

PASSION

CHIRURGIE

BDC | PRAXISTEST

WARUM SIND MEINE
GESCHWISTER IM OP-SAAL
IMMER DABEI?

im Fokus

UPDATE
HANDCHIRURGIE

11 | 2022

MITGLIEDERZEITSCHRIFT:
DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR CHIRURGIE
BERUFSVERBAND DER DEUTSCHEN CHIRURGIE



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

Handchirurgie



Dr. med. Peter Kalbe
Vizepräsident
Berufsverband der Deutschen
Chirurgen e.V. (BDC)
Gelenkzentrum Schaumburg
Stückenstraße 3
31737 Rinteln
Kalbe@bdc.de

Die existenzielle Bedeutung einer einwandfreien Funktion der eigenen Chirurgenhände ist einem bei der täglichen Hektik und Routine im Operationssaal und in der Praxis gelegentlich nicht bewusst. So sehr auch die Technisierung und die Robotik in der Chirurgie voranschreiten, so ist doch die eigentliche buchstäblich manuelle Tätigkeit bei den Operationen in hohem Maße vom geschickten Einsatz unserer Hände abhängig. Nicht umsonst schließen wir daher Unfallversicherungen mit einer besonderen Gliedertaxe ab, um Funktionsausfälle der Finger oder einer ganzen Hand zumindest finanziell abzusichern. Somit sind wir im Bereich der Handchirurgie nicht nur Agierende, sondern potenziell auch besonders stark Betroffene.

Entsprechend dieser Bedeutung ist es nicht überraschend, dass sich die Handchirurgie in den letzten Jahrzehnten als gesonderter Bereich in der Chirurgie mit einer eigenen wissenschaftlichen Fachgesellschaft etabliert hat, dies formal als wesentlicher Weiterbildungsinhalt der Säule „Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie“. Aber auch die Zusatzweiterbildung Handchirurgie erfreut sich großer Beliebtheit und ist in die aktuelle Musterweiterbildungsordnung übernommen worden. An vielen Krankenhäusern und Universitätskliniken sind Fachabteilungen für Handchirurgie eingerichtet worden. Dies ist auch sinnvoll, denn es ist kaum vorstellbar, im OP-Programm nach einem TEP-Wechsel anschließend eine Nervenreplantation unter mikrochirurgischen Bedingungen durchzuführen. Auch die Berufsgenossenschaften spiegeln die Bedeutung der Finger- und Handverletzungen durch ein gesondertes handchirurgisches Durchgangsarztverfahren und durch den großen Anteil von Handverletzungen im Schwerstverletzungsverfahren (SAV) wider. Der EBM für die niedergelassenen Chirurgen weist aktuell und auch in der anstehenden Neufassung des Kapitels 7 spezielle Abrechnungsziffern auf, die nur Handchirurgen zugänglich sind.

Entsprechend dieser Bedeutung widmet der Berufsverband der Deutschen Chirurgie der Handchirurgie das vorliegende Schwerpunktheft. Aus der Klinik meines Kollegen und Freundes Peter Vogt erfahren wir Aktuelles zur Bedeutung von Sportverletzungen an der Hand. Infolge der Quintessenz sollten wir unsere Kinder und Enkelinnen noch einmal eindringlich auf das besonders hohe Verletzungsrisiko im Reitsport hinweisen.

Ein hoher Prozentsatz handchirurgischer Operationen lässt sich grundsätzlich ambulant durchführen. Im Zuge der aktuellen Diskussion über die „Ambulantisierung“ gehören diese zu den Paradebeispielen für das ambulante Potenzial. Zu den Zeiten meiner eigenen handchirurgischen Weiterbildung 1988 blieben Dupuytren-Patienten mindestens eine Woche stationär, heute operieren wir sie regelmäßig in unseren Praxisräumen ambulant mit gleich guter Sicherheit und Qualität. Karsten Becker weist in seinem Beitrag allerdings zu Recht darauf hin, dass die Erlöslage unter den geltenden Bedingungen des EBM betriebswirtschaftlich allenfalls marginal tolerabel ist, dies für Praxen und Krankenhäuser gleichermaßen. Wenn wir die Verlagerung von bisher stationär durchgeführten Operationen fördern wollen, kann dies nur mit entsprechenden finanziellen Anreizen gelingen. Aus Sicht unseres Berufsverbandes und der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie muss aber zuvor unbedingt das Problem der Verlagerung des größten Teils von Weiterbildungseingriffen in den ambulanten Bereich gelöst werden. Nicht, dass wir in 10 Jahren mit einer erfolgreich umgesetzten Ambulantisierung, jedoch ohne chirurgischen Nachwuchs dastehen.

Viel Freude und Erkenntnisgewinn bei der Lektüre der aktuellen Passion Chirurgie wünscht Ihnen

Peter Kalbe
BDC-Vizepräsident

Kalbe P: Editorial Handchirurgie.
Passion Chirurgie. 2022 November;
12(11): Artikel 01.



Diesen Artikel finden Sie auf BDC|Online
(www.bdc.de) unter der Rubrik Wissen |
Fachgebiete | Plastische- und Ästhetische
Chirurgie.

HERAUSGEBER

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

DGCH

Präsident: Prof. Dr. med. Andreas Seekamp
Vizepräsident:innen: Prof. Dr. med. Hauke Lang,
Prof. Dr. med. Christiane J. Bruns,
Prof. Dr. med. Udo Rolle
Generalsekretär: Prof. Dr. med. Thomas Schmitz-Rixen
(V.i.S.d.P.)
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.)
Prof. Dr. med. Thomas Schmitz-Rixen (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 © iStock/SvetaZi

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 Chirurgie 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 Handchirurgie *P. Kalbe*

6 KURZNACHRICHTEN

8 CHIRURGIE

8

**AMBULANTES OPERIEREN IN DER
HANDCHIRURGIE AUS DER SICHT EINES
NIEDERGELASSENEN CHIRURGEN**

K. Becker

14

HANDVERLETZUNGEN IM SPORT

V. A. Stoenner, B. Ritter, P. M. Vogt

20 CHIRURGIE⁺

20 Webinare in der BDC|eAKADEMIE
21 **Safety Clip:** Compliance beim Einsatz
von Risikomanagement-Instrumenten *K. Hinke*
26 **Hygiene-Tipp:** Müssen chirurgische Instrumente
nach sechs Stunden aufbereitet werden?
W. Popp, K. Wiese, L. Jatzwauk, W. Kohnen
28 Honorarberichte der KBV – Quartal 1/2021
29 Personalien



31 RECHT

- 31 **F+A:** BGH zur hypothetischen Einwilligung des Patienten *J. Heberer*
- 33 **F+A:** Schallschutz für Sprech- und Untersuchungszimmer *J. Heberer*

35 GESUNDHEITSPOLITIK

- 35 **BDC-Praxistipp:** Warum sind meine Geschwister im OP-Saal immer dabei? *A. Schreyögg*
- 39 BDC|Pressemitteilungen

41 INTERN

41 DGCH

- 41 Rekrutierende multizentrische chirurgische Studien in Deutschland *S. Tenckhoff*
- 44 Spendenaufruf und Bausteine Langenbeck-Virchow-Haus
- 48 DGCH-Präsidium ab 01. Oktober 2022
- 50 Meine Daten haben sich geändert

51 BDC

- 51 BDC|News
- 52 BDC|Landesverbände
- 54 Termine BDC|Akademie
- 57 Lifestyle-Angebote im November 2022

58 PANORAMA

- 58 Krankenhauszukunftsgesetz – Zwei gelebte Projekte stellen sich vor
Presseagentur Gesundheit (pag)

AMBULANTISIERUNG MIT AUGENMASS

**BDC UND DGCH SCHREIBEN AN REGIERUNGSKOMMISSION**

BDC und DGCH befürworten in einem Schreiben vom 23.9.2022 an die „Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung“ eine Ambulantisierung mit Augenmaß. In einer Mitteilung vom 29.9.2022 gibt der BDC dieses Schreiben der Presse gegenüber bekannt.

In dem Brief begrüßen BDC und DGCH grundsätzlich die Vorschläge aus dem IGES-Gutachten zur Erweiterung des Katalogs von potenziell ambulant durchzuführenden Operationen und stationersetzenenden Eingriffen. Die Umsetzung solle jedoch schrittweise erfolgen. Und sie solle sich zunächst auf häufig anfallende Eingriffe und Prozeduren beschränken.

Der Begriff der ambulanten Leistungserbringung sei an die internationalen Gepflogenheiten anzupassen. Dies gewährleiste eine qualifizierte Nachsorge und die Patientensicherheit. Das schließe die Möglichkeit einer erweiterten Nachbeobachtung ein, zum Beispiel unter Einbeziehung von Praxiskliniken (Day Surgery) und einer kurzstationären Behandlung.

Allerdings müssten die erforderlichen Strukturen für die neuen Versorgungsmöglichkeiten in vielen Krankenhäusern und Praxen noch geschaffen werden. „Dabei dürfen wir vertragsärztliche und krankenhausgestützte Strukturen nicht unterschiedlich behandeln“, betonte BDC-Präsident Prof. Dr. Dr. h.c. Hans-Joachim Meyer. „So befürworten wir auch ausdrücklich das Prinzip einer Hybrid-DRG unter gleichen Bedingungen für alle Beteiligten, ähnlich wie es bereits in einer BDC-Modellregion in Thüringen erprobt wird.“

Nicht vergessen werden dürfe bei allen Reformplänen die Gewährleistung der zukünftigen chirurgischen Weiterbildung. „Zahlreiche zu verlagernde, bisher stationär erbrachte Operationen und Prozeduren sind typische Weiterbildungseingriffe. Die jetzige Regelung im Vertrag zum Ambulanten Operieren nach § 115 b SGB V fordert hingegen für ambulante Eingriffe eindeutig den Facharzt-Status, so dass Ärzte in Weiterbildung davon ausgeschlossen wären“, warnte Prof. Dr. Thomas Schmitz-Rixen, Generalsekretär der DGCH.

BDC und DGCH stehen der Regierungskommission für einen konstruktiven fachlichen Austausch zur Erweiterung des AOP-Kataloges gerne zur Verfügung.

[Hier geht's zum Schreiben von BDC und DGCH vom 23.9.2022](#)

Japanische Studie zeigt gleiche OP-Qualität von Chirurgen und Chirurginnen

Laut einer japanischen Studie ist es auch bei schwierigen Krebsoperationen egal, ob ein Mann oder eine Frau operiert. Ein Einfluss auf die Häufigkeit von Komplikationen oder die Sterblichkeit der Patienten ist nicht nachweisbar. Das berichtet das Deutsche Ärzteblatt am 30.9.2022 unter Verweis auf das British Medical Journal (2022; DOI: 10.1136/bmj-2022-070568).

Die Chirurgin Sachiyo Nomura von der Universitätsklinik in Tokio hat hierzu die japanische National Clinical Database ausgewertet. Sie enthält zu über 95 Prozent die Daten der in Japan durchgeführten Operationen.

Drei gastrointestinale Eingriffe mussten für den Vergleich herhalten: die distale Gastrektomie, die totale Gastrektomie, die man in Japan bei den häufigen Magenkarzinomen durchführt, sowie die tiefe anteriore Rektumresektion, eine Standardoperation bei Mastdarmkrebs.

Chirurginnen führten fünf Prozent dieser Eingriffe durch, das entspricht in etwa dem Geschlechteranteil in der Bauchchirurgie. Die Chirurginnen operierten dabei häufiger

als ihre männlichen Kollegen Patienten mit schlechtem Ernährungszustand, einer Langzeitbehandlung mit Steroiden oder einem höheren Krankheitsstadium. Das Komplikations- und Sterberisiko war demnach bei von Chirurginnen durchgeführten Operationen erhöht.

Die Operationsergebnisse von Chirurgen und Chirurginnen waren in einer adjustierten Analyse, die diese Unterschiede berücksichtigt, gleich. Dies gilt für die Mortalität in den ersten 30 Tagen nach distalen Gastrektomien, nach totaler Gastrektomie und nach tiefer anteriorer Rektumresektion.

[Zur Meldung im Deutschen Ärzteblatt vom 30.9.2022](#)



IM FOKUS

Hand- chirurgie



Dr. med. Karsten Becker
Handchirurgische Praxis Dr. Karsten
Becker
Peiner Straße 2
30519 Hannover
dr.becker@handchirurgie-peinerstr.de

Ambulantes Operieren in der Handchirurgie aus der Sicht eines niedergelassenen Chirurgen

Das ambulante Operieren gehört schon seit Jahrzehnten zur Routine in der Niederlassung. Auch Krankenhäuser bieten schon lange ambulante Eingriffe an. Aufgrund der aktuellen Diskussion über die Ausweitung des Katalogs nach § 115b des SGB V dürfte es in naher Zukunft einen massiven Schub für das ambulante Operieren geben.

Speziell in der Handchirurgie, aber nicht nur dort, ist die Ambulantisierung nicht mehr aufzuhalten. Dieses ist auch politisch gewollt, was sich auch im IGES-Gutachten und in den dreiseitigen Verhandlungen zur Stärkung des ambulanten Operierens zeigt.

In der Handchirurgie sind unter bestimmten Voraussetzungen ca. 80 Prozent der Eingriffe ambulant durchführbar (vergl. Konsensus Papier der DGH zum Thema ambulantes Operieren, veröffentlicht in der HAMIPLA 2020, 52, Seite 244-248). Durch den politisch erhöhten Druck werden in Zukunft auch die Krankenhäuser vermehrt ambulante Eingriffe ggfs. zu einem geringeren Erlös durchführen müssen.

In der Vergangenheit gab es verschiedenste Ansätze, das ambulante Operieren zu fördern.

Als Erstes zu nennen ist die lange geforderte und nach intensiven berufspolitischen Kämpfen erreichte extrabudgetäre Vergütung, ohne die das ambulante Operieren nicht denkbar gewesen wäre. In Hessen z. B. wurden schon

frühzeitig viele Eingriffe zu einem festen Punktwert von 5,11 Ct vergütet, während zur gleichen Zeit bundesweit nur 3,5 Ct pro Punkt erlost wurden!

Es gab aber auch systematische Behinderungen wie die Punktwert-Abstufung in Niedersachsen auf 2,1 Ct, was nach massiven Protesten der ambulanten Operateure (Aktion ruhendes Skalpell) zum Glück aufgehoben wurde.

Auch die Förderung des Ambulanten Operierens durch sogenannte Hybrid-DRGs wird als Pilotprojekt in Thüringen erprobt.

All diese Beispiele zeigen, dass die Durchführbarkeit des ambulanten Operierens nicht zuletzt auch von der Vergütung abhängt. Bevor wir dieses Thema aufgreifen, sind noch einige Gedanken zur Prozessqualität und zu den Unterschieden zwischen Krankenhäusern und Praxen nötig.

Über allem steht die Sicherheit der Patienten. Es kann nicht sein, dass eine evtl. Kostenersparnis für die Kassen zulasten der Qualität geht. Das heißt, dass Praxen/OP-Zentren und Krankenhäuser die gleiche Qualität abliefern müssen.

Die Praxen haben den Nachteil, nicht dual finanziert zu werden, wie es bei den Krankenhäusern sein sollte, teilweise aber auch nicht komplett umgesetzt ist. Auch können Lohnsteigerungen in der Niederlassung nicht wie

Becker K: Ambulantes Operieren
in der Handchirurgie aus der Sicht eines
niedergelassenen Chirurgen.
Passion Chirurgie. 2022 November;
12(11): Artikel 03_01.



Diesen Artikel finden Sie auf BDC|Online
(www.bdc.de) unter der Rubrik Wissen |
Fachgebiete | Plastische- und Ästhetische
Chirurgie.

im Krankenhaus an die Kostenträger weitergegeben werden. Im EBM ist ein Teil für die sogenannte technische Leistung vorgesehen.

Der Nachteil des Krankenhauses ist natürlich der Ausbildungsbetrieb und die oft vorhandenen verkrusteten Strukturen. In der Praxis arbeiten die Operateure meist mit einem festen Team. Natürlich müssen dazu die Assistenten ausgebildet werden, auch die Praxis ist ein Ausbildungsbetrieb. Der/die Operateur:in ist in seinem/ihrer Gebiet in der Regel sehr erfahren. In der Handchirurgie haben nicht selten frühere leitende Oberärztinnen und -ärzte direkten Zugriff auf die Abläufe und die Prozessoptimierung. Im Krankenhaus sind unter Aufsicht des/der obligatorischen Facharztes oder -ärztin oft Weiterbildungsassistent:innen tätig. Die OP-Schwester oder -Pfleger kommen nicht selten aus einem Pool und sind daher mit den Eingriffen nicht so vertraut. Das gleiche gilt für die Anästhesist:in mit den Anästhesieschwester und -pflegern. Die Wege sind länger, die Prozesse oft nicht optimiert. Häufig werden in den Krankenhäusern die Abläufe von außen durch fachfremde nicht in die Arbeit involvierte „Prozessoptimierer:innen“ vorgegeben.

Der Ausbildungsbetrieb verhindert durch Reibungsverluste natürlich ein ökonomischeres Arbeiten. Da sich auch immer mehr die Weiterbildung in den ambulanten Betrieb verschieben wird und muss, wird dies bei zukünftigen Honorarverhandlungen mit beachtet werden müssen. Anders wird das bestehende Weiterbildungsniveau nicht mehr zu halten sein.

Bei der so wichtigen Erlössituation ist zu beachten, dass bei der ursprünglichen Bewertung ein Punktwert von 5,11 Ct zugrunde gelegt wurde (vor 20 Jahren). Der Anteil der technischen Leistung (u. a. auch Rücklagen für Neuinvestitionen, Abschreibungen etc.) beträgt ca. 70 Prozent. Die Kosten sind aber immens gestiegen, bereits vor der Erhöhung

der Energiekosten um ca. 30 Prozent. Bisher auch nicht berücksichtigt sind die erhöhten Kosten im Hygienebereich.

Im IGES-Gutachten wurden bei fünf Fallbeispielen häufiger Eingriffe unter DRG-Bedingungen bis 16-fach höhere Erlöse erzielt als dies unter EBM-Bedingungen möglich ist. Dies unterstreicht die dringende Notwendigkeit einer Steigerung der Erlöse des ambulanten Operierens, zumal auch die Krankenhäuser nach EBM abrechnen müssen und somit auch ihre Erlöslage defizitär ist.

Im ambulanten Bereich muss also sehr knapp kalkuliert werden. Die Kosten für Abdeckmaterialien betragen pro OP 20 bis 40 €, die Aufbereitungs- und Hygienekosten je nach OP 60 bis 80 €, Abschreibungen/Neuanschaffungen für Instrumente/Bildwandler ca. 5 bis 40 €, Personalkosten 50 € pro Stunde (2 MFA). So kommen ohne Raumkosten für das OP-Zentrum Fixkosten in Höhe von 135 bis 210 € pro Operation zusammen.

Als Beispiel möchte ich die Situation bei einigen ambulanten Eingriffen darlegen:

Metallentfernung	Erlös 210,72 €,
Radiusplatte:	Kosten 155 € (wenn die ME schnell geht)
Metallentfernung	130,09 €, Kosten 115 €
K-Draht Mittelhand:	(1/2 Std. Personal)
Karpaltunnelspaltung:	159,96 €, Kosten 115 €

Der ärztliche Lohn wird in der EBM-Kalkulation normativ mit einem Oberarztgehalt angesetzt, zurzeit 117.060,00 € pro Jahr, zuletzt angepasst 2020. Dieser Wert ist heute nicht mehr realistisch, darüber hinaus findet keine regelmäßige Anpassung bei Tarifsteigerungen statt. Es wird so jedem klar, dass ambulantes Operieren nur gefördert werden kann, wenn endlich die Erlössituation der Realität angepasst wird, dies gilt für Praxen wie Krankenhäuser gleichermaßen.

Da erscheint die Forderung der Ausgabenneutralität der gesetzlichen Krankenkasse im Schulterschluss mit unserem Bundesgesundheitsminister wie blanker Hohn und ein Schlag ins Gesicht der Operateur:innen.

Natürlich sind auch die Umfeld-Bedingungen beim ambulanten Operieren zu beachten: Neben dem Facharztstatus auch die postoperative 24-Stunden-Erreichbarkeit, die postoperativen Visiten, die Risikoaufklärung (Zeitbedarf in den letzten Jahren enorm gestiegen), die Dokumentation, die Infrastruktur (im ländlichen Raum anders zu bewerten als in der Großstadt) etc.

FAZIT

Das ambulante Operieren muss dringend gefördert werden. Dies wird jedoch nur gelingen, wenn die Vergütung endlich realistisch kalkuliert und den aktuellen Gegebenheiten angepasst wird. Dann könnte bei entsprechendem Setting ein großer Teil der jetzt noch stationär erbrachten handchirurgischen Operationen bei gleichbleibender Qualität und Sicherheit ambulant durchgeführt werden.

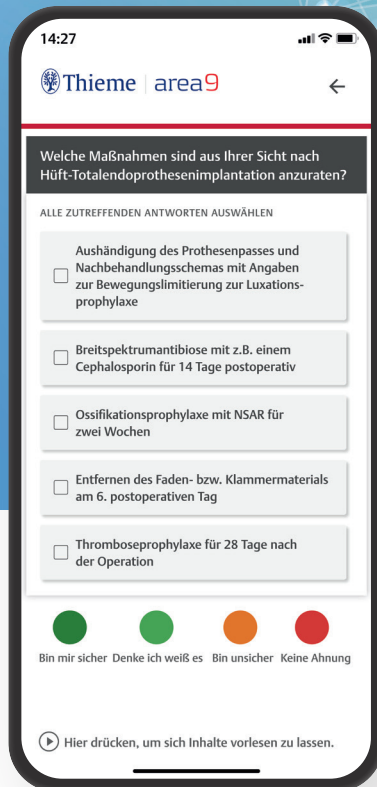
Es kann nicht sein, dass Deutschland im weltweiten Ländervergleich bei der Bezahlung wie auch bei der Umsetzung des ambulanten Operierens einen der letzten Plätze einnimmt, teilweise hinter Pakistan.

