Hernien-Neupatient:innen und Patient:innen mit Leistenschmerzen untersucht und behandelt sowie operierte Patient:innen nachuntersucht.

Am Nachmittag des ersten Tages sowie am zweiten Tag finden in der Regel acht bis 12 verschiedene ambulante und stationäre

Hernien-Operationen in der beteiligten Havelklinik statt. Durch die wiederholten Eingriffe mit hohem Grad an Standardisierung sowie dem 1:1-Training gelingt es schnell, zunächst Teilschritte, danach die gesamte Operation an die/den Weiterbildungsassistenten/-in zu vermitteln.

In fünf Stufen wird der/die Weiterbildungsassistent/-in an die Operation herangeführt:

1. Demonstration der Operation durch den Mentor
2. Operation durch den Mentor mit allen Erklärungen durch den Mentor
3. Operation durch den Mentor und Erklärungen der/des Weiterbildungsassistenten/-in
4. Operation durch die/des Weiterbildungsassistenten/-in mit Erklärungen des Mentors
5. Operation durch die/des Weiterbildungsassistenten/-in mit Erklärungen der/des Weiterbildungsassistenten/-in

Durch das direkte 1:1-Mentoring ist es möglich, auf die/den Weiterbildungsassistenten/-in mit allen Vorkenntnissen und praktischen Fähigkeiten ganz individuell einzugehen. Ergänzt wird das praktische Training durch die theoretische Weiterbildung mittels wissenschaftlicher Fachartikel und durch Lehrvideos.

Darüber hinaus wird diese Weiterbildung von einer Evaluation begleitet, um die Ergebnisse auch zukünftig vergleichen zu können (**Tabelle 1**).

Nach dem Training erfolgt eine nochmalige gleichartige Befragung mit Selbsteinschätzung zu den theoretischen Kenntnissen, den praktischen und Operationsfähigkeiten. Darüber hinaus erfolgt auch eine Gesamteinschätzung der Rotation durch den/die Weiterbildungsassistenten/-in (**Tabelle 2**).

Tab. 1: Evaluation vor dem Training (Selbsteinschätzung); Notensystem: 1 = ungenügend, keine Kenntnisse, 2 = ausreichend, geringe Kenntnisse, 3 = genügend, 4 = gut, 5 = sehr gut

Bisherige Operationen						
		Anzahl	Welche Techniken? Nach Häufigkeit			
	Anzahl Leistenhernien					
	Anzahl Ventralhernien					
Theoretische Kenntnisse						
		1	2	3	4	5
1	Grundsätzliche Kenntnisse der Anatomie					
2	Kenntnis der EHS-Klassifikation					
3	Kenntnis zur Differentialdiagnostik Leistenschmerz					
4	Kenntnis der Internationalen Leitlinien					
Kenntnis offener Operationstechniken Leistenhernien						
5	– Lichtenstein-Technik					
6	– Shouldice Technik					
7	– Offene präperitoneale Techniken					
8	– Andere Nahttechniken					
Kenntnis offener Operationstechniken Ventralhernien						
9	– Nahtverfahren					
10	– Präperitoneale Netzverfahren					
11	– Sublayverfahren					
12	– IPOM-Verfahren					

Praktische Fähigkeiten						
13	Klinische Untersuchung Hernie					
14	Untersuchung mit dynamischem Ultraschall					
15	Klinische Untersuchung Leistenschmerz – Hüfte					
Operationsfähigkeiten						
16	Erkennen der anatomischen Strukturen					
17	Identifikation der Nerven					
18	Bruchsackpräparation					
19	Umgang mit Lipomen					
Durchführung der einzelnen Operationstechniken						
20	Lichtenstein-Technik					
21	Shouldice Technik					
22	Offene präperitoneale Techniken					
23	Andere Nahttechniken					
24	Offene Naht Ventralhernien					
25	Präperitoneale Netztechnik Ventralhernien					
26	Umgang mit Komplikationen					

Tab. 2: Gesamteinschätzung Rotation; Notensystem: 1 = ungenügend, 2 = ausreichend, 3 = genügend, 4 = gut, 5 = sehr gut

		1	2	3	4	5
1	Waren Sie mit der Organisation in der Praxis zufrieden?					
2	Waren Sie mit der Organisation in der Havelklinik zufrieden?					
3	Bestand ausreichend Möglichkeit zur Diskussion und zum wissenschaftlichen Austausch?					
4	Wurden Operationstechniken systematisch vermittelt?					
5	Wurde genug Raum für praktische Übungen gegeben?					
6	Waren Sie mit dem Mentoring zufrieden?					
7	Wurden Ihre persönlichen Erwartungen an die Rotation erfüllt?					
8	Sollte dieses Modellprojekt auch für andere Fachbereiche der Chirurgie übernommen werden?					
9	Würden Sie diese Rotation anderen Kollegen oder auch anderen Universitäten empfehlen?					
10	Kann die viszeralchirurgische Weiterbildung durch diese Rotationen grundsätzlich verbessert werden?					

Tab. 3: Gesamteinschätzung, offene Fragen

Was hat Ihnen am besten gefallen?
Was könnte besser sein?
Weitere Vorschläge für die Zukunft?

Die ersten Befragungen der bisher seit September 2021 beteiligten Weiterbildungsassistent:innen erscheinen überaus vielversprechend.

Womöglich ist diese neuartige und vielleicht ungewöhnliche Kooperation zwischen einer Universitätsklinik und einer chirurgischen Praxis ein Denkanstoß für die Zukunft. Aus Sicht der Autor:innen entsteht hier klar eine Win-Win-Situation für alle Beteiligten. ○

- Der/Die **Weiterbildungsassistent/-in** profitiert von der komprimierten fachbezogenen Weiterbildung und bekommt zudem den Blick über den Tellerrand der eigenen Klinik und einen Motivationsschub.
- Die **Weiterbildungsklinik** erfüllt durch diese Kooperation viel besser alle chirurgischen Weiterbildungsinhalte.
- Der/Die **niedergelassene Kollege/in** kann seine/ihre langjährige fachspezifische Erfahrung aus der Praxis an die nächste Generation weitergeben.

LERNEN WIE NIE ZUVOR.

eRef

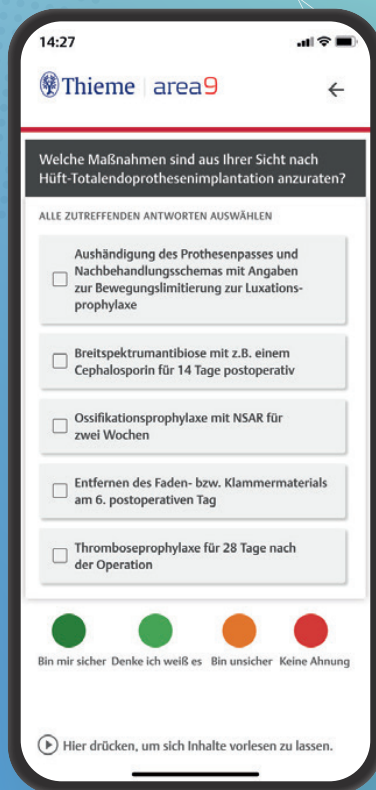
Adaptives Weiterbildungscurriculum Orthopädie und Unfallchirurgie

High Speed Learning.

Weiterbildungsrelevantes Wissen tanken – maximal effektiv auf einem für Sie optimierten Lernpfad.

Mind the gap.

Wissenslücken erkennen und gezielt schließen. Sicher wissen, was Sie wissen. Facharztprüfung? Safe.



Ready for take-off.

Gelerntes verinnerlicht. Wichtiges vertieft. Facharztprüfung bestanden. Bereit, um als Orthopäd*in voll durchzustarten.



Jetzt kostenlos testen!
www.thieme.de/lernen-wie-nie-zuvor

UEMS – Zertifikat „Abdominal Wall Surgery“

Laut Frank-Ulrich Montgomery, dem früheren Präsident der Bundes-Ärzttekammer und jetzt Vorstandsvorsitzenden des Weltärztebundes, hat die Spezialisierung in der Medizin in den letzten Jahren immer mehr zugenommen. In der gegenwärtigen deutschen Weiterbildungsordnung sind 51 Facharztgebiete verzeichnet. Nach einem Bericht im Deutschen Ärzteblatt [1] ist Montgomery der Ansicht, der medizinische Fortschritt sei ohne die Spezialisierung nicht möglich gewesen. „Wesentliche Argumente für eine Spezialisierung sind Fortschritt, Überschaubarkeit und eine Steigerung der Qualität“, habe Montgomery auf einem Symposium im Februar 2015 in Köln erklärt.

Das Europäische Parlament und der Rat haben in der Berufsanerkenntnisrichtlinie die gegenseitige Anerkennung der Abschlüsse von 150 Berufen, darunter auch des Arztberufs beschlossen [2]. „Für alle 51 medizinischen Fachrichtungen gilt dabei auch in Zukunft das Prinzip der automatischen Anerkennung“ [2]. „Für neue Facharzt-titel hingegen hat das Parlament die Latte der Anerkennungsrichtlinie höher gehängt: „Hier ist eine automatische Anerkennung grundsätzlich an die Voraussetzung geknüpft, dass mindestens zehn EU-Länder (sogenannte Zwei-Fünftel-Regelung) diese Bezeichnung eingeführt haben [2].



Korrespondierender Autor:

Prof. Dr. med. Ferdinand Köckerling

Chefarzt
Zentrum für Hernienchirurgie
Vivantes Humboldt-Klinikum
Akademisches Lehrkrankenhaus der
Charité – Universitätsmedizin Berlin
Am Nordgraben 2
13509 Berlin
Ferdinand.Köckerling@vivantes.de



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

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

Köckerling F, Meyer HJ: UEMS – Zertifikat
„Abdominal Wall Surgery“. Passion Chirurgie.
2022 Mai; 12(05): Artikel 03_02.



Diesen Artikel finden Sie auf BDC|Online
(www.bdc.de) unter der Rubrik Wissen |
Fachgebiete | Viszeralchirurgie.

UEMS

Die UEMS (Union Européenne des Médecins Spécialistes/European Union of Medical Specialists) ist die älteste und größte professionelle medizinische Institution in Europa und vertritt heute die Interessen von 1,6 Millionen Fachärzten. Die UEMS wurde 1958 gegründet. Sie wird getragen von 40 nationalen Gesellschaften, die in ihren Ländern die Interessen der Fachärzte vertreten. Für die deutschen Fachärzte ist der Spitzenverband Fachärzte Deutschland e. V. (SpiFa) Mitglied in der UEMS.

Die UEMS verfolgt vordringlich die folgenden Ziele:

- Vertretung der Interessen aller Fachärzte in Europa
- Harmonisierung der Facharztausbildung in Europa
- Entwicklung von Standards für alle Fachdisziplinen

Entsprechend der zunehmenden Spezialisierung besteht die UEMS mittlerweile aus 43 Fachdisziplinen, 15 multidisziplinären Ausschüssen und mehr als 20 Divisionen/Working Groups [3].

Die einzelnen Fachdisziplinen haben mit einem European Board jeweils eine Untergruppe gebildet, die zusammen mit den zuständigen europäischen wissenschaftlichen Fachgesellschaften Empfehlungen für das Training und die Weiterbildung erarbeiten.

Das Gesamtgebiet der Chirurgie ist in der UEMS durch die Sektionen Herz- und Thoraxchirurgie, Neurochirurgie, Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie, Orthopädie und Unfallchirurgie, Kinderchirurgie, Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie, Thoraxchirurgie, Gefäßchirurgie und Allgemein- und Viszeralchirurgie vertreten.

Themen, die mehrere Fachdisziplinen betreffen, sind in der UEMS in den Multidisciplinary Joint Committees angesiedelt (Handchirurgie, Intensivmedizin, Onkologie, Phlebologie, Wirbelsäulenchirurgie, Sportmedizin, Wundmanagement).

Da es aufgrund der Berufsanerkennungsrichtlinie nicht zu einer baldigen Einführung von neuen Subspezialitäten in der Chirurgie kommen kann, hat die UEMS Surgery Section zusammen mit ihrem European Board of Surgery und den entsprechenden europäischen wissenschaftlichen Fachgesellschaften Anforderungen für die Erlangung einer Qualifikation in einer Subspezialität formuliert. Innerhalb der UEMS Section of Surgery werden die Subspezialitäten durch Divisions/Working Groups vertreten. Sie führen zusammen mit dem European Board of Surgery und den wissenschaftlichen Fachgesellschaften die Prüfung der geleisteten Anforderungen und das schriftliche und mündliche Examen durch. Bei bestandenem Examen erhält der Antragssteller ein Zertifikat, dass er über ein ausreichendes Wissen und nachgewiesene Kompetenz, zum Beispiel im Bereich der Koloproktologie, der endokrinen Chirurgie, der Transplantationschirurgie, der onkologischen Chirurgie usw. verfügt. Das Zertifikat trägt dann den Titel „Fellow European Board of Surgery – Subspeciality“.

Im Jahre 2019 hat die UEMS Surgery Section die Qualifikation „Fellow European Board of Surgery – Abdominal Wall Surgery“ (FEBS-AWS) eingeführt. Voraussetzung zur Erlangung dieses Zertifikats ist der Facharzt für Allgemein- oder Viszeralchirurgie. Hintergrund sind die zunehmende Entwicklung von Hernienzentren und die gestiegenen Anforderungen an die Hernienchirurgie durch Innovationen und komplexere Eingriffe [4, 5]. Zur Umsetzung wurde eine Kooperation der UEMS mit der European Hernia Society getroffen. Gemeinsam wurden dann die Anforderungen an das Zertifikat und damit an die Qualifikation Abdominal Wall Surgery festgelegt.

ANFORDERUNGEN AN DIE QUALIFIKATION „ABDOMINAL WALL SURGERY“

Der Antragsteller muss Facharzt für Allgemein- oder Viszeralchirurgie sein. Danach sollte für mindestens weitere zwei Jahre eine schwerpunktmäßige Weiterbildung in der Hernienchirurgie stattgefunden haben. Es müssen mindestens 200 Leistenhernien,

50 primäre Bauchwandhernien und 50 Narbenhernien von dem Antragsteller operiert worden sein [6]. Darüber hinaus müssen 200 Punkte durch den Besuch von Hernienkongressen und wissenschaftliche Aktivitäten auf dem Gebiet der Hernienchirurgie vorhanden sein [6]. Antragsteller, die diese Voraussetzungen erfüllen, können zur Prüfung zugelassen werden.

Die Prüfung findet bisher im Zusammenhang mit der Jahrestagung der European Hernia Society statt [7]. Der nächste Prüfungstermin ist der 18.10.2022 in Manchester, einen Tag vor Beginn des EHS-Kongresses. Die Prüfungen finden bisher in englischer Sprache statt [7]. Künftig können die Prüfungen auch in deutscher Sprache erfolgen.

Die Prüfung besteht aus einem schriftlichen und mündlichen Teil. Im schriftlichen Teil werden 100 Multiple-Choice-Fragen unterschiedlicher Kategorie gestellt. Im mündlichen Teil werden an sechs Stationen mit jeweils mindestens zwei Prüfern klinische Fälle besprochen und Behandlungsoptionen diskutiert sowie wissenschaftliche Fragestellungen angesprochen. Die Prüfungsdauer pro Station beträgt zehn Minuten, die Gesamtprüfungsdauer somit 60 Minuten. Die Prüfer sind national und international ausgewiesene Experten auf dem Gebiet der Hernienchirurgie.

VERLEIHUNG ZERTIFIKAT „FEBS-AWS“ EHRENHALBER

Es ist nachvollziehbar, dass sich sehr erfahrene Chirurgen mit mehr als zehnjähriger selbstständiger Position und großer

Erfahrung in der Hernienchirurgie nicht mehr gern einer Prüfung unterziehen wollen [8]. Da die UEMS Surgery Section jedoch eine Weiterverbreitung dieser Qualifikation anstrebt, hat sie entschieden, diese Qualifikation auch an erfahrene Hernienchirurgen ohne Prüfung bei Erfüllung entsprechender Voraussetzungen zu vergeben.

Folgende Voraussetzungen müssen gegeben sein:

- Mindestens zehn Jahre in selbstständiger Position mit entsprechender Erfahrung in der Hernienchirurgie
- Wissenschaftliche Aktivitäten auf dem Gebiet der Hernienchirurgie
- Beteiligung an Guidelines zur Hernienchirurgie
- Vorstand/Beirat nationaler und internationaler Herniengesellschaften
- Empfehlungsschreiben von national und international anerkannten Hernienexperten
- Lebenslauf mit Schwerpunkt der Aktivitäten im Bereich der Hernienchirurgie

Über den Antrag entscheidet dann das Leitungsgremium der Division/Working Group Abdominal Wall Surgery. Der erworbene Titel lautet Honorary Certificate „Fellow European Board of Surgery – Abdominal Wall Surgery“.

LITERATUR

- [1] Ärztliche Versorgung zwischen Spezialisierung und Ganzheitlichkeit, www.aerzteblatt.de (09. Feb. 2015)
- [2] Spielberg P, Europäische Union – Hohe Hürden für neue Facharzttitle, Deutsches Ärzteblatt (2005), Jg. 102, Heft 28-29

- [3] Union Européenne des Médecins Spécialistes, About us – Medical Specialities, <https://www.uems.eu/general/contact>
- [4] Köckerling F, Sheen AJ, Berrevoet F, Campanelli G, Cuccurullo D, Fortelny R, Friis-Andersen H, Gillion JF, Gorjanc J, Kopelman D, Lopez-Cano M, Morales-Conde S, Österberg J, Reinbold W, Simmermacher RKJ, Smietanski M, Weyhe D, Simons MP. Accreditation and certification requirements for hernia centers and surgeons: the ACCESS project, *Hernia* (2019); 23:185-203, doi: 10.1007/s10029-018-1873-2
- [5] Köckerling F, Sheen AJ, Berrevoet F, Campanelli G, Cuccurullo D, Fortelny R, Friis-Andersen H, Gillion JF, Gorjanc J, Kopelman D, Lopez-Cano M, Morales-Conde S, Österberg J, Reinbold W, Simmermacher RKJ, Smietanski M, Weyhe D, Simons MP, The reality of general surgery training and increased complexity of abdominal wall hernia surgery, *Hernia* (2019); 23:1081-1091, doi: 10.1007/s10029-019-02062-z
- [6] UEMS & EBS: Abdominal Wall Surgery Working Group, EBSQ Eligibility Requirements, <https://uemssurg.org/working-groups/abdominal-wall-surgery/ebsq-examination/>
- [7] UEMS & EBS: Abdominal Wall Surgery Working Group, EBSQ Examinations Organisation Rules, <https://uemssurg.org/wp-content/uploads/2021/08/AW-EBSQ-organisation-030821.pdf>
- [8] The Fellowship of Abdominal Wall Surgery (FEBS-AWS), Abdominal Wall Surgery – Honorary Certificate, <https://uemssurg.org/working-groups/abdominal-wall-surgery/honorary-certificate>

Kindliche Leistenhernien

Die kindliche Leistenhernie (LH) ist in aller Regel eine indirekte, angeborene Hernie, die aufgrund eines ausbleibenden Verschlusses des Processus vaginalis (PV) am inneren Leistenring entsteht [1]. Intraabdominal gelegene Strukturen können auf diese Weise durch den Leistenkanal bis ins Skrotum bzw. durch den Nuck'schen Kanal bis in die Labien absteigen.

INZIDENZ UND PRÄSENTATIONSALTER

Die Inzidenz der kindlichen LH ist abhängig vom Gestationsalter bzw. Geburtsgewicht. Etwa 30 Prozent aller Frühgeborenen, die weniger als 1.000 Gramm wiegen, weisen eine LH auf, wohingegen die Inzidenz bei Reifgeborenen bei etwa drei bis fünf Prozent liegt [2].

GESCHLECHTER- UND SEITENVERTEILUNG

Kindliche LH sind bei Jungen ungefähr vier bis zehn Mal häufiger als bei Mädchen. Bei 60 bis

70 Prozent ist die rechte Seite betroffen, bei 20 bis 25 Prozent die linke und 5 bis 15 Prozent sind beidseitig.

FAMILIÄRE VORBELASTUNG UND GEOGRAFISCHE VERTEILUNG

Obwohl eine höhere familiäre Inzidenz feststellbar ist, scheint diese – im Gegensatz zu Nabelhernien – unabhängig von der ethnischen Zugehörigkeit oder geografischen Region zu sein.

PRÄDISPOSITION

Kindliche LH können mit verschiedenen weiteren Krankheitsbildern assoziiert sein. Diese sind unter anderem Erkrankungen des Bindegewebes (zum Beispiel Cutis laxa, Ehlers-Danlos-Syndrom, Prune-Belly-Syndrom), aszitische Dekompensation (zum Beispiel ventrikuloperitoneale Shunts, Peritonealdialyse, Chylaszites, Gallengangsatresie),



Korrespondierender Autor:
Dr. med. Florian Friedmacher,
MSc (RCSI), PhD
 Oberarzt
 Klinik für Kinderchirurgie und
 Kinderurologie
 Universitätsklinikum Frankfurt
 Goethe-Universität Frankfurt
 Theodor-Stern-Kai 7
 60590 Frankfurt
 florian.friedmacher@kgu.de



Prof. Udo Rolle, MD, FEBPS, FRCS
(Glasg)
 Präsident Deutsche Gesellschaft für
 Kinderchirurgie (DGKCH)
 Studiendekan Klinik Fachbereich
 Medizin
 Direktor der Klinik für Kinderchirurgie
 und Kinderurologie
 Universitätsklinikum Frankfurt
 Goethe-Universität Frankfurt
 udo.rolle@kgu.de

Friedmacher F, Rolle U: Kindliche Leistenhernien.
 Passion Chirurgie. 2022 Mai; 12(05): Artikel
 03_03.



Diesen Artikel finden Sie auf BDC|Online
 (www.bdc.de) unter der Rubrik Wissen |
 Fachgebiete | Viszeralchirurgie.

erhöhter intraabdomineller Druck (zum Beispiel nach Bauchdeckenverschluss bei Gastroschisis und Omphalozele, Mukoviszidose) und in Verbindung mit anderen entwicklungsbedingten Phänomenen (zum Beispiel Hodenhochstand) [3].

EMBRYOLOGIE UND PATHOLOGIE

Sowohl kindliche LH als auch Hydrozelen und Hodenretention sind mit dem Gonadenabstieg und dem darauffolgenden Verschluss des PV vergesellschaftet [4]. Die Keimdrüsen entwickeln sich aus dem Zölomepithel und Urkeimzellen und entstehen auf der Urogenitalfalte an der hinteren Bauchwand. Bis zur sechsten Schwangerschaftswoche (SSW) sind die männlichen und weiblichen Keimdrüsen noch nicht unterscheidbar. Erst in der siebten SSW beginnt die Differenzierung des Hodens, das Gubernaculum erscheint und setzt an der vorderen Bauchwand an der Stelle des zukünftigen Leistenkanals an. Zwischen der achten und 15. SSW wird der Hoden am inneren Leistenring gehalten, während der Mesonephros (Urnieren) zu seiner späteren retroperitonealen Position absteigt. In der 12. SSW beginnt sich eine peritoneale Ausstülpung in Richtung des inneren Leistenrings vorzuwölben. Dieses fingerartige Divertikel ist der PV, auf dem der Hoden durch den Leistenkanal gleitet. Zwischen der 12. und 28. SSW verlängert sich der PV durch den Leistenkanal, zugleich verkürzt sich das Gubernaculum und zieht dadurch den Hoden skrotalwärts. Der Hoden erreicht das Skrotum ungefähr zwischen der 36. und 40. SSW und der PV obliteriert sich nach und nach, wodurch die peritoneale Öffnung am inneren Leistenring sukzessive verschlossen wird. Nur der distale Anteil des PV verbleibt, der den Hoden als Tunica vaginalis umgibt. Eine fehlende Obliteration des PV auf Höhe des inneren Leistenrings wird bei angeborenen LH und Hydrozelen vermutet. Der Verschluss erfolgt rechts früher als links, was im Zusammenhang mit der höheren Inzidenz von rechtseitigen kindlichen LH, Hydrozelen und Hodenhochständen stehen könnte. Bei der Geburt kann bei bis zu 95 Prozent aller männlichen Neugeborenen ein offener PV beobachtet werden. Da die vollständige Obliteration erst nach der Geburt stattfindet, beträgt die Inzidenz eines offenen PV im

ersten Lebensjahr 40 Prozent und im zweiten Lebensjahr 20 Prozent [5]. Ein asymptomatisch offener PV ist per se nicht mit einer klinisch manifesten kindlichen LH gleichzusetzen, solange kein Bruchsackinhalt vorliegt. Der genaue Zusammenhang zwischen Obliteration bzw. Verschluss des offenen PV und Entstehung einer kindlichen LH ist jedoch noch nicht vollständig verstanden.

PRÄSENTATION UND KLINISCHE UNTERSUCHUNG

Die kindliche LH präsentiert sich im Allgemeinen als intermittierende Schwellung in der Leiste, Skrotum oder Labien. Diese wird am deutlichsten sichtbar, wenn das Kind weint, hustet oder Manöver ausführt, die den intraabdominellen Druck erhöhen (wie zum Beispiel Lachen). Ältere Kinder klagen eventuell über einen dumpfen Schmerz in der Leistenregion.

Bei der klinischen Untersuchung zeigt sich unter Umständen eine merkliche Vorwölbung in der Leiste oberhalb und anteromedial des Tuberculum pubicum, häufig jedoch ist die kindliche LH in Ruhe nicht ausgetreten. Provokationsmanöver (wie zum Beispiel Hinstellen, Husten, das Kind zum Lachen bringen oder Hüpfen) können hilfreich sein, um die LH hervorzurufen. Das sogenannte „silk glove sign“ wurde traditionell als Nachweis für eine kindliche LH genutzt: Beim Legen eines Fingers auf den Samenstrang und sanftem Rollen über den Schambeinhügel lässt sich dort eine diskrete Verdickung tasten, vergleichbar mit dem Eindruck, wie wenn man zwei Seidenstücke aneinander reibt. Dieses Zeichen hat eine Sensitivität von 93 Prozent und Spezifität von 97 Prozent für eine LH bei Kindern [6].

Durch die zunehmende Verbreitung von Smartphones sind die Eltern häufig in der Lage, Fotos oder Videos der ausgetretenen LH zu präsentieren. Die körperliche Untersuchung sollte immer auch die Lagekontrolle beider Hoden im Skrotum mit einschließen, da sich ein Leistenhoden ebenfalls als Schwellung in der Leiste zeigen kann. Eine kindliche LH kann sich inkarrieren, was einen Darmverschluss oder Strangulation (das heißt Unterbrechung der Perfusion) des Bruchsackinhalts

(zum Beispiel Ovar) zur Folge haben kann. Klinische Zeichen einer Einklemmung sind eine schmerzhafte, prall elastische Schwellung in der Leiste, die sich trotz leichtem Druck nicht reponieren lässt. Symptome einer Obstruktion wie Erbrechen und abdominale Distension können ebenfalls vorhanden sein. Heftige Schmerzen, länger bestehende Inkarzeration, Fieber, Tachykardie und Erbrechen deuten auf eine stattgehabte Strangulation hin. Leider werden bis zu 50 Prozent der Kleinkinder mit LH mit einer Inkarzerationsepisode vorstellig. Die Einklemmung erfordert eine sofortige Reposition oder unverzügliche Herniotomie, falls Ersteres auch unter Analgosedierung nicht gelingen sollte. In aller Regel lässt sich jedoch die Mehrheit aller LH bei Kindern gut reponieren, falls dies von einem erfahrenen Untersucher durchgeführt wird.

BRUCHSACKINHALT

Der Herniensack kann unter anderem Dünndarm, Ovar, Omentum, Appendix (Amyand-Hernie), Meckel-Divertikel (Litré-Hernie), Mekonium (grünlich tingierte Verfärbung des Leistenkanals oder Skrotums nach neonataler Darmperforation) oder Schlauchmaterial (ventrikuloperitonealer Shunt oder Peritonealdialyse-Katheter) enthalten. Ein Bruchsack,

der zum Beispiel Appendix, Ovar oder Omentum enthält, kann ein Misslingen der manuellen Reposition der LH erklären.

DIFFERENZIALDIAGNOSEN

Eine Differenzierung zwischen einer irreponiblen kindlichen LH, einer Hydrozele und einer Hodentorsion kann vor allem bei Kleinkindern schwierig sein. Diese sind oft hungrig, irritabel und weinen viel. Falls die Leistenschwellung bereits mehrere Stunden besteht, macht das einsetzende Ödem zudem die Identifikation anatomischer Leitstrukturen schwieriger.

Normalerweise lässt sich eine Hydrozele dadurch abgrenzen, dass man bei der Palpation der Vorwölbung mit Zeigefinger und Daumen problemlos entlang der Samenstranggebilde in Richtung Abdomen streichen kann (mit Ausnahme einer seltenen abdominoskrotalen Hydrozele). Die Transillumination ist diagnostisch kein hilfreiches Zeichen zur Abgrenzung einer Hydrozele bei Kindern, da eine LH ebenfalls transilluminierbar sein kann.

Eine reponible Leistenschwellung ist in aller Regel hinweisend auf eine LH, sofern der Hoden sich im Skrotum palpieren lässt. Es ist jedoch möglich, einen aus der Bauchhöhle

durch den Leistenkanal absteigenden Hoden irrtümlicherweise als LH fehlzuinterpretieren, falls der Hoden nicht separat identifiziert werden kann. Ein Kind mit einer Hodentorsion und verfärbtem, ödematösem Skrotum, das bis in die Leiste reicht, ist rein klinisch kaum von einer inkarzierten LH unterscheidbar.

Im Zweifelsfall sollte man jedoch durch einen dringlich durchgeführten inguinoskrotalen Ultraschall in der Lage sein, einen Prolaps des Darms in den Bruchsack als echoreiche Struktur im Leistenkanal darzustellen und damit den Verdacht auf eine inkarzierte LH zu bestätigen. Rein sonografisch lässt sich eine Hydrozele nur schwer von einer Hodentorsion mit reaktiver Hydrozele abgrenzen. Falls der Verdacht auf eine Hodentorsion bestehen sollte, ist daher eine unverzügliche skrotale Exploration indiziert. Durch einen aussagekräftigen Ultraschall sollte man jedoch in der Lage sein, eine inkarzierte LH von einem akuten Skrotum zu unterscheiden und dadurch das Auffinden von Dünndarm im Skrotum im Rahmen einer unnötigen Hodenfreilegung zu vermeiden.

Die verschiedenen Differenzialdiagnosen für eine Leistenschwellung bei Kindern sind in **Tabelle 1** aufgelistet.

