

PASSION

CHIRURGIE



PANORAMA

**KOPFARBEIT – EIN
GEHIRNCHIRURG ÜBER DEN
SCHMALEN GRAT ZWISCHEN
LEBEN UND TOD**

im Fokus

**CME-ARTIKEL:
RÜCKENSCHMERZEN
INTERVENTIONELLE
SCHMERZTHERAPIE**

05 | 2023

MITGLIEDERZEITSCHRIFT:
DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR CHIRURGIE
BERUFSVERBAND DER DEUTSCHEN CHIRURGIE



A photograph of surgeons in an operating room, wearing blue scrubs, masks, and hairnets. One surgeon in the foreground is using a surgical instrument. A large red triangle with a dashed white border points upwards from the bottom center of the image.

EINSCHNITT

chirurgIn-werden.de

Wage den Schnitt!

Nicht zu ertragen

Jörg-A. Rüggeberg



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

Der Volksmund sagt: „Ich habe Rückenschmerzen, weil ich etwas nicht mehr ertragen kann.“

Wenn es danach ginge, müssten alle, die sich mit der aktuellen Gesundheitspolitik befassen, am Stock gehen. Die Diskussion um die großspurig als Revolution angepriesene Krankenhausreform befasst sich nur am Rande mit tatsächlichen Strukturverbesserungen, sondern kreist mehr um das Thema Macht. Hier der Bundesminister, dort die Länderchefs. Letztere sind da durchaus im Vorteil, weil Krankenhausplanung nun mal eindeutig in die Hoheit der Länder fällt. Da hat sich der Herr Minister verhoben und klagt nun über den Hexenschuss. Aber anstatt die Sache wieder einzurenken, wird der Schmerz weggelächelt und die Niederlage als Erfolg verkauft. Aktuell scheint sich das Konzept aus NRW durchzusetzen, das, wen wundert's, vor allem von den CDU-regierten Ländern favorisiert wird. Was auch immer am Ende beschlossen wird, es wird zu einem Konzentrationsprozess sowohl regional als auch inhaltlich an den Kliniken kommen. Standortschließungen und Eingrenzungen des Behandlungsspektrums sind wohl unausweichlich. Da wünscht man den Betroffenen eine stabile Konstitution, um den zu erwartenden Druck auszuhalten.

Ebenso unerträglich, wenn auch erwartbar, ist die Diskussion um die sogenannte Ambulantisierung. Diesmal sind es die Partner der Selbstverwaltung KBV, DKG und GKV-SV, die um Macht, Einfluss und nicht zuletzt Geldtöpfe ringen. Da führt manch ein Griff zu akuten Blockierungen, die auch der beste Chiroprapeut nicht ohne weiteres lösen kann. Sie finden in dieser Ausgabe einen ausführlichen Artikel zum aktuellen Stand der Dinge, wohl wissend, dass der vermutlich zum Zeitpunkt der Veröffentlichung schon wieder veraltet sein dürfte. Wir geben selbstverständlich unsere Positionen

dem Bundesministerium zur Kenntnis, das jetzt die Ersatzvornahme vorbereitet. Was aber am Ende dabei herauskommt, ist reine Spekulation und wird vermutlich unsere Ertragsfähigkeit weiter strapazieren.

Aber wir müssen uns auch an die eigene Nase fassen. Selbstgemachte Leiden sind meist hartnäckiger zu behandeln als Schuldzuweisungen an Dritte. In diesem Heft schreibt eine Kollegin über ihre Erfahrungen während der Weiterbildungszeit. Die Klage der Kollegin sollte jedem Einzelnen zu denken geben. Konflikte benötigen immer mindestens zwei Parteien, unabhängig von einer Schuldfrage.

Nun sind wir Ärzte und sorgen dafür, dass Rückenschmerzen adäquat behandelt werden. Sie finden dazu in dieser Ausgabe einen CME-Artikel zur Interventionellen Schmerztherapie bei Rückenschmerz. Bekanntlich ist die Therapie die eine Seite, Prophylaxe im Zweifel sinnvoller. Was können wir also tun, um die auslösenden Noxen zu vermeiden? Im täglichen Betrieb sollten wir alle gegenseitigen Respekt üben und das eigene Handeln kritisch hinterfragen. Häufig genügt es schon, den Schmerz des Gegenübers anzuerkennen und nicht als Anstellerei abzutun.