Im Krankenhaus sind oft durch interne Reibungsverluste ambulante Eingriffe nicht kostendeckend umsetzbar, im niedergelassenen Bereich nur unter erschwerten Bedingungen. Alle zukünftigen Konzepte müssen die Weiterbildung des chirurgischen Nachwuchses auch im ambulanten Bereich berücksichtigen. Es erscheint durchaus sinnvoll, dafür auf die Expertise ambulanter Operateur:innen mit teilweise mehr als 25-jähriger Erfahrung zurückzugreifen, anstatt das Rad immer neu zu erfinden. ○

LERNEN WIE NIE ZUVOR.



Adaptives Weiterbildungscurriculum Orthopädie und Unfallchirurgie



KI meets Weiterbildung Orthopädie und Unfallchirurgie

Erleben Sie den Effekt, wenn sich computergestütztes Lernen, künstliche Intelligenz, und kognitive Wissenschaft mit den Inhalten des Weiterbildungscurriculums Orthopädie und Unfallchirurgie verbinden.

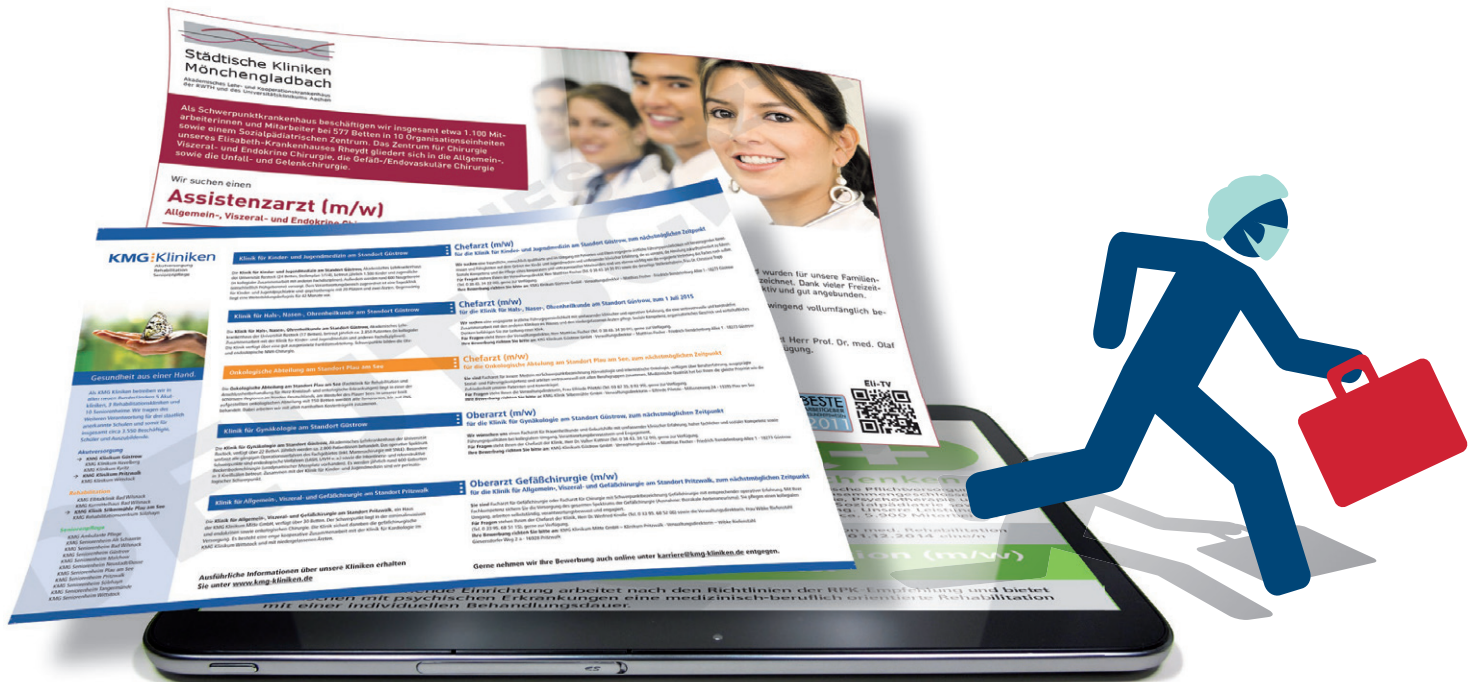
Mit dem adaptiven Curriculum bauen Sie schneller, gezielter und nachhaltiger orthopädisches Fachwissen auf als je zuvor. Während der Weiterbildung. Für die Facharztprüfung. Und die Zeit danach.



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



App.in.den.OP®!



App.in.den.OP®

Chirurgischer Stellenmarkt als kostenlose App für Smartphones und Tablets

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



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

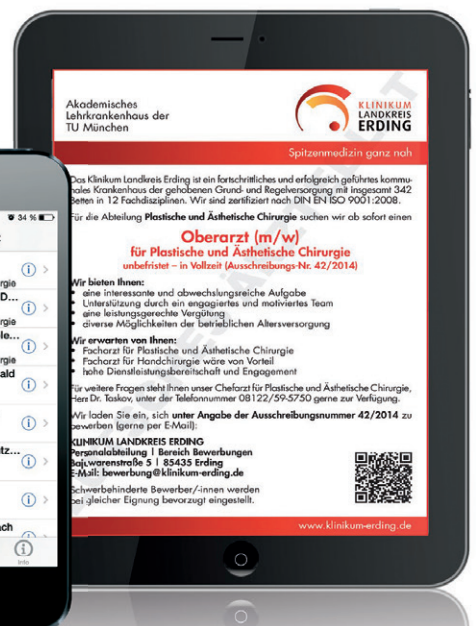
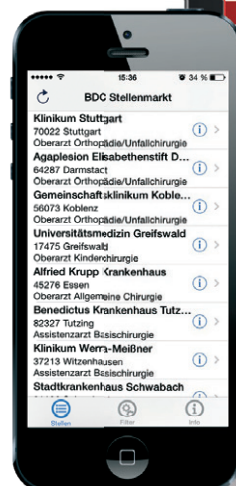
Erhältlich im App Store



Kostenlos im App Store und auf Google Play erhältlich!

Jetzt installieren!

GET IT ON Google play







Dr. med. Dr. med. univ. Viola Stögner

Klinik für Plastische, Ästhetische, Hand- und Wiederherstellungschirurgie
Medizinische Hochschule Hannover
Carl-Neuberg-Str. 1
30625 Hannover
Department of Surgery
Division of Plastic and Reconstructive Surgery
Yale New Haven Hospital
Yale School of Medicine
New Haven, Connecticut, USA
Stoegner.Viola@mh-hannover.de



Dr. med. Benedikt Ritter

Klinik für Plastische, Ästhetische, Hand- und Wiederherstellungschirurgie
Medizinische Hochschule Hannover

Stoegner VA, Ritter B, Vogt PM:
Handverletzungen im Sport. Passion Chirurgie.
2022 November; 12(11): Artikel 03_02.



Diesen Artikel finden Sie auf BDC|Online
(www.bdc.de) unter der Rubrik Wissen |
Fachgebiete | Plastische- und Ästhetische
Chirurgie.

Handverletzungen im Sport

HINTERGRUND

Die zahlreichen, gesundheitlichen Benefits einer regelmäßigen sportlichen Betätigung sind allgemein bekannt und mehrfach belegt [1–4]. Wesentliche Schattenseite ist das allgegenwärtige Verletzungsrisiko, das sowohl Freizeit- als auch Profisportler tragen.

Die Hand ist im Sport häufig besonders exponiert und somit häufig von Verletzungen betroffen. Bis zu 25 % aller Sportverletzungen betreffen die Hand, wobei das Verletzungsrisiko abhängig von der Sportart variiert [5–13]. Als zentrales Werkzeug unseres täglichen privaten und Arbeitslebens ist die Hand im Verletzungsfall mit hohen Arbeitsausfallraten und Gesundheitskosten vergesellschaftet [14–16]. Aber auch für Betroffene können Sportverletzungen kostspielig werden. Dies gilt insbesondere für Fälle chronischer Sportverletzungen, sogenannte Überlastungsverletzungen sowie besonders schwere Sportverletzungen mit Langzeiteinträchtigungen, da diese häufig nicht durch Krankenversicherungen gedeckt sind.

Während eine regelmäßige sportliche Betätigung bis ins hohe Alter sowie unter den jungen Generationen gesundheitlich vorteilhaft und wünschenswert ist, sind diese beiden Bevölkerungsgruppen, die Jüngsten und die Ältesten, besonders vulnerabel für Sportverletzungen. Darüber hinaus lässt sich ein stetiger Anstieg der Belastungsgrenzen im kompetitiven Sport beobachten [11, 17–20].

Effektive Maßnahmen zur Verletzungsprävention sind Schlüssel zu mehr Sicherheit im Sport, setzen allerdings Kenntnisse über sportspezifische Risikoprofile voraus. Daten zu Sportverletzungen stammen bisher überwiegend aus dem angloamerikanischen

Raum, allen voran den USA, wo große Surveillance-Programme ein Monitoring von sportassoziierten Verletzungen ermöglichen. Hier ist ein Großteil der Sportverletzungen der Hand auf Sportarten wie Football, Eishockey oder Wrestling zurückzuführen [17, 21, 22]. Die Datenlage zu Sportverletzungen innerhalb Europas ist spärlich. Ungeklärt blieb die Frage, ob die in der Literatur beschriebenen, typischen Sportverletzungsprofile auch auf die deutsche Bevölkerung umlegbar sind.

METHODEN

Aus diesem Grund befassten wir uns in einer retrospektiven, monozentrischen Studie mit allen Sportverletzungen der Hand, die im Zeitraum Februar 2013 bis Februar 2018 an der Abteilung für Plastische, Ästhetische, Hand- und Wiederherstellungschirurgie der Medizinischen Hochschule Hannover, einem Level-1-Traumazentrum und einem FESSH (Federation of European Societies for Surgery of the Hand-)akkreditiertem Hand-Trauma- und Replantationszentrum, behandelt wurden. Da aktuell kein spezifischer ICD-10-GM (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision German Modification) Diagnoseschlüssel [23] für Sportverletzungen existiert, erfolgte die Datenakquise mithilfe der ICD-10-GM-Codes für Handverletzungen sowie einer Textanalyse mittels 147 sportspezifischer Stichworte. Zur Prüfung der Diagnosegewissheit wurde anschließend jeder einzelne der resultierenden 1.530 Fälle manuell gescreent und Patientenmehrfachzahlungen ausgeschlossen.

ERGEBNISSE

Insgesamt verzeichneten wir 364 Patienten, die im o. g. Zeitraum Handverletzungen durch 42 verschiedene Sportarten erlitten.



Prof. Dr. med. Peter Maria Vogt
Klinik für Plastische, Ästhetische,
Hand- und Wiederherstellungschirurgie
Medizinische Hochschule Hannover
Vogt.Peter@MH-Hannover.de

**Die Publikation der folgenden
Daten erfolgte:**

- Stögner VA, Kaltenborn A, Laser H, Vogt PM. Hand injuries in sports – a retrospective analysis of 364 cases. BMC Musculoskelet Disord. 2020;21(1):826. Published 2020 Dec 8. doi:10.1186/s12891-020-03807-z
- Stögner, VA. (2022). Sportverletzungen der Hand in der retrospektiven Analyse (Dissertation, Humanmedizin). Medizinischen Hochschule Hannover.

Die drei Spitzenreiter waren der Radsport (n = 101,28 %), Fußball (n = 66,18 %) und der Reitsport (n = 46,13 %), gefolgt von Handball (n = 24,7 %), Volleyball (n = 14,4 %) und Skifahren (n = 12,3 %). Eine entsprechende Einteilung in Sportübergruppen ergab, dass der Großteil der Handverletzungen im Rahmen von „Ballsportarten ohne Schläger“ (n = 114,31 %), dem Radsport (n = 101,28 %) und dem Reitsport (n = 46,13 %) entstanden.

ALTERS- UND GESCHLECHTSSPEZIFISCHE UNTERSCHIEDE

Insgesamt war das männliche Geschlecht (n = 246,68 %) deutlich häufiger von sportassoziierten Handverletzungen betroffen als das weibliche, bei einem allgemeinen Durchschnittsalter von 32 ± 17 Jahren (Range 3–89). Klare geschlechtsspezifische Unterschiede zeigten sich bei „Ballsportarten ohne Schläger“, überwiegend Fußball, zuungunsten des männlichen Geschlechts (n = 101,89 %; $p < 0,001$), sowie im Reitsport zuungunsten des weiblichen Geschlechts (n = 39,84 %). Auch beim Alter zeigten sich deutliche Unterschiede im Hinblick auf die Sportübergruppen. Jüngere Patienten erlitten Handverletzungen deutlich häufiger bei „Ballsportarten ohne Schläger“, beim Klettern sowie Gymnastik. Im Gegensatz dazu traten Radsportverletzungen der Hand tendenziell häufiger unter den älteren Patienten auf.

BEHANDLUNGS- UND DIAGNOSESPEZIFISCHE UNTERSCHIEDE

60 Prozent (n = 218) aller sportassoziierten Handverletzungen wurden operativ behandelt, bei insgesamt 166 (46 %) Hospitalisationen.

Reitsportverletzungen wurden in 76 % (n = 35, $p = 0,017$) operativ versorgt, während 63 % dieser Patienten (n = 29; $p = 0,011$) eine stationäre Behandlung erhielten. Insgesamt erfolgte in einem einzigen Fall eine Hospitalisierung, ohne eine chirurgische Therapie. Der Grund hierfür war die patientenseitige Operationsablehnung im Verlauf der Behandlung. Die durchschnittliche stationäre Behandlung innerhalb unserer Patientenkohorte betrug $1,7 \pm 3,5$ Tage ($p = 0,003$; Range 1–27). Diese Hospitalisierungsdauer zeigte sich unter den Reitsportverletzungen signifikant verlängert ($3,2 \pm 5,2$ Tage).

76 Prozent (n = 35, $p = 0,017$) der Reitsport-verursachten Handverletzungen bedurften einer chirurgischen Versorgung und 63 % (n = 29, $p = 0,011$) einer stationären Behandlung.

Mit 39 Prozent (n = 141) waren „Frakturen im Bereich des Handgelenks und der Hand“ (ICD-10-GM Code S62-) die häufigsten Verletzungen in unserem Patientenpool, gefolgt von „Offenen Wunden des Handgelenks und der Hand“ (ICD-10-GM Code S61-) (n = 86, 24 %) und „Luxationen, Verstauchungen und Zerrungen von Gelenken und Bändern in Höhe des Handgelenks und der Hand“ (ICD-10-GM Code S63-) (n = 62, 17 %). Amputationsverletzungen, an der Hand waren mit 64 Prozent signifikant häufiger mit dem Reitsport assoziiert (n = 9, 64 %, $p < 0,001$).

DISKUSSION

Das Verletzungsrisiko, als wesentliche Kehrseite des Sports, variiert innerhalb verschiedener Sportarten. Gleichzeitig unterliegt das Sportverhalten einer geografischen bzw. kulturellen Variabilität. Die Ergebnisse unserer Studie bestätigen dies. Während in den USA Handverletzungen vor allem bei Sportarten wie American Football, Gymnastik, Wrestling und Basketball auftreten [17], waren es in unserer niedersächsischen Patientenkohorte überwiegend der Radsport, Fußball und Reitsport. Die Sportarten American Football und Rugby zusammen machten in unserer Analyse lediglich 1 Prozent aller eingeschlossenen Handverletzungen aus.

Das männliche Geschlecht sowie junge Menschen im arbeitsfähigen Alter stellten in unserer Analyse die insgesamt größte Risikogruppe dar. Dieses demografische Verteilungsmuster beobachteten auch zahlreiche vorausgehende Studien. Die hohe Zahl an Sportunfällen im arbeitsfähigen Alter unterstreicht die finanzielle Bürde von Sportverletzungen. Für die Betroffenen können sie einen vorübergehenden oder gar dauerhaften Sport- und/oder Arbeitsausfall bedeuten.

Im Hinblick auf das Geschlecht zählte in unserer Studie einzig der Reitsport signifikant mehr Verletzungen bei Frauen als bei Männern. Insgesamt rangierten

Reitsportverletzungen auf Platz drei der häufigsten sportassoziierten Handverletzungen. Gleichzeitig zeigte sich der Reitsport in unserer Analyse mit besonders schwerwiegenden Handverletzungen, signifikant höheren Operations- und Hospitalisierungsindikationen sowie einer verlängerten Hospitalisierungsdauer assoziiert. 64 Prozent aller traumatischen Amputationen im Bereich des Handgelenks und der Hand waren dem Reitsport geschuldet. Diese Daten decken sich mit unseren klinischen Beobachtungen. Sehr häufig weisen Reitsportverletzungen der Hand eine hohe Komplexität auf. Das hohe Verletzungsrisiko der oberen Extremität sowie der allgemeine hohe Verletzungsschweregrad bei Reitunfällen wurde bereits von einigen Kollegen beschrieben [24–26]. Nichtsdestotrotz bleiben Reitsportverletzungen in der Literatur verhältnismäßig unterrepräsentiert.

Effektive Präventionsmaßnahmen, im Sinne von Regeländerungen oder der Einführung von Protektionsausrüstung sind ein entscheidender Hebel bei der Minimierung des Verletzungsrisikos im Sport. Solche Maßnahmen zur Reduktion der Trauma-Inzidenzen im Sport haben sich in der Vergangenheit bereits mehrfach erfolgreich gezeigt [27–30]. Es drängt sich folglich die Frage auf, ob Schutzhandschuhe im Reitsport das Risiko schwerer Handverletzungen senken können.

Wie im sechsstufigen Sportverletzungspräventionsmodell *Translating Research into Injury Prevention Practice* (TRIPP) Modell beschrieben, ist die Voraussetzung für die erfolgreiche Einführung von Präventionsmaßnahmen eine genaue Kenntnis von Verletzungsmustern durch ein kontinuierliches Monitoring aktueller Risikoprofile im Sport [31]. Dies geschieht idealerweise mittels standardisierter, flächendeckender nationaler, oder besser noch internationaler Verletzungsregister. In Deutschland stellt das Hand Trauma Register der Deutschen Gesellschaft für Handchirurgie ein vielversprechendes nationales Register dar. Seit seinem Start 2018 verzeichnete dieses Traumaregister 40 beitragende Kliniken [32] und ist somit noch klar ausbaufähig. Auf europäischer Ebene existiert die *European Injury Data Base*. Sie zählt aktuell 18 Mitgliedsstaaten, die jedoch jeweils eine hohe Variabilität in der Zahl der

beitragenden Kliniken aufweisen (etwa ist hier Deutschland mit einer und Italien mit 114 teilnehmenden Einrichtungen repräsentiert) [33]. Eine Hürde großer internationaler Register, die es zu überwinden gilt, ist die Vereinheitlichung und Standardisierung erfasster Daten, trotz internationaler Differenzen, etwa in Gesundheitspolitik oder Datenerfassung [15].

Die Erfassung von Sportverletzungen in Datenbanken ist insofern von hoher Relevanz, als diese aktuell keine Berücksichtigung im ICD-10-GM [23] Kodierungssystem finden. Unsere Studie zeigt die Schwierigkeiten der nachträglichen Aufarbeitung dieser Verletzungsentität. In der Tat stellt der retrospektive Charakter dieser Studie daher eine klare Limitation dieser Arbeit dar. Arztbriefe und Operationsberichte wurden umfangreich auf relevante Stichworte gescreent, Datenverluste können dennoch nicht sicher ausgeschlossen werden. Auch bietet die retrospektive Analyse keine Information über Verletzungsmechanismen, welche entscheidend für ein effektives Präventionsmanagement ist. Als monozentrische Studie einer Universitätsklinik der Maximalversorgung mit einem überregionalen Einzugsbereich bietet diese Arbeit Einblick in die niedersächsischen Risikoprofile für Sportverletzungen der Hand. Eine Umlegung dieser Daten auf Gesamt-Deutschland ist jedoch nicht ohne weiteres möglich.

Sportverletzungen der Hand sind häufig und werden daher jedem Handchirurgen und jeder Handchirurgin begegnen. Daher sollten Kenntnisse über die typischen Verletzungsmuster im entsprechenden Versorgungsumkreis, wie sie beispielhaft in dieser Publikation ausgeführt sind, bestehen.

Aktuell zeigt der allgemeine Sportlichkeitstrend in Europa eindeutig nach unten. Laut dem *Eurobarometer 472* aus dem Jahr 2018 gab knapp die Hälfte der Europäer an, keinerlei sportliche Aktivität auszuüben. Die Angst vor Sportverletzungen wurde bei diesen Befragungen von immerhin 5 Prozent als Grund für ihre sportliche Inaktivität genannt. Die hohen Gesundheitskosten, die mit einer solchen gesellschaftlichen Unsportlichkeit einhergehen, wurden bereits in zahlreichen Veröffentlichungen belegt [34–36].

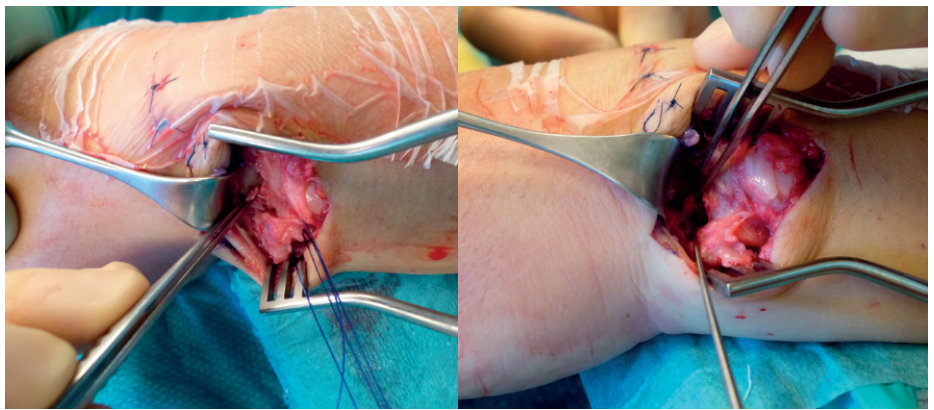
Der klare gesundheitliche und auch ökonomische Mehrwert einer sportlichen Gesellschaft, sollte das allgemeine Bestreben in Richtung einer sicheren und nachhaltigen Integration des Sports in die Gesellschaft lenken. Nicht vergessen werden sollte in diesem Zusammenhang auch die Sicherstellung einer adäquaten Verletzungsnachsorge im Sinne einer raschen Rehabilitation und Reintegration in den Sport- und Arbeitsalltag.