Tab. 1: Differenzialdiagnosen einer Leisten- bzw. Skrotalschwellung bei Kindern

	Differenzialdiagnosen	Klinische Merkmale
Reponible Leistenschwellung	Reponierbare LH	Indolent, oberhalb und anteromedial des Tuberculum pubicum, weich, zurückschiebbar.
	Kommunizierende Hydrozele	Indolent, palpierbare Flüssigkeitsansammlung, transilluminierbar.
	Schenkelhernie	
Irreponible Leistenschwellung	Inkarzierte LH	Schmerzhaft, hart, unverschieblich, Obstruktionszeichen.
	Inkarzierte Schenkelhernie	Schmerzhaft, hart, unverschieblich, Obstruktionszeichen.
	Nicht-kommunizierende Hydrozele	Indolent, transilluminierbare Stelle.
	Vergrößerter Leistenlymphknoten	Umschriebene Raumforderung.
	Leistenhoden	Hoden kann evtl. ins Skrotum gemolken werden. Falls schmerzhaft, sollte eine Torsion eines Leistenhodens in Erwägung gezogen werden.
Skrotale Schwellung	Inguinoskrotale Hernie	Man kann die Schwellung nicht oberhalb mit den Fingern umfahren, kann reponierbar oder inkarziert sein, wie oben.
	Hodentorsion	Hodenschmerzen, Schwellung auf das Skrotum begrenzt, man kann die Schwellung nach oben umfahren.
	Torquierte Morgagni-Hydatide	Wie oben, evtl. „blue dot sign“.
	Idiopathisches Skrotalödem	Bilateral, schmerzlos, oft mit vorausgegangenem viralen Infekt assoziiert.
	Hodentumor	

THERAPIE

Vorausgesetzt die Diagnose ist korrekt, wird sich eine kindliche LH nicht spontan zurückbilden, sondern erfordert eine operative Intervention, um diese zu behandeln. Sobald eine LH bei einem Kind diagnostiziert wird, sollte eine Überweisung zu einem Allgemein- bzw. Kinderchirurgen erfolgen und der Eingriff sollte innerhalb der nächsten Wochen stattfinden, um das Risiko einer Inkarzeration zu minimieren [7]. Die technisch deutlich anspruchsvolleren Herniotomien bei Neugeborenen sollten immer von einem Kinderchirurgen ausgeführt werden. Die Korrektur einer kindlichen LH kann konventionell offen oder laparoskopisch erfolgen [8, 9]. Die wichtigsten Teilschritte des Eingriffs beinhalten: Vergewisserung, dass der Bruchsack leer ist, Isolierung und Schonung der Samenstranggebilde (insbesondere des Ductus deferens sowie der Vasa testicularia), proximaler Verschluss des Bruchsacks und Kontrolle, dass sich der Hoden am Ende der Operation im Skrotum befindet.

KOMPLIKATIONEN

Die häufigsten Komplikationen sind Wundinfektionen, Blutungen, Hodenatrophie (etwa ein Prozent bei elektiven Eingriffen und bis zu 30 Prozent im Falle einer Inkarzeration), Verletzung des Samenleiters (etwa ein Prozent), Rezidiv (zirka ein Prozent bei älteren Kindern und vier bis acht Prozent bei Neugeborenen) und iatrogener Aufstieg des Hodens.

TÜCKEN UND SONDERFÄLLE

1. Eine *metachrone LH* (das heißt kontralaterale LH, die nach Verschluss der ipsilateralen LH zum Vorschein kommt) tritt bei etwa 7 Prozent aller Patienten auf [10]. Im Allgemeinen wird dieses Risiko jedoch nicht als hoch genug angesehen, um eine routinemäßige Exploration der Gegenseite zu rechtfertigen.
2. Das Risiko eines *Androgeninsensitivitätssyndroms* bei Mädchen, die eine LH aufweisen. Ungefähr ein Prozent aller Mädchen, die mit einer LH vorstellig werden, haben eine komplette Androgenresistenz und 46,XY Karyogramm. Die Herangehensweisen hinsichtlich dieses kleinen, aber bedeutenden Risikos variieren, sollten jedoch zumindest eine routinemäßige Beratung sowie Karyotypisierung beinhalten.

LITERATUR

- [1] Ein SH, Njere I, Ein A. Six thousand three hundred sixty-one pediatric inguinal hernias: a 35-year review. *J Pediatr Surg.* 2006;41(5):980-986.
- [2] Rajput A, Gauderer MW, Hack M. Inguinal hernias in very low birth weight infants: incidence and timing of repair. *J Pediatr Surg.* 1992;27(10):1322-1324.
- [3] Clarnette TD, Lam SK, Hutson JM. Ventriculo-peritoneal shunts in children reveal the natural history of closure of the processus vaginalis. *J Pediatr Surg.* 1998;33(3):413-416.
- [4] Pham SB, Hong MK, Teague JA, Hutson JM. Is the testis intraperitoneal? *Pediatr Surg Int.* 2005;21(4):231-239.
- [5] Rowe MI, Copelson LW, Clatworthy HW. The patent processus vaginalis and the inguinal hernia. *J Pediatr Surg.* 1969;4(1):102-107.
- [6] Luo CC, Chao HC. Prevention of unnecessary contralateral exploration using the silk glove sign (SGS) in pediatric patients with unilateral inguinal hernia. *Eur J Pediatr.* 2007;166(7):667-669.
- [7] Stylianos S, Jacir NN, Harris BH. Incarceration of inguinal hernia in infants prior to elective repair. *J Pediatr Surg.* 1993;28(4):582-583.
- [8] Potts WJ, Riker WL, Lewis JE. The treatment of inguinal hernia in infants and children. *Ann Surg.* 1950;132(3):566-576.
- [9] Esposito C, Escolino M, Turrà F, et al. Current concepts in the management of inguinal hernia and hydrocele in pediatric patients in laparoscopic era. *Semin Pediatr Surg.* 2016;25(4):232-240.
- [10] Ron O, Eaton S, Pierro A. Systematic review of the risk of developing a metachronous contralateral inguinal hernia in children. *Br J Surg.* 2007;94(7):804-811.

BDC|AKADEMIE



In Deutschland zählen Hernienoperationen mit ca. 300.000 Eingriffen pro Jahr zu den am häufigsten durchgeführten allgemeinchirurgischen Eingriffen. Eine Operation, die für alle Chirurgen der Grund- und Regelversorgung zum chirurgischen Alltag gehört. Deshalb hat die Deutsche Herniengesellschaft (DHG) zusammen mit der BDC|Akademie die Hernienschule mit den Modulen HERNIE kompakt, HERNIE konkret, HERNIE komplex und dem Zusatzmodul HERNIE kontakt entworfen.

Mehr Information und Anmeldung...

Webinare in der BDC|eAKADEMIE

2022



Kostenlos



**45 Minuten
Live-Vortrag**



**Diskussion
via Chat**



**On demand nach
Live-Vortrag**

Webinar-Reihe „Leitlinien in der Chirurgie“

**CME-
Punkte
sammeln**

Beim Klassiker der BDC|eAkademie wird jeden Monat eine Leitlinie der AWMF aus allen Bereichen der Chirurgie vorgestellt.

- 19.05.22** S3-Leitlinie „Adulte Weichgewebesarkome“
- 23.06.22** S3-Leitlinie „Coxarthrose“
- 01.09.22** S3-Leitlinie „Intravasale Volumentherapie beim Erwachsenen“
- 29.09.22** S3-Leitlinie „Lungenkarzinom“

Webinar-Reihe „Chirurgie aktuell“

Mit dieser Webinarreihe werden aktuelle Themen der Chirurgie fachübergreifend und praxisnah einmal monatlich adressiert.

- 11.05.22** Chirurgische Therapie des Rektumkarzinoms
- 15.06.22** Behandlungsmöglichkeiten von Pseudarthrosen
- 29.06.22** Digitale Gesundheitsanwendungen am Bewegungsapparat

BDC  **AKADEMIE**
Einfach starten!

www.bdc-eakademie.de



Mit freundlicher Unterstützung von:



Springer Medizin

www.SpringerMedizin.de/kliniken



Personalbemessung in der Chirurgie: Wie ist der IST-Zustand?

ERGEBNISSE DER BDC|UMFRAGE 2019

Die Personalbemessung in chirurgischen Fachabteilungen ist ein zentrales Thema aller leitenden, in der medizinischen Verantwortung stehenden Ärzt:innen. Für konstruktive Gespräche mit Geschäftsführungen werden fundierte Kennzahlen benötigt, die eine realistische Abschätzung erforderlicher personeller Ressourcen erlauben.

Zusätzliche Bedeutung erhält die Fragestellung durch die aktuellen Diskussionen um die Personaluntergrenzen in der Pflege. Während die Ärzteschaft noch immer um eine empirische Grundlage als Basis für die Kommunikation mit den Geschäftsleitungen der Krankenhäuser ringt, wurden für die Pflege bereits verbindlich geltende Personaluntergrenzen sozialrechtlich verankert und normativ jenseits der Pandemie umgesetzt.

Ziel der Umfrage ist daher die Beschreibung des Personalschlüssels, ärztlicher Zuständigkeiten, des Case Mix Index und der Bewertungsrelationen in chirurgischen Fachabteilungen deutscher Krankenhäuser unterschiedlicher Versorgungsgrade. Neben einer Charakterisierung der Krankenhausstrukturen erfolgt auch eine differenzierte Darstellung des Aufgabenspektrums, das durch Chirurg:innen an Krankenhäusern in Deutschland bewältigt wird.

Um eine gemeinsame Basis für zukünftige Forderungen nach einer angemessenen Personalausstattung zu generieren, benötigen wir eine flächendeckende Erhebung des chirurgischen Personalschlüssels im ärztlichen Dienst in Abhängigkeit von Einflussfaktoren wie der individuellen Krankenhausstruktur, dem jeweiligen Behandlungsspektrum und auch



Prof. Dr. Carolin Tonus
Vorsitzende des BDC-Landesverbandes
Hamburg
Ärztliche Direktorin und Cheärztin
Allgemein- und Viszeralchirurgie
Asklepios Klinik St. Georg
Lohmühlenstraße 5
20099 Hamburg
c.tonus@asklepios.com

dem Tätigkeitsspektrum von Chirurg:innen, also eine Beschreibung des „Ist-Zustands“. Die Ergebnisse der vorliegenden Umfrage liefern erste Anhaltspunkte und können als Argumentationshilfe dienen. Weitere Analysen sind erforderlich, um Benchmarks zu etablieren.

METHODIK UND BASISDATEN

Gegenstand der Analyse sind die Ergebnisse einer Umfrage anhand eines strukturierten Online-Fragebogens, der sich an alle BDC-Mitglieder richtete, die gleichzeitig als Chefärzt:innen tätig waren. Die Umfrage erfolgte im Zeitraum von Mai bis Dezember 2019. Als Befragungsinstrument wurde Survey Monkey genutzt. Der Online-Fragebogen beinhaltete 16 Detailfragen sowie ein Freifeld für Kommentare.

Der Fragebogen beinhaltete Fragen:

- zur Person
- zur Krankenhausstruktur und Abteilung (Klinikgröße, Fachbereich, Versorgungs-

stufe, Abteilungsgröße, ambulant Operieren)

- zur Personalausstattung
- zu zusätzlichen Tätigkeiten (u. a. ZNA, Rettungsstelle, Intensivstation, Funktionsdienst, Konsile, Administration)
- zum Case Mix Index, Bewertungsrelationen

BESCHREIBUNG DES BEFRAGUNGSKOLLEKTIVS

ALTERSSTRUKTUR UND GESCHLECHT

576 Chefärzte (82,6 %), 115 (17,1 %) Chefärztinnen und 2 Diverse (0,3 %) haben an der Umfrage teilgenommen (n=693).

Die größte Gruppe gehört der Altersgruppe der 56- bis 60-Jährigen an. Der Altersgipfel liegt damit - entsprechend der Karriere- stufe der Befragten - erwartungsgemäß über dem Altersdurchschnitt in Deutschland von

Geschlecht der Teilnehmer:innen

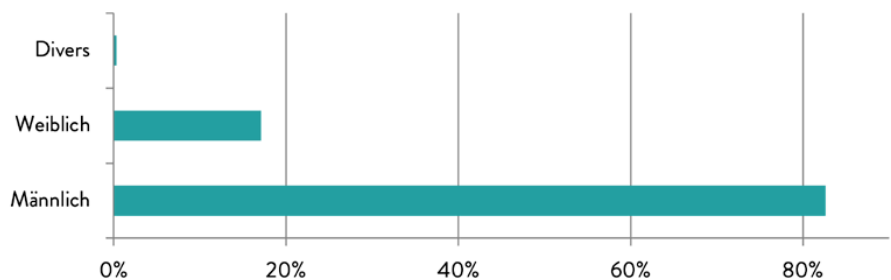


Abb. 1: Geschlecht der Teilnehmer:innen

Alter der Teilnehmer:innen

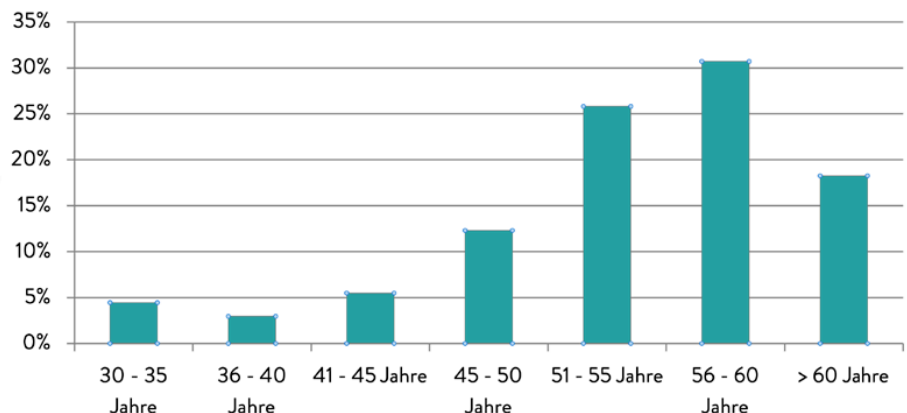


Abb. 2: Alter der Teilnehmer:innen

Tonus C: Personalbemessung in der Chirurgie:
Wie ist der IST-Zustand? Passion Chirurgie.
2022 Mai; 12(05): Artikel 04_01.



Diesen Artikel finden Sie auf BDC|Online
(www.bdc.de) unter der Rubrik Wissen |
Karriere | Personalstruktur.

Krankenhausgröße

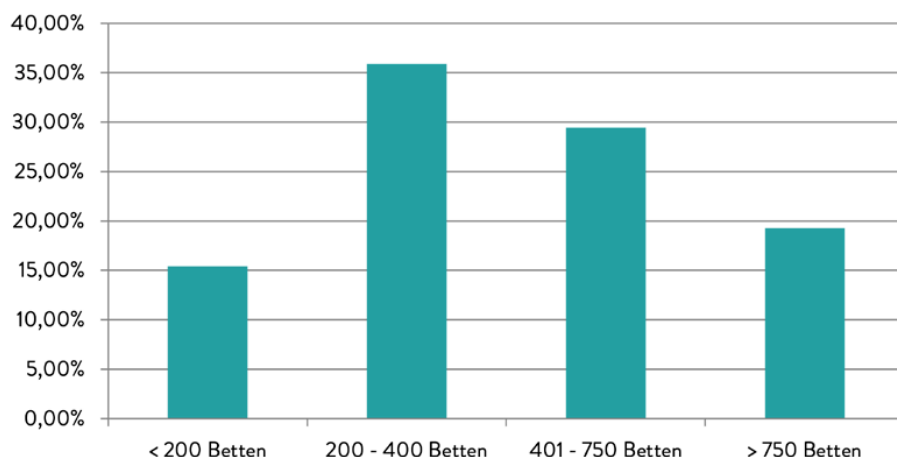


Abb. 3: Krankenhausgröße (Tätigkeitsort der Teilnehmer:innen)

Versorgungsstufe

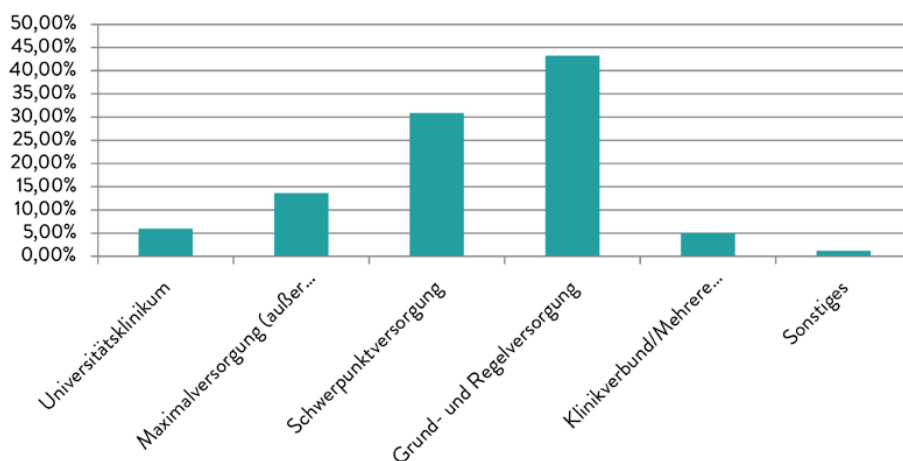


Abb. 4: Versorgungsstufe (Tätigkeitsort der Teilnehmer:innen)

Abteilungsgröße

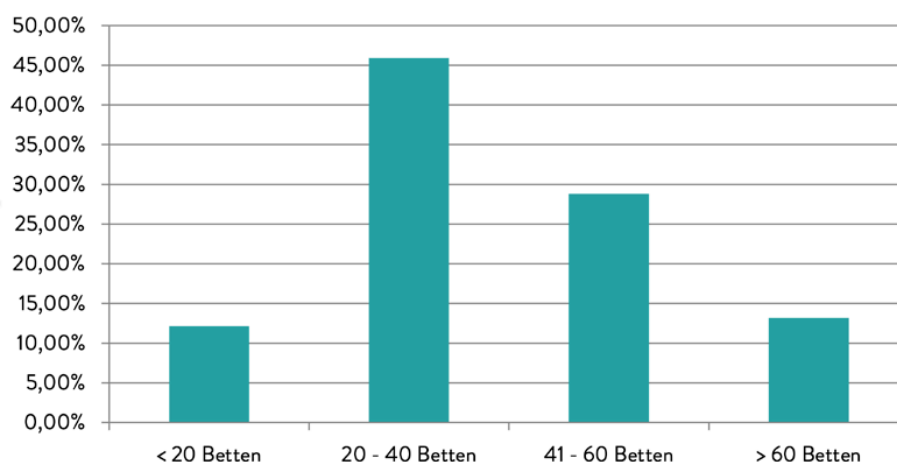


Abb. 5: Abteilungsgröße (Tätigkeitsort der TeilnehmerInnen)

44,5 Jahren Ende 2019 ([Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung](#)).

KRANKENHAUSSTRUKTUR

Mit ca. 36 % werden Krankenhäuser mit 200 bis 400 Betten am häufigsten als Arbeitsstelle der Teilnehmenden genannt, gefolgt von 29,5 % der Befragten, die an Krankenhäusern mit 401 bis 750 Betten tätig sind.

CHIRURGISCHE SCHWERPUNKTE DER BEFRAGTEN

Der größte Anteil der Befragten stammt mit knapp 50 % aus der Fachgruppe der Allgemein- und Viszeralchirurgie. Ca. 29 % gehören dem Bereich der Orthopädie und Unfallchirurgie an. Dies entspricht tendenziell der Verteilung der Chefärzt:innen im BDC.

Tab. 1: Fachgruppenverteilung der Teilnehmer:innen (Mehrfachnennungen waren möglich)

Allgemein- und Viszeralchirurgie	49,6 %
Orthopädie/Unfallchirurgie	28,9 %
Gefäßchirurgie	19,3 %
Chirurgie	11,2 %
Thoraxchirurgie	9,3 %
Kinderchirurgie	3,6 %
Plastische Chirurgie	3,45 %
Herzchirurgie	0,75 %
Sonstiges	3,45 %

VERSORGUNGSSTUFE DER KRANKENHÄUSER UND ABTEILUNGSGRÖSSE

Ca. 43 % der Befragten sind an Krankenhäusern der Grund- und Regelversorgung beschäftigt. Krankenhäuser der Maximalversorgung und Universitätskliniken machen zusammen nur 20 % des Gesamtkollektivs aus. Die durchschnittliche Abteilungsgröße liegt bei 20 bis 40 Betten.

ALTERSVERTEILUNG AUF DIE KRANKENHAUSGRÖSSE

Es zeigt sich, dass die Altersgruppen Ü40 relativ ähnlich auf die Krankenhausgrößen verteilt sind. Dabei imponiert der Anteil der Chirurg:innen, die an Kliniken mit weniger als 200 Betten arbeiten, bei über 50-Jährigen merklich höher. Bei Ärzt:innen zwischen 30 und 40 Jahren ist dieser Prozentsatz deutlich geringer. Dafür arbeitet die Majorität derer an großen Krankenhäusern mit mehr als 750 Betten.

WICHTIGE ERGEBNISSE

AMBULANTES OPERIEREN

Mehr als 90 % der Umfrageteilnehmer besitzen die Möglichkeit, ambulant zu operieren. Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes (Destatis 2021) werden in 1.121 von insgesamt 1.914 Krankenhäusern in Deutschland (entspricht ca. 59 %) ambulante Operationen und stationersetzende Eingriffe nach § 115b SGB V erbracht. Die Auswertung der Personalbemessung in der Chirurgie zeigt, dass in Krankenhäusern mit chirurgischer Fachabteilung dieses Merkmal deutlich stärker ausgeprägt ist.

PERSONALSCHLÜSSEL

Aus den Antworten der Befragten kann ermittelt werden, dass in ihrem Verantwortungsbereich durchschnittlich 1,2 Chefärzt:innen, 1,7 Oberärzt:innen, 5,3 Fachärzt:innen und 6,6 Assistenzärzt:innen in Weiterbildung beschäftigt sind.

Altersverteilung auf die Krankenhausgrößen

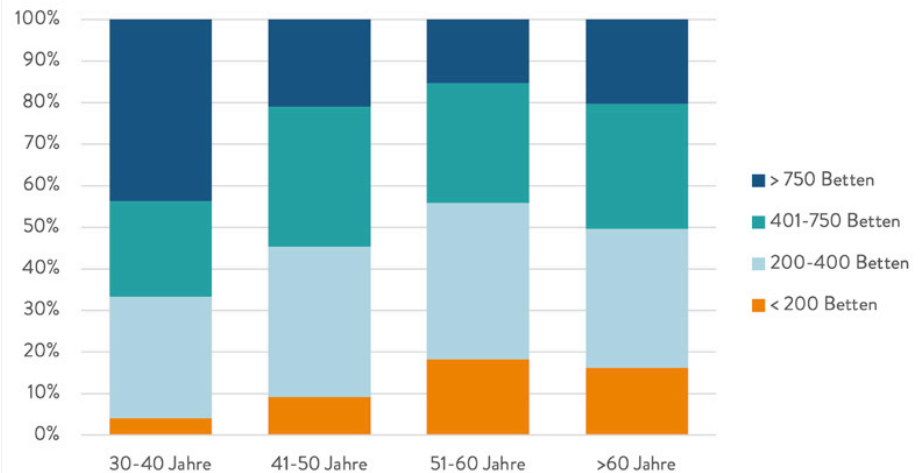


Abb. 6: Altersverteilung auf Krankenhausgröße

Besitzen Sie die Möglichkeit, ambulant zu operieren?

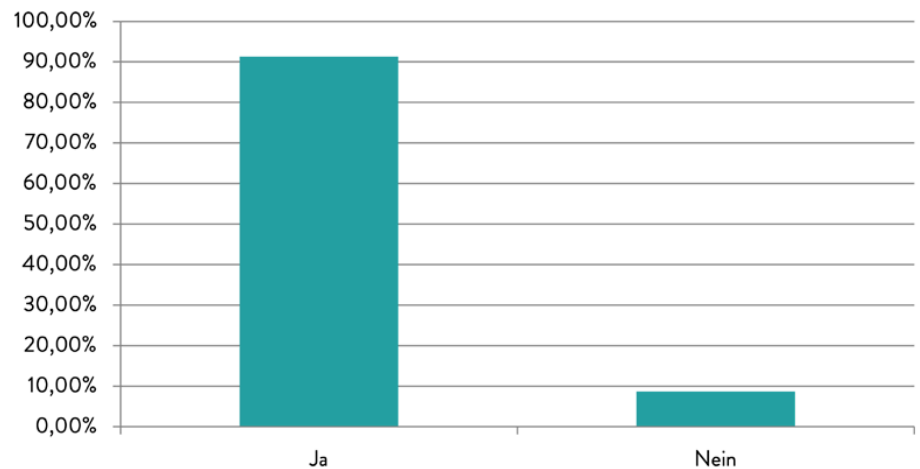


Abb. 7: Ambulantes Operieren

Personalschlüssel

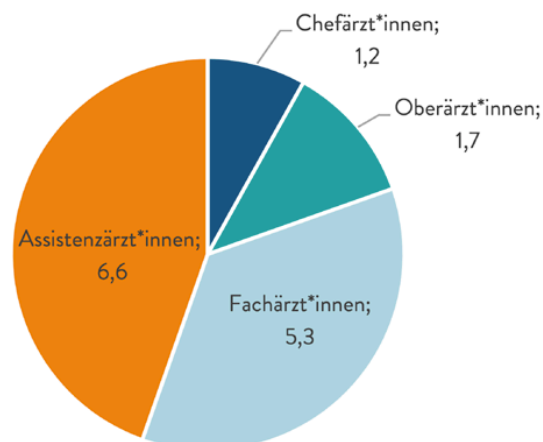


Abb. 8: Personalschlüssel

Welche zusätzlichen Tätigkeiten decken Sie mit Ihrem ärztlichen Personal noch ab?

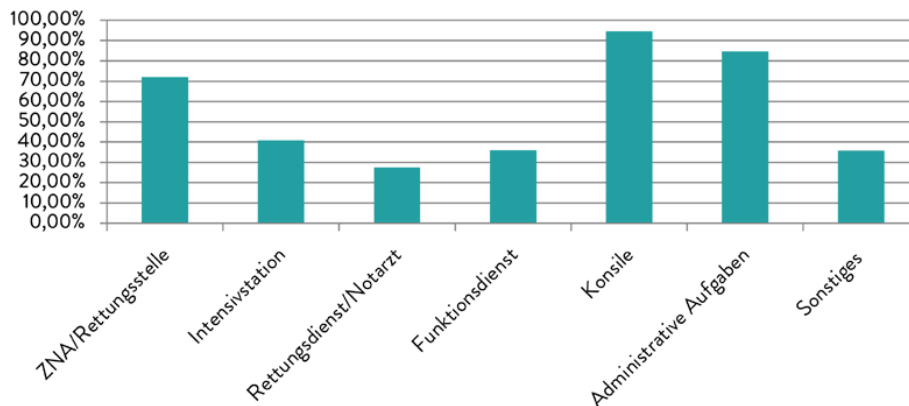


Abb. 9: Zusätzliche Tätigkeiten

ZUSÄTZLICHE TÄTIGKEITEN UND DEREN BERÜCKSICHTIGUNG IM STELLENSCHLÜSSEL

Durch das ärztliche Personal werden erwartungsgemäß zahlreiche zusätzliche Tätigkeiten abgedeckt. Unter anderem geben 95 % der Teilnehmer an, dass Konsiliardienste in ihren Verantwortungsbereich entfallen. 85 % sind ebenfalls für administrative Aufgaben, wie die Kodierung, MD-Anfragen und die Organisation des Qualitätsmanagements zuständig. 72 % besetzen zusätzlich die jeweilige ZNA/Rettungsstelle.

Mit ca. 76 % bekundet ein hoher Anteil der Befragten, sich an der studentischen Ausbildung im Rahmen des praktischen Jahres zu beteiligen.

Trotz der Fülle an zusätzlichen Aufgaben beantworten nur 27 % der Teilnehmenden die Frage, ob die zusätzlichen Tätigkeiten in ihrem Stellenschlüssel berücksichtigt werden, positiv.

Nehmen Sie an der studentischen Ausbildung im Praktischen Jahr teil?

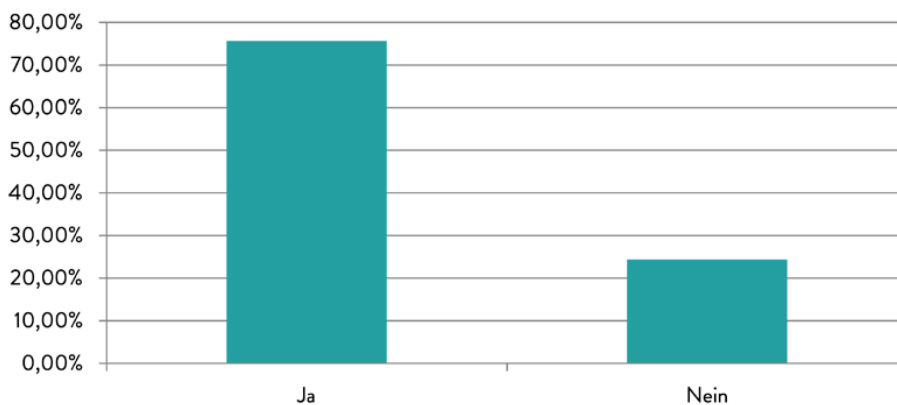


Abb. 10: Teilnahme an der studentischen Ausbildung im Praktischen Jahr

Werden diese zusätzlichen Tätigkeiten in Ihrem ärztlichen Stellenschlüssel berücksichtigt?

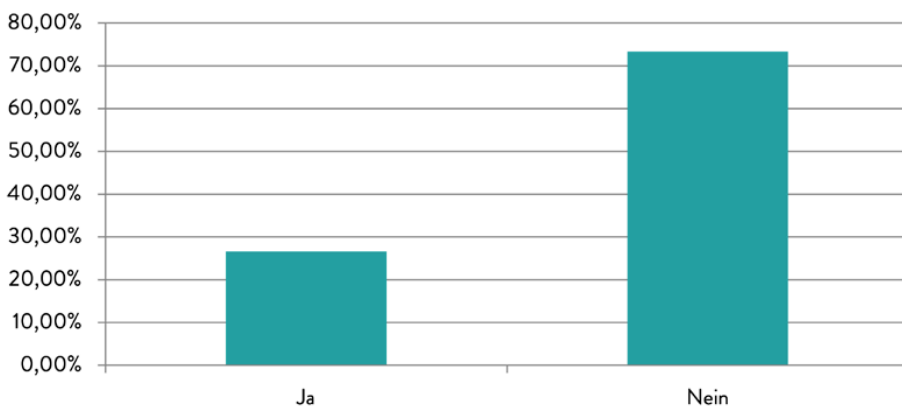


Abb. 11: Berücksichtigung der zusätzlichen Tätigkeiten

Etwa ein Drittel (ca. 34 %) der Chefärzt:innen gibt an, bereits unter den gegebenen Umständen unbesetzte Arztstellen zu haben.