Das gilt durchaus auch im politischen Umfeld. Die Argumente der jeweils anderen Seite sind ja nicht frei erfunden, sondern aus deren Sicht zumindest nachvollziehbar, auch wenn wir selber anderes wollen. Die Dinge lassen sich leichter ertragen, wenn man miteinander spricht, um einen Kompromiss zu finden, der zwar allen wehtut, aber niemanden an den Rollator zwingt. Wir wollen hoffen, dass es uns gelingt, eine erträgliche Lösung zu finden. Sie dürfen sicher sein, dass der BDC – und sicher auch die DGCH – diese Aufgabe in Ihrem Interesse annimmt und nach Kräften eine annehmbare Lösung anstreben wird. ○

Rüggeberg JA: Editorial: Nicht zu ertragen.
Passion Chirurgie. 2023 Mai;
13(05): Artikel 01.



Neuigkeiten aus dem BDC finden Sie auf
BDC|Online (www.bdc.de) unter der
Rubrik BDC|News.

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
Katrin 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/CSA-Archive

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

1 EDITORIAL

1 Nicht zu ertragen *Jörg-A. Rüggeberg*

4 KURZNACHRICHTEN

6 CHIRURGIE

6



IM FOKUS: RÜCKENSCHMERZEN –
INTERVENTIONELLE SCHMERZTHERAPIE

Roland Minda

12 CHIRURGIE⁺

12 Webinare in der BDC|eAKADEMIE

13 **Akademie Aktuell:** Interview mit Professor Freys –
Moderator des chirurgischen Podcast Surgeon Talk
Stephan M. Freys

14 **Chirurginnen:** Wann ist man Chirurgin?

Astrid Stula

17 **Hygiene-Tipp:** Handys im OP-Saal

Walter Popp, Lutz Jatzwauk, Wolfgang Kohnen



- 19 **Rezension:** Was die Chirurgie fürs Leben lehrt
Martin Riegler
- 20 **Abrechnung:** Honorarberichte der KBV –
Quartal 1–4/2021 *KBV*
- 21 Personalia
- 22 RECHT**
- 22 Das neue Ehegattennotvertretungsrecht
in Gesundheitsangelegenheiten *Jörg Heberer*
- 27 **F+A:** Bedenkzeit zwischen Aufklärung
und Einwilligung *Jörg Heberer*

29 GESUNDHEITSPOLITIK

- 29 **BDC-Praxistest:** Zwischen Bürokratie
und Arztzeit-Mangel – Perspektiven
des ärztlichen Nachwuchses
Lea Schwan, Rüdiger Jacob, Johannes Kopp
- 35 **Berufspolitik Aktuell:** Hybrid-DRG,
Hintergründe und aktueller Stand
Jörg-A. Rüggeberg
- 36 Meeting der Section of Surgery & European
Board of Surgery der UEMS
Hans-Joachim Meyer, Ferdinand Köckerling

37 INTERN

- 37 DGCH**
- 37 Sehr persönlich nachgefragt bei Udo Rolle
- 38 Rekrutierende multizentrische chirurgische
Studien in Deutschland *Solveig Tenckhoff*
- 40 Spendenaufruf und
Bausteine Langenbeck-Virchow-Haus
- 45 DGCH-Präsidium ab 01. März 2023
- 47 Meine Daten haben sich geändert
- 48 BDC**
- 48 BDC|News
- 50 BDC|Landesverbände
- 52 Termine BDC|Akademie
- 55 Lifestyle-Angebote im Mai 2023

56 PANORAMA

- 56 Kopfarbeit – Ein Gehirnochirurg über den
schmalen Grat zwischen Leben und Tod
Peter Vajkoczy

05 23

Kurz Nachrichten

UNTERLAGEN DER BÄK AUF BASIS DER GOÄ



WICHTIGE INFORMATIONEN ZUM DOWNLOAD AUF DER BDC-WEBSITE

Die Bundesärztekammer (BÄK) hat zu den abweichenden Honorarvereinbarungen sowie zur Anwendung höherer Steigerungsfaktoren auf Grundlage der Gebührenordnung für Ärztinnen und Ärzte einige Informationen bereitgestellt:

- ein Merkblatt für die Ärzteschaft
- ein ausführliches Hinweispapier mit allen rechtlichen Details
- ein Patienteninformationsschreiben und ein gleichlautendes Faltblatt

Die Informationen befinden sich zum Download auf der BDC-Website sowie auf der Seite der BÄK. Der BDC hat seinen Mitgliedern zudem eine wichtige Anleitung erstellt, die Ihnen Hilfestellung beim Umgang mit der aktuellen Lage gibt.