Abb. 1: Pferdezügelverletzung

FALL 1: PFERDEZÜGELVERLETZUNG (ABB. 1)

Die 29-jährige Patientin erlitt beim Reitsport eine subtotale Avulsionsverletzung des linken Mittelfingers (präoperative konventionelle Röntgenaufnahmen, Abbildung 1A und B). Sie hatte den Pferdezügel um ihren linken Mittelfinger gewickelt, als das Pferd erschrak und den Kopf ruckartig nach hinten riss. Es erfolgte, bei nicht replantierbarem Endglied, eine Stumpf-bildung auf Höhe des proximalen Interphalangealgelenks (postoperative konventionelle Röntgenaufnahmen, Abb. 1C und D).

**FALL 2: TFCC-ABRISS BEIM RADSPORT (ABB. 2)**

Dieser 37-jährige männliche Patient hatte sich im Rahmen eines Fahrradsturzes einen Abriss des triangulären fibrokarilaginären Komplexes (TFCC) am linken Handgelenk mit konsekutiver Subluxation des Ulnakopfs nach dorsal (Abb. 2C) zugezogen. Die Instabilität des distalen Radioulnargelenks konnte mit einer offenen TFCC-Refixation (Abb. 2A und B) erfolgreich behandelt werden (Abb. 2D).



Abb. 2: TFCC-Abriss beim Radsport

FALL 3: SKAPHOIDFRAKTUR BEIM FUSSBALL (ABB. 3)

Der 26-jährige männliche Patient war beim Fußballspielen auf das gestreckte rechte Handgelenk gestürzt und erlitt hierbei eine Skaphoidfraktur Typ B3 nach Herbert, die initial konservativ behandelt wurde. Bei konsekutiver, Computertomografie(CT)-morphologisch nachgewiesener Skaphoidpseudarthrose (Abb. 3A und B) erfolgte die Sekundärzuweisung in unsere Klinik. Erfreulicherweise zeigten sich die Fraktur, ebenso wie das skapholunäre (SL-)Band, intraoperativ stabil, sodass in diesem Fall auf eine Schraubenosteosynthese und/oder Defektauffüllung mittels vaskularisiertem Radiusspan verzichtet werden konnte.

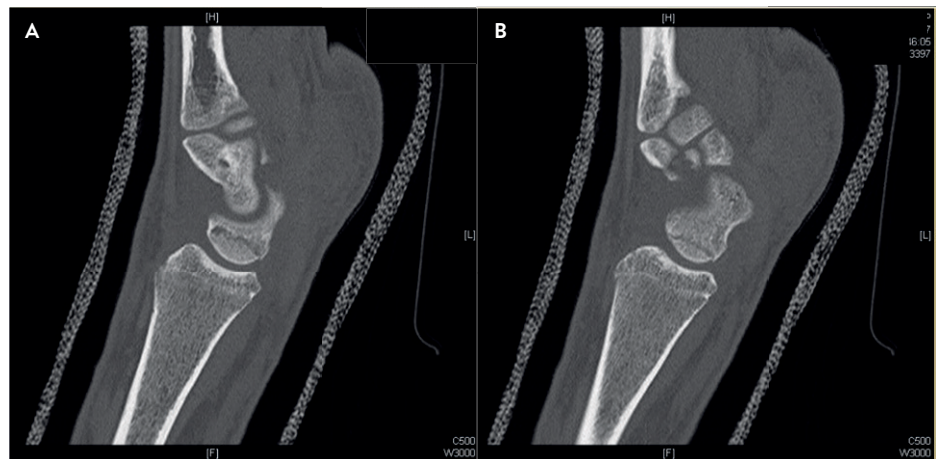


Abb. 3: Skaphoidfraktur beim Fußball

LITERATUR

- [1] Khan, K. M.; Thompson, A. M.; Blair, S. N.; Sallis, J. F.; Powell, K. E.; Bull, F. C.; Bauman, A. E. Sport and exercise as contributors to the health of nations. *Lancet* 2012, 380, 59-64.
- [2] Walsh, R. Lifestyle and mental health. *Am. Psychol.* 2011, 66, 579-592.

- [3] Klassen, O.; König, A.; von Haehling, S.; Bräulke, F. Cardiovascular fitness in oncology : Exercise and sport. *Internist (Berl)* 2020, 61, 1140-1150.
- [4] Viru, A.; Smirnova, T. Health promotion and exercise training. *Sports Med.* 1995, 19, 123-136.
- [5] Kerr, Z. Y.; Cortes, N.; Ambegaonkar, J. P.; Caswell, A. M.; Prebble, M.; Romm, K.;

- Caswell, S. V. The Epidemiology of Injuries in Middle School Football, 2015-2017: The Advancing Healthcare Initiatives for Underserved Students Project. *Am. J. Sports Med.* 2019, 47, 933-941.
- [6] Hollander, K.; Wellmann, K.; Eulenburg, C. Z.; Braumann, K. M.; Junge, A.; Zech, A. Epidemiology of injuries in outdoor and indoor hockey players over one season:

- a prospective cohort study. *Br. J. Sports Med.* **2018**, 52, 1091-1096.
- [7] Mountjoy, M.; Miller, J.; Junge, A. Analysis of water polo injuries during 8904 player matches at FINA World Championships and Olympic games to make the sport safer. *Br. J. Sports Med.* **2019**, 53, 25-31.
- [8] Panagodage Perera, N. K.; Kountouris, A.; Kemp, J. L.; Joseph, C.; Finch, C. F. The incidence, prevalence, nature, severity and mechanisms of injury in elite female cricketers: A prospective cohort study. *J. Sci. Med. Sport* **2019**, 22, 1014-1020.
- [9] Bartels, D. W.; Hevesi, M.; Wyles, C.; Macalena, J.; Kakar, S.; Krych, A. J. Epidemiology of Hand and Wrist Injuries in NCAA Men's Football: 2009-2010 to 2013-2014. *Orthop. J. Sports Med.* **2019**, 7, 2325967119835375.
- [10] Haerberle, H. S.; Navarro, S. M.; Power, E. J.; Schickendantz, M. S.; Farrow, L. D.; Ramkumar, P. N. Prevalence and Epidemiology of Injuries Among Elite Cyclists in the Tour de France. *Orthop. J. Sports Med.* **2018**, 6, 2325967118793392.
- [11] Rosenbaum, Y. A.; Awan, H. M. Acute hand injuries in athletes. *Phys. Sports-med* **2017**, 45, 151-158.
- [12] Avery, D. M.; Rodner, C. M.; Edgar, C. M. Sports-related wrist and hand injuries: a review. *J. Orthop. Surg. Res.* **2016**, 11, 99-8.
- [13] Beaulieu-Jones, B. R.; Rossy, W. H.; Sanchez, G.; Whalen, J. M.; Lavery, K. P.; McHale, K. J.; Vopat, B. G.; Van Allen, J. J.; Akamefula, R. A.; Provencher, M. T. Epidemiology of Injuries Identified at the NFL Scouting Combine and Their Impact on Performance in the National Football League: Evaluation of 2203 Athletes From 2009 to 2015. *Orthop. J. Sports Med.* **2017**, 5, 2325967117708744.
- [14] de Putter, C. E.; Selles, R. W.; Polinder, S.; Panneman, M. J.; Hovius, S. E.; van Beeck, E. F. Economic impact of hand and wrist injuries: health-care costs and productivity costs in a population-based study. *J. Bone Joint Surg. Am.* **2012**, 94, e56.
- [15] Kisser, R.; Bauer, R. The Burden of Sport Injuries in the European Union. https://www.sicherheit.sport/app/uploads/2014/12/burden_report.pdf (accessed December 18, 2021).
- [16] Robinson, L. S.; Brown, T.; O'Brien, L. Profile and cost of sport and exercise-related hand and wrist injuries with Emergency Department presentation. *J. Sci. Med. Sport* **2020**, 23, 683-689.
- [17] 25. Geissler, W. B.; Burkett, J. L. Ligamentous sports injuries of the hand and wrist. *Sports Med. Arthrosc. Rev.* **2014**, 22, 39-44.
- [18] 26. Moeijes, J.; van Busschbach, J. T.; Wieringa, T. H.; Kone, J.; Bosscher, R. J.; Twisk, J. W. R. Sports participation and health-related quality of life in children: results of a cross-sectional study. *Health. Qual. Life. Outcomes* **2019**, 17, 64-y.
- [19] 27. Caine, D.; Purcell, L.; Maffulli, N. The child and adolescent athlete: a review of three potentially serious injuries. *BMC Sports Sci. Med. Rehabil.* **2014**, 6, 22-22. eCollection 2014.
- [20] 28. Emery, C. A. Injury prevention in paediatric sport-related injuries: a scientific approach. *Br. J. Sports Med.* **2010**, 44, 64-69.
- [21] 38. Simpson, A. M.; Donato, D. P.; Veith, J.; Magno-Padron, D.; Agarwal, J. P. Hand and Wrist Injuries Among Collegiate Athletes: The Role of Sex and Competition on Injury Rates and Severity. *Orthop. J. Sports Med.* **2020**, 8, 2325967120964622.
- [22] 39. Swenson, D. M.; Yard, E. E.; Collins, C. L.; Fields, S. K.; Comstock, R. D. Epidemiology of US high school sports-related fractures, 2005-2009. *Clin. J. Sport Med.* **2010**, 20, 293-299.
- [23] 40. Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme 10. Revision German Modification Version 2022. <https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/icd/icd-10-gm/kode-suche/htmlgm2022/#XII> (accessed January 1, 2022).
- [24] 42. Sytema, R.; Dekker, R.; Dijkstra, P. U.; ten Duis, H. J.; van der Sluis, C. K. Upper extremity sports injury: risk factors in comparison to lower extremity injury in more than 25 000 cases. *Clin. J. Sport Med.* **2010**, 20, 256-263.
- [25] 44. Schröter, C.; Schulte-Sutum, A.; Zeckey, C.; Winkelmann, M.; Krettek, C.; Mommensen, P. Accidents in equestrian sports : Analysis of injury mechanisms and patterns. *Unfallchirurg* **2017**, 120, 129-138.
- [26] 46. Havlik, H. S. Equestrian sport-related injuries: a review of current literature. *Curr. Sports Med. Rep.* **2010**, 9, 299-302.
- [27] 33. Lemme, N. J.; Ready, L.; Faria, M.; DeFroda, S. F.; Gil, J. A.; Owens, B. D. Epidemiology of boxing-related upper extremity injuries in the United States. *Phys. Sportsmed* **2018**, 46, 503-508.
- [28] 34. Vriend, I.; Gouttebarga, V.; Finch, C. F.; van Mechelen, W.; Verhagen, E. A. L. M. Intervention Strategies Used in Sport Injury Prevention Studies: A Systematic Review Identifying Studies Applying the Haddon Matrix. *Sports Med.* **2017**, 47, 2027-2043.
- [29] 35. Drury, B. T.; Lehman, T. P.; Rayan, G. Hand and Wrist Injuries in Boxing and the Martial Arts. *Hand Clin.* **2017**, 33, 97-106.
- [30] 36. Orchard, J. W.; Seward, H. Decreased incidence of knee posterior cruciate ligament injury in Australian Football League after ruck rule change. *Br. J. Sports Med.* **2009**, 43, 1026-1030.
- [31] 65. Finch, C. A new framework for research leading to sports injury prevention. *J. Sci. Med. Sport* **2006**, 9, 3-9; discussion 10.
- [32] 71. van Schoonhoven, J.; Schädel-Höpfner, M.; Lenhardt, M. Newsletter Hand-TraumaRegister DGH https://www.handtraumaregister-dgh.de/fileadmin/user_upload/DGH_HTR_Newsletter_03_2021.pdf (accessed 18.12.2021).
- [33] 72. Kisser, R.; Giustini, M.; Rogmans, W.; Turner, S. Injuries in the European Union 2009-2018 [https://www.eurosafe.eu.com/uploads/inline-files/Report %20Injuries %20in %20EU %202009-2018 %20FINAL %20SEPT %2021.pdf.pdf](https://www.eurosafe.eu.com/uploads/inline-files/Report%20Injuries%20in%20EU%202009-2018%20FINAL%20SEPT%2021.pdf.pdf) (accessed December 18, 2021).
- [34] 59. Taylor, P.; Davies, L.; Wells, P.; Gilbertson, J.; Tayleur, W. A review of the Social Impacts of Culture and Sport. https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/416279/A_review_of_the_Social_Impacts_of_Culture_and_Sport.pdf (accessed December 18, 2021).
- [35] 63. Cadilhac, D. A.; Cumming, T. B.; Sheppard, L.; Pearce, D. C.; Carter, R.; Magnus, A. The economic benefits of reducing physical inactivity: an Australian example. *Int. J. Behav. Nutr. Phys. Act.* **2011**, 8, 99-99.
- [36] 64. Chenoweth, D.; Leutzinger, J. The Economic Cost of Physical Inactivity and Excess Weight in American Adults. *J. Phys. Act. Health.* **2006**, 3, 148-163. ○

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.

01.12.22 S2e-Leitlinie „Patellafraktur“

Webinar-Reihe „Chirurgie aktuell“

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

- 09.11.22** Divertikelkrankheit – Indikation und Operationstrategie
- 23.11.22** Blutungsereignisse in der Thoraxchirurgie
- 28.11.22** UPDATE: Komplikationsarmer Bauchdeckenverschluss - ein effektives Konzept mit Monomax®
- 30.11.22** Kniearthrosen des jungen Patienten
- 07.12.22** Chirurgische Therapie kolorektaler Lebermetastasen

BDC  **AKADEMIE**
Einfach starten!

www.bdc-eakademie.de



Mit freundlicher Unterstützung von:



Springer Medizin

www.SpringerMedizin.de/kliniken



SAFETY CLIP

Compliance beim Einsatz von Risikomanagement-Instrumenten

In Kliniken existiert inzwischen eine Vielzahl von Risikomanagement-Instrumenten (RM-Instrumenten). Beispielhaft werden hier nur einige genannt wie Checklisten (zum Beispiel OP-Sicherheits-Checkliste), Identifikationsarmband, Fallbesprechungen (zum Beispiel Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen) und das Fehlermeldesystem/CIRS (Critical Incident System).

Im Rahmen von Analysen und/oder in Gesprächen mit Mitarbeitenden wird deutlich, dass Art und Umfang der Nutzung von RM-Instrumenten unterschiedlich erfolgen, obwohl häufig klinikintern schriftlich fixierte Vorgaben zur Nutzung bestehen. Integraler Bestandteil beim sogenannten Compliance-Management ist unter anderem die Regeltreue im Hinblick auf die Einhaltung von Vorgaben (Gesetze, Verfahrens-, Arbeits-, Dienstanweisungen

usw.). Wird diese Regeltreue beim Einsatz von RM-Instrumenten nicht erzielt, können daraus bei der Behandlung von Patientinnen und Patienten fehlerhafte Abläufe resultieren, die zu einer Schädigung der Erkrankten führen. Zu nennen sind unter anderem fehlerhafte Medikamentenapplikationen, da Patienten verwechselt wurden (... weil kein Identifikationsarmband angelegt war oder das Band nicht wie vorgesehen als Prüfinstrument bei der Medikamentenapplikation genutzt wurde).

Durch die nur teilweise erfolgende oder gänzlich fehlende Nutzung der OP-Sicherheits-Checkliste und die dadurch letztendlich fehlende Mehrfachkontrolle relevanter Sicherheits-Checks treten in der Praxis zum Teil Ablaufstörungen auf (zum Beispiel fehlende Unterschriften auf OP- und Anästhesie-einwilligungen, verzögerte Applikation von

**Karin Hinke**

Risiko-Beraterin, Risiko-Assessorin,
Mediatorin
GRB Gesellschaft für Risiko-Beratung
mbH
Ecclesiast. 1-4
32758 Detmold
karin.hinke@grb.de
www.grb.de

Antibiosen, Blutprodukten). In seltenen Fällen ist eine Schädigung eines Patienten nicht auszuschließen. Ein Beispiel dafür ist die Verwechslung der OP-Seite, weil der mehrfache Abgleich unterschiedlicher Angaben in den Dokumentationsunterlagen, wie er laut Prüfung anhand der OP-Sicherheits-Checkliste vorgegeben ist, gefehlt hat.

Der folgende Artikel greift daher das Thema „Compliance“ auf und benennt Potenziale, wie Mitarbeitende konsequent und eigenaktiv in die Nutzung von RM-Instrumenten einbezogen werden können.

BEGRIFFSDEFINITIONEN

COMPLIANCE

Der **Deutsche Corporate Governance Kodex** (DCGK) definiert Compliance als die in der Verantwortung des **Vorstands** liegende Einhaltung der gesetzlichen Bestimmungen und unternehmensinternen Richtlinien [1]. „Der Begriff Compliance steht für die Einhaltung von gesetzlichen Bestimmungen, regulatorischer Standards und Erfüllung weiterer, wesentlicher und in der Regel vom Unternehmen selbst gesetzter ethischer Standards und Anforderungen [2].“

COMPLIANCEKULTUR

„Als Compliancekultur werden die Grundeinstellungen und Verhaltensweisen, die von der Unternehmensleitung vermittelt werden, bezeichnet. Die Compliancekultur soll allen Unternehmensbeteiligten sowie auch Kunden und Lieferanten des Unternehmens die Bedeutung vermitteln, die das Unternehmen der Beachtung von Regeln beimisst, und damit bei allen Beteiligten die Bereitschaft zu regelkonformem Verhalten fördern. Compliancekultur wird häufig als Basis des CMS bezeichnet. Vielfach wird die Compliancekultur in besonderen Richtlinien oder **Verhaltenskodizes** (zum Beispiel in einem „**Mission Statement**“ oder einem „Code of Conduct“) festgehalten und auch im **Intranet**- oder **Internet**-Auftritt des Unternehmens veröffentlicht.

Eine wirksame Compliancekultur erfordert aber neben solchen „offiziellen“

Kommunikationen vor allem eine Spiegelung der Grundsätze im tatsächlichen Handeln und Auftreten aller Unternehmensverantwortlichen auf allen Managementebenen. Werte können nur glaubhaft vermittelt werden, wenn diese auch erkennbar von den Vermittelnden selbst gelebt werden.“ [3]

COMPLIANCEMANAGEMENTSYSTEM (CMS)

„Damit die Anforderungen des Standards erfüllt werden können, muss ein Unternehmen eine systematische Complianceorganisation, das heißt ein Compliancemanagementsystem einführen, dokumentieren, verwirklichen und aufrechterhalten. Dazu sind folgende Maßnahmen notwendig:

- Die einzuhaltenden Prozesse sind festzulegen.
- Die Verfügbarkeit der erforderlichen Ressourcen und Informationen ist sicherzustellen und
- die Prozesse sind zu überwachen, zu messen und zu analysieren.

Es gilt, das Compliancemanagementsystem selbst und seine Bestandteile, wie zum Beispiel Audit-Ergebnisse, Korrekturmaßnahmen etc., zu dokumentieren, um eine personenunabhängige Aufrechterhaltung und Funktionsfähigkeit des Systems sicherzustellen. Auch der Umgang mit dieser Dokumentation, beispielsweise Freigaben, Aktualisierungen, Verteilung, Aufbewahrungspflichten, muss festgelegt werden.“ [4]

KONSEQUENZ AUS DEN AUSFÜHRUNGEN ZU COMPLIANCE

Die vorhergehenden Ausführungen zu den Compliancebegriffen verdeutlichen, dass Vorgaben und die einmalige Einführung in die Nutzung eines RM-Instrumentes keine Garantie für die verlässliche Umsetzung in der Praxis sind. Wie unter dem Begriff Compliancekultur beschrieben, ist die Vorbildfunktion (insbesondere von Vorgesetzten) von Bedeutung für das Gelingen der Umsetzung.

Nach der geglückten Einführung heißt es, „dran bleiben“ – und das nicht nur bei der nächsten Prüfung, Zertifizierung, dem nächsten Audit und so weiter. Um eine dauerhafte

Hinke K: Safety Clip: Compliance beim Einsatz von Risikomanagement-Instrumenten. *Passion Chirurgie*. 2022 November; 12(11): Artikel 04_02.