Die relative Verteilung der Antworten nach Größe der Krankenhäuser zeigt, dass in

Häusern mit über 750 Betten (28,5 %) tendenziell weniger chirurgische Arztstellen unbesetzt sind als in Häusern mit 400 und weniger Betten (36 %).

Der geringste Anteil unbesetzter Arztstellen wird seitens der teilnehmenden plastischen

Chirurg:innen (18 %) angegeben, die höchste Anzahl von Gefäßchirurg:innen (40,5 %). In der Gruppe der Allgemein- und Viszeralchirurgie bekunden im Vergleich 34 % unbesetzte Arztstellen zu haben, Orthopädie und Unfallchirurgie 32 %.

Haben Sie unbesetzte Arztstellen?

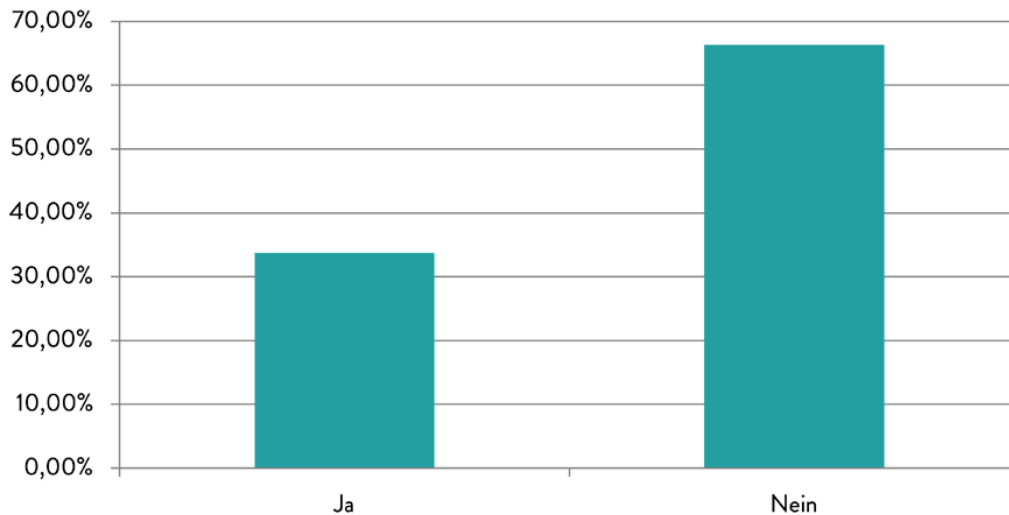


Abb. 12: Unbesetzte Arztstellen

Haben Sie unbesetzte Arztstellen?

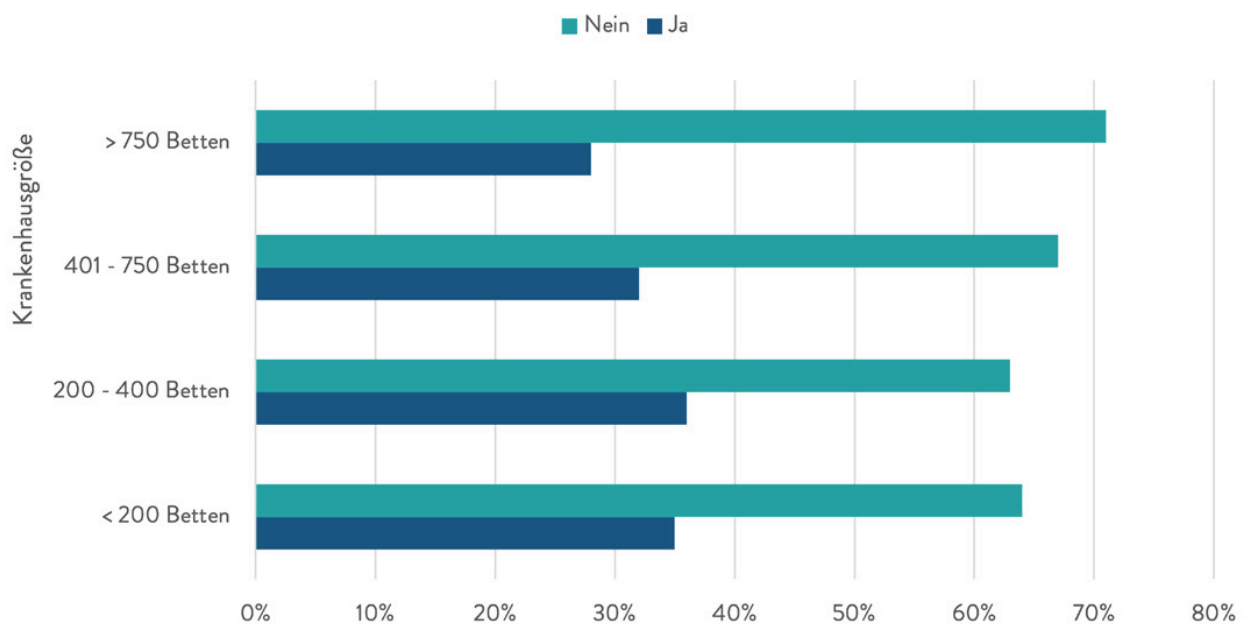


Abb. 13: Verteilung unbesetzter Arztstellen nach Krankenhausgröße

Vor dem Hintergrund unbesetzter Arztstellen und mangelnder Berücksichtigung zusätzlicher Aufgaben im Stellenschlüssel erscheint es plausibel, dass 47 % der Befragten angeben,

Case Manager bzw. Dokumentationskräfte zu beschäftigen. Rund ein Viertel (24 %) verfügen über Physician Assistants in ihren Abteilungen. Honorarärzte (18 %), Gastärzte (18,5 %)

und Belegärzte (10 %) ergänzen die Klinikteams, wobei sich auch in dieser Umfrage widerspiegelt, dass das Belegarztwesen offenbar an Attraktivität verloren hat.

Haben Sie unbesetzte Arztstellen?

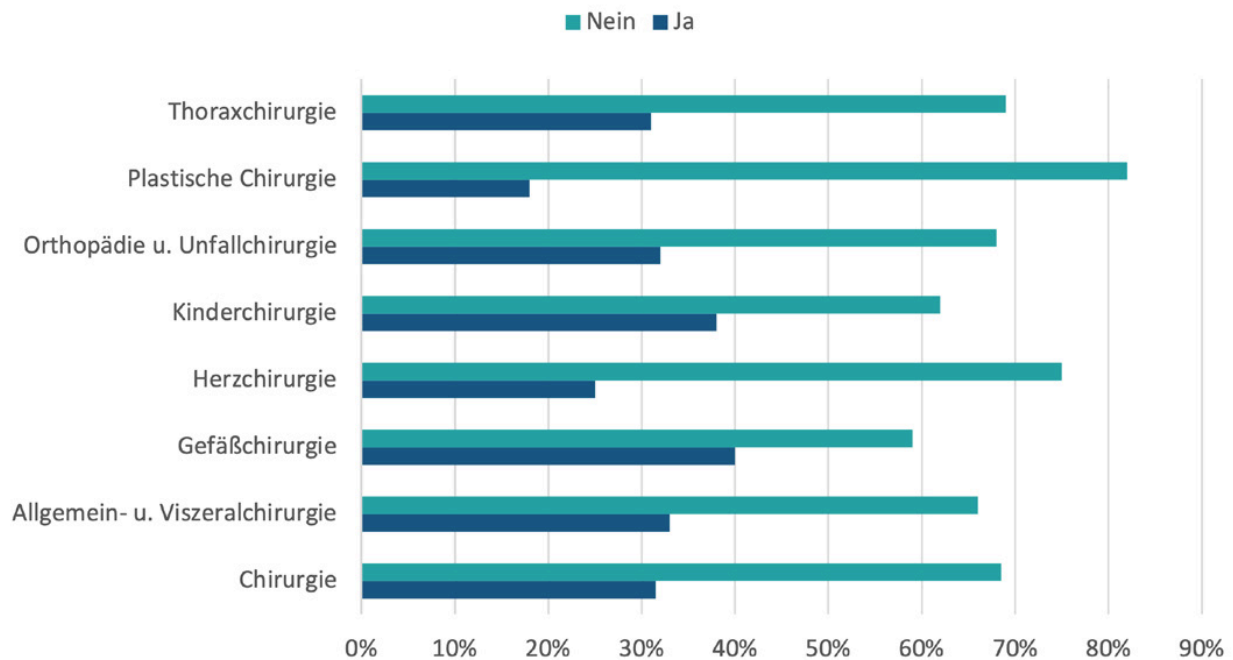


Abb. 14: Verteilung unbesetzter Arztstellen nach Fachgruppe

Welche dieser Fachkräfte beschäftigen Sie in Ihrer Abteilung?

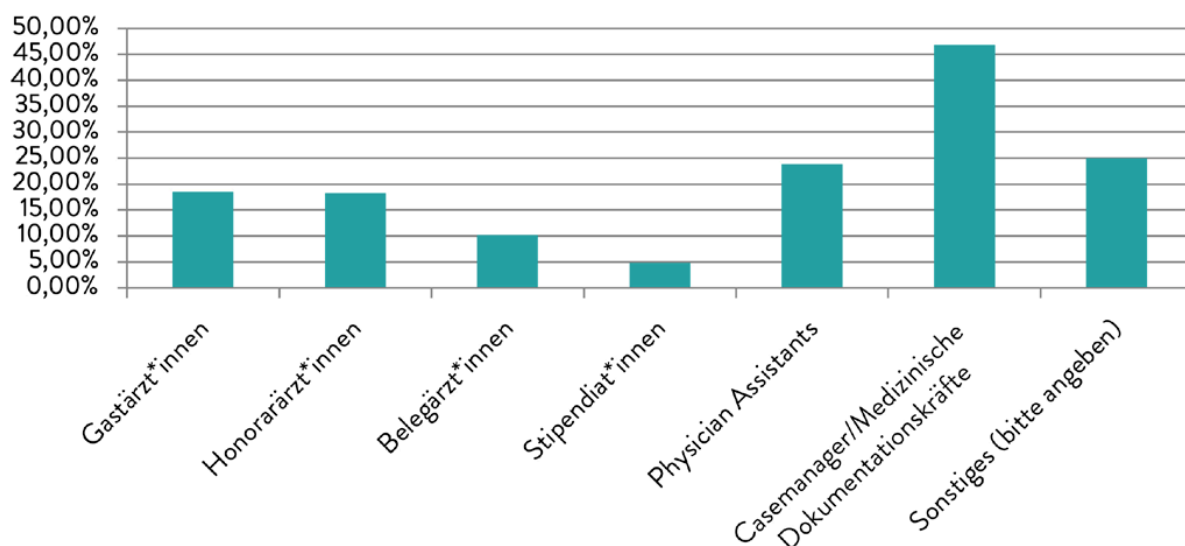


Abb. 15: Beschäftigung weiterer Fachkräfte

ORIENTIERENDE ANALYSE DER ANGEgebenEN BEWERTUNGSRELATIONEN

Der Case Mix Index (CMI) liegt mit 54 % bei der Mehrheit der Befragten zwischen 1,0 und 1,5. Die Verteilung erscheint plausibel.

Bezieht man den angegebenen CMI auf die durchschnittliche Anzahl an beschäftigten Vollzeitkräften in den entsprechenden Abteilungen, fällt auf, dass ein besonders hoher CMI ($> 4,0$) mit einer durchschnittlich hohen Anzahl an Vollzeitkräften (> 23) einhergeht.

Aufgeschlüsselt nach den Fachbereichen zeigen sich mit einem durchschnittlichen CMI von 1,0 bis 1,5 ähnliche Ergebnisse für die Allgemein- und Viszeralchirurgie, die Orthopädie und Unfallchirurgie und die Plastische Chirurgie. Der durchschnittliche

Wie war der Case Mix Index Ihrer Fachabteilung im vergangenen Jahr?

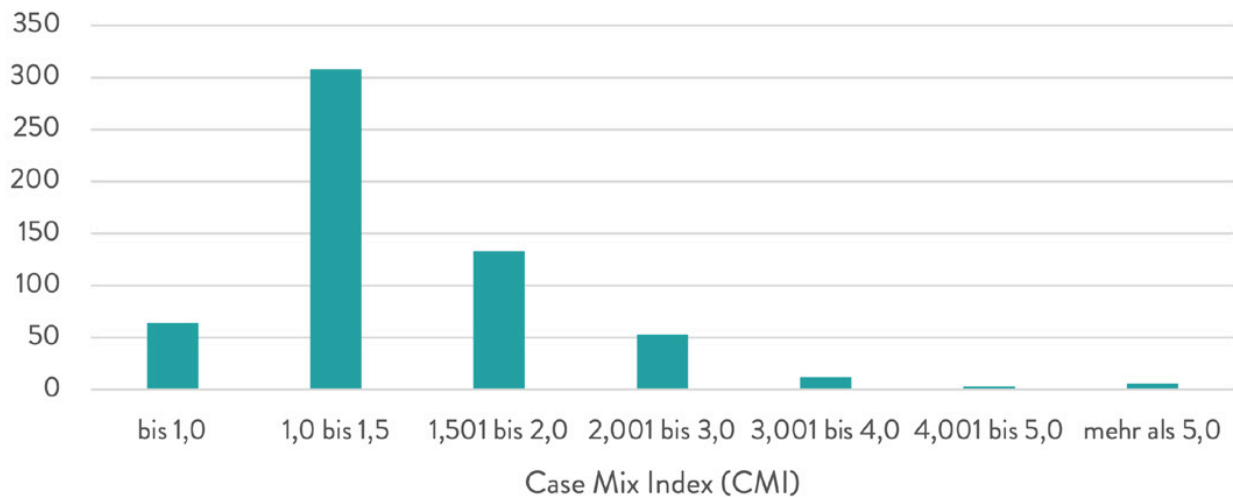


Abb. 16: Case Mix Index

Anzahl an Vollzeitkräften je CMI-Bereich

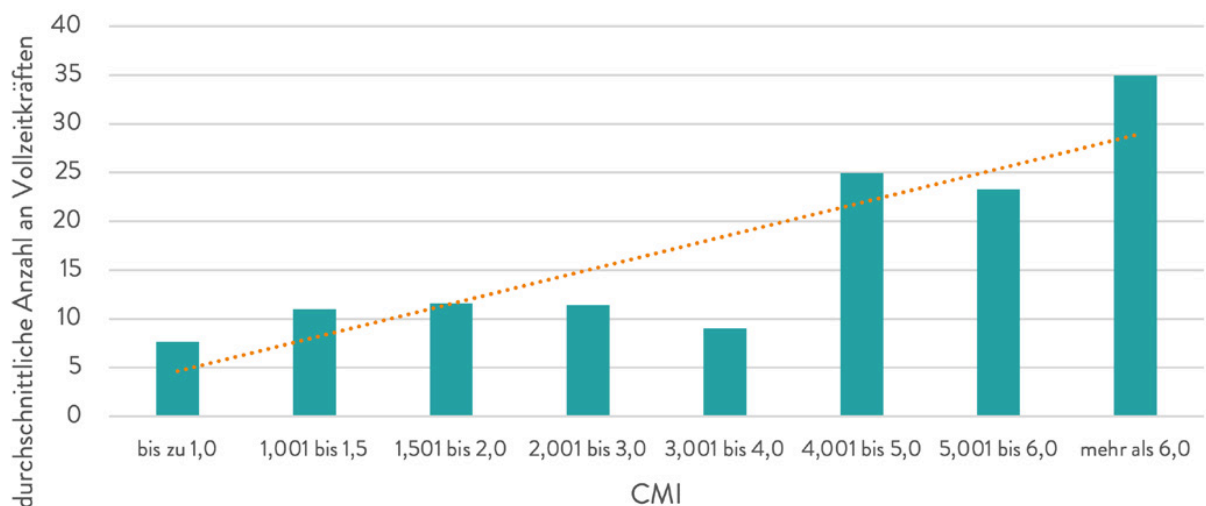


Abb. 17: Case Mix Index mit durchschnittlicher Anzahl an beschäftigten Vollzeitkräften

CMI in den Abteilungen der befragten Gefäß- und Thoraxchirurg:innen liegt deutlich höher.

Ähnliche Gesetze gelten für Bewertungsrelationen. Auch Leistungsentgelte steigen

erwartungsgemäß mit der Krankenhaus-/Abteilungsgröße und korrelieren mit der Anzahl qualifizierter Mitarbeiter:innen.

Bezogen auf die verschiedenen Fachbereiche fällt auf, dass die am häufigsten angegebene

Bewertungsrelation zwischen 1.000 und 2.000 liegen. Nur im Bereich der Orthopädie/Unfallchirurgie ist ein Bereich von 2.001 bis 3.000 häufiger angegeben.

CMI Angaben in verschiedenen Fachbereich

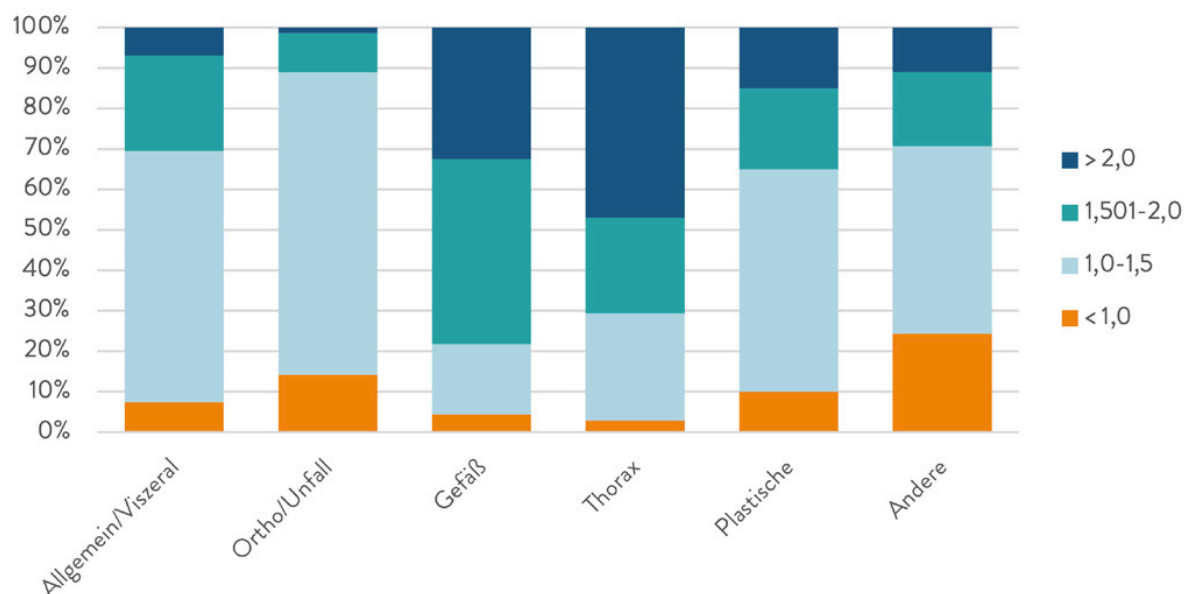


Abb. 18: Case Mix Index bezogen auf verschiedene chirurgische Fachbereiche

BWR bezogen auf Krankenhausgröße

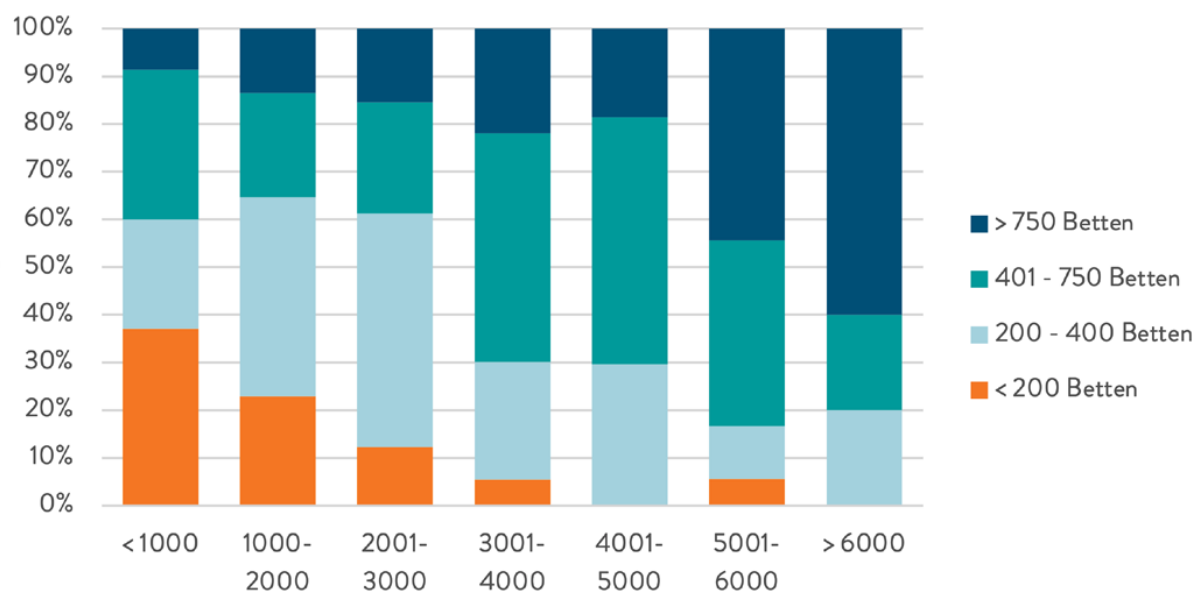


Abb. 19: Bewertungsrelation bezogen auf die Krankenhausgröße

Bewertungsrelation nach Abteilungsgröße

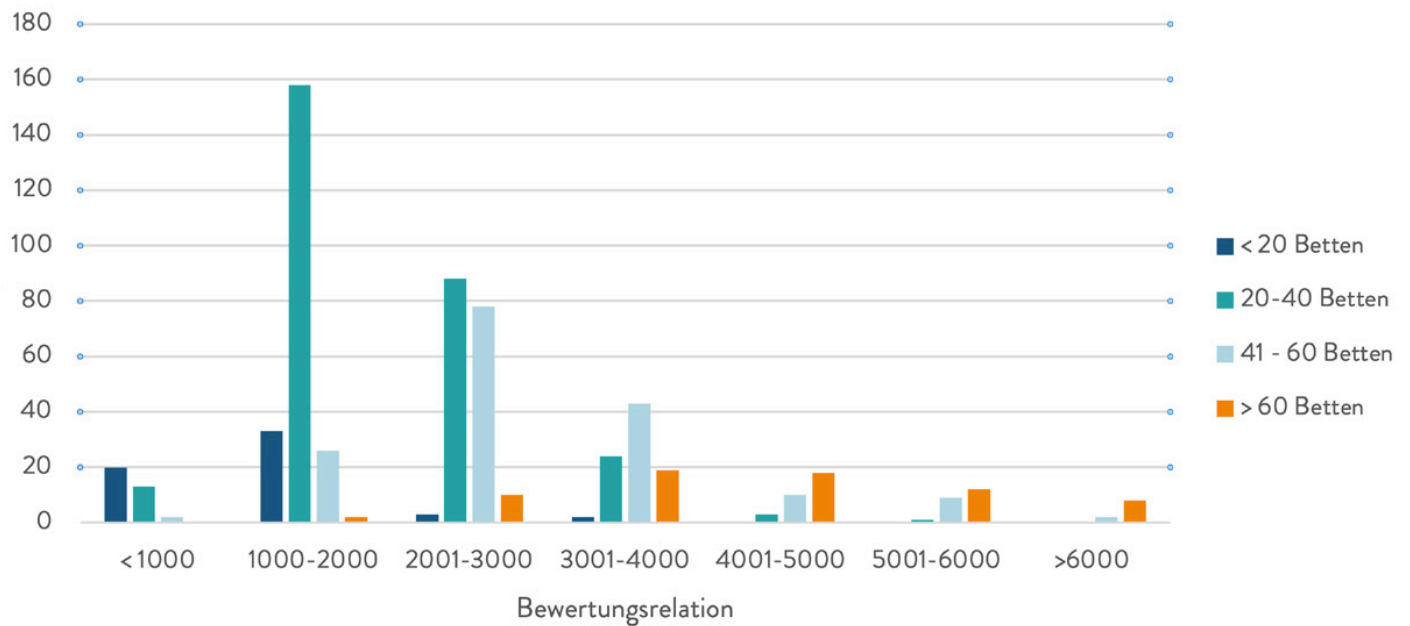


Abb. 20: Bewertungsrelation bezogen auf die Abteilungsgröße

BWR bezogen auf durchschnittliche Vollzeitkräfte

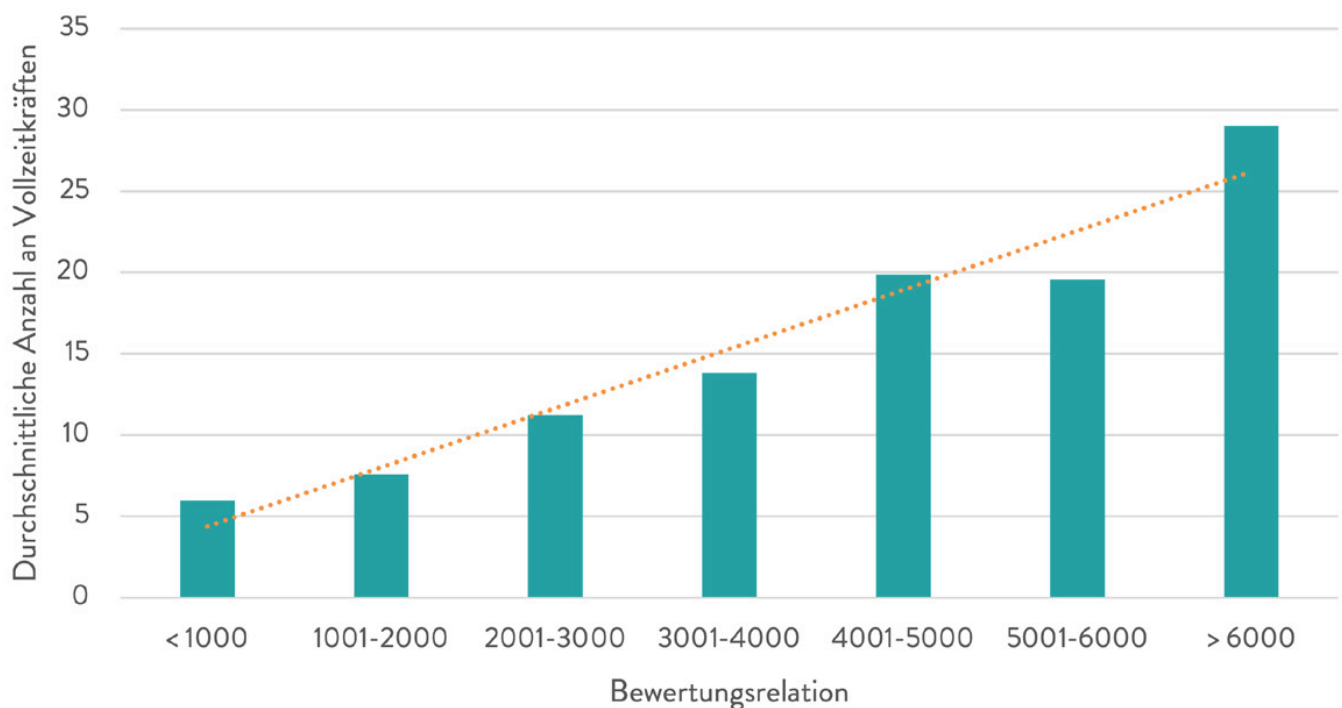


Abb. 21: Bewertungsrelation bezogen auf die Anzahl an beschäftigten Vollzeitkräften

BWR-Angaben in verschiedenen Fachbereichen

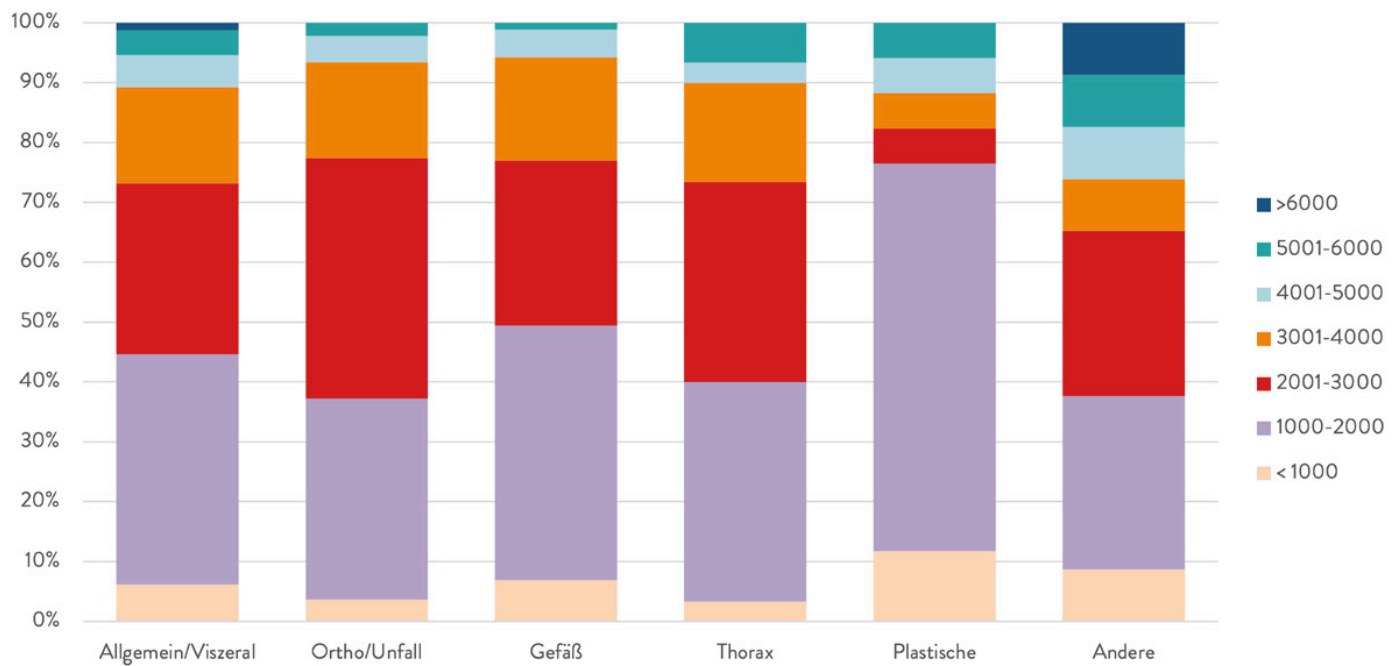


Abb. 22: Bewertungsrelation bezogen auf die chirurgischen Fachbereiche

BWR-Angaben in verschiedenen Versorgungsstufen

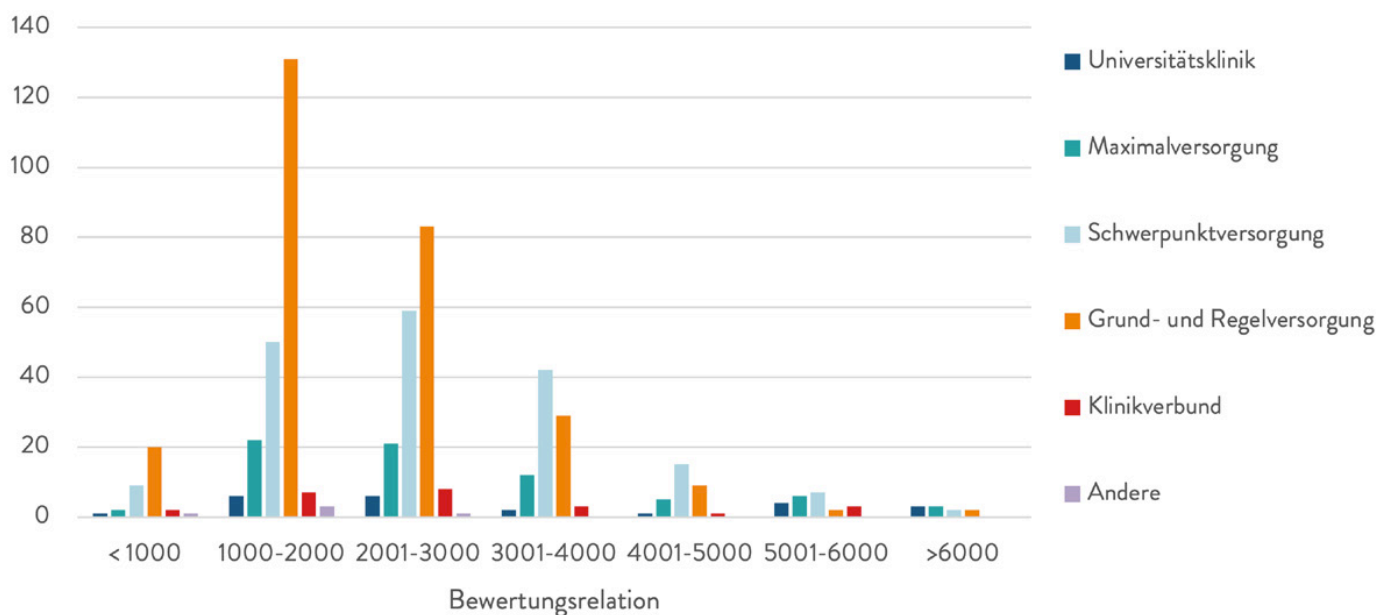


Abb. 23: Bewertungsrelation bezogen auf die Versorgungsstufe

Betrachtet man die Versorgungsstufen der Krankenhäuser, zeigt sich, dass insbesondere für die Krankenhäuser der Grund- und Regelversorgung und „Andere“ der Anteil

eines BWR-Wertes zwischen 1.000 und 2.000 besonders groß ist. In Kliniken der Schwerpunkt- und der Maximalversorgung und Universitätskliniken liegt ein erheblicher Anteil

der BWR-Angaben über 3.000 und sie werden damit erwartungsgemäß höher bewertet als niedrigere Versorgungsstufen.