Auf der BÄK-Website befindet sich außerdem die gemeinsam mit den Verbänden und Fachgesellschaften gefasste Resolution zur Novellierung der GOÄ.

[Mehr Infos auf der BDC-Website...](#)

[Mehr Infos auf der BÄK-Website...](#)

Allianz Deutscher Ärzteverbände unterstützt GOÄ-Vorstoß der Bundesärztekammer

Die in der Allianz zusammengeschlossenen Ärzteverbände unterstützen ausdrücklich die Initiative der Bundesärztekammer unter Führung ihres Präsidenten Dr. Klaus Reinhardt, den Novellierungsprozess der ärztlichen Gebührenordnung (GOÄ) voranzutreiben. Die

dringend notwendige Reform muss endlich umgesetzt werden.

Seit mehr als 30 Jahren ist die Gebührenordnung für Ärzte weitgehend unverändert mit gleichen Honoraren versehen und damit völlig entkoppelt von den in diesem Zeitraum erfolgten allgemeinen Preissteigerungen. Die Leistungsbeschreibungen bilden in keiner Weise mehr den Stand der modernen Medizin ab. So gibt es Fachgruppen, die überhaupt erst nach der Einführung der geltenden GOÄ eingerichtet worden sind und demzufolge überhaupt keine Leistungen ihres Fachs in dieser GOÄ wiederfinden. Das führt zu teilweise skurrilen Analogbewertungen und

damit zu einer erheblichen Rechtsunsicherheit für die Ärzteschaft und Verunsicherung für die Patientinnen und Patienten.

Die Ärzteschaft hat inzwischen ein modernes Leistungsverzeichnis erstellt und dieses mit betriebswirtschaftlich unterlegten Daten bepreist. Mit der privaten Krankenversicherung ist dieses Verzeichnis bis auf einige wenige Einzelpreise konsentiert.

Da es sich am Ende um ein staatliches, durch Rechtsverordnung des Bundesministeriums für Gesundheit verordnetes Regelwerk handelt, ist es erforderlich, dass Bundesgesundheitsminister Professor Karl Lauterbach endlich handelt,

zumal ihm die aktuelle Version der neuen GOÄ seit Längerem vorliegt.

Bedauerlicherweise verweigert der Minister aus rein ideologischen Gründen eine Befassung mit diesem Thema und lässt damit die betroffenen Patienten und Patientinnen weiter in Unsicherheit und abgeschnitten vom medizinischen Fortschritt der letzten

30 Jahre. „Steuerberater, Rechtsanwältinnen, Architekten, und alle anderen Freiberufler erfahren in regelmäßigen Abständen eine Anpassung ihrer Gebührenordnungen, nur nicht die Ärzteschaft“, erklärt Dr. med. Jörg-A. Rüggeberg, Vizepräsident BDC, turnusmäßiger Sprecher der Allianz. „Das zeugt von einer unerträglichen Missachtung eines ganzen Berufsstandes.“

Daher unterstützt die Allianz Deutscher Ärzteverbände ausdrücklich die jetzt angelaufene Kampagne der Bundesärztekammer, mit der die betroffenen Patienten und Patientinnen für die Problematik sensibilisiert werden sollen.

[Zur Pressemitteilung der Bundesärztekammer...](#)

Die Strukturreform der Krankenhausversorgung muss eine qualitativ hochwertige Weiterbildung in der Chirurgie ermöglichen

von Hans-Joachim Meyer

Bei der mittlerweile durch alle Landesärztekammern eingeführten aktuellen Weiterbildungsordnung gestaltet sich die Umsetzung für das Gebiet Chirurgie in praxi nicht immer einfach. Die Ursachen sind multifaktoriell bedingt, vor allem durch den bestehenden ökonomischen Druck in den Krankenhäusern bei steigender Arbeitsverdichtung, weiteren technischen Innovationen, angestrebter zunehmender Ambulantisierung, Vorgaben durch das Arbeitszeitgesetz und den Erwartungen der nachkommenden Generation an Teilzeitkonzepte. Chirurgische Weiterbildung ist zeit- und kostenintensiv, sodass manche Krankenhausträger primär Fachärzte einstellen oder oftmals nur ein „learning by doing“ möglich ist. Die nun vorgesehenen Reformpläne für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung und zudem die Steigerung ambulanter Eingriffe im sektorübergreifenden Konzept stellen weitere relevante Herausforderungen im Vergleich zur bisherigen chirurgischen Weiterbildung dar. Neben der Bundesärztekammer und anderen Institutionen verlangen nun auch vermehrt medizinische Fachgesellschaften und Berufsverbände, dass mit einer Krankenhausreform auch die Auswirkungen auf eine kompetenzbasierte Weiterbildung unbedingt mitberücksichtigt werden müssen.