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

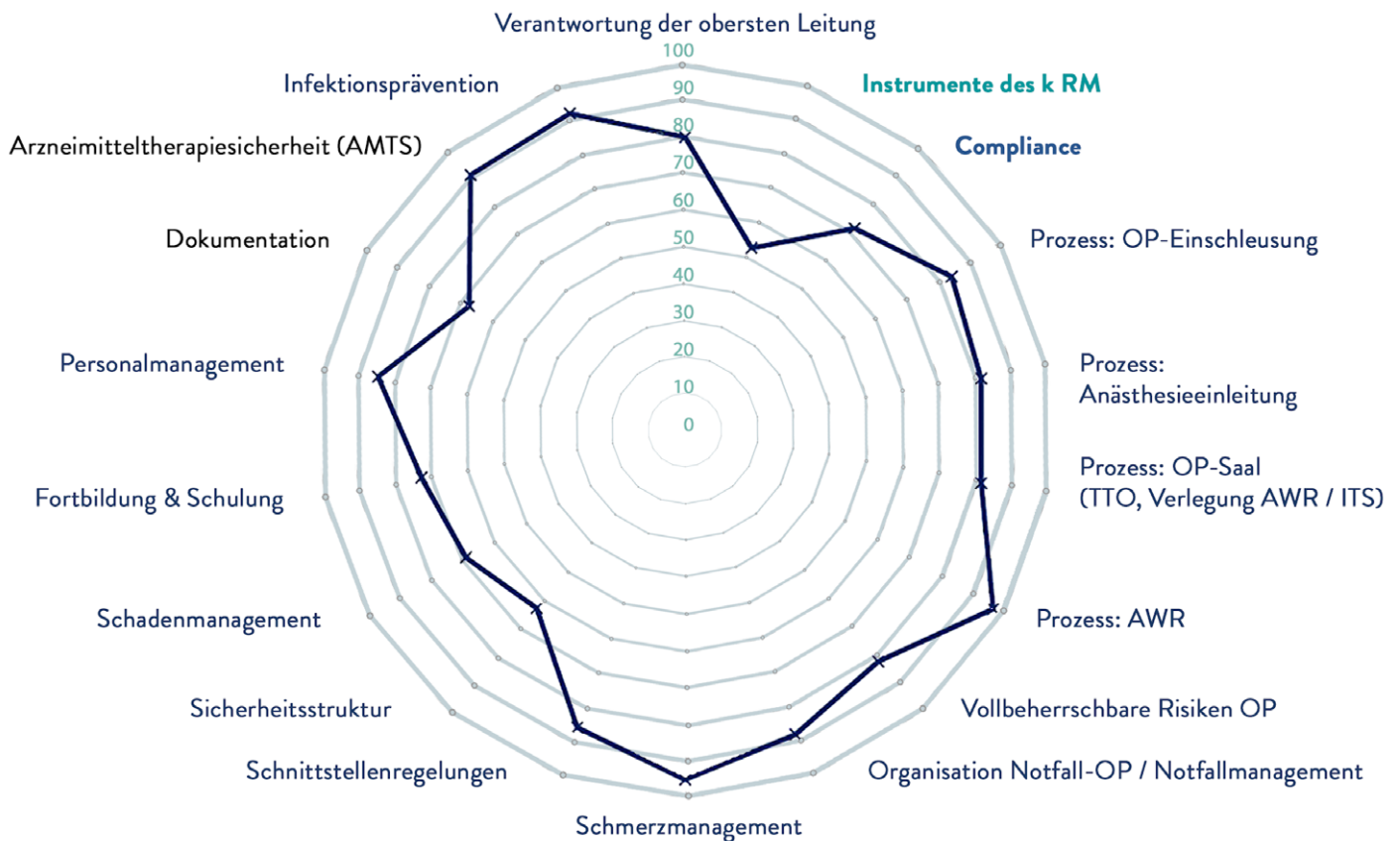


Abb. 1: Netzdiagramm

Nutzung von RM-Instrumenten zu initiieren, sind Prozesse, in denen die RM-Instrumente eingesetzt werden, fortlaufend zu überwachen, zu messen und zu analysieren.

Als grobe Faustregel kann angenommen werden, dass maximal 50 Prozent des positiven Einflusses bei der Verringerung/Vermeidung eines oder mehrerer Risiken, dem jeweiligen RM-Instrument zuzuschreiben sind und mindestens 50 Prozent (wenn nicht 60 bis 70 Prozent!) durch kontinuierliches Coaching der Mitarbeitenden zu begründen sind.

Das bedeutet, hier ist eine Änderung des Blickwinkels leitender Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und des Bewusstseins der Praktikerinnen und Praktiker einzuleiten. Kontrollen in der Einführungsphase (sofern diese überhaupt erfolgen) und danach die Durchführung stichprobenartiger Kontrollen in größeren Zeitabständen, zum Beispiel durch zuständige Mitarbeitende im Bereich QM/RM der Klinik, sind nur bedingt beziehungsweise nicht ausreichend, um einen

kontinuierlichen Einsatz von RM-Instrumenten zu gewährleisten.

Einerseits ist zu vermitteln, dass Kontrollen/Prüfungen noch mehr als bisher fixer Bestandteil der täglichen Arbeit sind. Andererseits ist nicht die Menge an eingesetzten RM-Instrumenten entscheidend für den Erfolg beziehungsweise die Wirksamkeit im Hinblick auf Risiken, sondern die Vermittlung der positiven Effekte und die Einbindung der Praktikerinnen und Praktiker von Beginn an.

Weiterhin sollten leitende Mitarbeitende sehr gründlich vor dem Einsatz eines RM-Instruments das Für und Wider abwägen. Ebenfalls entscheidend für die Akzeptanz der Mitarbeitenden ist die bewusste inhaltliche Begrenzung, zum Beispiel die Anzahl der Abfragepunkte in Checklisten. Werden erfolgreiche Effekte im Zusammenhang mit der Nutzung von RM-Instrumenten erzielt, sind die Praktikerinnen und Praktiker im Sinne der positiven Verstärkung direkt einzubeziehen.

GRÜNDE FÜR DIE EINGESCHRÄNKTE NUTZUNG VON RM-INSTRUMENTEN IN KLINIKEN

Die Gründe warum RM-Instrumente nur zum Teil oder gar nicht genutzt werden, sind vielschichtig. Dazu gehören unter anderem:

- Es fehlt die verlässliche Systematik bei der Einführung/Aufrechterhaltung der Nutzung.
- Die Begründungen der Vorgesetzten für den Einsatz von RM-Instrumenten zeigen, dass sie selbst nicht von der Sinnhaftigkeit überzeugt sind. („Das müssen wir jetzt umsetzen, weil es das Patientenrechtgesetz vorschreibt.“) Hier fehlt die Darlegung, dass durch Eigeninitiative steuernd eingegriffen werden kann.
- Zuständigkeiten/Verantwortlichkeiten für die Umsetzung sind nur unpräzise oder gar nicht festgelegt. (Frage: Gehört das zu meinen Aufgaben?)
- Ergebnisse, die sich aus der Nutzung eines RM-Instruments ergeben, lösen keine Ableitung von Präventionen aus

beziehungsweise die Einleitung von Präventionsmaßnahmen stockt. (Das kann bei CIRS ein Thema sein, und es stellt sich die Frage: „Warum soll ich eine CIRS-Meldung schicken, es passiert ja doch nichts?“)

EFFEKTE/POTENZIALE DURCH AKTIVE EINBEZIEHUNG DER MITARBEITENDEN BEI DER NUTZUNG DER OP-SICHERHEITS-CHECKLISTE

Nach Durchführung einer Sicherheits- und Risikoanalyse der GRB Gesellschaft für Risiko-Beratung mbH im Hochrisikobereich der OP-Abteilung eines Krankenhauses zeigen sich die Ergebnisse wie folgt in dem abgebildeten Netzdiagramm (**Abb. 1**).

Deutlich sichtbar im Netzdiagramm (mit einer Skalierung von 0–100 Prozent) ist, dass die Bewertung der Nutzung von Instrumenten des klinischen RM (kRM) nur bei etwas über 50 Prozent und bei Compliance knapp über 70 Prozent liegt.

Beispielhaft wird im Weiteren die Nutzung der OP-Sicherheits-Checkliste als RM-Instrument aufgegriffen. Einige Details aus dem Bericht zu diesem Punkt:

- Unvollständig ausgefüllte OP-Sicherheits-Checkliste und fehlende Unterschriften am Ende der einzelnen Prüfabschnitte (z. B. beim Team-Time-Out).
- Nicht alle im OP-Saal anwesenden Personen sind in das Team-Time-Out einbezogen.

PRÄVENTIONSMASSNAHMEN ZUM EINSATZ DER OP-SICHERHEITS-CHECKLISTE IN ANLEHNUNG AN DIE VERÖFFENTLICHUNG DER STIFTUNG PATIENTENSICHERHEIT

Die Schweizer Stiftung Patientensicherheit hat im Zusammenhang mit den

Erkenntnissen aus einer publizierten Studie (aus den Niederlanden, siehe die Details in der genannten Schriftenreihe 5) zur Vermeidung von Fehlern und Komplikationen in der Chirurgie ein neues Konzept zur sicheren Erbringung chirurgischer Leistungen erarbeitet [5].

In der Ergänzung und Weiterführung der Schriftenreihe 5, COM-Check – Sichere Chirurgie, wird zunächst ein Checklistenvergleich (2020) und im Anschluss das Programm COM-Check Datenerhebung (Beobachtung und Feedback 2021) vorgestellt.

Folgende Präventionsmaßnahmen lassen sich daraus ableiten:

- Die Nutzungsfrequenz der OP-Sicherheits-Checkliste und die Abweichungen werden gemessen (vorab ist eine Kennzahl zur Umsetzung festzulegen; 100 Prozent sind hier anzusetzen).
- OP-intern erfolgt die Kontrolle/Beobachtung durch verantwortliche Mitarbeitende der OP-Abteilung, in welcher Form die in der OP-Sicherheits-Checkliste hinterlegten Punkte analog zum Prozess (OP-Schleuse/vor Einleitung Anästhesieverfahren, Team-Time-Out, Sign-Out) bearbeitet werden. Dafür sollte eine spezifische Checkliste erstellt werden.
- Neben der Kontrolle/Beobachtung der Abfrage der Checkpunkte wird die Qualität der einzelnen Prozessschritte anhand einer spezifisch zu erstellenden Checkliste bewertet.
- Nach der Beobachtung ist ein direktes, kurzes Feedback (1 bis 2 Minuten) in geeigneter Form an die beteiligten Mitarbeitenden zu geben. Es beginnt mit: „Richtig gut ist ...“; lediglich eine beobachtete Situation, zum Beispiel aus dem Team-Time-Out, wird angesprochen.

- Ein weiteres Feedback wird nach Auswertung der Gesamtdaten an die beteiligten Mitarbeitenden gegeben.
- Verbesserungspotenziale werden aufgezeigt, und die Umsetzung von konkreten Maßnahmen wird gemeinsam mit den beteiligten Mitarbeitenden festgelegt. Gegebenenfalls erfolgt nach der Pilotphase erneute Bewertung.
- Der vorgenannte Prozess wird in definierten Zeitintervallen wiederholt.

Weiterführende Details sind aus den veröffentlichten Unterlagen der Stiftung Patientensicherheit zu entnehmen.

FAZIT

Die Festlegung/Entscheidung über die im Krankenhaus gezielt und begleitend umzusetzenden RM-Instrumente steht am Beginn des Prozesses. Danach ist das Vorgehen im Detail zu planen. Eine entscheidende Rolle spielt dabei die Initiierung und Erhaltung der Mitarbeitermotivation bei den Praktikerinnen und Praktikern vor Ort. Dabei ist die Möglichkeit der Einflussnahme und Steuerung des Prozesses als Vision vorzustellen. Beispielsweise können und sollten an den Einsatz des jeweiligen RM-Instrumentes weitere positive Aspekte geknüpft werden, die den Nutzen für Mitarbeitende erhöhen und sie damit motivieren. Beim Einsatz der OP-Sicherheits-Checkliste kann das beispielsweise die IT-gestützte Abarbeitung der Prozessschritte sein (mit der entsprechenden Ausrüstung von Hard- und Software). Darüber hinaus ist das fortlaufende und persönliche Coaching der Mitarbeitenden unerlässlich.

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

RECHT &
VERSICHERUNG

Versicherungs- angebote des BDC



Diese Leistungen sind in Ihrem BDC-Mitgliedsbeitrag enthalten:

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

Weitere Versicherungsangebote für BDC-Mitglieder über Rahmenverträge

Exklusiv und marktführend

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

- ✓ Berufs-Haftpflicht-Versicherung
- ✓ Sachversicherungen für Betriebsausstattung
- ✓ Betriebsunterbrechung und Ertragsausfall
- ✓ Absicherungslösungen für IT- und Cybergefahren
- ✓ Absicherung von Vermögensschäden aus Management- und Geschäftsführungs-Risiken
- ✓ Rundum-Sorglos-Paket Rechtsschutz
- ✓ Private und betriebliche Kranken- und Altersvorsorge, Unfall-Versicherungen
- ✓ Versicherungsschutz für Berufseinsteiger

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

BDC-VERSICHERUNGSSERVICE

ECCLESIA MED GMBH

Klingenbergstr. 1-4, 32758 Detmold

Telefon: 05231 / 603 6363 oder kostenlos unter: 0800 603 603 0 | Fax: 05231 / 603 60 6363

E-Mail: bdc-versicherungsservice@ecclesia.de

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

Ärztlicher Leiter

HyKoMed GmbH

Vizepräsident der Deutschen Gesellschaft für

Krankenhaushygiene e.V. (DGKH)

popp@hykomed.de

Klaus Wiese

Deutsche Gesellschaft für Sterilgutversorgung –

DGSV e.V.

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

Krankenhaushygiene/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

Krankenhaushygiene e.V. (DGKH)

Jatzwauk L, Wiese K, Popp W, Kohnen W: Hygiene-Tipp:
Müssen chirurgische Instrumente nach sechs Stunden
aufbereitet werden? *Passion Chirurgie*. 2022 November;
12(11): Artikel 04_03.



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

HYGIENE TIPP

Müssen chirurgische Instrumente nach sechs Stunden aufbereitet werden?

ODER KANN DIESER ZEITRAUM LÄNGER SEIN?

Die gängige Praxis ist, dass chirurgische Instrumente innerhalb von maximal sechs Stunden nach Nutzung gereinigt und desinfiziert werden. Je länger Verschmutzungen antrocknen, desto schwieriger lassen sie sich entfernen. Lagern die Instrumente in dieser Zeit feucht im Entsorgungscontainer, kann das Antrocknen der Verschmutzungen verhindert werden, aber es kann zur Korrosion (z. B. Chlorid-Korrosion durch Blutreste) kommen.

Wenn in der Praxis eine längere Zeit (über die üblichen sechs Stunden hinaus) nicht zu vermeiden ist, muss die Wirksamkeit der Reinigung bei diesen länger gelagerten Instrumenten im Rahmen der wiederholten Leistungsbeurteilung (Validierung) der Reinigungs- und Desinfektionsgeräte (RDG) geprüft werden. Eine Prüfung von real verschmutzten Instrumenten sieht die entsprechende Validierungsleitlinie ausdrücklich vor. Wird nach der Reinigung ein Restproteingehalt unter 80 Mikrogramm pro Instrument (alternativ unter drei Mikrogramm pro cm² Oberfläche) gemessen, ist die längere Zeit bis zum Beginn der Reinigung und Desinfektion akzeptabel.

Also kann immer erst nach Bestätigung der Wirksamkeit der Reinigung im Rahmen der nächsten Leistungsbeurteilung die Zeitdauer von benutzten Instrumenten vor dem Beginn der Aufbereitung erhöht werden. Möglicherweise wird es notwendig sein, diese Instrumente vor Aufbereitung im RDG z. B. im Ultraschallbecken einer Vorreinigung zu unterziehen.

Alternativ kann man z. B. die Instrumente unmittelbar nach Ende der OP mittels eines speziellen Sprühschaums vorbehandeln. Das verursacht allerdings wieder zusätzliche Kosten. Der Schaum wird direkt im OP-Saal im Entsorgungscontainer auf die Instrumente gesprüht. Die eingesprühten Instrumente können nach Angaben eines solchen Herstellers dann länger (z. B. bis zu 72 Stunden vor der weiteren Aufbereitung) gelagert werden. Diese Vorbehandlung muss dann in die erneute Leistungsbeurteilung mit einbezogen werden.

Optimal ist daher wirklich, die Instrumente möglichst zeitnah nach Benutzung einer Reinigung und Desinfektion im RDG zu unterziehen.

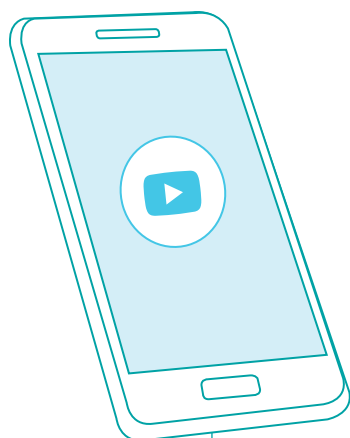
Der Hygiene-Tipp im Auftrag der DGKH gibt die Meinung der Autoren wieder.



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.

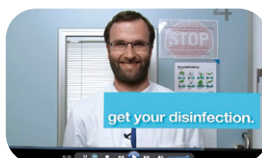
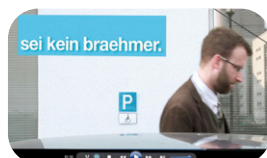
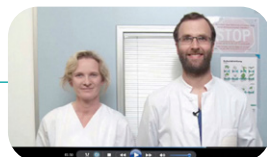
Der Berufsverband der Deutschen Chirurgen und die deutschen Hygieniker betreiben seit 2008 eine bundesweite Informationskampagne, die dazu beitragen soll, vermeidbare Infektionen in Klinik und Praxis zu reduzieren. Wir wissen, dass Sie als Chirurgin/Chirurg alles zur Infektprophylaxe und Hygiene wissen. 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)

Honorarberichte der KBV – Quartal 1/2021



Kassenärztliche Bundesvereinigung KdöR
(KBV)
Herbert-Lewin-Platz 2
10623 Berlin

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) hat den Bericht des ersten Quartals 2021 zur Honorarentwicklung im Vergleich zu den entsprechenden Vorjahreszeiträumen veröffentlicht.

Hier geht es zum Download:

Erstes Quartal 2021

Alle Honorarberichte der KBV – auch für die Vorjahre –, Kennzahlen der Abrechnungsgruppen, Fragen und Antworten zum Honorarbericht sowie grafische Darstellungen dazu finden Sie [hier](#).

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

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



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



© iStock/utrecht

Personalia



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

NOVEMBER 2022

Dr. med. Minh-Tung Cao, Facharzt für Plastische und Ästhetische Chirurgie mit Zusatzbezeichnung Handchirurgie und Facharzt für Allgemeine Chirurgie, ist neu am Zentrum für Orthopädie und Unfallchirurgie am Städt. Klinikum in Brandenburg an der Havel und wird dort als leitender Arzt die Abteilung Plastische und Ästhetische Chirurgie aufbauen.

PD Dr. med. Antonio B. Ernstberger ist neuer Chefarzt der Unfallchirurgie und Orthopädie am Klinikum St. Marien in Amberg. Er war zuvor Chefarzt des Zentrums für muskuloskelettale Chirurgie am Klinikum Osnabrück.

Dr. med. Georg Fritzs ist seit September 2022 neuer Chefarzt der Allgemein-, Viszeral- und Gefäßchirurgie am Städtischen Krankenhaus Eisenhüttenstadt. Er löst **Dr. med. Detlef Schmidt** ab, der seinem Nachfolger jedoch bis zu seinem Ruhestand noch zur Seite stehen wird.

Dr. med. Benedikt Haager, zuvor Leiter des Bereichs Thoraxchirurgie am Klinikum Memmingen, ist nun Chefarzt des neuen Fachbereichs Thoraxchirurgie am Klinikum Kempten-Oberallgäu gGmbH.

Prof. Dr. med. Carl Haasper, Facharzt für Chirurgie, Orthopädie und Unfallchirurgie sowie Spezielle Unfallchirurgie und Orthopädische Chirurgie und ehemaliger Chefarzt des Zentrums für Orthopädie, Unfallchirurgie und Ästhetik am AMEOS Klinikum Seepark Geestland, ist seit September 2022 Chefarzt der neuen Sektion Endoprothetik der Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie der HELIOS Klinik Cuxhaven.

PD Dr. med. Kia Homayounfar wird neben seiner cheftätigen Tätigkeit in der Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie am Klinikum Kassel, als Chefarzt auch den

chirurgischen Bereich der Abteilung Chirurgie, Orthopädie und Unfallchirurgie am Krankenhaus Bad Arolsen ausbauen.

Dr. med. Wojciech Jelen ist ab September 2022 neuer Chefarzt der Viszeralchirurgie im Krankenhaus Wittmund.

Dr. med. Hatim Kanaaneh leitet die neue Sektion Viszeralchirurgie innerhalb der Chirurgie am Diakonie-Krankenhaus Wehrda in Marburg.

Dr. med. Peter Korte übernahm zum 01.10.2022 die ärztliche Leitung der Unfallchirurgie und Orthopädie am Hümmling Krankenhaus Sögel. Korte ist spezialisiert auf minimalinvasive Hüft- und Beckenchirurgie sowie komplexe Ellenbogen- und Knieverletzungen und war zuvor am Klinikum Osnabrück in der Klinik für Orthopädie, Unfall- und Handchirurgie tätig.

Dr. med. Klaus Küppers ist neben seiner Tätigkeit als Chefarzt der Unfallchirurgie und Orthopädie am St. Vinzenz-Hospital in Rheda-Wiedenbrück nun auch verantwortlich für die Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie am Marienhospital in Oelde.

PD Dr. med. Jakob Nüchtern ist ab dem 1. September 2022 einer der neuen Chefarzte der Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie an den Westküstenkliniken in Heide. Der ausgewiesene Spezialist für die Versorgung von Schwerstverletzten folgt dem bisherigen Chefarzt **Dr. Klaus-Dieter Luitjens**, der Ende August nach 23 Jahren in den Ruhestand geht.

PD Dr. med. Carolina Pape-Köhler ist seit dem 1.10.2022 eine der beiden Cheftätigen der Adipositas Klinik am Klinikum Bielefeld/Rosenhöhe. Sie wird die duale Leitung neben Frau Dr. Beate Herbig übernehmen, die die Klinik seit dem 1. Dezember 2021 am Klinikum Bielefeld aufgebaut hat. 



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

**60
CME-
Punkte!**

Kompaktkurs:

Hygiene- beauftragter Arzt (HBA)

Geeignet für alle Ärzte



Mit der Smart-Learning-Methode

Der Berufsverband der Deutschen Chirurgen e.V. (BDC) und meduplus haben gemeinsam mit renommierten Krankenhaushygienikern ein kompaktes Angebot zur zertifizierten Qualifikation „Hygienebeauftragter Arzt“ entwickelt.