47 % der Befragten beschäftigen Case-manager:innen und/oder medizinische Dokumentationskräfte. Eine Assoziation zwischen der Höhe der Bewertungsrelation und dem Anteil der Befragten mit Case-manager:in/Dokumentationskraft ließ sich nicht nachweisen. Zwar scheint im Bereich von 1.000 bis 4.000 ein positiver Zusammenhang erkennbar zu sein. Danach

jedoch weichen die Angaben vom anfänglichen Trend ab.

Die Größe der Effekte, bzw. die Unabhängigkeit der Variablen in ihrer Assoziation mit Bewertungsrelationen bzw. Case Mix Index waren nicht Gegenstand dieser Analyse und sollten Inhalt weiterer Untersuchungen sein.

BEREITSCHAFT ZUR WEITEREN UNTERSTÜTZUNG

Die abschließende Frage nach der individuellen Bereitschaft, ggf. weitere Daten für detailliertere Analysen, wie z. B. DRG-Listen oder § 21-Daten zur Verfügung zu stellen, beantworteten 61,8 % mit „nein“. Knapp 40 % der Befragten hingegen wären bereit, weitere Auswertungen zu unterstützen.

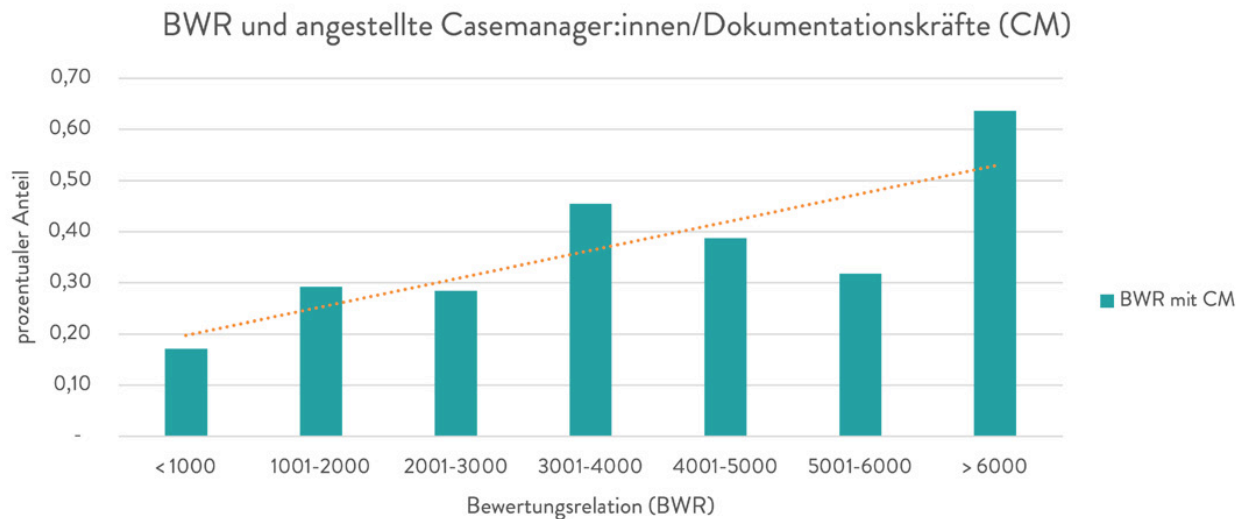


Abb. 24: Zusammenhang zwischen der Bewertungsrelation und dem Einsatz von Casemanager:innen

**Wären Sie bereit, weitere Daten
(z. B. DRG-Listen, § 21-Daten etc.)
für detailliertere Analysen zu Verfügung zu stellen?**

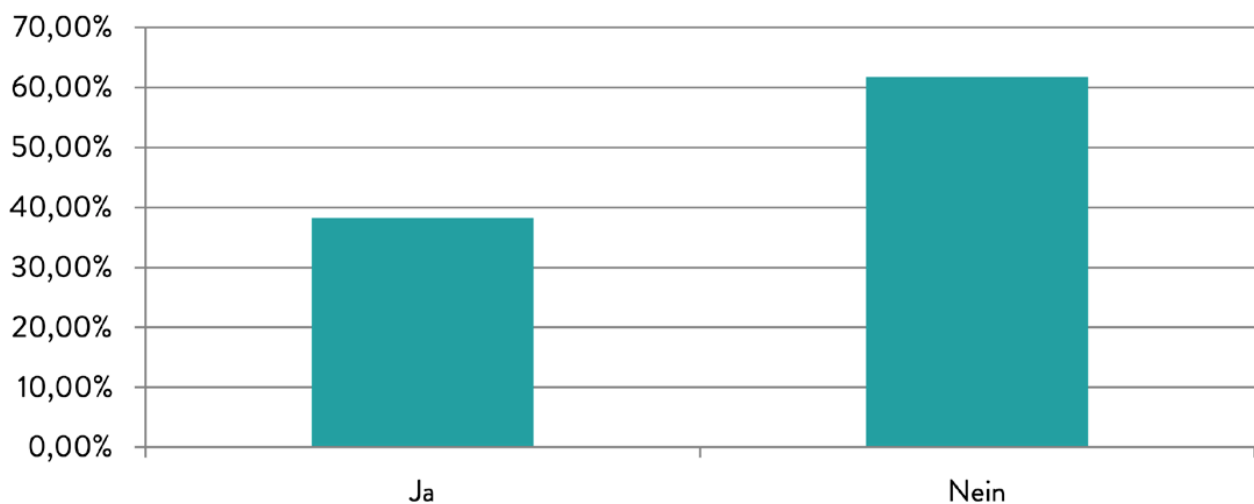


Abb. 25: Bereitschaft für weitere Analysen Daten bereit zu stellen

ZUSAMMENFASSUNG UND SCHLUSSFOLGERUNG

Das Kollektiv der befragten Chefärzt:innen im BDC entsprach überwiegend den Erwartungen: Etwa 89 % der Teilnehmer waren männlich. Der Altersgipfel lag bei 51 bis 60 Jahren. Knapp 75 % aller Antwortenden waren Ü50. Dieses Resultat ist neben der „hierarchischen Timeline einer chirurgischen Karriereleiter“ in Relation zur demografischen Entwicklung zu sehen. Das Ausscheiden der Babyboomer aus dem aktiven Berufsleben wird eine Herausforderung. Verlängerungen von Arbeitsverhältnissen über den Renteneintritt hinaus sind zu erwarten. Darüber hinaus trafen wir ältere Chirurg:innen eher in kleineren Krankenhäusern an. Dieses Phänomen wird der Arbeitsbelastung – insbesondere im Notfallgeschäft – geschuldet sein. Die Mehrzahl der Studienteilnehmenden war an Krankenhäusern der Grund- und Regelversorgung mit 200 bis 400 Betten in Abteilungen mit 20 bis 40 Betten tätig. Mit über 50 % der Befragten gehörten, entsprechend der Verteilung der BDC-Mitglieder, überproportional viele Umfrageteilnehmer der Fachgruppe der Allgemein- und Viszeralchirurgie an.

Die Tatsache, dass mehr als 90 % der Chirurg:innen in Deutschland die Infrastruktur besitzen, ambulant zu operieren, überrascht positiv.

Durchschnittlich waren im Verantwortungsbereich der Befragten 1,2 Chefärzt:innen, 1,7 Oberärzt:innen, 5,3 Fachärzt:innen und 6,6 Assistenzärzt:innen in Weiterbildung beschäftigt.

Die Befragten gaben an, neben der chirurgischen Kerntätigkeit für zahlreiche zusätzliche Aufgaben verantwortlich zu sein, z. B. Konsiliardienste (95 %), Dokumentation/Administration (85 %) sowie ZNA/Rettungsdienste (72 %). 76 % aller Antwortenden beteiligten sich an der Ausbildung

von Studierenden im Praktischen Jahr. Die Diversifizierung der ärztlichen Tätigkeiten zeigte, dass bei 73 % der Umfrageteilnehmer – dem entsprechen fast Dreiviertel des Studienkollektivs – zusätzliche Aufgaben wie Konsiliar- und Notaufnahmedienste sowie Administration/Dokumentation nicht im Stellenschlüssel berücksichtigt werden. Hinzu kommt, dass 34 % des Studienkollektivs angaben, unbesetzte Arztstellen zu haben. Demgegenüber imponierte zwangsläufig eine relativ hohe Quote an „paramedizinischen“ Angestellten. 47 % beschäftigen Case Manager bzw. Dokumentationskräfte und 24 % haben ihr Team durch Physician Assistants erweitert. Interessant erscheint die Tatsache, dass sich unbesetzte Arztstellen fachspezifisch und indirekt proportional zur Krankenhausgröße darstellten. Zukünftig werden große Kliniken mit innovativen Techniken, wie zum Beispiel der Robotik, Wettbewerbsvorteile haben. Zudem sorgt die Neuauflage europäischer Mindestmengen anspruchsvoller operative Prozeduren für deren Zentralisierung.

Die Schaffung weiterer Arztstellen, um zusätzliche Tätigkeitsfelder zu berücksichtigen, würde voraussichtlich dazu führen, dass weitere Stellen nicht besetzt werden können. Dies spricht einmal mehr dafür, dass das Nachwuchsproblem dringend adressiert werden muss.

Vor dem Hintergrund knapper personeller Ressourcen lag ein besonderes Augenmerk auf der Analyse von Case Mix Index und Bewertungsrelationen in Hinblick auf die ärztliche Personalausstattung. Der CMI rangierte bei 47 % aller Befragten zwischen 1,0 bis 1,4. Zum einen konnte dargestellt werden, dass Universitätskliniken, Krankenhäuser der Maximalversorgung und Krankenhäuser der Schwerpunktversorgung tendenziell höhere Bewertungsrelationen erreichen als Krankenhäuser der Grund- und Regelversorgung. Zum anderen korrelierten erwartungsgemäß höhere Bewertungsrelationen mit größeren Krankenhäusern, größeren Abteilungen und

mehr Vollzeitäquivalenten für Chirurg:innen. Ob die höhere Anzahl an Vollzeitäquivalenten im Zusammenhang mit den höheren Bewertungsrelationen steht oder letztlich eine Folge der höheren Abteilungsgrößen ist, kann anhand der vorliegenden Auswertungen nicht beurteilt werden. Abschließend sei darauf hingewiesen, dass chirurgische Fächer differente Deckungsbeiträge erzielen sowie unterschiedlich refinanziert sind.

DISKUSSION UND AUSBLICK

Als Limitation der Ergebnisse ist zu beachten, dass es sich bei dem Untersuchungskollektiv um freiwillige Teilnehmer an einer Online-Befragung zur Personalbemessung handelt. Ein Bias, der sich aus der Bereitschaft zur Teilnahme ergibt, ist insofern nicht auszuschließen. Zudem handelt es sich um rein orientierende Auswertungen. Quantitative statistische Verfahren wurden nicht eingesetzt. Die Unabhängigkeit der unterschiedlichen Variablen war nicht Gegenstand der statistischen Analyse.

Die vorliegende Studie liefert Hinweise für eine Ressourcenknappheit im Bereich des chirurgischen Personals in deutschen Krankenhäusern. Um die empirische Grundlage für etwaige Personalverhandlungen zu verbessern und es Kolleg:innen zu erleichtern, anhand anerkannter Benchmarks mit Geschäftsführungen auf Augenhöhe zu sprechen, sollten weitergehende Analysen des Status quo der Personalausstattung, differenziert u. a. nach Krankenhausstruktur, Abteilungsgröße, Fachrichtung, Aufgabenspektrum und Versorgungsauftrag, erfolgen, z. B. auf Basis der InEk-Daten von rund 200 Kalkulationshäusern. In einem weiteren Schritt könnten differenzierte Darstellungen des Ist-Zustands um arbeitsanalytische Auswertungen vor Ort erweitert werden. Erst anhand einer Gegenüberstellung des Status quo mit dem tatsächlichen Mitarbeiterbedarf vor Ort, also dem Soll-Zustand, ist eine fachlich fundierte Personalabschätzung möglich.



Nur Mut!

Kein Durchschnittsjob:
ChirurgIn

NACHWUCHS

Nachwuchskampagne NurMut! Immer Luft nach oben

Für das Fach Chirurgie begeistern, ganzheitlich informieren und unterstützen – das ist die Mission der Nachwuchskampagne „Nur Mut! Kein Durchschnittsjob: ChirurgIn“ des BDC. In der neu aufgelegten Interviewreihe wollen wir die Facetten der Chirurgie transparent machen und jungen Leuten zeigen, wie Chirurgen und Chirurginnen ihren Beruf leben.

Alle Interviews stehen zum Nachlesen auf der Nachwuchsseite www.chirurg-werden.de

INTERVIEW MIT PD DR. MED. SABINE
ZUNDEL, LEITENDE ÄRZTIN DER
KINDERCHIRURGIE, LUZERN/SCHWEIZ



PASSION CHIRURGIE: Gab es ein entscheidendes Erlebnis, das Sie motiviert hat, Ärztin zu werden?

Sabine Zundel: Ich fand Medizin schon immer spannend und kann mich nicht erinnern, dass das durch eine bestimmte Situation ausgelöst wurde. Obwohl in meiner Familie niemand im medizinischen Bereich arbeitet, habe ich schon zu Kindergartenzeiten gern

» ZUR PERSON



PD Dr. med. Sabine Zundel
Leitende Ärztin für das
Fach Chirurgie
Kinderspital Luzern
Spitalstrasse
6000 Luzern 16
Schweiz
sekr.kinderchirurgie@luks.ch

Gipsverbände an Playmobilmännchen montiert.

PC: Faszination Kinderchirurgie – was ist für Sie das Beste am Fach?

SZ: Die Kinderchirurgie ist für mich aus zwei Gründen ein besonders schönes Fach. Zum einen haben wir sehr viele Patient:innen, die wir nach der Behandlung wirklich gesund (und nicht nur ein bisschen gesünder) gemacht haben. Kinder kommen mit Krankheiten oder Verletzungen zu uns, die Familien sind häufig sehr besorgt, aber nach einigen Wochen ist alles wieder, als sei nichts gewesen. Das ist in der Erwachsenenmedizin leider viel seltener der Fall. Zum zweiten ist die Kinderchirurgie ein sehr vielseitiges Fach, da wir die Kinder von Kopf bis Fuß behandeln, was für viel Abwechslung sorgt. Langweilige Routinen gibt es in der Kinderchirurgie wenig. Durch die Vielseitigkeit besteht aber auch die Möglichkeit sich zu spezialisieren, und so kann man ein Experte in einem kleineren, besser überschaubaren Teilbereich werden. Bei mir ist das die Kinderurologie.

PC: Warum sind Sie heute – nach Studium und ersten Berufserfahrungen in Deutschland – gerade in der Schweiz tätig?

SZ: Dass ich in der Schweiz tätig bin, ist ein bisschen ein Zufall. Nachdem ich meine Facharztausbildung abgeschlossen hatte und noch einen Master of Medical Education gemacht habe, habe ich mich nach einer Oberarztstelle umgeschaut. Das Angebot in Luzern kam, da ich mit dem dortigen Chefarzt bereits zusammengearbeitet hatte. Das Stellenprofil hat sehr gut zu dem gepasst, was ich mir gewünscht habe, und ich wiederum habe die Anforderungen gut erfüllt. Dieses „passen“ hat sich retrospektiv als richtig herausgestellt und ich konnte und kann mich hier in Luzern sehr gut entwickeln.

Ein weiterer Motivator für den Wechsel in die Schweiz war sicher auch die Nähe zu den Bergen. Ich genieße es sehr, hier ganz in der Nähe mit dem Mountainbike oder den Tourenski unterwegs sein zu können.

PC: Aus heutiger Perspektive: Was würden Sie Ihrem jüngeren Ich im Studium mitgeben?

SZ: Mach es genauso, wie Du es gemacht hast. Tu das, was Dich interessiert, was Dir gefällt, was Du spannend findest, aber mach es richtig: gut organisiert und konsequent. Wenn die Freude an der Arbeit da ist, besteht eine gute Chance, dass man die Arbeit gut und erfolgreich macht. Für Unwägbarkeiten können dann Lösungen gefunden werden, wenn sie auftauchen, und Stolpersteine bringen Dich nicht so leicht zu Fall, wenn Du sicher bist, dass Du das Richtige machst.

PC: Hand aufs Herz: Wie gelingt die Balance zwischen Beruf und Familie?

SZ: Erstmal ist es wichtig für sich individuell zu entscheiden, wie diese Balance aussehen soll. Jede/r hat ein anderes Maß dafür, wie viel Familie und wie viel Beruf er oder sie braucht. Wenn man das entschieden hat, braucht es eine gute

Zundel S: Nachwuchskampagne NurMut!
Immer Luft nach oben. Passion Chirurgie.
2022 Mai; 12(05): Artikel 04_02.



Diesen Artikel finden Sie auf BDC|Online
(www.bdc.de) unter der Rubrik Wissen | Aus-,
Weiter- und Fortbildung | Medizinstudium.

Organisation, um dies auch umzusetzen. Erfahrungsgemäß verändern sich die Bedürfnisse hier leider auch im Laufe des Lebens. Die gewünschte Balance muss daher immer wieder neu definiert und entsprechend anders organisiert werden.

PC: Wenn Sie auf Ihre chirurgische Laufbahn schauen: Gibt es etwas, das Sie noch erreichen möchten?

SZ: Besser werden. Ich glaube, wir lernen nie aus und in der Chirurgie ist Perfektion nicht zu erreichen, weil immer Luft nach oben ist. Das gilt für das Operieren, aber auch für den Umgang mit

Menschen im Arbeitsumfeld und für das Ausbilden. Letzteres halte ich für eine der wichtigsten Aufgaben einer Chirurgin. Nur wenn ich weitergebe, was ich inzwischen kann, habe ich meine berufliche Aufgabe erfüllt.

PC: In schwierigen Zeiten – was oder wer hat Sie motiviert dranzubleiben?

SZ: Ich finde den Austausch mit Kolleg:innen sehr hilfreich, wenn es mal nicht ganz so läuft wie man sich das wünscht. Ich habe das Glück, sowohl im Team als auch privat Kollegen zu haben, die zuhören können. Manchmal braucht es gar nicht viel mehr.

PC: Wie wichtig war für Sie ein Netzwerk und welches Netzwerk war hilfreich?

SZ: Die Bedeutung vom Networking habe ich vielleicht etwas spät verstanden und habe deshalb nicht früh und intensiv an einem Netzwerk gearbeitet. Zwischenzeitlich habe ich aber gesehen, wie viel es wert ist, aber auch wie spannend es ist und wie viel Spaß es macht, Kollegen in der ganzen Welt zu kennen und mit ihnen im Austausch zu sein. Es ermöglicht den Blick über den Tellerrand, ändert manchmal den Blickwinkel und stellt ein Korrektiv von außen dar. ○

M3-Abschlusstraining STAATSEXAMEN UND KARRIERE

Berlin, 16.–17.09.2022

Intensiv-Vorbereitung auf die 3. Ärztliche Prüfung in Chirurgie und Innerer Medizin

→ www.staatsexamen-und-karriere.de

Bester
Support
für Ihre
PJ'ler:innen

- Fallbasierte Sessions
- Simulierte Prüfungssituationen
- Klinisches Argumentationstraining ›Clinical Reasoning‹
- u. v. m.



REIHE: Unerwarteter Tod des Praxisinhabers – Teil 4

Einen Vertreter finden

VORWORT ZUR REIHE „PRAXISABSICHERUNG IM TODESFALL“

Der plötzliche Tod eines Praxisinhabers erfordert oft ein schnelles, zielstrebiges Handeln, wenn es darum geht, den Praxisablauf aufrechtzuerhalten. Denn an einer funktionierenden Praxis liegt nicht nur den Erben: Die Angestellten fürchten um ihre Arbeitsplätze und die Patienten fragen sich, wie es mit ihrer Gesundheitsversorgung weitergeht. Eine übermäßige Patientenabwanderung kann der Praxis ihre Substanz entziehen. Welche Schritte sollte man als Praxisinhaber ergreifen, um für den Fall des eigenen plötzlichen Versterbens seine Praxis in guten Händen zu wissen? Mit diesem Thema hat sich die Frielingsdorf Consult GmbH in Köln beschäftigt.

Mit einem **Übersichtsbeitrag** der Frielingsdorf Consult starteten wir im November 2021 eine Beitragsserie zu dieser Problematik, **Teil 2** folgte im Dezember mit einem Fallbeispiel und im April ein Artikel zum Thema „**Zuerst den Patientenstamm sichern!**“. Es folgen weitere Artikel mit den Details der jeweils zu ergreifenden Schritten.



Stefan Hoch

Geschäftsführender Gesellschafter
Frielingsdorf Consult GmbH
Hohenstaufenring 48-54
50674 Köln
hoch@frielingsdorf.de

Neben Beratungsleistungen von Frielingsdorf Consult zur Praxisabsicherung im Todesfall und zum quartalsweisen KV-Abrechnungs-Controlling (einmalig oder regelmäßig) können BDC-Mitglieder über Frielingsdorf und Partner auch Praxiswertgutachten zum Beispiel zum Praxiskauf- und -verkauf oder für Erbauseinandersetzungen zu Sonderkonditionen erhalten. Für BDC-Mitglieder gibt es Rabatte von 10 bis 16 Prozent auf diese Leistungen.

Hoch S: Teil 4 Unerwarteter Tod des Praxisinhabers: Einen Vertreter finden. *Passion Chirurgie*. 2022 Mai; 12(05): Artikel 04_03.



Diesen Artikel finden Sie unter BDC|Online unter der Rubrik Wissen | Recht & Versicherung | Versicherungsschutz

Wenn ein Praxisinhaber plötzlich stirbt, drängt für die Erben die Zeit, wenn sie die Praxis zu einem angemessenen Kaufpreis an einen geeigneten Übernehmer übergeben wollen. Da in der Regel nicht unmittelbar nach dem Tod des Praxisinhabers ein Übernehmer gefunden werden kann, muss die Zeit bis zur tatsächlichen Praxisübergabe durch einen Vertretungsarzt überbrückt werden. Andernfalls drohen Patienten- und Wertverfall der Praxis. Da qualifiziertes Personal im Gesundheitswesen rar ist, gestaltet sich die Suche nach einem kurzfristig zur Verfügung stehenden Praxisvertreter erfahrungsgemäß nicht einfach. Aus diesem Grund sollte jeder Praxisinhaber für seine Erben einen Plan haben, wie im Falle seines plötzlichen Todes möglichst schnell ein geeigneter Praxisvertreter gefunden werden kann.

Drei Aspekte sind bei der Suche nach einem Vertretungsarzt im Todesfall des Praxisinhabers entscheidend: Koordination, Netzwerk und Geldeinsatz.

DIE KOORDINATION

Im Idealfall sollte im Voraus geklärt sein, wer sich im Todesfall des Praxisinhabers um die Suche nach einem geeigneten Vertretungsarzt kümmert. Die Praxismanagerin, ein Berater der Praxis oder doch eher einer der Erben selbst? Da jede Praxis eine andere Struktur hat und Personen darin individuell unterschiedlich stark eingebunden sind, kann keine generelle Eignungsempfehlung gegeben werden. Klar ist jedoch, dass sich die ausgewählte Person bereits vor Eintritt des Todesfalls mit dem Thema „schnelle Suche eines Vertreters“ vertraut machen sollte. Das bedeutet, dass sie nicht nur weiß, wie man einen Vertreter schnellstmöglich beschafft, sondern auch einen Überblick über die wesentlichen Funktionsbereiche der Praxis hat. Denn diese Bereiche geben die absoluten Mindestanforderungen vor, die ein Vertretungsarzt erfüllen muss.

Die Koordination sollte im Vorfeld zwischen der Erstkraft, den Erben und dem Praxisinhaber abgesprochen sein. Ideal ist eine schriftliche Erfassung im Qualitäts- bzw. Risikomanagement-System der Praxis.

DAS NETZWERK

Um überhaupt einen Vertretungsarzt kurzfristig finden zu können, muss zuvor ein Netzwerk aufgebaut werden, das aus Personen oder Unternehmen besteht, an die sich der Koordinator wenden kann, um Zugang zu Vertretungsärzten zu finden. Dazu gehören bspw. die betreuenden Steuerberater, Rechtsanwälte und Praxisberater, aber insbesondere auch auf Vertretersuche spezialisierte Vermittler. Es empfiehlt sich, die Kontaktdaten von den Ansprechpartnern des Netzwerkes in einer Liste im Rahmen des Qualitätsmanagements festzuhalten und regelmäßig auf Aktualität zu prüfen, damit im Falle des plötzlichen Todes des Praxisinhabers diese Liste schnell griffbereit ist. Andernfalls muss sich der Koordinator erst nach dem Tod des Praxisinhabers um ein entsprechendes Netzwerk bemühen und verschenkt damit ggf. wertvolle Zeit.

DER GELDEINSATZ

Da im Todesfall die Zeit drängt, können die Kosten für einen Honorararzt im Vergleich zu planbaren (bspw. urlaubsbedingten) Praxisvertretungen höher sein. Bevor jedoch der Praxiswert verfällt oder die Vertragsarztzulassung an den Zulassungsausschuss zurückfällt, ist es meist sinnvoll, diese Kosten zu übernehmen. Ein Vertretungsarzt sollte nicht deshalb abspringen, weil ihm eine Klinik oder eine andere Praxis mehr Honorar pro Stunde bietet.

Neben den oben beschriebenen drei Aspekten ist für die Vertreterbestellung noch eine versicherungsrechtliche Besonderheit zu beachten. Wird ein ordentlich bestellter Vertreter im Auftrag des Praxisinhabers tätig, haftet im Falle eines Behandlungsfehlers bei möglichen Schadensersatzansprüchen nicht der Vertreter, sondern der Praxisinhaber. Dieser ist im Regelfall gegenüber Haftungsansprüchen durch seine Berufshaftpflichtversicherung abgesichert. Da die meisten Versicherungsverträge jedoch mit dem Tod des Praxisinhabers automatisch enden, haften in einem durch einen Praxisvertreter verursachten Schadensfall nun die Erben. Eine Klärung mit dem Versicherer zu Lebzeiten des

Praxisinhabers, ob die Berufshaftpflichtversicherung für den Einsatz eines Vertreters auch nach dem Tod des Inhabers noch für einen bestimmten Zeitraum greift, ist daher dringend zu empfehlen.

Quelle: Navid Lodhia (Geschäftsführer), Mag. Phil., Praxismanager (IHK), Lodhiamedics GbR, Göttingen, www.lodhiamedics.de ○

Interessieren Sie sich für eine Vorsorge bzw. Praxisabsicherung für den plötzlichen Todesfall, Sie sind selbst betroffen und möchten sich mit anderen Betroffenen austauschen? Dann wenden Sie sich an den BDC, wir vermitteln Ihnen den richtigen Kontakt.

Maren Löprick/BDC-Sekretariat
Telefon: 030/28004-150
mail@bdc.de

eAKADEMIE

Einfach starten!

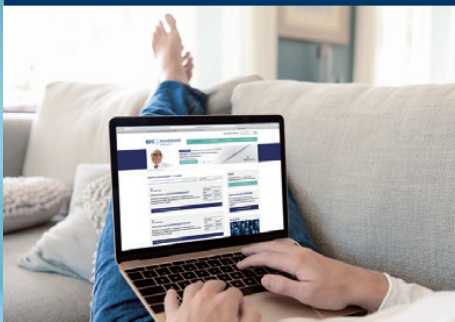
ONLINE
KURSE

WEBINARE

PODCASTS

MEDIATHEK

ONLINE-KURSE



Über 500 strukturierte Fortbildungsmodule und kombinierte, multimediale Lernpakete stehen online für fachlich qualifizierte Fortbildung für Chirurgeninnen und Chirurgen auf der E-Learning Plattform des BDC zum Abruf bereit.