Zweifelsfrei ist in der jetzigen Situation des deutschen Gesundheitswesens eine Reform der Krankenhausversorgung dringend notwendig. Auch wenn sich die einzuführenden Leistungsgruppen in den verschiedenen Leistungsbereichen der Krankenhäuser mit unterschiedlichen Leveln vor allem an der Weiterbildungsordnung orientieren sollen, wird befürchtet, dass eine mögliche Abnahme der Krankenhausstandorte zu einem Engpass an Weiterbildungsplätzen führen kann, besonders in den grundversorgenden Fächern, wobei in der Allgemeinchirurgie unter Umständen eine Verkürzung der Weiterbildungszeit zu diskutieren wäre. Da bei vorgesehener Zentralisierung zukünftig nicht jedes Krankenhaus alles anbieten kann, wird das Weiterbildungsspektrum der jeweiligen Kliniken eingeschränkt und ein Wechsel der Weiterbildungsstätten mit entsprechenden persönlichen Veränderungen notwendig werden. Dieses Szenario könnte gegebenenfalls auch dazu führen, dass weniger Fachärzte ausgebildet werden können. Ein Wechsel der Krankenhäuser ist somit absolut notwendig, um dann in anderen Kliniken fehlende Weiterbildungsinhalte zu erwerben. Als realistischer Lösungsansatz ergibt sich somit, wie auch in Nordrhein-Westfalen vorgesehen, eine notwendige Vernetzung der Kliniken mit Darstellung von Weiterbildungsverbünden und zwar als standort- und trägerübergreifende Kooperation; dieses Vorgehen soll auch fortlaufend evaluiert

und notfalls korrigiert werden. Bezüglich der Ambulantisierung sind zudem weitere gemeinsam ausgeübte Verbundweiterbildungen, so zwischen einem medizinischen Versorgungszentrum und Kliniken, wie bereits teilweise praktiziert, notwendig. Zur Realisierung dieser Konzepte bedarf es aber weiterer, vor allem rechtssicherer Klärung bezüglich der Gestaltung der Arbeitsverträge bei trägerübergreifenden Verbünden und planmäßigen Rotationen in alle Weiterbildungsabschnitte. Letztlich sollte auch in der Chirurgie die Frage zur Erweiterung des klinischen Stellenplans oder der Vergütung einer Weiterbildung gestellt werden dürfen.

Der BDC unterstützt nachdrücklich die Bemühungen um eine qualitativ hochwertige chirurgische Weiterbildung im Rahmen der vorgesehenen Reformstruktur der Krankenhausversorgung, besonders auch im Sinne eines reibungslos funktionierenden Verbundsystems, sowohl zwischen Krankenhäusern verschiedener Level als auch in der Verbindung des ambulanten vertragsärztlichen mit dem stationären Sektor. Daneben werden durch die Akademie des BDC weiterhin verschiedene Weiterbildungsseminare, -kurse sowie Workshops angeboten, um die Möglichkeiten zu einer Qualitätssteigerung während der Weiterbildung ständig zu erweitern.

[Zur dazugehörigen Pressemeldung...](#)

CME
ARTIKEL
2 CME PUNKTE

IM FOKUS

Rücken- schmerzen



Dr. med. Roland Minda
BAG für Chirurgie/Unfallchirurgie/
Orthopädie
Durchgangsarztpraxis
Lübecker Straße 32
39124 Magdeburg
info@orthospine-md.de
www.Orthospine-MD.de

CME-Artikel: Rückenschmerzen – interventionelle Schmerztherapie

Roland Minda



Erweitern Sie Ihre CME-Punkte, indem Sie nach dem Lesen des Artikels die Fragen dazu auf der eAkademie des BDC beantworten! Der Artikel „Rückenschmerzen – interventionelle Schmerztherapie“ ist für BDC-Mitglieder drei Monate kostenlos in ihr Konto gebucht! Loggen Sie sich auf www.bdc-eakademie.de ein: Einfach starten!