Ein modernes Lernkonzept für flexible und individuelle Fortbildung:

- Zertifizierter Kurs
- Anerkannte strukturierte curriculare Fortbildung gemäß Mustercurriculum der Bundesärztekammer
- 21 Online-Lernmodule
- Nur 2 Tage Präsenzveranstaltung am Wochenende
- Teilnahmebescheinigung
- 2 Jahre Learning Community - Ärzte

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

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

BDC  **AKADEMIE**
Einfach starten!

meduplus 

 Jetzt anmelden:
www.bdc-eakademie.de



Frage & Antwort



BGH zur hypothetischen Einwilligung des Patienten



Antwort von Dr. jur. Jörg Heberer:

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

FRAGE:

Ein Oberarzt fragt an, ob aufgrund von Problemen während einer OP intraoperativ zu einer anderen OP-Methode gewechselt werden darf, auch wenn der Patient über diese andere OP-Methode, die eine echte Behandlungsalternative sei, nicht aufgeklärt wurde, weil seiner Meinung nach von einer hypothetischen Einwilligung des Patienten auszugehen sei.

ANTWORT:

Grundsätzlich obliegt es primär dem Arzt eine Therapie bzw. die OP-Methode auszuwählen, da ihm hierbei die sogenannte Therapiefreiheit zukommt. Dies bedeutet, er hat das Recht, über die Behandlungsmethode im Rahmen des medizinischen Facharztstandards nach gewissenhaftem und pflichtgemäßem Ermessen frei zu entscheiden. Dies umfasst auch die Entscheidung darüber, welche Maßnahme dem Arzt aufgrund der konkreten Umstände im Einzelfall am geeignetsten erscheint. Hierbei soll der größtmögliche therapeutische Nutzen unter der geringsten möglichen Belastung für den Patienten sichergestellt werden. Die Entscheidung des Arztes muss somit medizinisch vertretbar sein. Auf die Therapiefreiheit kann sich ein Arzt jedoch nicht berufen bei völliger Ungeeignetheit der gewählten Methode oder bei Existenz echter Behandlungsalternativen.

Wenn es sich bei der OP-Methode somit um eine echte Behandlungsalternative handelt, ist der Patient hierüber zwingend aufzuklären und dem Patienten daraufhin die Entscheidung über die zu wählende Behandlungsmaßnahme zu überlassen. Ansonsten fehlt es an einer ordnungsgemäßen Aufklärung und damit an einer wirksamen Einwilligung des Patienten, sodass der Eingriff rechtswidrig ist.

Genügt die Aufklärung nicht den an sie zu stellenden Anforderungen, kann sich der Arzt aber darauf berufen, dass der Patient auch im Fall einer ordnungsgemäßen Aufklärung in die Maßnahme eingewilligt hätte (§ 630h Abs. 2 Satz 2 BGB, sog. hypothetische Einwilligung).

Der BGH hat nunmehr zu den Anforderungen an den Nachweis einer hypothetischen Einwilligung des Patienten erneut Stellung genommen und die Rechte der Patienten gestärkt:

An einen Nachweis der hypothetischen Einwilligung, der dem Arzt obliegt, sind aus Sicht der höchststrichterlichen Rechtsprechung strenge Anforderungen zu stellen, damit nicht auf diesem Weg der Aufklärungsanspruch des Patienten unterlaufen wird. Den Arzt trifft für seine Behauptung, der Patient hätte bei ordnungsgemäßer Aufklärung in den Eingriff eingewilligt, die Beweislast aber erst dann, wenn

Heberer J: F+A: BGH zur hypothetischen Einwilligung des Patienten. 2022 November; 12(11): Artikel 04_06.



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

der Patient zur Überzeugung des Tatrichters plausibel macht, dass er - wären ihm rechtzeitig die Risiken des Eingriffs verdeutlicht worden - vor einem echten Entscheidungskonflikt gestanden hätte (vgl. BGH, Beschluss vom 21.06.2022 – VI ZR 310/21, Rn. 8)

An die Pflicht des Patienten zur Substantiierung eines solchen Konflikts sind allerdings nach ständiger BGH-Rechtsprechung keine zu hohen Anforderungen zu stellen. Abzustellen ist auf die persönliche Entscheidungssituation des jeweiligen Patienten. Was aus ärztlicher Sicht sinnvoll und erforderlich gewesen wäre und wie ein „vernünftiger Patient“ sich verhalten haben würde, ist hingegen grundsätzlich nicht entscheidend. Der Tatrichter darf seine eigene Beurteilung des Konflikts nicht an die Stelle derjenigen des Patienten setzen. Gedankliche Voraussetzung des Entscheidungskonflikts wie der hypothetischen Einwilligung insgesamt ist dabei stets die Hypothese einer ordnungsgemäßen, insbesondere auch vollständigen Aufklärung (BGH, a. a. O., Rn. 9).

Nach ständiger Rechtsprechung des erkennenden Senats darf der Tatrichter Feststellungen darüber, wie sich ein Patient bei ausreichender Aufklärung entschieden hätte und ob er in einen Entscheidungskonflikt geraten wäre, grundsätzlich nicht ohne persönliche Anhörung des Patienten treffen. Durch die persönliche Anhörung soll

vermieden werden, dass das Tatgericht für die Verneinung eines Entscheidungskonflikts vorschnell auf das abstellt, was bei objektiver Betrachtung als naheliegend oder vernünftig erscheint, ohne die persönlichen, möglicherweise weniger naheliegenden oder als unvernünftig erscheinenden Erwägungen des Patienten ausreichend in Betracht zu ziehen. Die persönliche Anhörung soll es dem Gericht ermöglichen, den anwaltlich vorgetragenen Gründen für und gegen einen Entscheidungskonflikt durch konkrete Nachfragen nachzugehen und sie auch aufgrund des persönlichen Eindrucks vom Patienten sachgerecht beurteilen zu können. Ein Ausnahmefall kann vorliegen, wenn schon die unstreitigen äußeren Umstände eine sichere Beurteilung der hypothetischen Entscheidungssituation erlauben (BGH, a. a. O., Rn. 10).

Nach diesen Grundsätzen darf nach Ansicht des BGH somit ein Gericht nicht von einer Anhörung des Patienten im Prozess absehen. Zwar mag der im instanzgerichtlichen Verfahren schriftsätzlich gehaltene Vortrag des Patienten, er hätte sich deshalb gegen die andere OP-Methode entschieden, weil diese z. B. nach seinem Kenntnisstand nicht unter Vollnarkose möglich gewesen sei, für sich genommen tatsächlich wenig plausibel erscheinen, weil, wie es im entschiedenen Fall gewesen war, diese OP auch unter Vollnarkose durchgeführt werden kann.

Eine sichere Beurteilung der hypothetischen Entscheidungssituation des Patienten ohne dessen Anhörung war aber nach Ansicht des BGH schon deshalb nicht ausnahmsweise möglich, weil die äußeren Umstände der Aufklärung und der tatsächlichen Entscheidungssituation des Patienten nicht unstreitig geblieben sind, weil das Berufungsgericht den Inhalt der im Streitfall gebotenen, insbesondere vollständigen Aufklärung nicht definiert hat und weil nicht erkennbar ist, ob der Patient bei seinen schriftsätzlichen Ausführungen zum Entscheidungskonflikt von der Hypothese einer dem entsprechenden, vollständigen Aufklärung ausgegangen ist (BGH, a. a. O., Rn. 11)

Hieraus folgt somit für Arzthaftungsprozesse für den vom Arzt zu beweisenden Einwand der hypothetischen Einwilligung, dass die Gerichte nicht ohne Weiteres davon ausgehen dürfen, dass sich ein Patient bei entsprechender ordnungsgemäßer Aufklärung für einen Eingriff entschieden hätte, sondern der Patient wird regelmäßig persönlich angehört werden müssen. Insofern ist von Seiten der Ärzteschaft stets auf eine ordnungsgemäße Aufklärung, insbesondere auch über echte Behandlungsalternativen, zu achten. Denn die Beweisbarkeit der hypothetischen Einwilligung im Prozess birgt für den Arzt immer ein unkalkulierbares Risiko. ○

Frage & Antwort



Schallschutz für Sprech- und Untersuchungszimmer



Antwort von Dr. jur. Jörg Heberer:

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

FRAGE:

Ein Chefarzt fragt an, ob es Vorschriften zum Schallschutz für Sprech- und Untersuchungszimmer gibt, wenn Krankenhausabteilungen neu gebaut oder umgebaut werden.

ANTWORT:

Tatsächlich gibt es diesbezüglich diverse Vorschriften.

Nach Kenntnis des Verfassers gilt bei Neu- oder Umbaumaßnahmen zum einen die DIN 4109-1 „Schallschutz im Hochbau“, die in Kapitel 6.2, Tabelle 5 Anforderungen an die Schalldämmung in Krankenhäusern aufstellt. Hierbei gelten erhöhte Schallschutzanforderungen. Die vorgenannte DIN 4109-1 gibt meines Wissens nach beispielsweise für Türen zwischen Untersuchungs- bzw. Sprechzimmern sowie zwischen Fluren und Untersuchungs- bzw. Sprechzimmern eine Mindestanforderung an den Schalldämmwert von 37 dB im eingebauten Zustand vor. Dies gilt auch für Türen zwischen Räumen, die einem erhöhten Ruhebedürfnis oder einer erhöhten Vertraulichkeit unterliegen.

Ebenso sind hier Mindestwerte für Wände vorgegeben, die zwischen Untersuchungs- und Sprechzimmern sowie zwischen Fluren und Untersuchungs- und Sprechzimmern ein Schalldämmmaß von 47 dB ergeben müssen. Für Wände zwischen Räumen mit

Anforderungen an ein erhöhtes Ruhebedürfnis und besondere Vertraulichkeit gilt sogar ein Schalldämmmaß von mindestens 52 dB.

Nach Auffassung des Verfassers ist bei Sprech- und Untersuchungszimmern durchaus von einer besonderen Vertraulichkeit auszugehen, da ein Verstoß gegen die ärztliche Schweigepflicht sowohl berufs- als auch strafrechtliche Konsequenzen nach sich ziehen könnte. Für eine Strafbarkeit reicht es dabei schon aus, dass der Arzt es billigend in Kauf nimmt, dass eine geheime Tatsache gegenüber Dritten unbefugt offenbart wird.

Diese Werte wären somit im Rahmen der neu bzw. umzubauenden Sprechstundenräume und Untersuchungszimmer aus Sicht des Verfassers durch den Krankenhausträger zu berücksichtigen.

Des Weiteren ist bezüglich des vorhandenen Lärms die Arbeitsstättenverordnung maßgebend. Diese gibt bezüglich des Lärms im Anhang unter Ziffer 3.7 vor, den Schalldruckpegel in den Arbeitsstätten so niedrig zu halten, wie es nach der Art des Betriebes möglich ist. Darüber hinaus ist der Schalldruckpegel in den Arbeitsräumen in Abhängigkeit von der Nutzung und den dort zu verrichtenden Tätigkeiten so weit zu minimieren, dass keine gesundheitlichen Beeinträchtigungen der Beschäftigten entstehen. Die Anwendung

Heberer J: F+A: Schallschutz für Sprech- und Untersuchungszimmer. 2022 November; 12(11): Artikel 04_07.



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

wurde auf den Bereich unterhalb des in der Lärm- und Vibrations-Arbeitsschutzverordnung (LärmVibrationsArbSchV) festgelegten unteren Auslösewertes von 80 dB(A) begrenzt. Die Höhe der zulässigen Geräuschbelastung und ggf. erforderliche Schutzmaßnahmen müssen sich am Stand der Technik und den arbeitswissenschaftlichen Erkenntnissen orientieren. Nach der LärmVibrations-ArbSchV sind Arbeitsräume so zu gestalten, dass die Schallausbreitungsbedingungen dem Stand der Technik entsprechen. Die Technische Regel zur Lärm- und Vibrations-Arbeitsschutzverordnung (TRLV Lärm) aus August 2017 definiert in Teil 3 (Maßnahmen zur Lärmreduzierung) den Stand der Technik

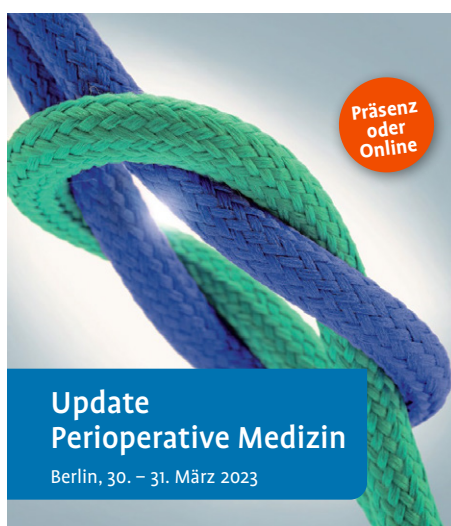
bei Reflexionsschall und Schallpegelabnahme (bei Entfernung von der Schallquelle). Außerdem gilt der Stand der Technik als eingehalten, wenn der mittlere Schallabsorptionsgrad α in den Oktavbändern mit den Mittenfrequenzen von 500 Hz bis 4000 Hz mindestens 0,3 beträgt. Als Hilfe kann dabei die Richtlinie VDI 2058 Blatt 3:2013-04 Blatt 3 dienen, die die unterschiedlichen Auswirkungen von Lärm beschreibt und in Abhängigkeit von der Tätigkeit Richtwerte von 55 dB(A) für ärztliche Tätigkeiten vorgibt.

Empfehlungen zur akustischen Gestaltung hinsichtlich der Sprachverständigung in Räumen werden ferner in der DIN 18041:2016-03

„Hörsamkeit in kleinen bis mittelgroßen Räumen“ gegeben. Die DIN 18041:2016-03 gibt für unterschiedliche Raumnutzungen (z. B. Besprechungsräume etc.) Nachhallzeiten an. Sie sind frequenzabhängig. Eine maximale Nachhallzeit bei Räumen z. B. von 200 Kubikmetern von 0,6 Sekunden wird in DIN EN ISO 9241-6:2001-03 gefordert.

Insofern müssen je nach Raumgröße, Raumnutzung und Gebäudeteilen (z. aB. Innentür zu einem Lager oder Tür zwischen zwei Sprechzimmern) die unterschiedlichen DIN-Vorgaben beim Neu- oder Umbau von Sprech- und Untersuchungszimmern durch den Krankenhausträger berücksichtigt werden. ○

BDC|AKADEMIE



UPDATE PERIOPERATIVE MEDIZIN

Im Zentrum der chirurgischen Behandlung steht die technisch präzise ausgeführte Operation. Perioperative Medizin bindet diese in ein interdisziplinäres Behandlungskonzept ein - vor, während und nach dem chirurgischen Eingriff. Dieses Seminar vermittelt alle relevanten Aspekte rund um das Thema durch kompetente Referent:innen von unterschiedlichen Fachgebieten.

Update Perioperative Medizin	Berlin	Prof. Dr. med. Johann Pratschke; Prof. Dr. med. Claudia Spies, Dr. med. Christian Lojewski; Dr. med. Björn Weiß	30.03. bis 31.03.2023
------------------------------	--------	--	-----------------------

Informationen und Anmeldung über BDC|Online (www.bdc.de, BDC|Akademie)

BDC-PRAXISTEST

Warum sind meine Geschwister im OP-Saal immer dabei?

VORWORT

Geschwister im OP

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

soziale Interaktionen bezeichnen vereinfacht Vorgänge gegenseitiger Beeinflussung, in deren Folge sich Verhaltensweisen und Einstellungen manifestieren oder ändern. Man muss nicht Habermas, Luhmann oder Weber studieren, um zu erkennen, dass die natürlichen Grundlagen dafür Kommunikation und Austausch stellen, denn soziale Interaktionen bestimmen unseren gesamten Alltag.



Dr. phil. Astrid Schreyögg
 Professionelles Coaching in Praxis und
 Ausbildung
 Salzachstr. 67
 14129 Berlin
astrid.schreyoegg@googlemail.com

Zwischenmenschliches Zusammenspiel wird dabei umso anspruchsvoller, je mehr Mitglieder einer sozialen Gruppe daran teilnehmen. Das interprofessionelle Team eines OPS stellt eine solche Gruppe, dessen Kooperationsfähigkeit schon allein durch divergierende Zielsetzungen und Vorbildungen sehr ambitioniert ist.

Das Handeln in einer solchen Gruppe erfolgt über ein fortlaufendes aufeinander eingestelltes und dadurch orientiertes „Sich-Verhalten“. Die soziale Interaktion basiert dabei neben der individuell abweichenden selektiven Wahrnehmung auch stark auf dem individuellen Sozialisationsprozess.

Die Sozialisation startet schon in frühester Kindheit – und jetzt kommen die Geschwister ins Gespräch. Geschwisterrollen beeinflussen nachhaltig unsere späteren Haltungen, Rezeptionen und Verhaltensweisen im Privaten wie im Beruf. Unsere Geschwister sind also immer dabei – auch im Operationssaal. Und je mehr wir davon verstehen, umso erfolgreicher können wir agieren.

Erhellende Lektüre wünschen deshalb

Prof. Dr. med.
 C. J. Krones

und

Prof. Dr. med.
 D. Vallböhmer



EIN GEDANKENEXPERIMENT

Zur Beurteilung und Modulation sozialer Interaktionen werden Arbeitskollektive in vielen verschiedenen Bereichen immer wieder mit Gruppen anderer Herkunft verglichen. Ein bekannter Klassiker in der Medizin ist z. B. die Korrelation einer Arztgruppe mit einer Sportmannschaft. Ein OP-Team ist eine solche Gruppe, deren komplexe soziale Interaktion den Arbeitserfolg stark beeinflussen kann.

Neben anderem kann man OP-Teams versuchsweise auch mit einer Geschwisterrunde vergleichen: Der Operateur fungiert z. B. als großer Bruder. Er gibt den Takt vor. Erst wenn er den OP-Saal betritt und sich korrekt eingekleidet hat, kann die OP starten. Die Anästhesistin als seine nächst ältere Schwester mault zwar manchmal über seine Vorrangstellung, kooperiert dann aber doch meist problemlos, zumal ihre Expertise im weiteren Verlauf des Geschehens immer wichtiger, ja unverzichtbar wird. Dann sind da die anderen Geschwister, etwa als

OP-Assistentin, die wie eine mittlere Schwester dem OP-Boss möglichst geschmeidig und unkompliziert zuarbeiten muss. Sie hält laufend engen Kontakt zum Operateur und dirigiert nach seiner Maßgabe die jüngeren Geschwister, die als instrumentierende OP-Kraft oder als OP-Pflegekraft in dem Geschwisterensemble nahtlos „funktionieren“ müssen. In besonderen Krisensituation hat sie auch flugs eine Springerin oder einen Springer zu organisieren. Manchmal empfinden die jüngeren Geschwister ihren Status als die „Kleinen“ als unbefriedigend. Nach einer gelungenen OP wird ihnen aber doch wieder klar: Ohne sie kann gar nichts laufen. Solche OP-Ensembles gelingen, wie Sie, liebe Leserin, lieber Leser, sicher selbst oft erlebt haben, viele tausendmal mehr oder weniger reibungslos. Ich möchte aber behaupten, dass jede OP umso besser gelingt, je spezifischer die beteiligten Personen aus ihrer Herkunftsfamilie auf die gesamte Kooperationssituation im OP-Saal vorbereitet sind. Und diese These möchte ich anhand eines Konzepts aus einer psychoanalytischen Sozialisationstheorie belegen.

Schreyögg A: BDC-Praxistest: Warum sind meine Geschwister im OP-Saal immer dabei? *Passion Chirurgie*. 2022 November; 12(11): Artikel 05_01.



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

DAS KONZEPT

Schon in den 1960er-Jahren beforschte Walter Toman in den USA, wie sich Geschwisterbeziehungen im späteren Leben günstig oder ungünstig auf berufliche Kooperationen auswirken. Geschwisterbeziehungen systematisierte er dabei nach (1) der Rangreihe und nach (2) dem Geschlecht. Da sich von „Geschwistern“ erst ab zwei Kindern in einer Familie sprechen lässt, entstehen nach den Regeln der Kombinatorik mindestens

A. vier weibliche:

- s(s) die ältere Schwester einer jüngeren Schwester
- (s)s die jüngere Schwester einer älteren Schwester
- s(b) die ältere Schwester eines jüngeren Bruders
- (b)s die jüngere Schwester eines älteren Bruders und

B. vier männliche Typen:

- b(b) der ältere Bruder eines jüngeren Bruders
- (b)b der jüngere Bruder eines älteren Bruders
- b(s) der ältere Bruder einer jüngeren Schwester
- (s)b der jüngere Bruder einer älteren Schwester.

Das System wird hier gleich in der von Toman (2020, 91 ff) vorgeschlagenen Schreibweise präsentiert. Die Person, von der gerade gesprochen wird, steht außerhalb der Klammer und ihre Geschwister innerhalb der Klammer. Demnach ist z. B. der älteste Bruder von zwei Schwestern und einem noch jüngeren Bruder so darzustellen: b(ssb).

Toman konnte zeigen, dass Menschen durch ihre Geschwisterposition von früh an eine Identität als Älteste, Jüngste, Mittlere, Einzelkind oder Zwilling herausbilden. Durch die tagtäglichen Interaktionen in der Familie üben sie bestimmte Handlungsmuster ein, die sie auch später zu realisieren suchen. Ohne hier auf Besonderheiten einzugehen, – dafür sei auf den Originaltext verwiesen – lassen sich für berufliche Kontexte, zwei basale Hypothesen formulieren:

- (1) Ältere Geschwister neigen auch später zur Dominanz, Jüngere dagegen haben eher gelernt sich unterzuordnen. So sind Älteste auch später eher bereit und in der Lage, Führungspositionen zu übernehmen als Jüngere.