BDC eAKADEMIE
Einfach starten!

www.bdc-eakademie.de

**Korrespondierender Autor:****Prof. Dr. med. Prof. h. c. (MNG) Walter Popp**

Ärztlicher Leiter

HyKoMed GmbH

Vizepräsident der Deutschen Gesellschaft für

Krankenhausthygiene e.V. (DGKH)

popp@hykomed.de

Prof. Dr. rer. nat. et rer. medic. habil. Lutz Jatzwauk

Krankenhausthygiene/Umweltschutz

Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden

Dr. rer. nat. Wolfgang Kohnen

Stellvertretender Abteilungsleiter Krankenhaushygiene

Beauftragter für das Qualitätsmanagement

Abteilung für Hygiene und Infektionsprävention

Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität

Mainz

Vorstand der Deutschen Gesellschaft für

Krankenhausthygiene e.V. (DGKH)

Popp W, Jatzwauk L, Kohnen W: Hygiene-Tipp:

Qualitätsanforderungen an Mund-Nasen-Schutz.

Passion Chirurgie. 2022 Mai; 12(05): Artikel 04_04.



Weitere Hygiene-Tipps finden Sie auf BDC|Online

(www.bdc.de), Rubrik Wissen | Qualität &

Patientensicherheit | Hygiene-Tipp).

HYGIENE TIPP

Qualitätsanforderungen an Mund-Nasen-Schutz

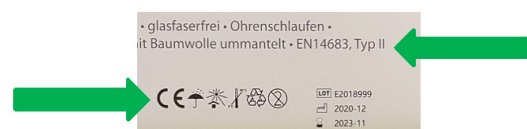
Häufig kursieren im Internet Bilder von Operationsteams mit unter der Nase getragenen Mund-Nasen-Schutz (MNS) und sichtbaren Bärten. Kaum diskutiert wird dagegen das Problem von qualitativ schlechtem MNS. Es fehlt beispielsweise das CE-Kennzeichen. Manchmal ist sogar ausdrücklich vermerkt, dass die Maske keine medizinische Maske ist und nicht für den Arbeitsschutz verwandt werden darf.

Ein korrekter MNS ist anzunehmen, wenn auf der Verpackung das CE-Kennzeichen angebracht ist und die Testung nach DIN EN 14683 erfolgte. In dieser Norm ist definiert, allerdings in der medizinischen Praxis kaum bekannt, dass es verschiedene Typen von chirurgischem MNS gibt. Auch der Typ des MNS entsprechend DIN ist zu deklarieren:

Tab.1: Leistungsanforderungen für medizinische Gesichtsmasken

Prüfung	Typ 1 ^a	Typ II	Typ IIR
Bakterielle Filterleistung (BFE), (%)	≥ 95	≥ 98	≥ 98
Druckdifferenz (Pa/cm ²)	< 40	< 40	< 60
Druck des Spritzwiderstandes (kPa)	Entfällt	Entfällt	≥ 16,0
Mikrobiologische Reinheit (KBE/g)	≤ 30	≤ 30	≤ 30

^a Medizinische Gesichtsmasken des Typs I sollten ausschließlich bei Patienten und anderen Personen zur Verminderung des Risikos einer Infektionsverbreitung insbesondere in epidemischen oder pandemischen Situationen verwendet werden. Masken des Typs I sind nicht für medizinisches Fachpersonal in Operationsräumen oder in anderen medizinischen Einrichtungen mit ähnlichen Anforderungen gedacht.

**Abb. 1:** Beispiel

Allerdings macht die DIN EN 14683 keine Angaben, ob die Bänder hinter dem Kopf gebunden werden müssen oder Ohrschlaufen erlaubt sind. Eine Aussage der Norm ist eindeutig: „Masken des Typs I sind nicht für medizinisches Fachpersonal in Operationsräumen ... gedacht.“

Selbstverständlich sollten im OP nur Masken eingesetzt werden, die hinter dem Kopf gebunden werden, da sie an den Wangen eindeutig dichter anliegen. Sofern ein Spritzschutz gegen Sekrete erforderlich ist, sind MNS vom Typ IIR erforderlich.

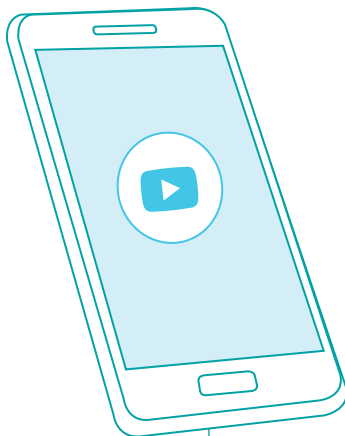
Der Hygiene-Tipp im Auftrag der DGKH gibt die Meinung der Autoren wieder.



HYGIENE CLIP

Get Your Disinfection

Erfolgreiche bundesweite
Kampagne des BDC
in Kooperation
mit DGKH und BDH



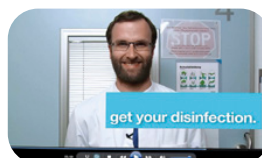
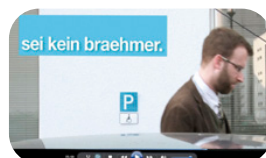
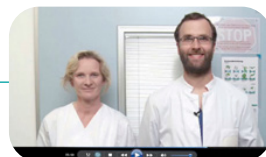
Gute Chirurgie kann durch eine Infektion gefährdet werden. Es gibt vermeidbare und unvermeidbare Infektionen. Letztere sind schicksalhaft und kaum zu beeinflussen. Der Berufsverband der Deutschen Chirurgen und die deutschen Hygieniker betreiben seit 2008 eine bundesweite Informationskampagne, die dazu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

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

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

Die Thematik Händedesinfektion wurde von vielen weiteren guten Projekten, wie der „Aktion saubere Hände“ aufgegriffen.

AUF YOUTUBE ([HTTPS://WWW.YOUTUBE.COM/CHANNEL/UCGETSVIPQLNMKVX6WY3HROQ](https://www.youtube.com/channel/UCGETSVIPQLNMKVX6WY3HROQ)) FINDEN SIE ALLE HYGIENEVIDEOS ÜBER DEN VIDEO-KANAL DES BDC.



PATIENTENSCHUTZ DURCH HYGIENE IST EINE
BUNDESWEITE KONZERTIERTE AKTION VON:

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



KV-Vertreterversammlung: Wie man hineinkommt und was es bringt

In diesem Jahr wählen die Mitglieder vieler Kassenärztlicher Vereinigungen die nächste Vertreterversammlung (VV) für die Legislatur von 2023 bis 2028. Wer sich dort neu als Delegierte:r engagieren und zur Wahl stellen möchte, spricht am besten zunächst mit einem amtierenden Mandatsträger oder einem sonstigen erfahrenen Kollegen in seiner Region, der sich schon auskennt. Das bedeutet zwar Aufwand, aber auch die Möglichkeit, die Arbeit in einem sehr wichtigen Gremium der Selbstverwaltung mitzugestalten und gesundheitspolitische ärztliche Themen im Sinne der Fachgruppe voranzutreiben. Mit diesem Fazit schloss eine Informationsveranstaltung mit Experten des BDC und des Berufsverbandes Niedergelassener Chirurgen (BNC) am 23. Februar 2022

unter der Moderation von BDC-Vizepräsident Dr. Peter Kalbe.

Wahlberechtigte und wählbare Mitglieder der Kassenärztlichen Vereinigungen sind die niedergelassenen Vertragsärzte und -psychotherapeuten, die bei Vertragsärzten oder Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) angestellten Ärzte sowie die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden ermächtigten Krankenhausärzte.

WAS GENAU MACHT DIE VERTRETERVERSAMMLUNG?

Die VV wird oft auch als „Parlament“ der in ihrem Bereich ansässigen Vertragsärztinnen und Vertragsärzte bezeichnet. Die Wahlen



Dipl. Verw. Wiss., Dipl. Journalist (FJS) Holger Wannenwetsch

Berufsverband der Deutschen
Chirurgen e.V. (BDC)
Presse- und Öffentlichkeitsarbeit
Luisenstraße 58/59
10117 Berlin
wannenwetsch@bdc.de

der Delegierten finden alle sechs Jahre statt, so lange dauert eine Amtszeit. Die VV trifft alle wichtigen Entscheidungen für die Körperschaft. Sie wählt den Vorstand, vertritt die Mitglieder gegenüber dem Vorstand und überwacht ihn. Zu den wesentlichen Aufgaben der VV gehört der Beschluss der Satzung, die Festlegung des Haushaltsplans und die Aufstellung des Honorarverteilungsmaßstabs. Außerdem bildet die VV mehrere Ausschüsse, unter anderem den Hauptausschuss, der sie bei der Wahrnehmung ihrer Kontrollaufgaben unterstützt.

Die Wahlen zur VV erfolgen laut Sozialgesetzbuch nach den Grundsätzen der Verhältniswahl aufgrund von Listen- und Einzelwahlvorschlägen. Die Wahlvorschläge müssen von einer Mindestzahl von Wahlberechtigten unterschrieben sein. Die Wahlordnungen unterscheiden sich in den einzelnen KVen und werden übrigens von den jeweiligen Vertreterversammlungen beschlossen. Teilweise ähnelt der Wahlmodus dem der Bundestagswahl: Die eine Hälfte der Stimmen erhalten somit die direkt gewählten Kandidaten eines Wahlkreises, die andere Hälfte entfällt auf die Kandidaten auf den Wahllisten. In anderen KVen kommt das d'Hondt-Verfahren zur Anwendung.

WIE KOMME ICH ALS CHIRURGIN/ CHIRURG AUF EINE WAHLLISTE?

Wer bisher noch keine Gremienarbeit geleistet hat, sich aber gut vorstellen kann, für die VV zu kandidieren, sollte sich zunächst beim zuständigen Berufsverband grundsätzlich informieren. Auch ein Mandat beim Berufsverband, zum Beispiel als Regionalvertreter:in des BDC, kann für eine Kandidatur zur VV von Vorteil sein. Oder aber man spricht einfach die aktuellen Vertreter für seine Fachgruppe in der VV an. Erfahrene Gremienteilnehmende können als Türöffner dienen und jungen ärztlichen Kolleginnen oder Kollegen dabei helfen, Licht ins Dunkel der Gremienarbeit zu bringen.

Hinsichtlich der VV-Wahl ist die Aufstellung gemeinsamer Facharztlisten am erfolgversprechendsten, das heißt, im Falle von Chirurgen, von Listen mit verwandten oder ähnlichen Fachgruppen, auf jeden Fall aber mit Fachärzten. So können zum Beispiel jüngere

nachrücken, wenn ältere, in den Listen weiter oben platzierte Kolleginnen oder Kollegen, ausscheiden. Nicht zu vergessen: Auch ermächtigte Ärzte sind stimmberechtigt. Gerade weil in diesem Bereich die Chirurgen (ähnlich wie die Internisten) stark vertreten sind, haben die chirurgischen Stimmen dieser Ärztesgruppe ein besonderes Gewicht.

WARUM SOLLTE ICH FÜR DIE VV KANDIDIEREN?

Zugegeben: Gremienarbeit ist nicht immer einfach. Und sie kostet Zeit. Sitzungen finden oft am Mittwoch- oder Freitagnachmittag oder am Samstagvormittag statt. Allerdings bietet die Wahl in die Vertreterversammlung die Möglichkeit, die gesundheitspolitische Agenda für sich und die eigene Facharztgruppe mitzugestalten und die Verhältnisse im gewünschten Sinne zu beeinflussen. Auch gibt es Aufwandsentschädigungen, die zumindest so hoch sind, dass das Ganze kein Zuschussgeschäft wird. Alles in allem: Es ist auf jeden Fall den Versuch wert!

Auf der BDC-Website sind alle aktuellen **Mandatsträger** der BDC-Landesbände mit ihren Kontaktdaten aufgeführt.

Die **Vorsitzenden** der regionalen Arbeitsgemeinschaften Niedergelassener Chirurgen (ANC) unter dem Dach des BNC finden Sie mit ihren Kontaktdaten auf der Website des BNC.

Die Experten der gemeinsamen Informationsveranstaltung von BDC und BNC am 23. Februar 2022 stehen für nähere Auskünfte und Beratungen zur Kandidatur bereit:

Für den BDC:

- Dr. Peter Kalbe, Vizepräsident des BDC
- Dr. Jörg-Andreas Rüggeberg, Vizepräsident des BDC
- Dr. Björn Ackermann, Regionalvertreter des BDC|Bremen
- Dr. Ralf Schmitz, Vorsitzender des BDC|Schleswig-Holstein

Für den BNC:

- Jan Henninger, Vorsitzender des BNC und 2. Vorsitzender des HCV (Hessen)
- Dr. Christoph Schüürmann, ehemaliger Vorsitzender des BNC

Wannenwetsch H: KV-Vertreterversammlung:
Wie man hineinkommt und was es bringt.
Passion Chirurgie. 2022 Mai; 12(05):
Artikel 04_05.



Diesen Artikel finden Sie auf BDC|Online
(www.bdc.de) unter der Rubrik Wissen |
Fachgebiete | Niederlassung

Rezension: Infektionen in der Allgemein- und Viszeralchirurgie

Beim Verlag bestellen ...

Rezensentin:

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

Das Buch ist eine Neuigkeit, da es erstmals sich auf fachbezogene Infektionen in der Allgemein- und Viszeralchirurgie konzentriert. Den beiden Herausgebern, die in dem Bereich der Infektionsprävention und Hygiene in verschiedenen nationalen Arbeitsgruppen und Gremien aktiv sind, ist es gelungen, weitere Experten aus Mikrobiologie, Infektiologie, Pharmakologie und Intensivmedizin für die Mitarbeit zu gewinnen.

In insgesamt 14 Kapiteln werden jeweils Grundlagen und spezielles Wissen zu den Bereichen Diagnostik, Hygienemaßnahmen und Antibiotika sowie zu spezifischen Infektionen der Haut und Weichgewebe, postoperativer Wundinfektionen,

Infektionen bei Immunsuppression (Transplantationschirurgie), Peritonitis, Sepsis, Pilz- und parasitäre Infektionen dargestellt.

Die jeweiligen Kapitel sind in ihren Empfehlungen leitlinienorientiert und weisen große Praxisnähe auf. Die verwendeten Bilder, Grafiken und Tabellen sind aktuell, relevant, übersichtlich und zum Teil sehr eindrücklich.

Die Tatsache, dass wir aufgrund des demografischen Wandels und gesteigerter Eingriffszahlen in allen Bereichen der Medizin mit mehr Infektionen zu tun haben, ist ausreichend Anlass, mindestens fachspezifisches Wissen und Kompetenz zu erwerben, diese frühzeitig zu erkennen, zu behandeln, aber besser noch sie zu vermeiden.

Das entstandene Buch, das auch als eBook erhältlich ist, ist ein sehr übersichtlich und gut strukturiert gestaltetes Werk, das hierfür sowohl als Lehrbuch als auch als Nachschlagewerk geeignet ist.



Infektionen in der Allgemein- und Viszeralchirurgie

Hrsg. Stefan Maier und Christian Eckmann

Springer Verlag 2021, 253 Seiten

ISBN eBook: 978-3-662-62508-8

Preis eBook: 42,99 Euro

ISBN Softcover: 978-3-662-62507-1

Preis Softcover: 54,99 Euro

Ein Buch, das in die Hände von Chirurg:innen gehört.

Seifert J: Rezension: Infektionen in der Allgemein- und Viszeralchirurgie. *Passion Chirurgie*. 2022 Mai; 12(05): 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.

MAI 2022

Klaus Christian Diederich, seit 2016 am St. Johannisstift in Paderborn und dort zuvor Oberarzt, ist nun Chefarzt der Klinik für Chirurgie. Diederich ist Facharzt für Chirurgie mit Schwerpunkt Viszeralchirurgie und erfahren in der laparoskopischen Tumorchirurgie mit minimalinvasiven Operationstechniken.

Prof. Dr. med. Jens Jakob, zuvor als Oberarzt der Klinik und Poliklinik für Allgemein-, Viszeral- und Kinderchirurgie der Universitätsmedizin Göttingen tätig, hat zum Beginn des Jahres 2022 die Leitung der Sarkomchirurgie an der Chirurgischen Klinik Universitätsmedizin Mannheim übernommen.

PD Dr. med. Michael Knoop ist neuer Chefarzt der Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Thoraxchirurgie am Klinikum Frankfurt (Oder). Der Spezialist für kolorektale Chirurgie, onkologische Viszeralchirurgie und die Chirurgie der Peritonitis wechselte von der Charité Universitätsmedizin Berlin Campus Charité Mitte, wo er stellvertretender Klinikdirektor der Chirurgischen Klinik war.

Dr. med. Matthias Krüger MA, Leiter des Themen-Referats Chirurgie, Ökonomie & Zukunftsfragen im BDC, ist seit März 2022 neuer Chefarzt der Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie am AMEOS Klinikum Schönebeck.

Dr. med. Christoph Riepl übernahm bereits im Januar 2022 die Leitung der Orthopädie, Unfall- und Wiederherstellungschirurgie der Kreisspitalstiftung Weißenhorn. Der ehemalige Chefarzt der Unfallchirurgie und Orthopädie des Rems-Murr-Klinikum Winnenden wechselte damit nach seiner Tätigkeit in der Praxis für Orthopädie/Traumatologie (Friedrichsau) in Ulm wieder in die Klinik.

Prof. Dr. med. Hans Udo Zieren wechselte als Chefarzt zum 1. April 2022 vom St. Agatha-Krankenhaus in Köln an das SANA-Krankenhaus Hürth. Er leitet dort nun die Klinik für Schilddrüsen- und Nebenschilddrüsenchirurgie. ○



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



Kriterien für die Erbringung und Bewerbung von Fernbehandlungsleistungen

Während der letzten beiden Jahre ist aufgrund der Coronapandemie die ärztliche Fernbehandlung mehr und mehr in den Fokus gerückt. Dies aber nicht nur bei niedergelassenen Ärzten. Auch im Internet finden sich immer mehr Anbieter, teils von Krankenkassen gefördert, die Patienten eine ausschließliche Behandlung über das World-Wide-Web, Apps etc. anbieten. Aus juristischer Sicht ist dabei grundsätzlich zwischen der Leistungserbringung und der Werbung für Fernbehandlung zu unterscheiden.

BERUFSRECHTLICHE ANFORDERUNGEN AN DIE LEISTUNGSERBRINGUNG

Die Grundsätze der berufsrechtlichen Zulässigkeit der Erbringung ärztlicher Leistungen im Rahmen der Fernbehandlung werden durch die Muster-Berufsordnung (MBO-Ä) festgelegt, wobei die Berufsordnungen der jeweils zuständigen Landesärztekammern diese zur Erlangung rechtlicher Geltung umsetzen müssen, hierbei aber auch (abweichende) eigenständige Regelungen treffen können.



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

Ärzte müssen sich deshalb mit der jeweils für sie konkret geltenden Berufsordnung auseinandersetzen.

§ 7 Abs. 4 Satz 1 MBO-Ä stellt zunächst das weiterhin geltende Gebot auf, dass die Beratung und Behandlung von Patienten im persönlichen Kontakt erfolgt, sodass dies nach wie vor der Goldstandard ist. Der persönliche Kontakt setzt regelmäßig die gleichzeitige körperliche Anwesenheit von Arzt und Patient voraus.

Sodann unterscheidet das Berufsrecht zwischen der unterstützenden Fernbehandlung nach § 7 Abs. 4 Satz 2 MBO-Ä und der ausschließlichen Fernbehandlung nach § 7 Abs. 4 Satz 3 MBO-Ä.

Bei der unterstützenden Fernbehandlung können gemäß § 7 Abs. 4 Satz 2 MBO-Ä Kommunikationsmedien (z. B. Telefon, Email, Videotelefone) lediglich unterstützend eingesetzt werden, sodass der persönliche Kontakt hier nicht ersetzt wird. Allerdings wird in diesem Fall der ärztlichen Behandlung und Beratung über Kommunikationsmedien nach Ansicht der Bundesärztekammer vorausgesetzt, dass dem behandelnden Arzt bzw. mindestens einem der an der Behandlung beteiligten Ärzte der Patient sowie dessen krankhafter Zustand bzw. dessen Beschwerden aufgrund einer persönlichen Untersuchung bekannt sind (**vgl. Bundesärztekammer, Hinweise und Erläuterungen** zu § 7 Abs. 4 MBO-Ä, Seite 3, Stand 10.12.2020). Die Fortsetzung einer mit persönlichem Kontakt begonnenen Behandlung über Kommunikationsmedien ist demnach ebenso möglich.

Hiervon zu unterscheiden ist der gesondert geregelte Ausnahmefall der ausschließlichen Fernbehandlung. Bei der ausschließlichen Fernbehandlung besteht und bestand im Gegensatz zur unterstützenden Fernbehandlung zu keinem Zeitpunkt ein persönlicher Kontakt zwischen Arzt und Patient. Eine ausschließliche Fernbehandlung ist nach § 7 Abs. 4 Satz 3 MBO-Ä jedoch nur im Einzelfall erlaubt, wenn dies ärztlich vertretbar ist und die erforderliche ärztliche Sorgfalt, insbesondere durch die Art und Weise der Befunderhebung, Beratung, Behandlung sowie Dokumentation, gewahrt wird. Zudem muss der Patient auch über die

Besonderheiten der ausschließlichen Beratung und Behandlung über Kommunikationsmedien aufgeklärt werden.

Will der Arzt somit bei einem Patienten eine solch ausschließliche Fernbehandlung durchführen, kommt ihm zunächst eine Prüfpflicht unter Berücksichtigung sämtlicher Umstände im Einzelfall zu, ob sich der konkrete Fall an sich und sodann auch jeder gesonderte Behandlungsschritt (Anamnese, Diagnosestellung, Aufklärung, Behandlung) überhaupt für eine Fernbehandlung eignet oder ob nicht doch ein persönlicher Kontakt nötig ist. Dies richtet sich stets nach der ärztlichen Vertretbarkeit.

In diesen Entscheidungsprozess über die ärztliche Vertretbarkeit sind u. a. miteinzubeziehen, ob der Arzt über die erforderliche, funktionstüchtige und dem aktuellen technischen Standard entsprechende technische und apparative Ausstattung verfügt und mit deren Anwendung vertraut ist, ob das Medium vor Behandlungsbeginn auf eine Gewährleistung der Daten- und Informationsübermittlung in der notwendigen Qualität überprüft wurde, ob eine Identifikation des Patienten zweifelsfrei möglich ist und ob dieser zur Kommunikation mittels des eingesetzten Mediums fähig ist, ob sich aus einem fehlenden unmittelbaren Kontakt Einschränkungen bei optischer und akustischer Übertragung, bei Untersuchungsmöglichkeiten, der Überprüfbarkeit der Beschwerdeschilderung und insgesamt für die Durchführung einer medizinisch fachgemäßen und sorgfältigen Behandlung ergeben, ob sich die Beschwerden überhaupt für eine fernmündliche Behandlung eignen sowie letztendlich auch, ob die ärztliche Vertretbarkeit durch die eingesetzten Medien ausreichend überprüft werden kann (vgl. BÄK, a. a. O., S. 3, 5).

Beispielsweise kann somit auch einmal ein Erstkontakt im Einzelfall per Videosprechstunde zulässig sein, wenn dies ärztlich vertretbar ist. Wie erwähnt, reicht es jedoch nicht aus, die ärztliche Vertretbarkeit der ausschließlichen Fernbehandlung lediglich zu Beginn zu überprüfen, sondern diese muss vielmehr kontinuierlich bewertet werden.

Des Weiteren ist bei der Fernbehandlung natürlich genauso wie bei einer Behandlung



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

im persönlichen Kontakt die erforderliche ärztliche Sorgfalt stets zu wahren, d. h. der Arzt schuldet im Rahmen der gesamten Fernbehandlung die notwendige fachliche Qualifikation und die Beachtung des anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse.

Zu beachten gilt, dass für die ausschließliche Fernbehandlung eine erweiterte Aufklärungspflicht dahingehend gilt, dass auch über die Besonderheiten der ausschließlichen Fernbehandlung aufzuklären ist. Dies erfordert im Besonderen einen Hinweis auf die Unterschiede zwischen der Fernaufklärung im konkreten Fall und der Aufklärung im persönlichen Gespräch. Ein solcher Unterschied kann aus Sicht der Bundesärztekammer beispielsweise bestehen in der Abhängigkeit der Fernaufklärung von der Qualität der Daten- bzw. Informationsübermittlung des verwendeten Mediums (vgl. BÄK, a. a. O., S. 4). Des Weiteren ist über deren Risiken sowie über die Alternative einer persönlichen Aufklärung und Behandlung in der Praxis aufzuklären, wenn die ärztliche Vertretbarkeit der ausschließlichen Fernbehandlung noch gegeben ist, aber wesentlich abweichende Belastungen, Risiken oder Heilungschancen gegenüber der Aufklärung und Behandlung vor Ort zeigt, z. B. weil bestimmte Behandlungsmethoden als Fernbehandlung nicht zur Verfügung stehen (vgl. BÄK, a. a. O., S. 4).

Ebenso gehört zur ärztlichen Sorgfalt eine ordnungsgemäße Dokumentation, die in diesem Fall die oben dargestellten Voraussetzungen der ausschließlichen Fernaufklärung gemäß § 7 Abs. 4 Satz 3 MBO-Ä natürlich zusätzlich zu den bisherigen Anforderungen berücksichtigen muss. Demzufolge sind vom Arzt ergänzend insbesondere die in jedem Einzelfall maßgeblichen Gründe für die ärztliche Vertretbarkeit, die gesonderte Aufklärung über die Besonderheiten der ausschließlichen Fernaufklärung sowie die Einwilligung des Patienten in die ausschließliche Fernbehandlung zu dokumentieren (vgl. BÄK, a. a. O., S. 4).

Fast alle Bundesländer haben mittlerweile die ausschließliche Fernbehandlung im Einzelfall durch Übernahme des § 7 Abs. 4 MBO-Ä in die Berufsordnungen der jeweiligen Ärztekammern zugelassen. Lediglich in Brandenburg ist nach aktueller Kenntnis des Verfassers die

ausschließliche Fernbehandlung weiterhin berufsrechtlich verboten.

Abschließend ist noch darauf hinzuweisen, dass Praxisinhaber beim Einsatz von Kommunikationsmedien, sei es bei unterstützender als auch bei ausschließlicher Fernbehandlung, stets sicherstellen müssen, dass ein unberechtigter Zugriff Dritter auf den Kommunikationsinhalt nicht stattfinden kann. Datenschutz, Datensicherheit und ärztliche Schweigepflicht müssen auch hier gewahrt werden. Zur Umsetzung sind deshalb zum einen die von BÄK und KBV herausgegebenen „Hinweise und Empfehlungen zur ärztlichen Schweigepflicht, Datenschutz und Datenverarbeitung in der Arztpraxis“ nebst deren Technischer Anlage zu berücksichtigen. Des Weiteren müssen Vertragsärzte die Anforderungen der KBV-Richtlinie nach § 75b SGB V über die Anforderungen zur Gewährleistung der IT-Sicherheit beachten, zu deren Einhaltung sie verpflichtet sind.

WERBUNG FÜR AUSSCHLIESSLICHE FERNBEHANDLUNG

Zwar ist dem Arzt die ausschließliche Fernbehandlung berufsrechtlich nach oben Gesagtem im Einzelfall erlaubt. Auch darf er berufsrechtlich sachlich und berufsbezogen werben.

Allerdings werden der Werbung für Fernbehandlung durch § 9 Heilmittelwerbe-Gesetz (HWG) Grenzen gesetzt. Diese Vorschrift gilt dabei nicht nur für Ärzte, sondern für jeden, der mit Fernbehandlung wirbt. Ein Verstoß hiergegen stellt zum einen eine Ordnungswidrigkeit dar und zugleich einen Wettbewerbsverstoß.

Gemäß § 9 Satz 1 HWG ist die Werbung für die Erkennung oder Behandlung von Krankheiten, Leiden, Körperschäden oder krankhaften Beschwerden, die nicht auf eigener Wahrnehmung an dem zu behandelnden Menschen beruht (Fernbehandlung) unzulässig. Allerdings gilt seit 19.12.2019 gemäß § 9 Satz 2 HWG ausdrücklich die Ausnahme, dass das Werbeverbot nach Satz 1 nicht gilt für die Werbung für Fernbehandlungen, die unter Verwendung von Kommunikationsmedien erfolgen, wenn nach allgemein anerkannten fachlichen Standards

ein persönlicher ärztlicher Kontakt mit dem zu behandelnden Menschen nicht erforderlich ist.

Es ist aus juristischer Sicht jedoch deutlich auf den Unterschied hinzuweisen, dass § 9 HWG nur die Werbung für eine Fernbehandlung grundsätzlich verbietet, nicht aber die Fernbehandlung an sich. Die Zulässigkeit der Fernbehandlung als solche richtet sich ausschließlich nach den Vorgaben des § 7 Abs. 4 der ärztlichen Berufsordnungen.

§ 9 Satz 2 HWG lässt somit eine Ausnahme vom Grundsatz des Werbeverbots zu. Allerdings ist fraglich, wann diese Ausnahme greift, da allgemein anerkannte fachliche Standards vom Erfordernis des persönlichen ärztlichen Kontakts absehen müssen. Der Gesetzgeber weist in seiner Gesetzesbegründung darauf hin, dass nur solche Fernbehandlungen bei Menschen beworben werden dürfen, bei denen die Einhaltung anerkannter fachlicher Standards gesichert ist. Dies sei aus Sicht des Gesetzgebers dann der Fall, wenn nach dem anerkannten medizinischen Stand der Erkenntnisse eine ordnungsgemäße Behandlung und Beratung unter Einsatz von Kommunikationsmedien grundsätzlich möglich ist (vgl. BÄK, a. a. O., S. 8; BT-Drs. 19/13438, S. 78).

Der BGH hat nunmehr in seinem Urteil vom 09.12.2021 – I ZR 146/20 entschieden, wann für ärztliche Fernbehandlung ausnahmsweise geworben werden darf. Bedauerlicherweise lag das Urteil zum Zeitpunkt der Erstellung dieses Beitrags noch nicht in Druckfassung vor, sodass die detaillierten Entscheidungsgründe noch ausstehen.

Im vorliegenden Fall wurde für eine umfassende, nicht auf bestimmte Krankheiten oder Beschwerden beschränkte ärztliche Primärversorgung (Diagnose, Therapieempfehlung und Krankschreibung) im Wege der Fernbehandlung („digitaler Arztbesuch“ mittels einer App anstelle eines persönlichen Arztbesuchs) geworben.