- (2) Geschwister, die nur unter Geschlechts-genossinnen oder -genossen aufgewachsen sind, neigen dazu, auch später Personen desselben Geschlechts zu präferieren. Das heißt z. B. der ältere Bruder von Schwestern wird mit der Führung von Frauen später leichter zurechtkommen als der ältere Bruder von Brüdern. Dieser wird in Männermilieus allerdings wahrscheinlich erfolgreicher führen als der Bruder von Schwestern.

Neben den Grundtypen gibt es selbstverständlich auch mittlere Geschwister, Einzelkinder und Zwillinge. Über *mittlere Geschwister* lässt sich sagen, dass sie je nach dem Altersabstand zu den anderen Geschwistern oft eher Grundkonstellationen zuzuordnen sind. So wird sich etwa die mittlere Schwester von einem älteren Bruder und einer jüngeren Schwester (b) s (s) eher als jüngere Schwester eines Bruders ausprägen, wenn der Altersabstand zum älteren Bruder nur zwei Jahre, der Abstand zur jüngeren Schwester dagegen zehn Jahre ist. Sie war bis zur Geburt der Schwester immerhin zehn Jahre ihres Lebens jüngere Schwester eines Bruders. Schwieriger stellen sich gleichgeschlechtliche Konstellationen mit einem nur geringen Abstand dar wie etwa die folgende: (s)s(s). Wenn diese mittlere Schwester von zwei Schwestern zur älteren und zur jüngeren jeweils nur einen Abstand von zwei Jahren hat, wird sie in ihrer Kindheit möglicherweise Mühe haben, ihre Identität zwischen der Ältesten und der Jüngsten zu präzisieren. Vielleicht ist sie dann später immer wieder in Sorge, übergangen zu werden. Im besseren Fall ist sie besonders gut in der Lage, sich in soziale Systeme zu integrieren. Gerade bei Prognosen für mittlere Geschwister ist es wichtig, die familiäre Gesamtkonstellation zu betrachten.

Bei *Einzelkindern* geht Toman davon aus, dass sie meistens von klein auf gewöhnt sind, im Mittelpunkt zu stehen und wichtig zu sein. Außerdem neigen sie dazu, die Geschwisterkonstellation des gleichgeschlechtlichen Elternteils zu übernehmen. So würde ein weibliches Einzelkind E mit einer Mutter, die die älteste Schwester einer Schwester war s(s), auch eher wie eine ältere Schwester von Schwestern in Erscheinung treten. Wenn

allerdings auch die Mutter schon Einzelkind war, würde Toman annehmen, dass bei dieser Frau Merkmale des Einzelkindes besonders stark ausgeprägt sind.

Bei *Zwillingen* ist zu unterscheiden, ob es sich um ein- oder zweieiige handelt. Eineiige Zwillinge sind nicht nur zur gleichen Zeit geboren, sie haben jeweils auch den gleichen Entwicklungsstand. Deshalb sind sie meistens extrem stark aufeinander bezogen und haben es auch in späteren Jahren schwer, sich voneinander abzulösen. Bei zweieiigen Zwillingen sind die Beziehungen nicht so dicht, besonders, wenn es sich um einen Jungen und ein Mädchen handelt. Diese Kinder neigen in der Regel dazu, sich mit dem gleichgeschlechtlichen Elternteil zu identifizieren und damit auch Persönlichkeitsmerkmale von dessen Geschwisterkonstellation zu übernehmen.

DIE BEZIEHUNGSFORMEN

Menschliche Beziehungen differenziert Toman in „Komplementär“- und „Identifikationsbeziehungen“.

(1) KOMPLEMENTÄRBEZIEHUNGEN

Toman (2020, 78 ff) zeigt, dass neu angebahnte Beziehungen umso erfolgreicher und dauerhafter bestehen, je ähnlicher sie früheren und frühesten Sozialerfahrungen der Betroffenen sind. Das bedeutet vor allem für Paarbeziehungen, dass sie umso haltbarer sind, je mehr die jeweiligen Partner ihre frühere Geschwisterkonstellation in der neuen Beziehung wiederfinden. So erweisen sich Partnerbeziehungen eines älteren Bruders von einer jüngeren Schwester b(s) mit einer jüngeren Schwester eines älteren Bruders (b)s als ausgesprochen haltbar,

- weil jeder der beiden sich schon in der Familie an das Zusammenleben mit einer Person des anderen Geschlechts gewöhnen konnte. Sie haben also nach Toman (2020, 87 ff) keinen „Geschlechtskonflikt“.
- Außerdem übt der ältere Bruder auch später wie selbstverständlich Dominanz aus, was für die jüngere Schwester als Juniorin durchaus akzeptabel ist. So haben sie also auch keinen „Rangkonflikt.“

Die prognostisch ungünstigste Partnerbeziehung wäre demgegenüber eine, wo sich die älteste Schwester einer Schwester s (s) mit dem älteren Bruder eines Bruders b (b) liiert. Beide sind durch ihre Kindheit nicht gewöhnt, mit Personen des anderen Geschlechts in einem Familienverband zu leben. Sie können sich also nicht spontan in den anderen hineinversetzen. Sie haben nach *Toman* einen „Geschlechtskonflikt“. Außerdem ist jeder von beiden von früh an gewöhnt zu dominieren, weshalb sie um die Dominanz in der Beziehung rangeln werden, nach *Toman* also auch einen „Rangkonflikt“ haben. Es sei allerdings angemerkt, dass Paare, die dauerhaft in solchen Konstellationen leben, oft eine Vielzahl gemeinsamer Interessen entwickelt haben, die sie jenseits ihrer Geschwisterkonstellations zusammenhält.

All das gilt im Prinzip auch für berufliche Beziehungen. So wird sich der jüngere Bruder einer älteren Schwester (s) b wahrscheinlich eher von einer älteren Schwester eines Bruders s (b) führen lassen, als von der älteren Schwester einer Schwester s (s). Die ältere Schwester des Bruders s(b) hat nämlich aller Voraussicht nach mehr Verständnis für die spezifischen Extravaganzen eines männlichen Juniors als die ältere Schwester einer Schwester s(s). Letztere ist eher gewöhnt „kleine Prinzessinnen zu hüten als kleine Prinzen.“

(2) IDENTIFIKATIONSBEZIEHUNGEN

Den anderen Beziehungstyp nennt *Toman* „Identifikationsbeziehungen“. Hier geht es nicht um Ergänzung sondern um Ähnlichkeit. Dabei handelt es sich um narzisstische Wahlen: Jeder liebt im anderen sich selbst. Diesen Typ finden wir bevorzugt bei gleichgeschlechtlichen Personen. So lässt sich beobachten, dass ältere Brüder von Brüdern b(b) als Vertrauensperson häufig auch wieder ältere Brüder von Brüdern b(b) aufsuchen. Oder jüngere Schwestern von Schwestern (s) s präferieren als Freundinnen vielfach auch wieder jüngere Schwestern von Schwestern (s)s. *Toman* zeigt außerdem, dass sich die Beziehungen zwischen Vater/Sohn sowie Mutter/Tochter ebenfalls nach dem Ausmaß der Identifikation positiv versus negativ gestalten. So wird ein Vater, der als jüngerer

Bruder einer Schwester (s)b aufgewachsen ist, einen Sohn, der ebenfalls als jüngerer Bruder einer Schwester (s)b aufwächst, leichter akzeptieren, als ein Vater, der ein älterer Bruder von mehreren Brüdern ist b(bb). Sein Sohn wird ihm möglicherweise dauerhaft als „verzärtelter Bubi“ fremd bleiben.

In Arbeitsbeziehungen begegnen uns ebenfalls Identifikationsbeziehungen. So können Kooperationen zwischen zwei älteren Brüdern von Brüdern (b(b) + b(b) in Pionier- also Aufbaustadien von Organisationen außerordentlich fruchtbar sein. Jeder findet im anderen die an sich selbst realisierte Dominanz und bejaht sie auch im anderen. Ähnliches lässt sich immer wieder bei älteren Schwestern von Schwestern beobachten s (b) + s (b). In der etwas „kernigen“ Dominanz respektiert sich jede der beiden in der anderen. In manchen Konstellationen bilden sie aber genau sie eine Quelle von Konflikten.

KONFLIKTE IM OP-SAAL UND IHRE BEWÄLTIGUNG DURCH COACHING

Manche Konflikte, die sich im OP ergeben, lassen sich auf Komplikationen aus Geschwisterbeziehungen zurückführen (Schreyögg 2015). Konflikte zwischen Operateur und Anästhesist konstellieren sich gar nicht selten als Rivalitätskonflikte. Das geschieht, wenn beide in ihren Familien Senioren waren, und nun jeder die Vorrangstellung im Beruf für sich reklamiert, obwohl sie aktuell doch unterschiedlichen Funktionsbereichen angehören. Es ist auch möglich, dass die OP-Assistenz oder eine OP-Pflegekraft Dominanz reklamieren. Dann wäre ein Team-Coaching sinnvoll, bei dem jeder Mitarbeiter die Möglichkeit erhält, seinen spezifischen fachlichen Beitrag den übrigen Kooperationspartnern darzustellen, damit er/sie ausreichend gewürdigt wird. Dabei wäre es sinnvoll, dass Vorgesetzte die Dominanzansprüche des Mitarbeiters zur Kenntnis nehmen und dann fachspezifisch kanalisieren. Dazu muss man die Stärken des Mitarbeiters tiefer erkunden, und ihm in speziellen Bereichen ein Spezialistentum als „Dominanzbühne“ zugestehen. Problematisch können aber auch ursprünglich komplementäre Beziehungen werden. So geschieht es nicht selten, dass ein älterer Vorgesetzter,

der als jüngerer Bruder in einer längeren Geschwisterreihe (sbsb)b aufgewachsen ist, einen neuen Mitarbeiter anheuert, der älterer Bruder in seiner Geschwisterreihe b(sbs) war. Zunächst versteht er sich mit diesem im Sinne von Komplementarität vielleicht ganz wunderbar. Wenn sich die Komplementarität vertieft, erlebt der Vorgesetzte jedoch mit zunehmendem Unbehagen, in der Interaktion mit dem Mitarbeiter sukzessive in eine Juniorenrolle zu rutschen. Diese kollidiert aber heftig mit seiner formalen Position und seinem Selbstverständnis. Hier ist es Aufgabe des Coachings, die gefühlsmäßige Konstellation aufzudecken, sodann alternative Muster einzuüben. Dabei wäre es sinnvoll, anhand imaginierter Interaktionssequenzen mit dem Mitarbeiter neue Sprach- und Handlungsmuster zu erproben, so dass der Vorgesetzte langsam wieder formal adäquatere Beziehungsformen einsteuert.

ZUSAMMENFASSUNG

Die handelnden Personen im komplexen Setting eines Operationssaals funktionieren in einem andauernden gesellschaftlichen Zusammenspiel. Aus unterschiedlichen Gründen kann diese anspruchsvolle soziale Interaktion Auseinandersetzungen produzieren, die ein erfolgreiches und erfüllendes Arbeiten belasten. Oftmals liegen Ursachen und Auslöser der Konflikte völlig fachfremd in persönlichen Erfahrungen, Einstellungen und Erwartungen. In diesen Fällen ist es lohnenswert, das Selbstverständnis und die Lebenseinstellung der Akteure zu erforschen. Geschwisterbeziehungen prägen stark die berufliche Mentalität. Denn Bruder und Schwester sind immer dabei.

LITERATUR

- [1] Schreyögg, A. (2015): Life-Coaching: Dynamiken der Herkunftsfamilie. In: Die Professionalisierung von Coaching (373-389). Springer.
- [2] Toman, W. (2020): Familienkonstellationen. Ihr Einfluss auf den Menschen. C.H. Beck. 

BDC|Pressemitteilungen

WELTHERZTAG: KLEINE TAKTGEBER FÜR DAS HERZ – SCHRITTMACHER, DEFIBRILLATOR UND CRT-SYSTEME SIND LEBENSRETTENDE HERZ-RHYTHMUS-IMPLANTATE

Berlin, den 27.09.2022 – „Die Entwicklung verschiedener Herz-Rhythmus-Implantate ist eine medizinische Erfolgsgeschichte, die bereits zahllosen Menschen Lebensqualität zurückgegeben und in vielen Fällen sogar das Leben gerettet hat. Für die moderne Medizin sind diese Systeme unentbehrlich. Am 29. September ist Weltherztag. Schwerpunkt in diesem Jahr sind Herzrhythmusstörungen.“

Herzschrittmacher haben die Herzmedizin revolutioniert: 1958 implantierte der schwedische Herzchirurg Åke Senning am Karolinska Hospital der Universität Solna in Stockholm den ersten Herzschrittmacher (HSM) zur Behandlung eines jungen Patienten, der aufgrund einer zu langsamen Herzschlagfolge mehrmals täglich ohnmächtig wurde. Die Implantation markierte einen Wendepunkt in der Behandlung von Patienten, die an Herzrhythmusstörungen leiden. Auf diese Weise wurde erstmals ein künstliches, technisches Gerät zur dauerhaften Behandlung von Herzrhythmusstörungen einem Menschen eingesetzt. Zuvor waren die Patienten, die unter einem krankhaft zu langsamem oder immer wieder aussetzendem Herzschlag litten, auf externe, batteriebetriebene oder gar mit dem Stromnetz verbundene Geräte angewiesen. Dies führte zur Immobilisation und zwang zum dauerhaften Aufenthalt im Krankenhaus. Zudem konnten Stromausfälle oder ein Funktionsverlust den Patienten sogar das Leben kosten. Letztlich war ein unabhängiges, frei bestimmtes Leben nicht mehr möglich.

Heute sind die Aggregate der Herzschrittmachersysteme etwa so groß wie eine

Armbanduhr, wiegen etwa 25 Gramm und kosten, in Abhängigkeit von der benötigten Funktion und systembezogenen Eigenschaften, 500 bis 5.000 Euro. Die Einführung der Mikroelektronik in den 1980er Jahren führte zur deutlichen Reduktion der Gehäusegrößen und Lithium-Batterien verlängerten die Haltbarkeit der Herzschrittmacher entscheidend. „Die Implantation eines Herzschrittmachersystems ist ein Routineeingriff, der in einer 30 bis 60-minütigen Operation und fast immer in lokaler Betäubung erfolgt“, erklärt Privat-Dozent Dr. Wolfgang Harringer, Leiter des Fachreferates Herzchirurgie des Berufsverbandes der Deutschen Chirurgie (BDC). „In Deutschland werden etwa 75.000 Herzschrittmacher jährlich neu implantiert.“ Ein Schrittmachersystem besteht aus einem Impulsgeber (Aggregat), und mindestens einer Elektrode (Sonde), die den Impuls des Aggregats an das Herz weiterleitet oder herzeigene Signale - sofern vorhanden - dem Aggregat zurückmeldet. Dadurch wird die Koordination zwischen dem Herzschrittmachersystem und dem Herzen des Patienten ermöglicht, das heißt, der Herzschrittmacher arbeitet nur, wenn der Herzschlag des Patienten zu langsam ist. In Abhängigkeit von der Beanspruchung des Herzschrittmachers muss im Durchschnitt alle neun Jahre das Aggregat in einem erneuten Eingriff ausgetauscht werden.

Gefährlich sind insbesondere auch schnelle Herzrhythmusstörungen aus der Herzkammer, aus denen Kammerflimmern entstehen kann, welches wiederum zum sogenannten Plötzlichen Herztod führt. Ein implantierter Defibrillator (ICD: „Implantierbarer Cardioverter Defibrillator“) durchbricht dann mittels Elektroschocks das Kammerflimmern, um den drohenden plötzlichen Herztod zu verhindern. „Der Defibrillator erkennt über ein Elektrogramm einen schnellen und lebensbedrohlichen Herzrhythmus und gibt

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**.

umgehend einen Stromimpuls ab, der den Herzrhythmus normalisiert“, erklärt Herzchirurg Burger. Einen plötzlichen Herztod erleiden in Deutschland schätzungsweise 65.000 Menschen pro Jahr. Aktuell werden alleine in Deutschland jährlich über 21.000 ICD-Systeme implantiert. Das hat viele Menschen in den letzten Dekaden zuverlässig vor dem plötzlichen Herztod bewahrt.

Bei der schweren Herzschwäche (Herzinsuffizienz) werden Systeme zur kardialen Resynchronisationstherapie, kurz CRT-Systeme, eingesetzt. „Da bei einer ausgeprägten Herzinsuffizienz die beiden Herzkammern

nicht mehr aufeinander abgestimmt arbeiten, schlägt das Herz unregelmäßig und kann erheblich weniger Blut in den Kreislauf pumpen. Ziel der CRT-Systeme ist es deshalb, die Kontraktion der Herzkammern wieder aufeinander anzupassen, also zu resynchronisieren“, erklärt Dr. Heiko Burger, Vorsitzender der Arbeitsgemeinschaft Herzrhythmusstörungen der Deutschen Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie (DGTHG). Im Jahr 2020 wurden nach Angaben des jüngst publizierten Deutschen Herzberichtes insgesamt 12.632 CRT-Systeme bundesweit neu implantiert.

Laut Deutschem Herzbericht 2021 wurden in Deutschland im Rahmen der stationären Versorgung von Patienten insgesamt 138.119 Operationen (2020) mit kardialen Rhythmusimplantaten durchgeführt.

Heutzutage haben sich die beschriebenen kardial implantierbaren elektronischen Geräte als solide und weltweit etablierte Methoden der ersten Wahl zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen etabliert, so der Konsens der Herzchirurgen Dr. Harringer und Dr. Burger. 

**PRESSEMITTEILUNG DES
BDC ZUM SCHREIBEN AN DIE
„REGIERUNGSKOMMISSION FÜR EINE
MODERNE UND BEDARFSGERECHTE
KRANKENHAUSVERSORGUNG“:
MASSVOLLE ERWEITERUNG DES
AOP-KATALOGES**

Berlin, den 29. September 2022 – Der Berufsverband der Deutschen Chirurgen e.V. (BDC) und die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie e.V. (DGCH) befürworten in einem Schreiben vom 23.9.2022 an die „Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung“ eine Ambulantisierung mit Augenmaß.

Grundsätzlich begrüßen BDC und DGCH die Vorschläge aus dem IGES-Gutachten zur Erweiterung des Katalogs von potenziell ambulant durchzuführenden Operationen und stationärsersetzenden Eingriffen. Die Umsetzung sollte allerdings schrittweise

erfolgen und sich zunächst auf häufig anfallende Eingriffe und Prozeduren beschränken.

Um eine qualifizierte Nachsorge und die Patientensicherheit zu gewährleisten, ist der Begriff der ambulanten Leistungserbringung an die internationalen Gepflogenheiten anzupassen. Das schließt die Möglichkeit einer erweiterten Nachbeobachtung ein, zum Beispiel unter Einbeziehung von Praxiskliniken (Day Surgery) und einer kurzstationären Behandlung.

Die erforderlichen Strukturen für die neuen Versorgungsmöglichkeiten müssen in vielen Krankenhäusern und Praxen allerdings noch geschaffen werden. „Dabei dürfen wir vertragsärztliche und krankenhausgestützte Strukturen nicht unterschiedlich behandeln“, betont BDC-Präsident Prof. Dr. Dr. h.c. Hans-Joachim Meyer. „So befürworten wir auch ausdrücklich das Prinzip einer Hybrid-DRG unter gleichen Bedingungen für alle

Beteiligten, ähnlich wie es bereits in einer BDC-Modellregion in Thüringen erprobt wird.“

Ein zentraler Punkt bei allen Reformplänen ist auch die Gewährleistung der zukünftigen chirurgischen Weiterbildung. „Zahlreiche zu verlagernde, bisher stationär erbrachte Operationen und Prozeduren sind typische Weiterbildungseingriffe. Die jetzige Regelung im Vertrag zum Ambulanten Operieren nach § 115 b SGB V fordert hingegen für ambulante Eingriffe eindeutig den Facharzt-Status, so dass Ärzte in Weiterbildung davon ausgeschlossen wären“, warnt Prof. Dr. Thomas Schmitz-Rixen, Generalsekretär der DGCH.

BDC und DGCH stehen der Regierungskommission für einen konstruktiven fachlichen Austausch zur Erweiterung des AOP-Kataloges gerne zur Verfügung.