Der BGH bestätigte zunächst einen Verstoß gegen das Werbeverbot nach § 9 HWG a. F., da für die Erkennung und Behandlung von Krankheiten geworben wurde, die nicht auf eigener Wahrnehmung an dem zu behandelnden

Menschen beruht. Eine eigene Wahrnehmung im Sinne des § 9 HWG setzt voraus, dass der Arzt den Patienten nicht nur sehen und hören, sondern auch - etwa durch Abtasten, Abklopfen oder Abhören oder mit medizinisch-technischen Hilfsmitteln wie beispielsweise Ultraschall - untersuchen kann. Das erfordert die gleichzeitige physische Präsenz von Arzt und Patient und ist im Rahmen einer Videosprechstunde nicht möglich.

Nach § 9 Satz 2 HWG n. F. ist das in Satz 1 geregelte Verbot zwar nicht auf die Werbung für Fernbehandlungen anzuwenden, die unter Verwendung von Kommunikationsmedien erfolgen. Zu diesen Kommunikationsmedien gehören auch Apps, so der BGH. Das gilt aber nur, wenn nach allgemein anerkannten fachlichen Standards ein persönlicher ärztlicher Kontakt mit dem zu behandelnden Menschen nicht erforderlich ist.

Mit den allgemein anerkannten fachlichen Standards sind nach Auffassung des BGH nicht die Regelungen des für den behandelnden Arzt geltenden Berufsrechts gemeint. Es kommt daher nicht darauf an, ob die beworbene Fernbehandlung den Ärzten berufsrechtlich schon seit Jahren erlaubt ist. Der Begriff der allgemein anerkannten fachlichen

Standards ist vielmehr unter Rückgriff auf den entsprechenden Begriff in § 630a Abs. 2 BGB, der die Pflichten aus einem medizinischen Behandlungsvertrag regelt, und die dazu von der Rechtsprechung entwickelten Grundsätze auszulegen. Danach können sich solche Standards auch erst im Laufe der Zeit entwickeln und etwa aus den Leitlinien medizinischer Fachgesellschaften oder den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß §§ 92, 136 SGB V ergeben.

Das Berufungsgericht hatte nicht festgestellt, dass eine solche umfassende Fernbehandlung den zum Zeitpunkt der Behandlung bestehenden, allgemeinen fachlichen Standards entsprach. Da die werbende Beklagte dies auch nicht behauptet hatte und insoweit kein weiterer Sachvortrag zu erwarten war, sah der BGH die beanstandete Werbung als unzulässig an (vgl. BGH, [Pressemitteilung Nr. 224/2021](#) vom 09.12.2021).

STELLUNGNAHME

Damit bleibt die Werbung für Fernbehandlung zumindest solange noch verboten, wie noch keine allgemein anerkannten fachlichen Standards existieren, die den persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt für nicht erforderlich

halten. Die Regelungen des § 7 Abs. 4 der ärztlichen Berufsordnungen können aus Sicht des BGH jedenfalls keine solchen Standards begründen, sodass es für die Zulässigkeit der Werbung keine Rolle spielt, dass die Fernbehandlung an sich berufsrechtlich unter den genannten Voraussetzungen erlaubt ist. Nach Einschätzung des Verfassers werden somit für die Entstehung dieser allgemein anerkannten fachlichen Standards vor allem medizinische Kriterien maßgeblich sein, da hiernach letztendlich beurteilt werden muss, in welchen Fällen eine persönliche Untersuchung des Patienten nicht erforderlich ist für eine ordnungsgemäße Behandlung.

Die Entscheidung des BGH als auch die Regelung in § 9 HWG bedeuten aber im Umkehrschluss aus juristischer Sicht des Verfassers gerade nicht, dass Ärzte keine Fernbehandlung erbringen dürfen. Die Erbringung unterstützender als auch ausschließlicher Fernbehandlung ist vielmehr berufsrechtlich (letztere mit Ausnahme in Brandenburg) grundsätzlich zulässig. Ärzte dürfen also Fernbehandlung bei Erfüllung der dargestellten berufsrechtlichen Voraussetzungen anbieten und erbringen. Sie dürfen jedoch nicht damit werben. 

Kommentar von Dr. Peter Kalbe, Vizepräsident beim BDC:

Die Einschätzung des Vorstandsmitglieds der Ärztekammer Niedersachsen, das BGH-Urteil bedeute das „Ende der Fernbehandlungen“, trifft offensichtlich nicht zu.

Der Aufklärungsaufwand für eine ausschließliche Fernbehandlung ist so hoch, dass diese Maßnahme nur in seltenen Ausnahmefällen zur Anwendung kommen dürfte. Es sei denn, eine Leitlinie, zum Beispiel der AWMF oder des G-BA, würde sie für bestimmte „banale“ Erkrankungen als medizinischen Standard definieren. Eine gewisse Aufweichung der strengen Regeln haben wir ja auch schon im Rahmen der Corona-Pandemie bezüglich der Ausstellung von Arbeitsunfähigkeits-Bescheinigungen bei Erkältungskrankungen erlebt. Insofern ist es spannend, wohin uns der zu erwartende Ärztemangel zukünftig noch treiben wird.

Frage & Antwort



Honorarvereinbarung für alle Leistungen



Antwort von Dr. jur. Jörg Heberer:

Justitiar BDC

Rechtsanwalt und Fachanwalt für

Medizinrecht

justitiar@bdc.de

FRAGE:

Ein niedergelassener Chirurg fragt an, ob er mit einem Patienten für alle ärztlichen Leistungen ohne Begründung und ohne die jeweilige Leistung bzw. den Endpreis zu nennen, eine Honorarvereinbarung in Höhe des 2,8-fachen Satzes schließen kann.

ANTWORT:

Der Abschluss einer Honorarvereinbarung für alle Leistungen ohne Begründung und ohne die jeweilige Leistung bzw. den Endpreis in Euro zu nennen ist rechtlich nicht zulässig und eine solche Vereinbarung ist unwirksam. Denn § 2 GOÄ stellt strenge Vorgaben an eine Honorarvereinbarung.

Zwar kann in einer Honorarvereinbarung auch ein Steigerungssatz festgelegt werden, der innerhalb des Gebührenrahmens der GOÄ, jedoch oberhalb der Regelspanne liegt, wie hier also der 2,8-fache Satz. Dies hätte zur Folge, dass sich die in § 12 GOÄ festgelegte Begründungspflicht in einem Hinweis auf die abgeschlossene Honorarvereinbarung erschöpft.

Allerdings bestimmt zum einen § 2 Abs. 1 S. 4 GOÄ, dass Notfall- und akute Schmerzbehandlungen, die eine sofortige ärztliche Hilfeleistung erfordern, nicht von einer Honorarvereinbarung abhängig gemacht werden dürfen. Zum anderen ist eine Honorarvereinbarung für Leistungen nach den Abschnitten

A, E, M und O der GOÄ unzulässig gemäß § 2 Abs. 3 S. 1 GOÄ.

§ 2 Abs. 2 GOÄ legt sodann die formellen und inhaltlichen Voraussetzungen an eine wirksame Honorarvereinbarung fest. Zum einen ist eine persönliche Absprache zwischen Arzt und Patient im Einzelfall erforderlich. Dies bedeutet, dass der Arzt stets im persönlichen Gespräch mit dem Patienten die Modalitäten der Behandlung und Vergütung und in diesem Zusammenhang die von ihm gewünschte Honorarvereinbarung besprechen muss. Eine Vertretung des Arztes in der Gesprächsführung ist ausgeschlossen, auch darf die Abwicklung nicht über das Vorzimmer durch Unterschrift unter vorbereitete Vereinbarungstexte erfolgen.

Ferner muss der Arzt auch aus berufsrechtlicher Sicht die Umstände des Einzelfalls berücksichtigen, da sich solche Honorarvereinbarungen für den Patienten nachteilig auf den Umfang seines Versicherungsschutzes bzw. seines Beihilfeanspruchs auswirken können. Insbesondere ist die Vorschrift des § 12 Abs. 1 S. 4 Berufsordnung zu beachten, wonach der Arzt bei Abschluss einer Honorarvereinbarung auf die Einkommens- und Vermögensverhältnisse des Patienten Rücksicht zu nehmen hat.

Zum anderen darf und muss die Honorarvereinbarung nur die in Absatz 2 aufgeführten Inhalte enthalten. Danach muss sich die Honorarvereinbarung auf konkrete – mit GOÄ-Nummer und Bezeichnung – benannte Leistungspositionen der GOÄ beziehen und für diese den vereinbarten Steigerungssatz sowie den daraus resultierenden Gebührenbetrag beinhalten. Dies gilt auch dann, wenn die Erbringung der Leistung bei Vertragsschluss noch nicht definitiv feststeht, sondern unter Umständen erst im Verlauf beispielsweise eines Eingriffs hierüber vom Arzt entschieden werden kann. Insofern muss die Honorarvereinbarung sich auf eine konkrete Leistung beziehen und den entsprechenden Endpreis nennen. ○

Heberer J: F+A: Honorarvereinbarung für alle Leistungen. 2022 Mai; 12(05): Artikel 04_09.



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



© iStock/www.fotogestoeber.de

„Ich will Chirurgin werden UND ein Leben außerhalb der Klinik führen“

VORWORT

Ich will! – Das Wort ist mächtig, spricht's eine:r ernst und still; die Sterne reißt's vom Himmel das eine Wort: Ich will!

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

weniges schafft regelmäßig größere persönliche Krisen als die Diskrepanz zwischen Anspruch und Realität. Gerade in unseren Zeiten der sozialen Massenmedien (ist diese Begriffskombination nicht eigentlich ein Oxymoron?), die einem jegliche Kombination individueller Interessen und Bedürfnisse als möglich suggerieren, entsteht schnell eine tiefe Kluft zwischen Wunsch und Wirklichkeit.

Nun gehört der Abschied von Jugendträumen zum Realitätsschock der Adoleszenz, also der Reifezeit zum Erwachsensein. Die Autoren dieser Einleitung sahen sich in ihrer frühen Blüte wechselnd als umjubelter Siegtorschütze im Estadio Bernabéu, moderne Version von Robin Hood oder legitimen Belmondo-Nachfolger. Leider hat es für all das dann doch nicht gereicht.

**Dr. Marieke Born**

Psychologin (M.Sc., B.Sc.) I
Politik&Gesellschaft (B.A.)
Systemische Therapeutin & Beraterin
Blumenstraße 19
69115 Heidelberg
marieke.born@posteo.de
www.mariekeborn.de

Dr. Marieke Born ist promovierte Psychologin, systemische Therapeutin und Beraterin im Einzel-, Paar-, Team- und Organisationsberatungskontext. Von 2017 bis 2021 forschte sie am Universitätsklinikum Heidelberg zur Bewältigung von Dilemmata mittlerer Führungskräfte im Krankenhaus.

Born M: BDC-Praxistest: „Ich will Chirurgin werden UND ein Leben außerhalb der Klinik führen“. *Passion Chirurgie*. 2022 Mai; 12(05): Artikel 05_01.



Diesen Artikel finden Sie auf BDC|Online (www.bdc.de) unter der Rubrik Wissen | Karriere.

Doch während sich die Grillen der Flegeljahre zumeist unkompliziert auswachsen, kann aus der vermeintlichen Unvereinbarkeit zwischen privatem Selbstverständnis und beruflicher Präntation ein hartnäckiger Konflikt entstehen, der in einem echten Dilemma mündet. Die Konfrontation des typischen Krankenhausalltags mit einem erfüllenden Privatleben wird für die jüngeren Generationen schnell zu einer solchen Kalamität.

Damit die konkurrierenden Ansprüche nicht zu Skylla und Charybdis mutieren, braucht es Lösungen: eine ist die Anpassung der Arbeitswelt, eine andere das Setzen von Prioritäten, oder besser das Treffen von Entscheidungen. Keine Arbeitsstruktur ist unwandelbar, aber Freiheit lässt auch nicht nur mit „ich will“ übersetzen. Unsere Autorin Dr. Marieke Born nennt clevere Wege aus der Krise.

Erhellende Lektüre wünschen

Prof. Dr. med.
C. J. Krones



und

Prof. Dr. med.
D. Vallböhmer



Eine fiktive Szene 1993 zwischen einer Chirurgin in der Facharztausbildung und ihrem Chef: „Entweder Sie bekommen Kinder oder Sie werden Chirurgin. Teilzeit- Chirurgin werden Sie nicht werden können.“ Sie entschied sich dazu, keine Kinder zu bekommen und ist heute Chefärztin der Viszeralchirurgie eines Krankenhauses.

Sind diese Zeiten vorbei? Möglicherweise schon: Einige junge Ärzt:innen sind nicht mehr so häufig bereit, auf einen der beiden Wünsche zu verzichten. Sie wollen beides: Chirurg:in werden, Verantwortung übernehmen, sich beruflich verwirklichen UND präsente Eltern, viele freie Wochenenden mit Freunden genießen, sich dem ‚guten Leben‘ zuwenden.

Damit sind sie nicht alleine. Über alle Altersklassen hinweg lässt sich aktuell beobachten, dass erwerbstätige Menschen in Deutschland häufig gerne weniger arbeiten würden als sie es tatsächlich tun, insbesondere in Lebensphasen mit Kindern [1]. Jüngere Generationen betonen außerdem vermehrt ‚das Leben in vollen Zügen genießen zu wollen‘: Während für die nun auf den Arbeitsmarkt strebende Generation Z (ca. ab Jahrgang 2000) ein hoher

Lebensstandard vergleichsweise an Bedeutung verliert, bleiben gute Beziehungen zu den Liebsten ein besonders wichtiger Wert [12]. Auch der Generation Y (ab Jahrgang 1985) scheint es eher wichtiger zu sein, für andere da zu sein, gleichzeitig haben sie eine eher verminderte Sorge um Arbeitsplatzsicherheit [11]. „Alles für den Job“ ist also nicht das Diktum.

ABER GEHT DAS SO EINFACH – CHIRURG:IN UND LEBEN AUSSERHALB DER KLINIK?

Einige Stimmen sehen das eher kritisch. Der chirurgische Beruf gilt traditionell als eine der leistungsstärksten ärztlichen Fachdisziplinen, bei der man damit rechnen sollte, bis an die Grenze gefordert zu werden. So wird es in einem Handout für potenzielle Nachwuchskräfte des BDC „Chirurgie und Familie“ [2] beschrieben. Prominent wird darauf hingewiesen, dass Chirurgie kein 9-to-5-Job sei. Vorsichtig wird in Aussicht gestellt, dass eine Vereinbarkeit von Familie und Beruf nicht „sehr unrealistisch“ sei, wobei gleich einschränkend darauf verwiesen wird, dass es auf die Klinik und die Position ankomme. Mit der Reduzierung von Stundenzahlen sei aber

ohnehin erst nach erfolgreicher Weiterbildung zu rechnen. Im Klartext wird hier in der Rubrik „Chirurgie und Leben“ also darauf verwiesen, dass sich der Part ‚Leben‘ bei dieser Berufswahl wahrscheinlich schwerpunktmäßig unter den Begriff Chirurgie subsumieren lässt.

Begründet wird die Nicht-Änderbarkeit dieser Dienstzeiten mit der Beschaffenheit des Berufs: Die notwendige Lernkurve sei eben steiler, wenn der gleiche herausfordernde Eingriff häufiger wiederholt werde und der Assistenzarzt denselben Patienten über den Gesamtverlauf betreuen und im Fall von Komplikationen auch revidieren kann.

Gemeinsam mit dem oben skizzierten Doppel-Wunsch junger Nachwuchskräfte beruflich durchzustarten und ein erfülltes Privatleben zu haben, verschärft dies – nicht nur in der Chirurgie – ein Nachwuchskräfte-Problem. Zahlreich öffentlich besprochen, mangle es (stärker auf dem Land als in der Stadt) an Menschen, die sich für den chirurgischen Fachbereich entscheiden. Mehr und mehr würden sie der hohen Belastung in diesem Fachbereich ausweichen [5, 10].

VERÄNDERT DIE ARBEITSZEITMODELLE

Nun könnte die einfache Lösung sein, das Ethos der Chirurgie in Frage zu stellen: muss man 150 % arbeiten, um ein:e erfolgreiche:r Chirurg:in zu werden? Schließlich ist die Regelarbeitszeit von 40 h oder eine reale Arbeitszeit von 60 h pro Woche ein rein konstruierter Wert, definiert als Vollzeitstelle. Sie könnte auch bei 30 h bzw. 45 h liegen. Kliniken müssten als Normalfall Arbeitszeitmodelle entwickeln, die Lebenszeit außerhalb der Klinik ermöglichen. Das würde vielen angehenden Ärzt:innen, die vor dem eingangs geschilderten Dilemma stehen, die Wahl für die chirurgische Karriere sicherlich leichter machen.

UND WENN DAS SO WÄRE ...? WÄRE DANN ALLES EINFACHER?

Einiges wäre dann schon einfacher – aber nicht alles. Einfacher würde der von außen erzeugte Work-Life-Balance-Konflikt. Der Anspruch

der Chefin auf 150 % Anwesenheit vs. dem Anspruch der Liebsten auf mehr gemeinsame Zeit würde für den Einzelnen entschärft. Das Team könnte aus sehr leistungsstarken Teilzeitkräften bestehen und die Regel „Wer mehr da ist, ist der:die Erfolgreichste“ würde verwässert. So würde es einfacher, nur vier Tage in der Woche zu arbeiten und deutlich mehr freie Zeit für private Interessen und Bedürfnisse zur Verfügung zu haben.

DIE NEUE HERAUSFORDERUNG: DAS INNERE DILEMMA

Nicht einfacher würde jedoch der innere Balance-Akt, der in meinem psychologischen Beratungsalltag häufig sehr relevant ist. Hier tritt ein unauflösbarer Widerspruch zwischen sich gleichzeitig ausschließenden Handlungsimperativen der inneren Anteile hervor – ein Dilemma.

Der eine Anteil – der motivierte und ambitionierte, angehende Chirurg – will sich ausprobieren, Erfahrungen sammeln, schnell möglichst Unterschiedliches lernen und bald immer mehr Verantwortung übernehmen. Dieser Anteil ist frustriert, wenn die Ausbildungszeit sich noch länger zieht, die Routine nicht schneller einsetzt und er nur bei jedem zehnten spannenden Fall dabei sein kann. Dieser Anteil hat Lust auf viel Zeit in der Klinik und will möglichst viel Energie in die eigene Professionalisierung investieren. An die eigenen Grenzen zu kommen und bis zur Erschöpfung zu arbeiten, kann sich nach einem befriedigenden Marathonlauf anfühlen.

Der andere Anteil jedoch – der gesellige und abenteuerlustige Familienmensch – wird dabei unzufrieden und sieht all das, was er verpasst. Dieser Anteil will etwa schlicht Zeit für Hobbys oder Kultur haben. Oft geht es auch um nicht-getaktete Zeit mit den Liebsten – Freund:innen, Lebenspartner:innen, Kindern oder Eltern. Oder Zeiten der Selbstfürsorge und der Achtsamkeit gegenüber eigenen Gefühlen und Bedürfnissen dürfen nicht fehlen. Selbst wenn es also keinen äußeren Druck mehr gibt, wie etwa die Kinderbetreuung sicherzustellen, bleibt ein inneres Bedürfnis, sich der empfindsamen Seite des Lebens zu zuwenden. Vielleicht geht es hier auch

mehr oder weniger bewusst darum, einen immer mehr auf Gewinnmaximierung ausgelegten Berufsalltag in Frage stellen zu wollen und genau zu prüfen, warum und für wen diese Arbeitsbedingungen notwendig sind.

BERUFLICHE AMBITIONEN HABEN EINEN ERHEBLICHEN PREIS.

Und das zurecht. Dieser Anteil kämpft in einer Arbeitswelt, die „immer mehr und schneller“ will, für eine humanistische Gegenwelle, die menschliche Bedürfnisse nach Geborgenheit und achtsamer Zuwendung betont. Denn die Preise eines 150%-Arbeitslebens können erheblich sein: Die Zeit mit den Liebsten wird nicht aufzuholen sein, wenn Kinder erwachsen oder die Eltern nicht mehr fit sind, die Liebe erloschen oder die Freundschaften eingeschlafen sind. Manche Hobbys werden mit Mitte 50 nicht mehr so leicht zu erlernen sein. Und das Gefühl, in einer Arbeitsmaschine mit hohem Zeitdruck und wenig Handlungsspielraum gefangen zu sein, kann zur Beeinträchtigung der psychischen Gesundheit, etwa als Burn-Out, führen.

„PIANO“ IST ABER AUCH TEUER.

Auf der anderen Seite gibt es einen guten Grund, dass der andere Anteil sich gegen „mach mal piano“ wehrt und mitspielen will. Egal wie flexibel die Teilzeitmodelle in Kliniken würden, bleibt der Trade-off der gleiche: je weniger Zeit für die Professionalisierung bleibt, desto weniger kann der ambitionierte Anteil sich ausleben. Der Preis für mehr Privatleben besteht momentan häufig noch vor allem in stark eingeschränkten Karrierechancen. Aber selbst in einer idealen Welt würde das absolute Maß an hinzugewonnenem Wissen und Können mit jeder Stunde mehr Privatleben minimiert. Und das kann sich für sehr wissbegierige und schaffenslustige Menschen individuell sehr unbefriedigend anfühlen und sie langweilen.

BEWUSST ENTSCHIEDEN IM DILEMMA ZWISCHEN DER SCHAFFENSLUST UND DER LEBENSLUST.

Jede der beiden Optionen ist für viele gleich attraktiv. Bei der Wahl gegen jede der

Optionen sind die jeweiligen Preise allerdings auch gleich unattraktiv. Egal, welchen Bereich man zufriedenstellend ausfüllt, wird es sich für manch einen bitter anfühlen, den anderen Bereich nicht zufriedenstellend auszuleben. Das ist die schlechte Nachricht.

Die gute Nachricht ist, dass es nicht so ausweglos und hilflos anfühlen muss – auch wenn der Weg dahin nicht ohne ist. Julika Zwack und Ulrike Bossmann [13] beschreiben grundlegende Herangehensweisen, die sich in vier Faktoren (siehe unten) zusammenfassen lassen [3]. Die Annahme dahinter ist, dass eine solche Situation für die eigene Psyche und das Umfeld eher nachhaltig bewältigt werden kann, wenn eine bewusste Entscheidung zwischen den inneren Ansprüchen immer wieder oder grundsätzlich getroffen wird.

Wissenschaftlich untersucht wurde dieser Ansatz bereits auch im Krankenhauskontext in der Evaluierung intensiver Trainings mit mittleren Führungskräften (u. a. Oberärzt:innen) zum Umgang mit dilemmatischen Entscheidungssituationen im Krankenhausalltag [3, 4, 6, 7, 9]: Dilemmata, die Mitarbeitende und Teams hier unter Druck setzen, entfalten sich häufig im widersprüchlichen Anspruch zwischen einer hohen Versorgungsqualität und ökonomischem Erfolg. Sowohl individuell als auch organisational ließ sich zeigen, dass der Ansatz zu mehr Handlungsspielraum und einer erhöhten Resilienz beitrug, auch wenn nur die gleichzeitige Veränderung systemischer Faktoren durch gesundheitspolitische Entscheidungen eine hinreichende Langzeitverbesserung ermöglichen kann.

In diesem Kontext könnten vier Faktoren in folgender Weise hilfreich werden:

1. **Wahrnehmung der Situation:** Häufig ist ein entscheidender Schritt überhaupt wahrzunehmen, dass es sich um ein Dilemma handelt. Sich wiederkehrend als unzulänglich zu erleben, weil man beiden Ansprüchen nicht gerecht wird, oder sich erschöpft im Laufrad gegen die Zeit zu befinden, können emotionale Hinweise dafür sein.
2. **Anerkennung des Widersprüchlichen:** Menschen neigen dazu, sehr lange die

Hoffnung aufrechtzuerhalten, dass die Entscheidung für ein ambitioniertes Berufsleben ohne Einschnitte im Privatleben machbar sei (oder andersherum). Das ist nachvollziehbar, weil der Wunsch, von beidem sehr viel zu haben, groß ist. Anzuerkennen und auszuhalten, dass die beiden Bedürfnisse nicht gleichzeitig zufriedenstellend zu erfüllen sind, sondern eine Entscheidung mit erheblichen Preisen ansteht, kann ein erster Schritt der Entlastung sein: „Es liegt nicht an mir – es geht einfach nicht beides 100 %“, könnte die Einsicht sein. Nun ist es eher möglich, mit sich selbst und denjenigen, die es betrifft (z. B. Partner:in, Chef:in, Kinder, Ausbilder:in), in einen Aushandlungsprozess zu gehen.

3. **Innere Positionierung:** Sich zwischen den Optionen (mehr Zeit im Beruf vs. mehr Zeit im Privatleben) zu positionieren und die jeweils damit verknüpften Preise (z. B. weniger Zeit mit den Liebsten vs. weniger berufliches Fortkommen) bewusst in Kauf zu nehmen, ist häufig eine Kraftanstrengung. Dahinter stecken z. B. Lebensträume („Ich wollte immer Chefärztin werden.“), biografische Spielregeln („In unserer Familie wird man Chirurg.“ oder „Sei für Deine Liebsten da.“) oder gesellschaftliche Spielregeln („Sei keine Rabenmutter.“ oder „Sei kein Teilzeittyp.“). Sie geben den inneren Anteilen und ihren Bedürfnissen jeweils viel Kraft. Eine dieser Regeln (zeitweise) bewusst abzuwählen, ist hier die Aufgabe. Manchmal kann es schon für Klarheit sorgen sich zu fragen: „Welche 3 Werte sind mir im Leben besonders wichtig?“ oder „Wie fühlt es sich an, wenn ich mir vorstelle, die eine oder andere Optionen zu wählen?“.
4. **Kommunikation.** Mit anderen dazu in den Austausch zu gehen, ist ein wichtiger Baustein. Etwa bewusst gegenüber dem Partner zu formulieren, mit welcher Unlösbarkeit man sich konfrontiert sieht und die Nachteile beider Seiten als erheblich zu benennen, kann schon ein anderes Gespräch ermöglichen. Nicht zu unterschätzen ist die Mitteilung der eigenen Entscheidung – etwa gegenüber

der Chefin (z. B. Elternzeit zu nehmen) oder kritischen Verwandten (z. B. nach der Geburt Vollzeit zu arbeiten oder nicht den Familientraditionen zu entsprechen). Hier kann es sich lohnen, sich schon vorab ein paar Mal im Spiegel mit den erwartbaren Kommentaren vertraut zu machen.

DIE ARBEITSBEDINGUNGEN SIND ENTSCHEIDEND!

Zwar besteht ein grundlegendes Dilemma, in dem sich alle Ärzt:innen bei der Gestaltung des eigenen Berufs(-lebens) immer wieder verorten müssen. Die Veränderung der Arbeitsbedingungen in Kliniken und ambulanten Einrichtungen würde aber überhaupt die Voraussetzung dafür schaffen, dass der chirurgische Beruf bei der Wahl der Fachdisziplin von solchen angehenden Ärzt:innen in Betracht gezogen wird, die ein erfülltes Privatleben und das Ausleben beruflicher Ambitionen zu gleich wollen. Das wäre nicht nur zur Erweiterung des Nachwuchskräftepools sinnvoll, sondern auch, weil Chirurg:innen die eigenen Arbeitsbedingungen als besonders belastend beschreiben. Hoher Zeitdruck und wenig Handlungsspielraum gefährdete laut einer Studie unter Chirurg:innen des BDC die psychische Gesundheit und die Arbeitszufriedenheit [8].

So könnte die Vision für 2055 etwa so aussehen: „Ich bin Pankreas-Chirurgin, Oberärztin und habe alle vier Wochen eine Woche frei – arbeite also auf einer 80-%- Stelle. Dass ich für meine Ausbildung länger gebraucht habe, war manchmal ziemlich frustrierend. Zeit für das „gute Leben“ zu haben, ist mir aber letztlich wichtiger.“

LITERATUR

- [1] BAuA. (2018). BAuA-Arbeitszeitbefragung: Arbeitszeitwünsche von Beschäftigten in Deutschland. Retrieved from Dortmund: https://www.baua.de/DE/Angebote/Publikationen/Berichte/F2398-4.pdf?__blob=publicationFile&v=11 (01.02.2022)
- [2] BDC. (2022). Kinder, Kegel und Skalpell. Retrieved from <https://www.chirurg-werden.de/chirurgie-und-leben/chirurgie-und-familie/> (01.02.2022)

- [3] Born, M. (2020). Zur Bewältigung von Dilemmasituationen im Krankenhaus. Wie gehen mittlere Führungskräfte mit Ambiguitäten um und lässt sich der Umgang trainieren? Unveröffentlichte Dissertation, Universitätsklinikum Heidelberg.
- [4] Born, M., Drews, A., Bossmann, U., Zwack, J., & Schweitzer, J. (2020). Vom Reflex zur bewussten Entscheidung. Die Wirkung eines Dilemma-Kompetenz-Trainings für mittlere Führungskräfte im Krankenhaus. *Organisationsberatung, Supervision, Coaching*, 27(3), 365-382.
- [5] Chirurgen plagen Nachwuchssorgen. (2018). *Deutsches Ärzteblatt*. Retrieved from <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/93364/Chirurgen-plagen-Nachwuchssorgen> (23.01.22)
- [6] Drews, A. (2021). Dilemmakompetenz-Trainings in Krankenhäusern: Der Einfluss von Geschlecht und Profession der Teilnehmenden, Krankenhausökonomie und Krankenhausforschung auf deren Implementationsprozesse und Ergebnisse. Dissertation in Vorbereitung, Universitätsklinikum Heidelberg.,
- [7] Gündel, H., Born, M., Drews, A., Junne, F., Müller, A., Angerer, P., & Schweitzer, J. (2020). Interventionen für die Seelische Gesundheit von Krankenhausmitarbeitenden: Erfahrungen und Reflexionen aus einem Forschungsverbund. *Deutsches Ärzteblatt*, zur Publikation eingereicht.
- [8] Kern, M., Buia, A., Tonus, C., Weigel, T. F., Dittmar, R., Hanisch, E., & Zapf, D. (2019). Psychische Belastungen, Ressourcen und Wohlbefinden von Chirurgen in Deutschland. *Der Chirurg*, 90(7), 576-584. doi:10.1007/s00104-018-0780-5
- [9] Küllenberg, J., Born, M., Drews, A., Birke, L., Greiving, J., Hilz-Ward, C., & Schweitzer, J. (2021). Caught in contradiction – dilemmas and their consequences experienced by health care managers in German hospitals. *Journal of occupational and environmental medicine*, (manuscript in preparation for publication).
- [10] Nachwuchsmangel macht Chirurgen Sorgen. (2019). *ÄrzteZeitung*. Retrieved from <https://www.aerztezeitung.de/Politik/Nachwuchsmangel-macht-Chirurgen-Sorgen-253658.html> (23.01.2022)
- [11] Schröder, M. (2018). Der Generationenmythos. *KZfSS Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie*, 70(3), 469-494. doi:10.1007/s11577-018-0570-6
- [12] Shell-Jugendstudie. (2019). *Jugend 2019 – Zusammenfassung*. Retrieved from https://www.shell.de/about-us/shell-youth-study/_jcr_content/par/toptasks.stream/1570708341213/4a002dff-58a7a9540cb9e83ee0a37a0ed8a0fd55/shell-youth-study-summary-2019-de.pdf (01.02.2022)
- [13] Zwack, J., & Bossmann, U. (2017). *Wege aus beruflichen Zwickmühlen: Navigieren im Dilemma*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

BDC|SEMINAR



FÜHRUNGSSSEMINARREIHE: CHIRURGINNEN AUF DEM WEG NACH OBEN

Der BDC hat es sich zum Ziel gesetzt, explizit Chirurgeninnen auf Führungspositionen vorzubereiten und dafür eine Seminarreihe aufgelegt. Die Seminare bieten speziell zugeschnittene Module zu folgenden Themen:

Referentinnen: Sabine Schicke, Dr. Gunda Leschber

Modul 3 Erfolgsstrategien in eigener Sache	Berlin	27. – 28.05.22
Modul 4 Gesprächsstrategie – souverän Klartext reden	Berlin	30.09. – 01.10.22
Modul 5 Speziell für Berufsstarterinnen „Mission Karriere: Spielregeln für den Klinikalltag“	Berlin	11. – 12.11.22
Refresher	Berlin	in 2023

Modul 1 – 5 und Refresher: 450,- € für Mitglieder; 650,- € für Nichtmitglieder

Mehr Information und Anmeldung...

BDC|Pressemitteilung

Ambulanten Leistungskatalog nicht überfrachten

Berlin – Die Aufnahme von Eingriffen in einen neu zu definierenden ambulanten Leistungskatalog sollte sich lediglich auf Behandlungen beschränken, die „in der Regel“ ambulant durchgeführt werden können. So sieht es auch § 115b des Fünften Sozialgesetzbuches (SGB V) ausdrücklich vor. Ein nun publiziertes Gutachten des IGES-Instituts hingegen schlägt der Selbstverwaltung die Einbeziehung aller „prinzipiell“ ambulant durchführbaren Eingriffe vor. Damit würde sich der Umfang des AOP-Kataloges nahezu verdoppeln.

Prof. Dr. Dr. H.-J. Meyer, Präsident des BDC sagt: „Der Berufsverband der Deutschen Chirurgen e.V. (BDC) begrüßt die Initiative des Gesetzgebers, die Ambulantisierung im Gesundheitswesen voranzutreiben. Eine Ausweitung des ambulanten Leistungskataloges in dieser Breite lehnen wir aber ab.“ Das überschreite den gesetzlichen Auftrag und wäre zudem mit einem unüberschaubaren Prüfaufwand im stationären Bereich verbunden.

„Auch bleibt die entscheidende Frage unbeantwortet, nämlich, ob sich die Behandlung eines Patienten im Einzelfall für ein ambulantes Vorgehen eignet“, ergänzt der Vizepräsident des BDC, Dr. J.-A. Rüggeberg. Es werden zwar Kriterien für eine sogenannte Kontextprüfung aufgeführt, diese bleiben insgesamt aber zu unkonkret. „Die Notwendigkeit für die Kliniken, einen Eingriff dennoch stationär vorzunehmen, kann zu bürokratischer Belastung und Konflikten führen“, so Rüggeberg. Im Übrigen sei das deutsche Gesundheitssystem infrastrukturell auf eine solche Ambulantisierungswelle nicht vorbereitet. Es mangle nicht zuletzt an Pflegekapazitäten für die postoperative Betreuung von Patienten zu Hause.

Für komplexe sektorenübergreifende Leistungen, die derzeit noch häufig stationär erbracht werden, ließen sich die Strukturvoraussetzungen durch eine Vergütung über sogenannte „Hybrid-DRGs“ abbilden. Dabei könnte man mit wenigen, aber häufigen Eingriffen starten: Schon in Großbritannien hatte man 1990 mit dem Ziel von Effizienzsteigerungen zunächst 20 sektorengleiche Leistungen für taggleiche Eingriffe identifiziert. Kriterien waren, neben einem breiten ärztlichen Konsens, die Häufigkeit der Eingriffe und die bis dahin überwiegend stationäre Leistungserbringung.

Der Vertrag der Ampelkoalition nimmt bereits auf die Hybrid-DRGs Bezug. Eine solche Mischkalkulation aus DRG und Einheitlichem Bewertungsmaßstab (EBM) sollte neben Vorhaltekosten auch eine kurzstationäre Liegezeit von bis zu drei Tagen mit abdecken. Dabei bliebe es dem jeweiligen Leistungserbringer überlassen, die patientenindividuelle Verweildauer einzuschätzen, ohne dass Begründungen und Prüfungen erforderlich würden.

H.-J. Meyer verweist noch auf einen anderen, völlig außer Acht gelassenen Aspekt, der die Weiterbildung betrifft: Ambulante Eingriffe nach § 115b SGB V verlangen den Facharztstatus und werden damit für die Weiterbildungsassistenten nicht mehr zugänglich sein.

„Die Selbstverwaltung sollte nun zunächst alle in der Regel ambulant zu erbringenden Eingriffe identifizieren und in den AOP-Katalog überführen. Der BDC unterstützt – zusammen mit den medizinischen Fachgesellschaften – gerne dabei, den ersten Vorschlag des IGES dahingehend zu prüfen, welche Eingriffe wir sinnvollerweise tatsächlich in die ambulante Versorgung überführen sollten“, sagt H.-J. Meyer. ○

Presse-Kontakt BDC: Holger Wannenwetsch,
Telefon 030/28004-201,
presse@bdc.de



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

BDC|Pressemitteilung

Krankenhausfinanzierung: Ambulantisierung ja, bloße Verlagerung nein

Berlin – Die im Rahmen der Krankenhausfinanzierungs-Reform diskutierte Ambulantisierung bislang stationär erbrachter Leistungen darf nicht zu einer bloßen Verschiebung von Fällen in die vertragsärztliche Vergütungssystematik führen. Außerdem müssen die Bundesländer ihren Pflichten zur Finanzierung der Investitionskosten von Kliniken endlich nachkommen. Mit diesen Forderungen wendet sich der Berufsverband der Deutschen Chirurgen e.V. (BDC) zum DRG-Forum am 17./18.3.2022 in Berlin an die Verantwortlichen in Politik und Selbstverwaltung.

„Wir unterstützen grundsätzlich die aktuellen Bestrebungen des Gesetzgebers, die Finanzierungsstrukturen deutscher Krankenhäuser einer grundlegenden Reform zu unterziehen. Auch die im Vertrag der Ampelkoalition dazu vorgesehene Ambulantisierung von Leistungen, die Krankenhäuser bisher stationär erbracht haben, tragen wir prinzipiell mit. Es darf allerdings nicht sein, dass bislang über DRG-Fallpauschalen vergütete vollstationäre Fälle nun einfach zu Bedingungen des einheitlichen Bewertungsmaßstabes für ärztliche Leistungen (EBM) in den ambulanten Bereich verschoben werden“, sagt Dr. Jörg-A. Rüggeberg, Vizepräsident des BDC.

Erfreulicherweise plane die Koalition für dazu geeignete Leistungen eine sektorengleiche Vergütung durch sogenannte Hybrid-DRGs, so Rüggeberg. Dazu würden aus den DRGs und dem EBM ein Mischpreis für operative Eingriffe kalkuliert, der neben den erforderlichen Vorhaltekosten auch eine kurzstationäre Liegezeit finanziell abdecken sollte. Denn eine Verpflichtung zur ambulanten Vorgehensweise findet ihre Grenzen in der konkreten Patientensituation, die auch bei kleineren Eingriffen gegebenenfalls eine kurzfristige Betreuung über Nacht erfordern kann.

Weiterhin fordert der BDC die Bundesländer nachdrücklich auf, endlich ihrer aus dem Prinzip der dualen Finanzierung resultierenden gesetzlichen Pflicht zur Übernahme notwendiger Investitionskosten von Krankenhäusern nachzukommen. Das von den Ländern investierte Gesamtvolumen ist seit Langem rückläufig. Gerade Investitionen in die digitale und technische Infrastruktur der Krankenhäuser sind zuletzt nur unzureichend erfolgt. Rüggeberg ist sich sicher: „Wir können das nicht länger vor uns herschieben. Wenn wir im stationären Bereich auf gewohnt hohem qualitativen Niveau Patienten versorgen wollen, müssen wir jetzt handeln. Ich appelliere dringend an die Länder, unsere Kliniken nun endlich zeitgemäß auszustatten.“ 

Presse-Kontakt BDC: Holger Wannenwetsch,
Telefon 030/28004-201,
presse@bdc.de



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

Rekrutierende multizentrische chirurgische Studien in Deutschland

AUS DER
DGCH

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

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

KONTAKT

Dr. Solveig Tenckhoff
Studienzentrum der Deutschen
Gesellschaft für Chirurgie
T: 06221/56-36839
F: 06221/56-33850
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: BariSurg₁+ Registriernummer: DRKS00004766				
Prof. Dr. B.P. Müller	Patienten mit einem BMI von 35–40 kg/m ² und mit mindestens einer assoziierten Begleiterkrankung sowie Patienten mit einem BMI von 40–60 kg/m ² Experimentelle Gruppe: Magenschlauch-OP Kontrollgruppe: Magenbypass-OP	FPI: 27.11.2013 164 von 248 Patienten	– Kein Fallgeld	Prof. Dr. B.P. Müller Universitätsklinikum Heidelberg Chirurgische Klinik Sektion Minimalinvasive Chirurgie T: 06221/56-8641 F: 06221/56-8645 E: beat.mueller@med.uni-heidelberg.de
Studientitel: DISPACT-2₊ Registrierungsnummer: DRKS00014011				
Dr. med. Rosa Klotz	Patienten mit benignen und malignen Veränderungen des Pankreaskörpers und des -schwanzes mit Indikation zur elektiven distalen Pankreatektomie Exper. Gruppe Minimalinvasive distale Pankreatektomie Kontrollgruppe Offene distale Pankreatektomie	13.08.2020 44 von 294 Patienten	DFG 1.250 € / Patient	Dr. med. Rosa Klotz Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Transplantationschirurgie Universitätsklinikum Heidelberg Im Neuenheimer Feld 420 T: 06221/56-6980 F: 06221/56-33850 E: rosa.klotz@med.uni-heidelberg.de

MULTIZENTRISCH RANDOMISIERT KONTROLLIERTE STUDIEN				
STUDIENLEITER	PATIENTEN/OP.-VERFAHREN	FIRST PATIENT IN/ STATUS DER STUDIE	FINANZIERUNG DER STUDIE/FALLGELD	ANSPRECHPARTNER/ KONTAKT
Studientitel: HULC₃* Registrierungsnummer: DRKS00017517				
Prof. 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 348 von 812 Patienten	DFG 500 € / 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: IOWISI₄* Registrierungsnummer: DRKS00012251 EudraCT 2017-000152-26				
Prof. 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 689 von 680 Patienten Rekrutierung beendet	DFG 400 € / Patient	Prof. 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: PERCOG₅* Registrierungsnummer: DRKS00009451; EudraCT: 2015-005219-34				
Prof. 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 15 von 150 Patienten Rekrutierung beendet	- 400 € / Patient	Prof. Dr.med. Daniel Reim Ismaninger Straße 22 81675 München 089/4140-5019 089/4140-2184 daniel.reim@tum.de
Studientitel: PONIY₆* 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 267 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

MULTIZENTRISCH RANDOMISIERT KONTROLLIERTE STUDIEN				
STUDIENLEITER	PATIENTEN/OP.-VERFAHREN	FIRST PATIENT IN/ STATUS DER STUDIE	FINANZIERUNG DER STUDIE/FALLGELD	ANSPRECHPARTNER/ KONTAKT
Studientitel: WOPP₇* Registrierungsnummer: NCT01855464				
Prof. Dr. T. Walles, FETCS Prof. Dr. J. Neudecker (Stellvertretender 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 353 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
Studientitel ARMANI₈* Registrierungsnummer: NCT04678583, DRKS00023792				
Prof. Dr. med. Jürgen Weitz, MSc. Prof. Dr. med. Nuh Rahbari	Exper. Gruppe anatomische Resektion der Lebermetastase(n). Kontrollgruppe nicht-anatomische Resektion der Lebermetastase(n).	FPI: 12.03.2021 9 von 240 Patienten	DKTK Joint Funding 1530 € / Patient	Ulrike Neckmann, PhD Studienkoordinatorin Klinik und Poliklinik für Viszeral-, Thorax- und Gefäßchirurgie Universitätsklinikum Carl Gustav Carus an der Technischen Universität Dresden Anstalt des öffentlichen Rechts des Freistaates Sachsen Fetscherstraße 74 01307 Dresden T: +49 (0)351 458 18130 F: +49 (0)351 458 7273 E: ulrike.neckmann@uniklinikum-dresden.de

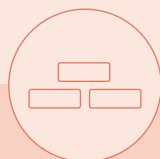
- [1] Sleeve gastrectomy versus Roux-en-Y gastric bypass in obese patients with BMI 35–60 kg/m² – a multicenter randomized trial
- [2] Distal Pancreatectomy – A randomised controlled trial to compare minimal-invasive distal pancreatectomy to open resection (DISPACT-2 Trial)
- [3] Hernia reduction following laparotomy using small stitch abdominal wall closure with and without mesh augmentation – HULC
- [4] Intraoperative wound irrigation to prevent surgical site infection after laparotomy
- [5] Parenterale Ernährung unter neoadjuvanter Chemotherapie beim lokal fortgeschrittenen Magenkarzinom/Karzinom des ösophagogastralen Übergangs zur Reduktion der postoperativen Morbidität
- [6] Postoperative negative pressure incision therapy following open colorectal surgery: a randomized-controlled trial
- [7] Pulmonary wedge resection plus parietal pleurectomy (WRPP) versus parietal pleurectomy (PP) for the treatment of recurrent primary pneumothorax
- [8] Anatomical Resection of liver MetAstases in patients with RAS-mutated colorectal cancer

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

Stand: März 2022

SPENDENAUFTRUF

Langenbeck-Virchow-Haus



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

sich mit einem Spendenaufruf an die Mitglieder zu wenden.

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

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

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



Prof. Dr. med. H. Lang

Präsident

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

Generalsekretär

Prof. Dr. med. J. Werner

Schatzmeister

Bausteine Langenbeck-Virchow-Haus

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

BAUSTEIN IN GOLD

Vereinigung Mittelrheinischer Chirurgen

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

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

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

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

Herr Prof. Dr. med. Reiner Gradinger, München

Berufsverband der Deutschen Chirurgen e.V.

in memoriam Prof. Dr. med. Jens Witte

AO Deutschland, Arbeitsgemeinschaft für Osteosynthesefragen,
Berlin

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

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

DGTHG – 1971 mit Dank an die Gründungsmitglieder

Herr Prof. Dr. med. Joachim Jähne, Hannover

in memoriam Manfred und Helmi Jähne, Essen

Herr Prof. Dr. med. Uwe Klinge, Aachen

Herr Prof. Dr. med. Erhard Kiffner, Karlsruhe

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

AIOD Deutschland e. V., Düsseldorf

Familie und Freunde Dr. Schreiter, Hamburg

in memoriam Dr. med. Friedemann Schreiter

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

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

Herr Dr. med. Ernst Derra und Frau Dr. med. Hildegard

Derra-Henneke, Düsseldorf und München

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

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

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

in memoriam Prof. Dr. med. Wilhelm Müller, Rostock und

Prof. Dr. med. Egbert Schwarz, Erfurt

Herr Prof. Dr. med. Jürgen Ennker und

Frau PD Dr. med. Ina Carolin Ennker, Berlin

Herr Prof. Dr. med. Henning Putzki, Hannover

in memoriam

Prof. Dr. Peter-Christian Alnor, Braunschweig

Prof. Dr. Horst Heymann, Hannover

Vereinigung Niederrheinisch- Westfälischer Chirurgen

Herr Dr. med. Wolfgang Schneider

In Erinnerung an

Univ.-Prof. Dr. med. Hermann Bunte

gestiftet von 52 Schülern und Weggefährten aus der Zeit von 1973

bis 1996 an der Chirurgischen Universitätsklinik Münster

in dankbarer Wertschätzung und Bewunderung für ihren Ideen-
geber und Mentor

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 Bühnen, Murnau
 Herr Dr. med. Abdullah Mury, Heide
 Herr Dr. med. Andreas Ungeheuer, München
 Herr Prof. Dr. med. Wolf Schellerer, Bamberg
 Herr Prof. Dr. med. Tilman Mischkowsky, Berlin
 Herr Prof. Dr. med. Hans-Joachim Wiendl, Bamberg
 Herr Prof. Dr. med. Klaus Roosen, Würzburg
 Herr Prof. Dr. med. Dr. h.c. Gert Carstensen, Mülheim
 Herr Prof. Dr. med. Peter M. Vogt, Hannover
 Herr Prof. Dr. med. Fritz L. Ruëff, München
 Herr Prof. Dr. med. Karl-Joseph Paquet, Bad Kissingen
 Herr Prof. Dr. med. Dr. h.c. Volker Schumpelick, Aachen
 Herr Prof. Dr. med. Yoshiki Hiki, Tokio/Japan
 Herr Prof. Dr. med. Hans-Bernd Reith, Konstanz
 Herr Dr. med. Goswin von Mallinckrodt, München
 Herr Prof. Dr. med. Lothar Kinzl, Ulm
 Frau Ingrid und Herr Dr. med. Robert Raus, Riedlingen
 Frau Dr. med. Ursula Engel, Hamburg
 Enddarm-Zentrum Bietigheim,
 Herr Dr. med. Wolfgang Pfeiffer,
 Herr Dr. med. Markus Piro-Noack,
 Herr Dr. med. Edgar Kraft
 Herr Prof. Dr. med. Thomas Rüedi, Maienfeld/Schweiz
 in memoriam Prof. Dr. med. Martin Allgöwer, Chur/Schweiz
 Herr Prof. Dr. med. Gert Specht, Berlin
 Herr Prof. Dr. med. Henning Weidemann, Berlin
 Herr Prof. Dr. med. Otto Scheibe, Stuttgart
 in memoriam Prof. Dr. med. Helmut Remé, Lübeck
 Herr Prof. Dr. med. Stephan Langer, Mönchengladbach
 Herr Dr. med. José Luis Narro, Köln
 Herr Prof. Dr. med. Wolfgang Ulf Wayand, Linz
 Herr Prof. Dr. med. Werner Grill, Starnberg
 Herr Prof. Dr. med. Fritz Kümmerle, Mainz
 Herr Prof. Dr. med. Dr. h.c. mult. Friedrich Stelzner, Bonn
 Herr Prof. Dr. med. Günther Vetter, Bad Vilbel
 in memoriam Prof. Dr. med. Hans-Bernhard Sprung, Dresden

Frau Dr. med. Eva Böhlau, Bad Soden
 1991–2011 DGT in memoriam
 Prof. Dr. med. Ingolf Vogt-Moykopf zum 80. Geburtstag
 Herr Prof. Dr. med. Gerhard Krönung, Wiesbaden
 in memoriam Prof. Dr. med. Johannes Christian Dobroschke,
 Regensburg
 Herr Prof. Dr. med. Alois Fürst
 Herr Dr. med. Arthur Heiligensetzer
 Herr Dr. med. Peter Sauer
 Herr Dr. med. Bernfried Pikal
 Herr Dr. med. Johannes Winfried Pruy
 in memoriam Prof. Dr. med. Johannes Christian Dobroschke,
 Regensburg
 Herr Prof. Dr. med. Christian Müller, Hamburg
 Herr Dr. med. Friedrich Klee, Heidelberg
 Herr Prof. Dr. med. Karl Dinstl, Wien
 in memoriam Prof. Dr. med. K. Keminger
 Herr Prof. Dr. med. Axel Richter, Hildesheim
 Herr Prof. Dr. med. Ernst Teubner, Göppingen
 Herr Prof. Dr. med. Martin Büsing, Recklinghausen
 Herr Dr. med. Helge Hölzer, Stuttgart
 in memoriam Prof. Dr. med. Gerhard Köveker, Sindelfingen und
 Böblingen
 Herr Dr. med. Friedemann Schreiter, Hamburg
 Herr Prof. Dr. med. Dr. h.c. Hans-Joachim Meyer, Hannover
 Herr Prof. Dr. med. Konrad Schwemmler, Linden
 Herr Dr. med. Frank U. Zittel, Frankenthal
 in memoriam Prof. Dr. med. Richard Xaver Zittel
 Herr Prof. Dr. med. Wulf Brands, Karlsruhe
 in memoriam Dr. med. Hartmut Wirth, Mannheim
 Herr Prof. Dr. med. habil. Dieter Bokelmann, Essen
 in memoriam Dr. med. Ottmar Kohler, Idar-Oberstein
 Herr Prof. Dr. med. Hermann Bunte, 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 PD Dr. med. Stefan Welter, Hemer
 Herr Prof. Dr. med. Rolf Schlumpf, Zürich
 Herr Prof. Dr. med. Reinhart T. Grundmann, Burghausen
 in memoriam Margarethe Grundmann, Burghausen

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. Izbicke, Hamburg
 Herr Prof. Dr. med. Hans Zwiipp, Dresden
 Herr Dr. med. Dusan Dragojevic, Isernhagen
 Herr Prof. Dr. med. G. Heinz Engelhardt, Wuppertal
 Proktologische Praxis Kiel,
 Herr Dr. med. Johannes Jongen,
 Herr Dr. med. Hans-Günter Peleikis,
 Herr Dr. med. Volker Kahlke
 Herr Dr. med. Wolfgang Hermes, Bremen
 Herr Dr. med. Wolf-Dieter Hirsch, Grimma
 Herr Dr. med. Holger Herzing, Höchststadt/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 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
 Prof. Dr. med. Dieter Rühland, Singen
 Herr Dr. med. Jürgen Hofmann, Innsbruck
 in memoriam Dr. med. Werner Pfafferott und
 Dr. med. Hermann Wiesinger
 Herr Prof. Dr. med. Wolf Otto Bechstein, Frankfurt/Main
 Herr Dr. med. Nikolaos Mastragelopoulos, Heinsberg
 „Primum non nocere.“
 Herr Prof. Dr. med. Ralf-Bodo Tröbs, Mülheim a. d. Ruhr
 Herr Dr. med. Alexander Florek Radebeul
 zu Ehren von Dr. med. Hans-Joachim Florek, 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
 Herr Dr. med. Thomas Friess
 in memoriam Prof. Dr. med. Klaus Reichel
 Herr Dr. med. Arne Bautz, Kiel
 Herr Dr. med. Jochen Peter, Mainz
 Herr Dr. med. Martin Pöllath, Sulzbach-Rosenberg
 Herr Prof. Dr. med. Karsten Ridwelski, Magdeburg
 Herr Dr. med. Kurt Zimmermann, Lauterbach
 Herr Dr. med. André Stoberneck, Kleve
 in memoriam PD Dr. med. Claus Engelmann
 Herr Prof. Dr. med. Thomas Riemenschneider, Bonefeld

DGCH-PRÄSIDIUM

ab 01. Februar 2022



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	H. Lang, Mainz
1. Vizepräsident	M. Ehrenfeld, München
2. Vizepräsident	A. Seekamp, Kiel
3. Vizepräsidentin	C. Bruns, Köln
Schatzmeister	J. Werner, München
Generalsekretär	H.-J. Meyer, Berlin

FRÜHERE PRÄSIDENTEN

J. Fuchs, Tübingen	2018
M. Anthuber, Augsburg	2019
T. Schmitz-Rixen, Frankfurt/M.	2020

VERTRETER DER FACHGESELLSCHAFTEN

Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie	N. C. Nüssler, München
Deutsche Gesellschaft für Chirurgie/Vertreter Allgemeine Chirurgie	K. Ridwelski, Magdeburg
Deutsche Gesellschaft für Gefäßchirurgie und Gefäßmedizin	M. Steinbauer, Regensburg
Deutsche Gesellschaft für Kinderchirurgie	U. Rolle, Frankfurt
Deutsche Gesellschaft für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie	J. Hoffmann, Heidelberg
Deutsche Gesellschaft für Neurochirurgie	R. Goldbrunner, Köln
Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie	B. Kladny, Herzogenaurach
Deutsche Gesellschaft der Plastischen, Rekonstruktiven und Ästhetischen Chirurgen	H. Menke, Offenbach
Deutsche Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie	A. Böning, Gießen
Deutsche Gesellschaft für Thoraxchirurgie	K. Welcker, Mönchengladbach
Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie	D. Pennig, Köln
Berufsverband der Deutschen Chirurgen e.V.	J.-A. Rüggeberg, Bremen
Perspektivforum Junge Chirurgie	J. Kröplin, Schwerin B. Blank, Kulmbach

SPRECHER DER SENATOREN

J. Jähne, Hannover
T. Pohlemann, Homburg

SENATOREN

H.-J. Peiper, Göttingen
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
R. Gradinger, München
A. Haverich, Hannover
M. Büchler, Heidelberg
K.-W. Jauch, München
J. Jähne, Hannover
P. Vogt, Hannover
G. Schackert, Dresden
T. Pohlemann, Homburg

WEITERE MITGLIEDER

Leitender Universitätschirurg	S. Fichtner-Feigl, Freiburg
Leitender Krankenhauschirurg	C. Krones, Aachen
Oberärztin in nichtselbstständiger Stellung einer Chirurgischen Universitätsklinik	D. Gray, Frankfurt/Main
Oberarzt in nichtselbstständiger Stellung einer Chirurgischen Krankenhausabteilung	M. Mille, Erfurt
Niedergelassener Arzt für Chirurgie	R. Lorenz, Berlin
Chirurg aus dem deutschsprachigen Ausland	R. Rosso, Comano/Schweiz
Vertreter der Sektion Chirurgische Forschung	C. Bruns, Köln

MEINE DATEN HABEN SICH GEÄNDERT


☐ Mitgliedsnummer DGCH

☐ Mitgliedsnummer BDC

Titel

Name und Vorname

Klinik/Krankenhaus/Praxis

Abteilung

Klinik-Anschrift

Telefon dienstlich

Privat-Anschrift

Telefon privat

Mobiltelefon

E-Mail-Adresse

Postsendungen bitte an die

☐ Praxis-/Klinikadresse

☐ Privatadresse

☐ 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-MITGLIEDERVERSAMMLUNG

HERZLICHEN GLÜCKWUNSCH ALLEN ALTEN UND NEUEN MANDATSTRÄGERN!



Im Rahmen der Mitgliederversammlung am 8. April 2022 wurden alle Amtsinhaber im Vorstand und im erweiterten Vorstand in ihren Ämtern bestätigt. Die Mitglieder des Ehrenrates und die Leiter der Fachreferate wurden entweder in ihren Ämtern bestätigt oder neu gewählt. Wir gratulieren allen wieder- oder neugewählten Mandatsträgern ganz herzlich und wünschen Ihnen auch weiterhin viel Erfolg in der Verbandsarbeit!

Der BDC hat anlässlich der Wahlen zu dieser Mitgliederversammlung am 8.4.2022 die folgende Pressemitteilung herausgegeben:

KONTINUITÄT BEIM BDC: MITGLIEDER BESTÄTIGEN KOMPLETTEN VORSTAND

„Die Mitglieder des Berufsverbandes der Deutschen Chirurgen e.V. (BDC) haben bei den Wahlen heute eindrucksvoll gezeigt, wie zufrieden sie mit der Arbeit von Vorstand und erweitertem Vorstand in der nun fast vergangenen Amtsperiode sind. Sie haben alle Repräsentanten in ihren Ämtern bestätigt und damit den kontinuierlichen berufspolitischen Einsatz für Chirurginnen und Chirurgen im niedergelassenen Bereich und im Krankenhaus gewürdigt“, so Prof. Dr. Dr. h.c. Hans-Joachim Meyer, wiedergewählter BDC-Präsident, im Anschluss an die Wahlen auf dem Deutschen Chirurgenkongress (DCK) am Freitag (8.04.2022) in Leipzig. Die neuen Amtszeiten starten zum 1.7.2022.

Neben H.-J. Meyer bestätigten die Mitglieder auch die beiden Vizepräsidenten, Dr. Jörg-A. Rüggeberg und Dr. Peter Kalbe. Präsident und Vizepräsidenten bilden den Vorstand des BDC.

Dass sich kontinuierliche Arbeit bezahlt macht, zeigt sich aber nicht nur beim Führungstrio: Auch alle Repräsentanten des erweiterten Vorstandes behalten ihre Funktion für weitere vier Jahre: So wählten die Mitglieder Dr. Hubert Mayer erneut zum Schatzmeister, Prof. Dr. Wolfgang Schröder wieder zum Leiter der BDC-Akademie sowie Prof. Dr. Carsten Krones und Prof. Dr. Michael Betzler zu Beisitzern. In ihren Funktionen bleiben auch Dr. Ralf Schmitz als Referatsleiter Niedergelassene und Prof. Dr. Julia Seifert als ständiger Gast.

Neben Vorstand und erweitertem Vorstand wurden auf der Mitgliederversammlung auch die Mitglieder des Ehrenrates und die Leiter der Fachreferate in ihren Ämtern bestätigt oder neu gewählt.

„Wir freuen uns sehr darauf, mit allen Mandatsträgern die begonnenen Arbeiten kompetent und erfolgreich fortzusetzen. Gleichzeitig möchten wir unsere Mitglieder ermuntern, bei Interesse für ein bestimmtes Mandat in einem BDC-Gremium sich am besten vor Ort bei erfahrenen Kolleginnen und Kollegen zu informieren. Die gemeinsame Arbeit macht sehr viel Spaß und bietet eine effektive Möglichkeit, auf die Gestaltung der Berufs- und Arbeitsbedingungen in der Chirurgie aktiv Einfluss zu nehmen“, sagt H.-J. Meyer.

NAMENSÄNDERUNG DES VERBANDES

Der BDC plant im Hinblick auf die steigende Anzahl an weiblichen Mitgliedern eine Namensänderung des Verbandes in „Berufsverband der Deutschen Chirurgie e.V.“ Die Mitgliederversammlung hat die dazu erforderliche Satzungsänderung beschlossen. Weitere Informationen zum Zeitpunkt, ab dem diese Änderung wirksam wird, werden noch folgen.