Das Schreiben finden Sie hier: www.bdc.de/schreibenkrankenhausreform/ 

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 ARMANI₁* Registrierungsnummer: NCT04678583, DRKS00023792				
Prof. Dr. med. Jürgen Weitz, MSc.	Exper. Gruppe anatomische Resektion der Lebermetastase(n).	FPI: 12.03.2021	DKTK Joint Funding	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
Prof. Dr. med. Nuh Rahbari	Kontrollgruppe nicht-anatomische Resektion der Lebermetastase(n).	18 von 240 Patienten	1530 € / Patient	

MULTIZENTRISCH RANDOMISIERT KONTROLLIERTE STUDIEN				
STUDIENLEITER	PATIENTEN/OP.-VERFAHREN	FIRST PATIENT IN/ STATUS DER STUDIE	FINANZIERUNG DER STUDIE/FALLGELD	ANSPRECHPARTNER/ KONTAKT
Studientitel: BariSurg₂* Registriernummer: DRKS00004766				
Prof. Dr. B.P. Müller	Patienten mit einem BMI von 35–40 kg/m ² und mit mindestens einer assoziierten Begleiterkrankung sowie Patienten mit einem BMI von 40–60 kg/m ² Experimentelle Gruppe: Magenschlauch-OP Kontrollgruppe: Magenbypass-OP	FPI: 27.11.2013 178 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-2₃* 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 85 von 294 Patienten	DFG 1.250 € / Patient	Dr. med. Rosa Klotz Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Transplantation- schirurgie Universitätsklinikum Heidelberg Im Neuenheimer Feld 420 T: 06221/56-6980 F: 06221/56-33850 E: rosa.klotz@med.uni-heidelberg.de
Studientitel: HULC₄* 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 417 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: PONIY₅* 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 317 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: WOPP₆* 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: Lungenkeilresektion mit parietaler Pleurektomie Kontrollgruppe: Alleinige parietale Pleurektomie	FPI: 19.11.2013 360 von 360 Patienten Rekrutierung beendet	DFG 525 €/Patient	Prof. Dr. T. Walles, FETCS Abteilung Thoraxchirurgie Klinik für Herz- und Thoraxchirurgie Universitätsklinikum Magdeburg A. ö. R T: 0391/67-21905 E: Thorsten.Walles@med.ovgu.de Studienbüro: Esther Meyer T: 0391/67-24903 E: Esther.meyer@med.ovgu.de Stellvertretender Studienleiter: Prof. Dr. J. Neudecker Charité – Universitätsmedizin Berlin Campus Charité Mitte Campus Virchow-Klinikum Chirurgische Klinik Chirurgisches Regionalzentrum Berlin des CHIR-Net T: 030/450-622125 E: Jens.Neudecker@charite.de

[1] Anatomical Resection of liver MetAstases in patients with RAS-mutated colorectal cancer

[2] Sleeve gastrectomy versus Roux-en-Y gastric bypass in obese patients with BMI 35–60 kg/m² – a multicenter randomized trial

[3] Distal Pancreatectomy – A randomised controlled trial to compare minimal-invasive distal pancreatectomy to open resection (DISPACT-2 Trial)

[4] Hernia reduction following laparotomy using small stitch abdominal wall closure with and without mesh augmentation – HULC

[5] Postoperative negative pressure incision therapy following open colorectal surgery: a randomized-controlled trial

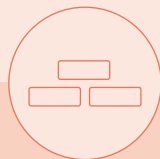
[6] Pulmonary wedge resection plus parietal pleurectomy (WRPP) versus parietal pleurectomy (PP) for the treatment of recurrent primary pneumothorax

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

Stand: Juni 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 Eingangsfloor angebracht, würdigen wir die Spender. Sie werden auch in der Mitgliederzeitschrift *PASSION CHIRURGIE* bekannt gegeben.

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

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



Prof. Dr. med. A. Seekamp

Präsident

Prof. Dr. med. Th. Schmitz-Rixen

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
Herr Dr. med. Rudolf Jakob Peter Blandfort, Friedrichsthal
Herr Dr. med. Rudolf Jakob Peter Blantfort, Friedrichsthal
Herr Prof. Dr. med. Reinhard Friedrich Gustav Hoffmann, Frankfurt/
Main

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. Rüeff, München

Herr Prof. Dr. med. Karl-Joseph Paquet, Bad Kissingen

Herr Prof. Dr. med. Dr. h.c. Volker Schumpelick, Aachen

Herr Prof. Dr. med. Yoshiki Hiki, Tokio/Japan

Herr Prof. Dr. med. Hans-Bernd Reith, Konstanz

Herr Dr. med. Goswin von Mallinckrodt, München

Herr Prof. Dr. med. Lothar Kinzl, Ulm

Frau Ingrid und Herr Dr. med. Robert Raus, Riedlingen

Frau Dr. med. Ursula Engel, Hamburg

Enddarm-Zentrum Bietigheim,
Herr Dr. med. Wolfgang Pfeiffer,
Herr Dr. med. Markus Piro-Noack,
Herr Dr. med. Edgar Kraft

Herr Prof. Dr. med. Thomas Rüedi, Maienfeld/Schweiz
in memoriam Prof. Dr. med. Martin Allgöwer, Chur/Schweiz

Herr Prof. Dr. med. Gert Specht, Berlin

Herr Prof. Dr. med. Henning Weidemann, Berlin

Herr Prof. Dr. med. Otto Scheibe, Stuttgart
in memoriam Prof. Dr. med. Helmut Remé, Lübeck

Herr Prof. Dr. med. Stephan Langer, Mönchengladbach

Herr Dr. med. José Luis Narro, Köln

Herr Prof. Dr. med. Wolfgang Ulf Wayand, Linz

Herr Prof. Dr. med. Werner Grill, Starnberg

Herr Prof. Dr. med. Fritz Kümmerle, Mainz

Herr Prof. Dr. med. Dr. h.c. mult. Friedrich Stelzner, Bonn

Herr Prof. Dr. med. Günther Vetter, Bad Vilbel
in memoriam Prof. Dr. med. Hans-Bernhard Sprung, Dresden

Frau Dr. med. Eva Böhlau, Bad Soden

1991–2011 DGT in memoriam
Prof. Dr. med. Ingolf Vogt-Moykopf zum 80. Geburtstag

Herr Prof. Dr. med. Gerhard Krönung, Wiesbaden
in memoriam Prof. Dr. med. Johannes Christian Dobroschke,
Regensburg

Herr Prof. Dr. med. Alois Fürst

Herr Dr. med. Arthur Heiligensetzer

Herr Dr. med. Peter Sauer

Herr Dr. med. Bernfried Pikal

Herr Dr. med. Johannes Winfried Pruy
in memoriam Prof. Dr. med. Johannes Christian Dobroschke,
Regensburg

Herr Prof. Dr. med. Christian Müller, Hamburg

Herr Dr. med. Friedrich Klee, Heidelberg

Herr Prof. Dr. med. Karl Dinstl, Wien
in memoriam Prof. Dr. med. K. Keminger

Herr Prof. Dr. med. Axel Richter, Hildesheim

Herr Prof. Dr. med. Ernst Teubner, Göppingen

Herr Prof. Dr. med. Martin Büsing, Recklinghausen

Herr Dr. med. Helge Hölzer, Stuttgart
in memoriam Prof. Dr. med. Gerhard Köveker, Sindelfingen und
Böblingen

Herr Dr. med. Friedemann Schreiter, Hamburg

Herr Prof. Dr. med. Dr. h.c. Hans-Joachim Meyer, Hannover

Herr Prof. Dr. med. Konrad Schwemmle, Linden

Herr Dr. med. Frank U. Zittel, Frankenthal
in memoriam Prof. Dr. med. Richard Xaver Zittel

Herr Prof. Dr. med. Wulf Brands, Karlsruhe
in memoriam Dr. med. Hartmut Wirth, Mannheim

Herr Prof. Dr. med. habil. Dieter Bokelmann, Essen
in memoriam Dr. med. Ottmar Kohler, Idar-Oberstein

Herr Prof. Dr. med. Hermann Bünthe, Münster

Frau Dr. Eva Appel, Frankfurt/Main
in memoriam Prof. Dr. med. Alexander Appel

Herr Prof. Dr. med. Gerhard Schönbach, Freiburg

Frau Prof. Dr. med. Dorothea Liebermann-Meffert, Freiburg
in memoriam Prof. Dr. med. Martin Allgöwer, Basel

Herr Dr. med. Andreas Dörmer, Frankfurt/Main

Herr PD Dr. med. habil. Klaus H. Fey, Berlin
in memoriam Prof. Dr. med. Fritz Linder, Heidelberg,
Prof. William P. Longmire Jr., Los Angeles

Herr Prof. Dr. med. Dr. h.c. Wolfgang Köle, Graz
in memoriam Prof. Dr. med. Adolf Winkelbauer und
Prof. Dr. med. Franz Spath

Herr Prof. Dr. med. Dr. h.c. Helmut Wolff, Berlin
Deutsche Gesellschaft für Kinderchirurgie e.V.
in memoriam Prof. Dr. med. Fritz Rehbein

Herr Prof. Dr. med. E. Ulrich Voss, Karlsruhe
in memoriam Herr Prof. Dr. med. Jörg F. Vollmar

Herr Dr. med. Christoph Bubb, Landshut

Herr Dr. med. Bernhard Arlt, Herne

Herr Prof. Dr. Axel Laczkovics, Bochum
in memoriam Prof. Waldemar Kozuschek, Bochum

Herr Prof. Dr. med. Hans Ulrich Steinau, Bochum
in memoriam Prof. Dr. med. Hans Hellmuth Hirsch

Herr Prof. Dr. med. Otto-Andreas Festge, Greifswald, Herr Dr. med.
Reinhold Festge, Oelde, Frau Dr. med. Brigitte Festge, Greifswald
in memoriam Dr. med. Otto Festge

Herr Prof. Dr. med. Martin Büsing, Recklinghausen
 Herr Prof. Dr. med. Horst Hamelmann, Kiel
 Herr Prof. Dr. med. Paul Hahnloser, Zürich
 in memoriam Prof. Dr. med. Åke Senning
 Herr Dr. med. Christoph Schüürmann, Bad Homburg
 Dres. med. Hermann und Beate Sons, Kassel
 in memoriam Dr. med. Paula Rotter-Pool, Berlin
 Herr 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
 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

BAUSTEIN IN BRONZE

Herr Dr. med. Holger Barenthin, Celle
 Herr Prof. Dr. med. Gernot Feifel, Homburg
 Herr Prof. Dr. med. Alfred Lamesch, Gotzingen/Luxemburg
 Herr Prof. Dr. med. Dr. h.c. Jakob R. Izbicki, Hamburg
 Herr Prof. Dr. med. Hans Zwipp, Dresden
 Herr Dr. med. Dusan Dragojevic, Isernhagen
 Herr Prof. Dr. med. G. Heinz Engelhardt, Wuppertal
 Proktologische Praxis Kiel,
 Herr Dr. med. Johannes Jongen,
 Herr Dr. med. Hans-Günter Peleikis,
 Herr Dr. med. Volker Kahlke
 Herr Dr. med. Wolfgang Hermes, Bremen
 Herr Dr. med. Wolf-Dieter Hirsch, Grimma
 Herr Dr. med. Holger Herzing, 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. Gerd Meißner, Bernburg
 Herr Dr. med. Roland Kluge, Dresden
 in memoriam Dr. med. habil. Werner Kluge, Dresden

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. Detlev Büttner, Gehrden
 in memoriam Prof. Dr. med. Adalbert Büttner, Goslar
 Herr Prof. Dr. med. Christian Schwokowski, Leipzig

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
 Herr Wolfgang Johannes,
 Firma Medtronic, in Würdigung seiner Verdienste in mehr als
 30 Jahren um die chirurgische Ausbildung
 Herr Prof. Dr. med. Gerd Meißner, Bernburg
 Herr Prof. Dr. med. Dr. h.c. Hans-Dietrich Röher, Düsseldorf
 in memoriam G. Horeysek, C. D. Stahlknecht, R. A. Wahl

DGCH-PRÄSIDIUM

ab 01. Oktober 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. Th. Schmitz-Rixen (i.S.d.P.),
info@dgch.de
Dipl.-Kffr. Canan Kilci,
referentin@dgch.de

VORSTAND

Präsident	A. Seekamp, Kiel
1. Vizepräsident	H. Lang, Mainz
2. Vizepräsident	C. Bruns, Köln
3. Vizepräsidentin	U. Rolle, Frankfurt/Main
Schatzmeister	J. Werner, München
Generalsekretär	T. Schmitz-Rixen, Frankfurt/Main

VERTRETER DER FACHGESELLSCHAFTEN

Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie	J. Werner, München
Deutsche Gesellschaft für Chirurgie/Vertreter Allgemeine Chirurgie	K. Ridwelski, Magdeburg
Deutsche Gesellschaft für Gefäßchirurgie und Gefäßmedizin	M. Steinbauer, Regensburg
Deutsche Gesellschaft für Kinderchirurgie	B. Ludwikowski, Hannover
Deutsche Gesellschaft für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie	J. Hoffmann, Heidelberg
Deutsche Gesellschaft für Neurochirurgie	V. Rohde, Göttingen
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 Chirurgie e.V.	H.-J. Meyer, Hannover
Perspektivforum Junge Chirurgie	J. Kröplin, Rostock B. Blank, Kulmbach

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	B. Blank, Kulmbach
Niedergelassener Arzt für Chirurgie	P. Kalbe, Rinteln
Chirurg aus dem deutschsprachigen Ausland	K. Emmanuel, Salzburg/Österreich
Vertreter der Sektion Chirurgische Forschung	C. Bruns, Köln

FRÜHERE PRÄSIDENTEN

M. Anthuber, Augsburg	2019
T. Schmitz-Rixen, Frankfurt/M.	2020
M. Ehrenfeld, München	2021

SPRECHER DER SENATOREN

J. Jähne, Hannover
T. Pohlemann, Homburg

SENAT

H.-J. Peiper, Göttingen	1987
W. Hartel, Ulm	1991
G. Hierholzer, Duisburg	1995
H. Bauer, Altötting	1997
D. Rühland, Singen	1999
A. Encke, Frankfurt	2000
K. Schönleben, Ludwigshafen	2001
J.R. Siewert, München	2002
N.P. Haas, Berlin	2003
B. Ulrich, Düsseldorf	2004
M. Rothmund, Marburg	2005
H.D. Saeger, Dresden	2006
H.U. Steinau, Bochum	2007
K. Junghanns, Ludwigsburg	
R. Arbogast, Pforzheim	2008
R. Gradinger, München	2010
A. Haverich, Hannover	2011
M. Büchler, Heidelberg	2012
K.-W. Jauch, München	2013
J. Jähne, Hannover	2014
P. Vogt, Hannover	2015
G. Schackert, Dresden	2016
T. Pohlemann, Homburg	2017
J. Fuchs, Tübingen	2018

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-LANDESVERBAND BERLIN



UNTERZEICHNET FORDERUNGEN AN BERLINER GESUNDHEITSPOLITIK

Der Landesverband Berlin des BDC hat im September ein von der Kampagne „Bunte Kittel“ gemeinsam mit dem Marburger Bund Landesverband Berlin/Brandenburg erstelltes Forderungspapier unterzeichnet.

„Mit einer Stimme“ richtet sich das Papier an die Berliner Gesundheitspolitik und fordert eine Fokussierung auf Patienten, Personal und den Klimaschutz, konkret:

1. Auf eine gute Patientenversorgung ohne Profitdruck
2. Auf bessere Arbeitsbedingungen fürs medizinische/pflegerische Personal
3. Auf ein klimaneutrales Gesundheitssystem bis 2030

Das Papier wurde Mitte Oktober an die Berliner Gesundheitspolitik versendet.

Zum Forderungspapier der Kampagne „Bunte Kittel“

MICHAEL AUFMKOLK UND HOLGER BRINKMANN



ALS CHIRURGISCHE VERTRETER IN WESTFALEN-LIPPE GEWÄHLT

Prof. Dr. Michael Aufmkolk aus Ahaus, unter anderem Facharzt für Chirurgie und Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie, und Dr. Holger Brinkmann aus Soest, Facharzt für Chirurgie, Unfallchirurgie und Orthopädie, sind die neuen chirurgischen Repräsentanten in der Vertreterversammlung der KV Westfalen Lippe. Beide sind BDC-Mitglied.

Ihre Stellvertreter sind Dr. Kai Neumeuer, Paderborn, und Dr. Christoph Tacke, Hagen.

Die Wahl der neuen Vertreterversammlung für die XVI. Amtsperiode (2023 bis 2028) durch die ärztlichen und psychotherapeutischen Mitglieder der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe fand vom 20.09. bis zum 30.09.2022 statt.

Zu den Wahlergebnissen der KV Westfalen-Lippe

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 Landesverbände

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. Sven Gregor

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

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

Regionalvertreter NL
Dr. med. Sven Gregor

BDC | Hessen

Vorsitzender
Frank Forst

1. Stellvtr. Vorsitzender
Jan Henninger

2. Stellv. Vorsitzender
Dr. med. Alexander Buia

Regionalvertreter NL
Dr. med. Detlev Grapentin

Stellv. Regionalvertreter NL
Dr. med. Jörg-Werner Schrödter

BDC | Rheinland-Pfalz

Vorsitzender
Dr. med. Jörg Fischböck

Stellv. Vorsitzender
Dr. med. Thomas Chatterjee

Regionalvertreter Rheinland
Dr. med. Andreas Herzog
Dr. med. Christopher Thomas

Regionalvertreter Pfalz
Dr. med. Oliver Dörr
Dr. med. Ulrich Glatzel

BDC | Saarland

Vorsitzender *
Dr. med. Peter Bongers

Stellv. Vorsitzender
Prof. Dr. med. Tim Pohlemann

Regionalvertreter NL
Dr. med. Daniel Bastian

* Das Amt übernimmt vorübergehend
(und ohne Wahl) Prof. Pohlemann.
Die Wahl folgt im Jahr 2022.

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-Vorpommern

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
Dr. med. Mario Liese

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
Dr. med. Matthias Krüger

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

2. Stellv. Vorsitzender
Prof. Dr. med. Martin Stockmann

Regionalvertreter NL
Dr. med. Dirk Arbter

BDC | Thüringen

Vorsitzender
Dr. med. Arndt Voigtsberger

Stellv. Vorsitzender/Vorsitzende
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

Stellv. Regionalvertreter NL
Dr. med. Raymond Young

Stellv. Regionalvertreterin NL
Dr. med. Annina Donner

Stellv. Regionalvertreter NL
Dr. med. Florian Barth

BDC | Bayern

Vorsitzender
Prof. Dr. med. Matthias Anthuber

Stellv. Vorsitzende
Dr. med. Hubert Mayer
Dr. Kerstin Schick

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
24.11.2022	26.11.2022	Leipzig	2022-21521	Notfallmanagement im Bereitschaftsdienst	Prof. Dr. med. Ehrhardt Weiß	100,00 €	200,00 €
28.11.2022	02.12.2022	Berlin	2022-21664	Common Trunk	Dr. med. Christian Müller; Prof. Dr. med. Stephan Gretschel	400,00 €	600,00 €
25.04.2023	26.04.2023	Berlin	2023-21522	Basic Surgery – Learn & Chat	Prof. Dr. med. Wolfgang Schröder; Dr. med. Lena Rivera Cerezo	200,00 €	300,00 €
28.04.2023	29.04.2023	Potsdam	2023-21512	Workshop: Intensivmedizin & Reanimation	Prof. Dr. med. habil. Frank Marusch; PD Dr. med. Dirk Pappert; Dr. med. Susanne Kanter	300,00 €	500,00 €

FACHARZTVORBEREITUNG							
DATUM		ORT	KURS-NR.	SEMINARTITEL	WISSENSCHAFTLICHE/R LEITER/IN	PREIS MITGLIED	PREIS NICHT-MGL
27.02.2023	03.03.2023	Berlin	2023-23691	Facharztseminar Gefäßchirurgie	Prof. Dr. med. univ. Andreas Greiner	350,00 €	550,00 €
13.03.2023	17.03.2023	Berlin	2023-22570	Facharztseminar Allgemein- und Viszeralchirurgie	Prof. Dr. med. Thomas Steinmüller	350,00 €	550,00 €
23.03.2023	25.03.2023	online	2023-23920	Facharztseminar Plastische Chirurgie	Prof. Dr. med. Heinz-Herbert Homann; Prof. Dr. med. Ulrich Kneser	250,00 €	450,00 €
29.03.2023	01.04.2023	Leipzig und online	2023-23822	Facharztseminar Orthopädie/ Unfallchirurgie	Prof. Dr. med. Christian Kleber; PD Dr. med. Georg Osterhoff	350,00 €	550,00 €

FACHBEZOGENE SEMINARE, WORKSHOPS UND HOSPITATIONEN							
DATUM		ORT	KURS-NR.	SEMINARTITEL	WISSENSCHAFTLICHE/R LEITER/IN	PREIS MITGLIED	PREIS NICHT-MGL
24.11.2022	25.11.2022	Bremen	2022-23612	Osteosyntheseverfahren an der oberen Extremität	Prof. Dr. Michael Paul Hahn	400,00 €	600,00 €
25.11.2022	26.11.2022	Dresden	2022-23631	Kindertraumatologie für D-Ärzte/-Ärztinnen	Prof. Dr. med. Guido Fitze	300,00 €	500,00 €
01.12.2022	02.12.2022	Berlin	2022-22407	CAMIC 4: Laparoskopische kolorektale Chirurgie	Dr. med. Panagiotis Fikatas	400,00 €	600,00 €
26.01.2023	27.01.2023	Berlin	2023-22400	CAMIC 1	Dr. med. Panagiotis Fikatas	400,00 €	600,00 €
01.03.2023	02.03.2023	Augsburg	2023-23610	Spezielle Unfallchirurgie Teil 2	Prof. Dr. med. Edgar Mayr	300,00 €	500,00 €
01.03.2023	03.03.2023	Gent	2023-24635	Modul 5 - Hands-On-Training Robotic Experts HPB & RAMIE	Prof. Dr. med. Hans Fuchs; Prof. Dr. Dr. Thomas Schmidt, Dr. med. Mathieu D'Hondt		
16.03.2023	17.03.2023	Berlin	2023-22402	CAMIC 2	Dr. med. Panagiotis Fikatas	400,00 €	600,00 €
23.03.2023	24.03.2023	Köln	2023-23677	Viszeralchirurgie Kompakt: Onkologische Chirurgie des oberen Gastrointestinaltraktes	Prof. Dr. med. Wolfgang Schröder; Prof. Dr. med. Christiane Bruns	300,00 €	500,00 €

FACHÜBERGREIFENDE SEMINARE

DATUM		ORT	KURS-NR.	SEMINARTITEL	WISSENSCHAFTLICHE/R LEITER/IN	PREIS MITGLIED	PREIS NICHT-MGL
10.02.2023	11.02.2023	Nürnberg	2023-24712	Abschlusscolloquium hygienebeauftragte Ärzte (Bundeskongress Chirurgie)	Prof. Dr. med. Axel Kramer		
30.03.2023	31.03.2023	Berlin und online	2023-24620	Update Perioperative Medizin	Dr. med. Christian Lojewski; Prof. Dr. med. Johann Pratschke; Prof. Dr. med. Claudia Spies; Dr. med. Björn Weiß	350,00 €	450,00 €

SOFTSKILL- & MANAGEMENTSEMINARE

DATUM		ORT	KURS-NR.	SEMINARTITEL	WISSENSCHAFTLICHE/R LEITER/IN	PREIS MITGLIED	PREIS NICHT-MGL
25.11.2022	26.11.2022	Berlin	2022-26536	Refresherkurs: Chirurginnen auf dem Weg nach oben	Dr. med. Gunda Leschber; Sabine Schicke	450,00 €	650,00 €
27.01.2023	28.01.2023	Berlin	2023-26531	Führungsseminare: Modul 1 – Führungsstrategien für Ärztinnen	Dr. med. Gunda Leschber; Sabine Schicke	450,00 €	650,00 €
10.03.2023	11.03.2023	Berlin	2023-26532	Führungsseminare: Modul 2 – Durchsetzungsstrategien im Klinikalltag	Dr. med. Gunda Leschber; Sabine Schicke	450,00 €	650,00 €
14.04.2023	15.04.2023	online	2023-23533	Chirurginnen auf dem Weg nach oben: Modul 3 – Erfolgsstrategien in eigener Sache	Dr. med. Gunda Leschber; Sabine Schicke	450,00 €	650,00 €
28.04.2023		München		Workshop DRG-System: Dokumentation, Kodierung und Abrechnung (DCK oder Webinar)	Prof. Dr. med. Thomas Auhuber		
28.04.2023		München	2023-27836	Vorbereitung auf die Niederlassung (DCK)	Dr. med. Jörg-A. Rüggeberg, Dr. med. Peter Kalbe		

EXTERNE VERANSTALTUNGEN

DATUM		ORT	SEMINARTITEL	WISSENSCHAFTLICHE/R LEITER/IN	PREIS MG	PREIS NICHT-MG
28.10.2022	28.10.2022	Berlin	Zertifikatskurs Fraktursonografie im Wachstumsalter	durchblicken.org	250,00 €	250,00 €
11.11.2022	11.11.2022	Mannheim	Zertifikatskurs Fraktursonografie im Wachstumsalter	durchblicken.org	250,00 €	250,00 €
25.11.2022	25.11.2022	München	Zertifikatskurs Fraktursonografie im Wachstumsalter	durchblicken.org	250,00 €	250,00 €
09.12.2022	09.12.2022	online	Online-Kurs Fraktursonografie im Wachstumsalter	durchblicken.org	250,00 €	250,00 €
20.01.2023	21.01.2023	Freiburg im Breisgau	Freiburger Knorpeltage 2023	Intercongress GmbH		

BDC|Akademie

Information und Anmeldung:

Tel: 030/28004-120, Fax: 030/28004-108 oder per E-Mail: akademie@bdc.de

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

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

SPONSOREN DER BDC | AKADEMIE

Der Berufsverband der Deutschen Chirurgie 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 Chirurginnen 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.



AESCULAP
AKADEMIE®

B | BRAUN
SHARING EXPERTISE

ETHICON
PART OF THE Johnson & Johnson FAMILY OF COMPANIES

Medtronic
Engineering the extraordinary

STORZ
KARL STORZ – ENDOSKOPE

 **corzamedical**

LIFESTYLE- ANGEBOTE

im November 2022

%

10 %



VITRA: 10 %
RABATT FÜR BDC-MITGLIEDER

25 %



GIESSWEIN: 25 %
RABATT FÜR BDC-MITGLIEDER

55 %



SENNHEISER: BIS ZU 55 %
RABATT FÜR BDC-MITGLIEDER

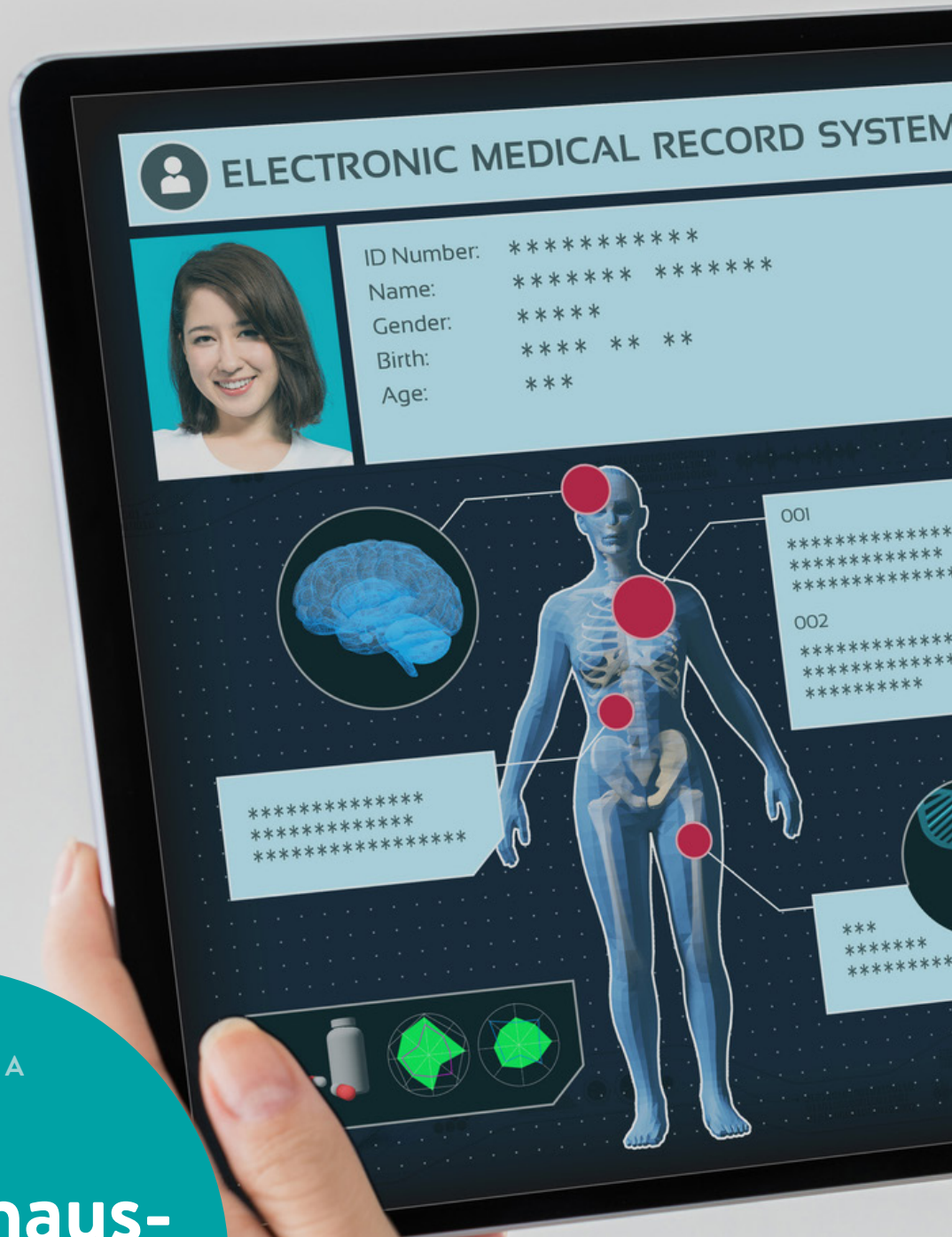
15 %



P&T: 15 %
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

Krankenhaus- zukunfts- gesetz



Zwei gelebte Projekte stellen sich vor



PATIENTEN-SELF-CHECK-IN



Interview mit dem Universitätsklinikum Bonn

Presseagentur Gesundheit: Worum geht es bei dem Projekt?

Universitätsklinikum Bonn: Ein Ziel der Förderungen im Rahmen des Krankenhauszukunftsgesetz (KHZG) ist die verstärkte Einbindung des Patienten in den Behandlungsprozess. Schon zu Beginn soll die Aufnahme des Patienten insbesondere im ambulanten Umfeld deutlich verbessert werden. Wir etablieren daher einen Self-Check-In für die Patienten. Ähnlich wie beim Flughafen-Check-In werden in zentralen Klinikbereichen Patientenkioske aufgestellt, an denen die Patienten die administrative Aufnahme selbst durchführen können: Nach Einlesen der Versichertenkarte, elektronischer Unterschrift unter die Aufnahmedokumente und Einscannen von mitgebrachten Befunden werden die Patienten auf ihren aktuellen Termin hingewiesen und

in den Wartebereich der entsprechenden Ambulanz geleitet. Von dort können sie dann direkt über ein ins Krankenhausinformationssystem (KIS) integriertes Aufrufsystem in den Behandlungsraum gerufen werden. Auch der Ruf per SMS ist möglich, sodass die Patienten nicht an den Warteraum gebunden sind.

PG Worin besteht die größte Herausforderung?

UB Für einen reibungslosen Self-Check-In müssen die Aufnahmeprozesse im Vorfeld überarbeitet und genau definiert werden, damit sie in der Logik des KIS abgebildet werden können. Außerdem müssen die baulichen Voraussetzungen für das Aufstellen der Patienten-Kioske in den Bestandsbauten geschaffen werden.

PG Was erhoffen Sie sich von dem Projekt?

UB Der automatisierte Self-Check-In verkürzt die Wartezeiten der Patienten und erhöht die Primärdatenqualität, da durch die Hinterlegung der Prozesse in der

» ZUR PAG



Lisa Braun
Geschäftsführung

**Presseagentur Gesundheit
GmbH**
Albrechtstr. 11
10117 Berlin

**Erstveröffentlichung im
OPG-Newsletter 21/2022,
mit freundlicher Geneh-
migung von Presseagentur
Gesundheit (pag).**

lisa.braun@pa-gesundheit.de

Programmlogik Nutzerfehler bei der Aufnahme vermieden werden.

PG Inwiefern profitieren die Patientinnen und Patienten konkret?

UB Wartezeiten für die Patientenaufnahme entfallen weitgehend.

PG Was haben die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter davon?

UB Die Mitarbeiter in der Patientenaufnahme werden von Routine-Aufnahmefällen in der Ambulanz entlastet.

PG Wie sieht Ihr Zeitplan aus?

UB Im zweiten Halbjahr 2022 sollen die Prozesse abgestimmt und die Beschaffung der Patienten-Kioske vorbereitet werden. Der Roll-out im Pilotbereich ist für die Quartale zwei/drei 2023 geplant.

PG Wie viele Abteilungen und/oder Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind in die Umsetzung involviert?

UB Neben der IT sind die Patientenaufnahme und das Prozessmanagement involviert.

PG Wie lief die Antragsstellung ab?

UB Die Anträge wurden im Frühjahr 2021 erstellt und eingereicht, ein Bescheid für die Fördertatbestand 2 liegt bisher nicht vor (Stand 1. Juli, Anmerkung der Redaktion).

PG Auf einer Skala von 1 bis 10: Wie schätzen Sie den digitalen Rückstand an deutschen Krankenhäusern ein (1 = niedriger Rückstand, 10 = sehr hoher Rückstand)?

UB 4



Presseagentur Gesundheit (pag):
Krankenhauszukunftsgesetz – Zwei gelebte
Projekte stellen sich vor. Passion Chirurgie.
2022 November; 12(11): Artikel 09_01.



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



AGAPLESION

PATIENTENPORTAL MIT PATIENT-JOURNEY



Interview mit Agaplesion

PG: Worum geht es bei dem Projekt?

Agaplesion: Das Projekt Patientenportal ist aus vielerlei Hinsicht ein spannendes Projekt: Es vereint aktuelle Anforderungen der Kunden und der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und kann auf künftige Angebote eine Auswirkung haben. Zudem ist es ein hochkomplexes Thema mit unzähligen Schnittstellen zu anderen Prozessen und Projekten. Im Grunde geht es um ein digitales Aufnahmemanagement, die digitale Begleitung der Patienten und Patientinnen vor, während und nach dem Krankenhausaufenthalt sowie eine digitale Pflegeüberleitung bzw. Entlassung. Diese Thematik haben wir bei Agaplesion schon seit ein paar Jahren auf dem Schirm. Mit dem KHZG erhalten unsere Bemühungen natürlich noch einmal einen neuen Schub und es stehen nun Fördermittel als Anschubfinanzierung zur Verfügung.

Im Mittelpunkt des Projektes stehen unsere Kundinnen und Kunden mit ihrer Patient-Journey. Es geht darum, sie bestmöglich zu informieren, zu begleiten und die Prozesse dafür zu optimieren. Die Menschen sind es bereits aus allen Branchen gewohnt, online Leistungen zu buchen, Termine zu vereinbaren oder Informationen transparent zu erhalten. Warum sollte dies nicht auch im Gesundheitswesen möglich sein?

PG: Worin besteht die größte Herausforderung?

A®: An dem Prozess der Terminvergabe und Aufnahme sind viele Berufsgruppen beteiligt. Die noch analogen und hybriden Prozesse werden nun in digitale Leistungen und Prozesse überführt. Vor allem die neuen Anforderungen in Bezug auf die Teilhabe der Patientinnen und Patienten müssen wir bei der Festlegung der neuen Soll-Prozesse berücksichtigen. Zudem gibt es aufgrund des KHZG mittlerweile unzählige Anbieter für Gesamtlösungen oder auch nur Teilbereiche wie Anamnese, Aufklärung oder Terminvergabe. Wir

müssen uns einen Überblick verschaffen und konkrete Anforderungen beschreiben. Die Kundinnen und Kunden möchten eine leicht bedienbare Nutzoberfläche und möglichst nur ein System oder eine App, in der sie alles finden. Auf Seiten der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter gilt das auch: Gute Integration in vorhandene Systeme und damit hohe Datenverfügbarkeit sowie Usability spielen eine entscheidende Rolle.

PG Was erhoffen Sie sich von dem Projekt?

A® Wichtigstes Ziel ist es, den Prozess der Aufnahme, Behandlung und Entlassung für unsere Patientinnen und Patienten noch besser, transparenter und effizienter zu gestalten. Darüber erhoffen wir uns auch Effekte für die internen Abläufe, zum Beispiel Vermeidung von Wartezeiten im Aufnahme- oder Untersuchungsbereich, Verweildaueroptimierungen oder eine IT-gestützte Kommunikation im Behandlungsprozess.

PG Inwiefern profitieren die Patientinnen und Patienten konkret?

A® Sie können sich beispielsweise viel besser auf einen Krankenhausaufenthalt und insbesondere einen Eingriff vorbereiten, da ihnen alle Informationen schon vorab online zur Verfügung stehen. Sie können sich die Verträge und Aufklärungsmaterialien in Ruhe ansehen, Fragen notieren oder uns vorab Informationen zukommen lassen. In der Klinik liegen dann bestenfalls schon alle oder die meisten Daten vor, sodass der Aufnahmeprozess in der Klinik schlank gestaltet werden

kann. Wir glauben, dass die Patientinnen und Patienten auch während des Aufenthalts besser informiert sein werden. Sie wissen, welche Termine in welchen Abteilungen geplant sind und wann sie Besuche empfangen können. Sie sind echte Beteiligte in ihrem Behandlungsprozess, was ihrem Bedürfnis nach Teilhabe und Selbstbestimmung entgegenkommen sollte.

PG Was haben die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter davon?

A® Auch für sie kann sich dadurch der Aufnahme- und Behandlungsprozess entspannen. Sie können direkt auf die verfügbaren Daten zugreifen, Doppelarbeiten und -fragen werden vermieden, Patientinnen und Patienten sind besser informiert und bringen sich gezielter ein. Das stärkt die Beziehung zwischen ihnen und den Professionellen. Am Ende bleibt hoffentlich etwas mehr Zeit für die eigentliche Pflege und Behandlung.

PG Wie sieht Ihr Zeitplan aus?

A® Wir wollen noch in diesem Jahr die Ausschreibung für das Portal abgeschlossen haben. Parallel arbeiten wir in Teilprojektgruppen bereits an den Soll-Prozessen, um damit die Einführung der Softwarelösung besser begleiten und umsetzen zu können. Die breite Einbindung der relevanten Berufsgruppen ist hier ebenso wichtig wie die enge Abstimmung mit der Konzern-Mitarbeitervertretung. Ab 2023 werden wir dann stufenweise mit dem Roll-out beginnen.

PG Wie viele Abteilungen und/oder Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen sind in die Umsetzung involviert?

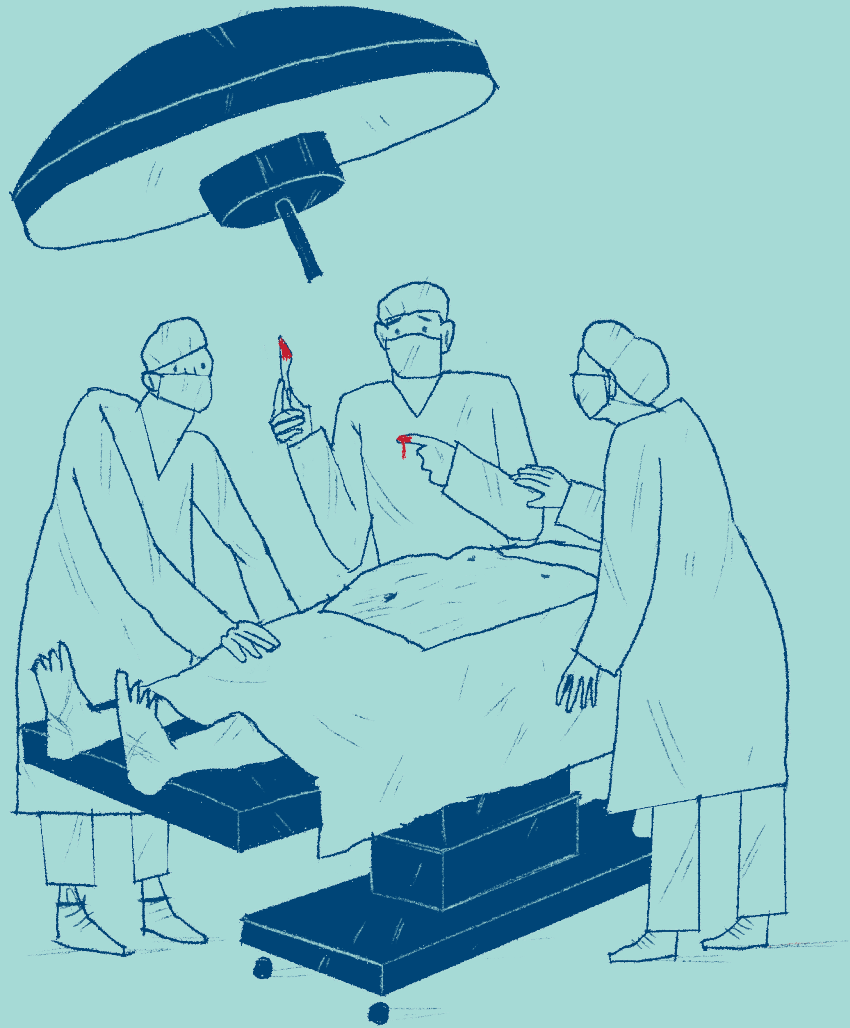
A® Eine genaue Zahl können wir hier nicht nennen. Allerdings sind an dem Prozess sehr viele Berufsgruppen und Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter beteiligt. Von der Pflegekraft über Ärztinnen und Ärzte, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Aufnahme und Ambulanz, der Sozialdienst und viele mehr.

PG Wie lief die Antragsstellung ab?

A® Die Phase der Antragsstellung hatte ihre Tücken. Aber das Themenfeld des Förderatbestands 2 ist sehr gut beschrieben und mit Kriterien hinterlegt. Eine Herausforderung stellt dann eher die Ausschreibung dar. Hier gilt es, ins Detail zu gehen und die konkreten Anforderungen zu beschreiben.

PG Auf einer Skala von 1 bis 10: Wie schätzen Sie den digitalen Rückstand an deutschen Krankenhäusern ein (1 = niedriger Rückstand, 10 = sehr hoher Rückstand)

A® Aus unserer Sicht ist keine seriöse Einschätzung möglich. Es gibt keinen Ausgangspunkt. Zudem ist die Frage, mit wem vergleicht man sich? Mit anderen Branchen oder dem Gesundheitswesen in anderen Ländern? Im internationalen Vergleich werden vermutlich die skandinavischen oder baltischen Länder besser abschneiden als deutsche Kliniken. ○



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

TachoSil

SEALANT
MATRIX

**Keine Magie — sondern
effektiv und verträglich!**

TachoSil® zur Hämostase & Versiegelung



TachoSil® in der Uro

 **corzamedical**

TachoSil Versiegelungsmatrix

Quantitative und qualitative Zusammensetzung: TachoSil enthält pro cm² Fibrinogen vom Menschen 5,5 mg, Thrombin vom Menschen 2,0 I.E., Sonstige Bestandteile: Kollagen vom Pferd, Albumin vom Menschen, Riboflavin (E 101), Natriumchlorid, Natriumcitrat (E 331), L-Arginin-Hydrochlorid. **Pharmakotherapeutische Gruppe:** Lokales Hämostatikum, ATC-Code: B02BC30. **Anwendungsgebiete:** Bei Erwachsenen zur unterstützenden Behandlung in der Chirurgie zur Verbesserung der Hämostase, zur Unterstützung der Gewebersiegelung und zur Nahtsicherung in der Gefäßchirurgie, wenn Standardtechniken insuffizient sind, sowie zur unterstützenden Versiegelung der Dura mater, um postoperative Liquorleckagen nach neurochirurgischen Eingriffen zu vermeiden. **Gegenanzeigen:** Intravaskuläre Anwendung, Überempfindlichkeit gegen die Wirkstoffe oder einen der sonstigen Bestandteile. **Nebenwirkungen (Häufigkeit nicht bekannt):** Anaphylaktischer Schock, Überempfindlichkeit, Thrombose, Darmverschluss (in der Bauchchirurgie), Adhäsionen. **Weitere Warnhinweise:** Nach Öffnen der äußeren Folie sofort verwenden. Nicht resterilisieren. Chargendokumentationspflichtig. Inhaber der Zulassung: Corza Medical GmbH, Speditionsstraße 21, 40221 Düsseldorf, Deutschland. Stand der Information: 09/2021. **DE: Verschreibungspflichtig. AT: Rezept- und apothekenpflichtig, wiederholte Abgabe verboten.**

Weitere Informationen entnehmen Sie bitte der Fachinformation von TachoSil Versiegelungsmatrix.