Am Ende braucht jeder einen **Verband.**



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

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

BDC | Landesverbände

BDC | Westfalen-Lippe

Vorsitzender
Prof. Dr. med. Waldemar Uhl, MHSA

Stellv. Vorsitzender
Dr. med. Björn Schmitz

Regionalvertreter NL
Jerzy Wielowiejski

Stellv. Regionalvertreter NL
Prof. Dr. med. Michael Aufmkolk

BDC | Bremen

Vorsitzender
Prof. Dr. med. Michael Paul Hahn

Stellv. Vorsitzender
Dr. med. Knut Müller-Stahl

Regionalvertreter NL
Dr. med. Björn Ackermann

BDC | Hamburg

Vorsitzende
Prof. Dr. med. Carolin Tonus

Stellv. Vorsitzende
Dr. med. Michaela Rothe

Stellv. Vorsitzender
Dr. med. Thomas Mansfeld

Regionalvertreter NL
Dr. med. Philipp Kölln

Regionalvertreter in NL
Dr. med. Michaela Rothe

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. Stellvert. 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

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

Stellv. Vorsitzender
Dr. med. Christoph Prinz

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

Vorsitzender
Dr. med. Ludwig Schütz

Stellv. Vorsitzender
Dr. med. Stephan Dittrich

Stellv. Vorsitzender
Dr. med. Jörg Hammer

Regionalvertreter NL
Dr. med. Jörg Hammer

Stellv. Regionalvertreter NL
Dr. med. Stephan Dittrich

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 | Thüringen

Vorsitzender
Dr. med. Arndt Voigtsberger

Stellv. Vorsitzender
Dr. med. Lutz Künanz

Regionalvertreter NL
Dr. med. Arndt Voigtsberger

Stellv. Regionalvertreter NL
Dr. med. Ingo Menzel

BDC | Niedersachsen

Vorsitzender
Prof. Dr. med. Guido Schumacher

Stellv. Vorsitzender
Prof. Dr. med. Ulf Culemann

Regionalvertreter NL
Dr. med. Frank Siebert

Regionalvertreter NL
Dr. med. Raymond Young

Regionalvertreter in NL
Dr. med. Annina Donner

Regionalvertreter NL
Dr. med. Florian Barth

BDC | Bayern

Vorsitzender
Prof. Dr. med. Matthias Anthuber

Stellv. Vorsitzender
Dr. med. Hubert Mayer

Regionalvertreter NL
Dr. med. Axel Neumann

Stellv. Regionalvertreter NL
Dirk Farghal

Stellv. Regionalvertreter NL
Dr. med. Rainer Woischke



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



Presse-Kontakt BDC:
Holger Wannenwetsch
Telefon 030/28004-201
presse@bdc.de

Termine BDC | Akademie*

CURRICULUM BASISCHIRURGIE							
DATUM		ORT	KURS-NR.	SEMINARTITEL	WISSENSCHAFTLICHE/R LEITER:IN	PREIS MITGLIED	PREIS NICHT-MGL
23.06.2022	24.06.2022	Berlin	2022-21509	Praktisches Seminar: Orthopädie und Unfallchirurgie	Dr. med. MSc Johanna Ludwig; PD Dr. med. Theresa Diermeier	300,00 €	500,00 €
22.09.2022	24.09.2022	Berlin	2022-21504	Praktisches Seminar: Allgemein-, Viszeral- und Gefäßchirurgie	Dr. med. Jörg Sauer	400,00 €	600,00 €
23.09.2022		Berlin	2022-21525	Workshop: Simulationstraining Notfallmanagement	Dr. med. Jan Baus	450,00 €	600,00 €
28.09.2022	30.09.2022	Kaiserslautern	2022-21667	Common Trunk	PD Dr. med. habil. Christian Mönch; Dr. med. Martin Veit	350,00 €	550,00 €
13.10.2022	15.10.2022	Bochum	2022-21665	Common Trunk	Prof. Dr. med. Daniel Vallböhmer; Dr. med. Jörg Sauer	350,00 €	550,00 €
28.10.2022	29.10.2022	Regensburg	2022-21515	5. Kurs Fundamental Critical Care Support	Dr. med. Hans Fischer; Dr. med. Cornelius Fuchs	400,00 €	600,00 €

FACHARZTVORBEREITUNG							
DATUM		ORT	KURS-NR.	SEMINARTITEL	WISSENSCHAFTLICHE/R LEITER:IN	PREIS MITGLIED	PREIS NICHT-MGL
20.06.2022	22.06.2022	online	2022-22580	Facharztseminar Allgemein- und Viszeralchirurgie	Prof. Dr. med. Matthias Anthuber	250,00 €	450,00 €
22.06.2022	24.06.2022	Erlangen	2022-23711	Facharztseminar Thoraxchirurgie	Prof. Dr. Dr. h.c. Horia Sirbu	350,00 €	550,00 €
05.09.2022	09.09.2022	Leipzig	2022-22550	Facharztseminar Allgemein-chirurgie	Dr. med. Ludwig Schütz	350,00 €	550,00 €
13.09.2022	16.09.2022	Berlin	2022-23823	Facharztseminar Orthopädie/Unfallchirurgie	Prof. Dr. med. Julia Seifert; Michael Kähler	350,00 €	550,00 €
07.11.2022	10.11.2022	Hamburg	2022-23672	Facharztseminar Viszeralchirurgie	Prof. Dr. med. h.c. Jakob R. Izbicki; PD Dr. med. Matthias Reeh	350,00 €	550,00 €
14.11.2022	18.11.2022	Dortmund	2022-22530	Facharztseminar Allgemein-chirurgie	Dr. med. Jens-Peter Stahl; Prof. Dr. med. Maximilian Schmeding	350,00 €	550,00 €

FACHBEZOGENE SEMINARE, WORKSHOPS UND HOSPITATIONEN							
DATUM		ORT	KURS-NR.	SEMINARTITEL	WISSENSCHAFTLICHE/R LEITER:IN	PREIS MITGLIED	PREIS NICHT-MGL
Mai/Juni 2022		Hamburg	2022-23780	Facharzt-Seminar Hand zur Prüfungsvorbereitung Orthopädie/Unfallchirurgie	Dr. med. Jan Cruse; Dr. med. Paul Preisser; Dr. med. Okka Eva Pfisterer	130,00 €	160,00 €
15.06.2022	16.06.2022	Berlin	2022-23678	Viszeralchirurgie Kompakt: Kolorektale Chirurgie	Dr. med. Oliver Haase; Prof. Dr. med. Johann Pratschke	300,00 €	500,00 €
17.06.2022	18.06.2022	Templin OT Groß Dölln	2022-23682	13. Brandenburger Viszeralchirurgisches Update	PD Dr. med. Rainer Kube; Prof. Dr. med. habil. Frank Marusch	30,00 €	50,00 €
23.06.2022	24.06.2022	online	2022-23865	Fußchirurgie III	Prof. Dr. med. Jonas Andermahr; Dr. med. Ralph Springfield	400,00 €	550,00 €
23.06.2022	24.06.2022	Berlin	2022-22401	CAMIC 1: Grundlagen der minimalinvasiven Chirurgie	Dr. med. Panagiotis Fikatas	400,00 €	600,00 €
31.08.2022	02.09.2022	Strasbourg Cedex	2022-24632	Robotik-/Laparoskopie im IRCAD Module 1-3	PD Dr. med. Hans Fuchs; Dr. Dr. med. Barbara Seeliger	500,00 €	620,00 €
01.09.2022	02.09.2022	online	2022-23680	Spezielle Unfallchirurgie Teil I	Prof. Dr. med. Frank Hildebrand	300,00 €	500,00 €
09.09.2022		Berlin	2022-23687	Management von Anastomoseninsuffizienzen am oberen Gastrointestinaltrakt	Prof. Dr. med. Clemens Schafmayer	250,00 €	300,00 €
16.09.2022	17.09.2022	Dresden	2022-23824	Workshop Ellenbogenchirurgie: Erkrankungen des Ellenbogen und Unterarmes	Prof. Dr. med. Guido Fitze; Dr. med. Jörg Nowotny	500,00 €	650,00 €

FACHBEZOGENE SEMINARE, WORKSHOPS UND HOSPITATIONEN

DATUM		ORT	KURS-NR.	SEMINARTITEL	WISSENSCHAFTLICHE/R LEITER:IN	PREIS MITGLIED	PREIS NICHT-MGL
19.09.2022	20.09.2022	Norderstedt	2022-23618	Orthotrauma: Versorgungskonzepte und Zugangswege obere Extremität	Prof. Dr. med. Burkhard Wippermann; Dr. med. Michael Stalp	800,00 €	1.000,00 €
23.09.2022	24.09.2022	Aachen	2022-23860	Fußchirurgie I	Dr. med. Thorsten Randt	500,00 €	600,00 €
29.09.2022	30.09.2022	Berlin	2022-22403	CAMIC 2: Endoskopische Hernienchirurgie	Dr. med. Panagiotis Fikatas	400,00 €	600,00 €
07.10.2022	08.10.2022	Dresden	2022-23781	1. Dresdener Handkurs: Wiederherstellung der Handfunktion	Dr. med. Martin Schreiber; Dr. med. Feras Taqatqeh	500,00 €	650,00 €
14.10.2022	15.10.2022	online	2022-23685	Viszeralchirurgie Kompakt: Beckenbodenchirurgie	PD Dr. med. Annett Gauruder-Burmester	300,00 €	500,00 €
20.10.2022	21.10.2022	Berlin	2022-22405	CAMIC 3: Laparoskopische Nahttechniken	Dr. med. Panagiotis Fikatas	400,00 €	600,00 €
20.10.2022	21.10.2022	Tuttlingen	2022-23683	Spezielle Viszeralchirurgie	Prof. Dr. med. Michael Schäffer	300,00 €	500,00 €
03.11.2022	04.11.2022	Köln	2022-24633	Robotische Chirurgie: Modul 4 Hospitation	Prof. Dr. med. Christiane Bruns; PD Dr. med. Hans Fuchs	300,00 €	500,00 €
10.11.2022	11.11.2022	online	2022-22409	Masterclass Hernienchirurgie	Prof. Dr. med. Ferdinand Köckerling	150,00 €	190,00 €
10.11.2022	11.11.2022	Frankfurt am Main	2022-23674	Viszeralchirurgie Kompakt: Adipositas- und Metabolische Chirurgie	Dr. med. Sylvia Weiner	300,00 €	400,00 €
10.11.2022	11.11.2022	Recklinghausen	2022-23676	Viszeralchirurgie Kompakt: Rektum- und Analfistelchirurgie	Dr. Eugen Berg	300,00 €	500,00 €

FACHÜBERGREIFENDE SEMINARE

DATUM		ORT	KURS-NR.	SEMINARTITEL	WISSENSCHAFTLICHE/R LEITER:IN	PREIS MITGLIED	PREIS NICHT-MGL
25.08.2022	27.08.2022	Berlin und online	2022-24620	Update perioperative Medizin	Prof. Dr. med. Johann Pratschke; Prof. Dr. med. Claudia Spies; Dr. med. Ralf Roland Lorenz; Prof. Dr. med. Roland C. E. Francis	350,00 €	450,00 €
07.10.2022	08.10.2022	Berlin und online	2022-24708	Abschlusscolloquium für hygienebeauftragte Ärzte (HBA)	Prof. Dr. med. Julia Seifert; Prof. Dr. med. Axel Kramer		

SOFTSKILL- & MANAGEMENTSEMINARE

DATUM		ORT	KURS-NR.	SEMINARTITEL	WISSENSCHAFTLICHE/R LEITER:IN	PREIS MITGLIED	PREIS NICHT-MGL
27.05.2022	28.05.2022	Berlin	2022-26533	Führungsseminare: Modul 3 – Erfolgsstrategien in eigener Sache	Dr. med. Gunda Leschber; Prof. Dr. med. Katja Schlosser; Sabine Schicke	450,00 €	650,00 €
28.05.2022		online	2022-25590	Begutachtung im Behandlungsfehlerprozess	Prof. Dr. med. Heiner Wenk	270,00 €	330,00 €
08.06.2022		online	2022-24715	Der ökonomische Notfallkoffer für Chirurg:innen	Prof. Dr. med. Thomas Auhuber	150,00 €	220,00 €
30.09.2022	01.10.2022	Berlin	2022-26534	Führungsseminare: Modul 4 - Gesprächsstrategie - Souverän Klartext reden	Dr. med. Gunda Leschber; Sabine Schicke	450,00 €	650,00 €
22.10.2022		Online	2022-27703	Abrechnungsseminar GOÄ und BG	Dr. med. Peter Kalbe	50,00 €	80,00 €
22.10.2022		Online	2022-27708	Abrechnungsseminar EBM	Dr. med. Jörg-Andreas Rüggeberg	50,00 €	80,00 €

BDC|Akademie

Information und Anmeldung:

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

* Änderungen hinsichtlich Termin, Ort und Format sind der BDC|Akademie vorbehalten.

SPONSOREN DER BDC | AKADEMIE

Der Berufsverband der Deutschen Chirurgen e.V. (BDC) definiert traditionell chirurgische Fort- und Weiterbildung als eine seiner Kernaufgaben. Das Angebot der BDC|Akademie hat sich in den letzten Jahren insbesondere auf dem digitalen Sektor stetig erweitert und folgt der karrierebedingten Gliederung vom Berufseinstieg des chirurgischen Nachwuchses bis hin zu den praxisorientierten Anforderungen an klinisch tätige Chirurgeninnen und Chirurgen im Krankenhaus und in der Niederlassung.

Dieses umfassende Programm ist ohne finanzielle und materielle Unterstützung der medizintechnischen und pharmazeutischen Industrie heutzutage gerade unter den sich ändernden Rahmenbedingungen nicht umsetzbar. Das betrifft neben dem Gesamtprogramm der Akademie auch immer wieder die gezielte Förderung einzelner zukunftsorientierter

Projekte mit innovativen und modernen Lernkonzepten. Der konstruktive und regelmäßige Dialog, der hier zwischen der BDC|Akademie und den einzelnen Industrieunternehmen intensiv gepflegt wird, ist Ausdruck dieser engen Kooperation.

Hierbei ist zu betonen, dass die Inhalte der ärztlichen Fortbildung nach wie vor unabhängig von wirtschaftlichen Interessen sind. 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 Fort- und Weiterbildung.



LIFESTYLE- ANGEBOTE

im Mai 2022

%

10 %



FLEUROP: 10 %
RABATT FÜR BDC-MITGLIEDER

15 %



SAWADE BERLIN: 15 %
RABATT FÜR BDC-MITGLIEDER

15 %



SPORTSCHECK: BIS ZU 15 %
RABATT FÜR BDC-MITGLIEDER

13 %



L'OCCITANE: 13 %
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.

PANORAMA

Work-Life-Balance





Karriereplanung? Nein, danke!

Als junges Mädchen war ich beseelt vom „Helfersyndrom“ – nichts anderes als Krankenschwester wollte ich werden. Nach intensiven Diskussionen mit den Eltern durfte ich diesen Weg gehen. Dadurch, dass ich hier schreibe, sehen Sie bereits, dass der Plan sich zwar erfüllt, aber auch geändert hat!

Damals – 1965 – musste ich ein Haushaltsjahr absolvieren, ehe ich die Schwesternschule besuchen durfte. Gleich danach – ich war gerade 18 Jahre alt geworden – begann meine Ausbildung zur Krankenschwester an der Schwesternschule der Universität in Heidelberg. Sehr zukunftsorientierte Unterrichtspläne bereiteten uns Schülerinnen (ja, nur Schülerinnen!) auf das Berufsleben vor – gleich mit der Erwartung, dass wir nach dem Examen in den Kliniken Verantwortung zu übernehmen haben werden. Auch damals herrschte Pflegekräftemangel!

Ich hatte mit ca. 24 Jahren in meinem Wunschberuf das erreicht, was für mich erstrebenswert schien – Stationsschwester im Kollegialsystem in einer Chirurgischen Ambulanz. Aber das noch 40 Jahre bis zur Rente tun? Es erschien mir wie ein Alptraum!



Dr. med. Ursula Stüwe
ursula.stuewe@t-online.de

CHIRURGINNEN

Nach beruflichen Stationen in West-Berlin und Frankfurt/M. keimte der Wunsch in mir auf, doch noch Medizin zu studieren. Nahezu alle „Berater:innen“ rieten mir vom Studium ab, allerdings nicht meine Eltern!

Meinen Zugang zur Hochschule erlangte ich durch das sog. „Begabtenabitur“ – eine Prüfung mit besonderen Kenntnissen in einem Fachgebiet. Ich hatte dazu Anatomie gewählt und fand innerhalb der Klinik wertvolle Unterstützung bei ärztlichen Kollegen in der Pathologie. Mein Ziel war es, nach dem Medizinstudium in die Chirurgie zu gehen. Während des Studiums kamen lauter kritische Stimmen in mein Ohr: „Chirurgie – ist doch für eine Frau viel zu anstrengend, das lange Stehen im OP...“ Irgendwie griffen diese Stimmen Raum in meiner Zukunftsvorstellung, und ich änderte meine Pläne dahingehend, dass ich wohl in die Gynäkologie gehen würde, damit ich noch etwas „Operatives“ hätte.

Dann kam das praktische Jahr – das erste Drittel in der Dermatologie, und danach Unfallchirurgie und Chirurgie. Ich erinnere mich noch genau an den ersten Tag in der Unfallchirurgie – ein Gefühl wie „hier komme ich nach Hause“! Alle Bedenken, die ich während des Studiums verinnerlicht hatte, waren weggeblasen. So entschied ich mich, es in der Chirurgie wenigstens zu versuchen. Sollte es nicht klappen, dann hatte ich es wenigstens versucht!

Ich bewarb mich in der Unfallchirurgie, bekam eine Zusage, jedoch mit unbestimmter Wartezeit. Erinnern wir uns: 1979 gab es in Deutschland eine „Ärzteschwemme“, auf den Schreibtischen der Chefärzte türmten sich Bewerbungsunterlagen, und ich war als Berufseinsteigerin „schon“ 32 Jahre alt! Da lässt die Konkurrenz nicht auf sich warten!

Glück gehabt: Bereits nach sechs Wochen Wartezeit, die ich in einer internistischen

Klinik verbrachte, konnte ich meine erste Stelle in der Unfallchirurgie bei Prof. Schauwecker in den Städt. Kliniken Wiesbaden antreten! Da hatte ich also schon mal „einen Fuß in der Tür“!

Als Nicht-Fachärztin blieben mir die großen unfallchirurgischen Operationen verschlossen, aber Metallentfernungen: ja, darin habe ich große Erfahrungen sammeln können.

Nach einigen Veränderungen der Städtischen Kliniken – Umzug, Namensänderung, Chefarztwechsel – konnte ich wechseln in die Allgemeinchirurgie, um Fachärztin für Chirurgie zu werden. Man bedenke: Frauen in der Chirurgie – das war zu dem Zeitpunkt noch etwas Besonderes, wir (in dieser Klinik gab es zu der Zeit bis zu vier Frauen als Ärztinnen, eine große Ausnahme in der Kliniklandschaft!) wurden auch manchmal angeguckt wie „weiße Elefanten“. Das war nicht immer vergnüglich – wenn Äußerungen kamen, dass eine Wundinfektion nur eingetreten sei, weil eine Frau operiert hatte. Wie oft wurde ich gebeten: „Schwester, machen Sie bitte das Fenster zu?“ oder Ähnliches. Zuvor hatte ich aber z. B. die Operation schon mit den PatientInnen besprochen. Und wir Ärztinnen waren weit überdurchschnittlich lange auf der Kinderstation eingesetzt! Es gab noch kein „Curriculum“ für die Weiterbildungszeit!

Später gab es subtile, nie offen geäußerte, Hinweise, dass es in dieser Klinik keineswegs möglich sein würde, als Frau Oberärztin zu werden – ja, das waren einschneidende Erlebnisse, die mich nicht fröhlich werden ließen. Meinen Eltern verdanke ich sicherlich durch deren Liebe und fortwährende ideelle Unterstützung, dass ich mit derartigen Anfeindungen zurechtgekommen bin und ich heute trotz allem von einem schönen Berufsleben schreibe.

Stüwe U: Karriereplanung? Nein, danke!
Passion Chirurgie. 2022 Mai; 12(05):
Artikel 09_01.



Diesen Artikel finden Sie auf BDCOnline
(www.bdc.de) unter der Rubrik Wissen |
Panorama.

Während der Weiterbildung zur Fachärztin war ich ununterbrochen im Marburger Bund Hessen aktiv, später auch in der Ärztekammer. Derartige Aktivitäten wurden manchmal anerkennend, manchmal kritisch beäugt. Ob ich deswegen Nachteile in der Weiterbildung hatte, kann ich nicht sicher einschätzen. Ich nahm sie in Kauf, weil ich keine großartigen Karrierepläne hatte. Allerdings hatte ich den Wunsch zur Promotion, die ich mit 46 Jahren erhielt. Zu diesem Werk erfuhr ich allergrößte Unterstützung und Anerkennung innerhalb der Klinik, sonst hätte ich es auch wohl nicht geschafft.

Inzwischen war ich Ärztin für Chirurgie und Unfallchirurgie geworden, mit allen Zusatzbezeichnungen wie Fachkunde Rettungsdienst, Fachkunde Radiologie und ärztliches Qualitätsmanagement.

Dann kamen auch bei mir Wechseljahre – rückblickend betrachtet habe ich sie wohl wörtlich genommen, obwohl mir das zum damaligen Zeitpunkt gar nicht so klar war! In einer Phase des beruflichen Stillstandes und Suche nach einem neuen Arbeitsplatz kam gerade das Ärzteblatt mit seinen Stellenanzeigen: darin eine Annonce des Alfred-Wegener-Instituts in Bremerhaven. Man suchte Arzt/Ärztin zur Überwinterung an der **Neumayer-Station** in der Antarktis. Noch am selben Abend, an dem ich das Ärzteblatt aus dem Briefkasten geholt hatte, schrieb ich meine Bewerbung und schickte sie gleich los. Eine Bewerbung wie diese hatte ich noch nie geschrieben! Vorstellungstermin in Bremerhaven, aber Einstellung abhängig von der körperlichen Verfassung! Und letztendlich die Zusage! In der Klinik wurde ich 1999 – man denke an die noch immer vorhandene Ärzteschwemme! – für zwei Jahre beurlaubt. Wunderbar! Damit war eine Rückkehr in ein berufliches Umfeld möglich. Das war für mich – inzwischen > 50 – natürlich ein wunderbares Polster für eine zumindest finanziell abgesicherte Rückkehr.

14 Monate war ich mit einer Gruppe von acht weiteren Personen zum Überwintern in der Antarktis. Das war rückblickend betrachtet das Beste, was ich je in meinem Leben gemacht habe! Heraus aus dem Klinikrott, tägliche Einblicke in andere Berufe und vor



Abb. 1: Ursula Stüwe in der Antarktis



Abb. 2: Ursula Stüwe nach dem Fahnenstecken in der Antarktis

allem – weit über den eigenen Tellerrand hinaus! Was macht der Meteorologe? Was erforschen Geophysiker? Wozu sind die Proben der Luftchemie so wichtig in unserem Umfeld? Kurzum – ich habe viel gelernt über unser „Mütterchen Erde“!

Nach der Rückkehr habe ich aus eigenem Wunsch auf weitere Tätigkeiten im OP verzichtet. Dadurch gab es für mich die Möglichkeit, mich sowohl in der Ambulanz wie gleichzeitig in der Abrechnungsabteilung der Klinik zu betätigen. Die (unsäglichen) DRGs

kamen gerade auf, es gab viel zu diskutieren mit allen Fachabteilungen des Hauses und natürlich dem MDK und Krankenkassen. Die Finanzierung einer Klinik erlernte ich durch „Learning by doing“ – und auch, dass längst nicht alles so gehandhabt wird, wie man es sich theoretisch vorstellt.

Parallel dazu engagierte ich mich wieder in der Ärztekammer und wurde 2004 zur Kammerpräsidentin gewählt. Die Kandidatur erwog ich, nachdem ich ausreichend Gelegenheit hatte, das Wirken der männlichen Vorgänger in diesem Amt zu beobachten. Das traute ich mir durchaus zu! Die Arbeit in der Berufspolitik öffnete einen weiteren Horizont im ärztlichen Berufsleben. Leider war das, was ich dort bewegen konnte, im Vergleich zur eingesetzten Zeit und Mühe relativ wenig – die politischen Mühlen mahlen ja doch recht zäh und langsam, und als Chirurgin war ich häufig ungeduldig ...

Inzwischen bin ich seit mehr als zehn Jahren berentet. Das Rentnerinnenleben begann ich mit zwei Einsätzen als Schiffsärztin auf der „Polarstern“ mit einigen herausfordernden Gesundheitsproblemen. Das Aufregendste war sicherlich eine Appendektomie auf dem Schiff nahe der antarktischen Halbinsel. Patient und Ärztin geht es auch heute noch gut!

Wenn die Gesundheit es weiterhin zulässt, so freue ich mich, bei der Betreuung von Geflüchteten mitzuarbeiten oder auch in der Impfkampagne sinnvolle Arbeiten zu tun. Aber darüber hinaus bieten Universitäten hervorragende Programme für Ü-50-Menschen an! Da ist Zeit, sich mit interessanten Dingen zu befassen, zu denen während des schönen und interessanten Berufslebens keine Zeit war. Herrlich ist es, schon am Vormittag ein anspruchsvolles Buch lesen zu können!

QUINTESSENZ NACH EINEM WUNDERBAREN BERUFS- UND ARBEITSLEBEN

So etwas wie „Karriereplanung“ habe ich nie gemacht, auch bin ich aufgrund der eigenen Erfahrungen davon überzeugt, dass man zwar kurzfristige Ziele haben sollte, doch darüber

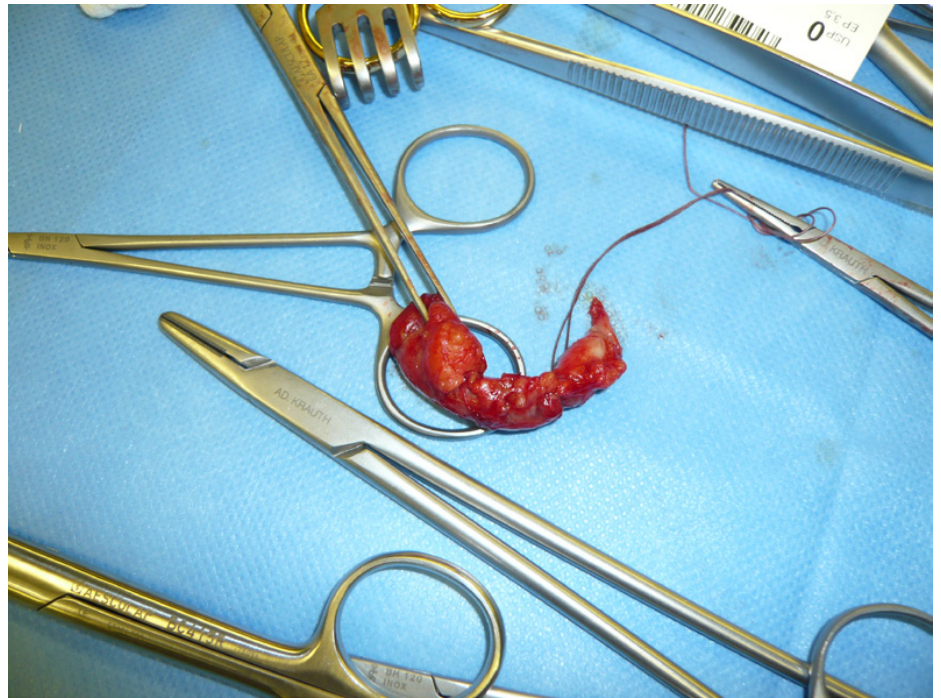


Abb. 3: Erfolgreich herausoperiertes Appendixpräparat auf der „Polarstern“

hinaus ist es wunderbar, wenn sich plötzlich unerwartete Chancen eröffnen! Und dann muss man zugreifen! „Karriere“ sollte individuell interpretiert werden!

Ärztinnen – ja, auch das war während des berufspolitischen Lebens immer ein Thema, allerdings habe ich mich da nur wenig einbringen können (und wollen). Sind wir denn etwas Besonderes? Ich meine, nein. Während meiner Zeit als Ärztekammerpräsidentin habe ich es erreicht, dass der Ausschuss „Ärztinnen“ bei der Bundesärztekammer abgeschafft wurde. Darauf bin ich stolz, auch wenn ich mir damit einige Feindinnen gemacht habe. Ärztinnen müssen und können und sollen sich überall einbringen!

Gegen Ende meines aktiven Berufslebens habe ich mit großer Freude junge Kolleginnen beobachtet, die sich schnell und wie selbstverständlich in der Chirurgie zurechtfinden. Sie wurden nicht mehr wie „weiße Elefanten“ angesehen. Ich hatte den Eindruck, dass wir „Alten“ doch den Weg vorbereitet hatten. Allerdings beobachtete ich auch, in welche Zwänge junge Mütter kamen, die Beruf und Familie vereinbaren mussten – meistens jedoch, ohne auch den

Vater aktiv mit einzubeziehen. Ein dauerhaftes „schlechtes Gewissen“ einer Ärztin ist weder für die Familie noch für die PatientInnen gut! Gleichzeitig erstaunt es mich aber auch immer wieder, dass Ärztinnen eine besondere „Zuwendung“ benötigen in eigenen Zirkeln, in denen diese Themen – weiterhin ungelöst – diskutiert werden. Da ist – nach meiner Überzeugung – nur eine Verbesserung und Änderung zu erwarten, wenn Arbeitszeiten vernünftig geregelt sind, Arbeitsstunden auch zuverlässig bei ausreichendem Personalbestand eingehalten werden können und Väter mehr und mehr an der Familienarbeit beteiligt werden.

Wie sagte ein schon pensionierter Chefarzt auf einem Chirurgenkongress in München, Unterthema „Ärztinnen in der Chirurgie“, vor vielen Jahren: ja, er habe von seinen Kindern nicht viel gehabt, die seien quasi ohne ihn groß geworden. Jetzt war er glücklich, sich mit den Enkeln befassen zu können! Diese Sitzung war die, auf der am allermeisten gelacht wurde von allen Kongressen, die ich je besucht hatte! Und schon deswegen ist es wichtig und richtig, dass Ärztinnen in der Chirurgie aktiv tätig sind! ○

A photograph of surgeons in an operating room, wearing blue scrubs, masks, and hairnets. The scene is dimly lit with blue surgical lights. A large red triangle with a white dashed border is positioned in the lower right foreground, pointing upwards towards the surgeons.

EINSCHNITT

chirurgIn-werden.de

Wage den Schnitt!

TachoSil[®]

SEALANT
MATRIX

Eine echte Leuchte

TachoSil[®] zur Hämostase & Versiegelung

Pflichttext TachoSil[®]



TachoSil[®] in der NCH

 **corzamedical**