Der scheinbar aus dem Nichts entstehende Rückenschmerz, unterhalb des Rippenbogens und oberhalb der Gesäßfalten, mit oder ohne Ausstrahlung, umfasst in der Regel gleichzeitig unterschiedlich ausgeprägte, somatische, psychische und soziale Komponenten.

Über 80 Prozent der Menschen leiden mindestens einmal in ihrem Leben an Schmerzen im Kreuz, Frauen häufiger – jede vierte Frau und jeder sechste Mann. 90 Prozent aller akuten Rückenschmerzen sind nach sechs Wochen verschwunden, trotzdem ist die Belastung für den Einzelnen direkt oder indirekt im Ereigniszeitraum enorm. Für unsere Sozialsysteme ist dieser Umstand personell und finanziell sehr anspruchsvoll.

Wir unterscheiden akute (weniger als sechs Wochen), subakute (sechs bis 12 Wochen) und chronische (länger als 12 Wochen) sowie

rezidivierende Kreuzschmerzen – diese treten nach einer Beschwerdefreiheit von sechs Monaten wieder auf.

Die Komplexität dieser Erkrankung verlangt, obwohl oft nur ein temporäres Ereignis, eine ganzheitliche Betrachtung, besonders unter dem Aspekt des Erkennens von „Red Flags“, bewusst der Tatsache, dass diese extrem selten sind. Eine primäre singuläre Ausrichtung auf ein Organsystem ist demzufolge nicht zielführend und führt sehr häufig in eine total andere, falsche Richtung.

An die „Red Flags“, Bandscheibenvorfälle, Spinalkanalstenosen, entzündliche Kreuzschmerzen, Osteoporose, Frakturen, Infektionen, Tumore, Spondylolisthesen, unklare Fieberschübe etc. muss gedacht werden und sie können sich hinter einer banal vorgetragenen Anamnese verbergen.

Minda R: CME-Artikel: Rückenschmerzen –
interventionelle Schmerztherapie.
Passion Chirurgie. 2023 Mai;
13(05): Artikel 03_01.



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

Auch begleitende Nacken-Kopfschmerzen einschließlich der Migräne, Erschöpfung, Schlafstörungen, Depressionen, Angst- sowie Belastungsstörungen werden vom Patienten gelegentlich benannt und haben individuell, in der Art und Weise des Anamnesegesprächs, unter Umständen oberste Priorität. Bei einer schweren Depression oder schweren Angststörung muss sich die Behandlungsstrategie diesem scheinbar fernen Symptomenkomplex anpassen.

Eine körperliche Untersuchung (möglichst neuro-orthopädisch) und entsprechend der Zuordnung des Beschwerdebilds gegebenenfalls eine adäquate Bildgebung – im Einzelfall auch kombiniert mit einer elektroneurophysiologischen Untersuchung – ist Standard.

Psychosoziale Faktoren, Depressionen, Somatisationstendenzen, Stress, kognitive Auffälligkeiten, Angststörungen, posttraumatische Verarbeitungsstörungen etc. die „Yellow Flags“, zeigen oft, wie auch arbeitsbedingte psychische und körperliche Belastungen, „Blue Flags“, den vollzogenen oder den Weg in eine Chronifizierung.

Nicht zuletzt aus diesen Gründen ist eine Zusammenarbeit zwischen Hausarzt, Orthopäden, Neurochirurgen und Neurologen bei komplizierten Vorgängen wünschenswert. Als Ziel der ärztlichen Tätigkeit, und hier dürfen die assistierenden Fachgebiete wie Psychologie, Physiotherapie, Ergotherapie etc. nicht vernachlässigt werden, steht die Identifikation des Schmerzgenerators an erster Stelle.

Risikoreiche Interventionen stehen immer an letzter Stelle der Kette von Behandlungsmöglichkeiten, die sich von Jahr zu Jahr mehrten und in neuen bunten Gewändern, oft aber auch mit einer neuen Idee zum Vorteil des Patienten uns in die Hand gegeben werden.

Entscheidend ist die Zuordnung des Krankheitsbilds und dem folgend die Auswahl einer adäquaten Behandlungsstrategie, die zu 70 Prozent mindestens das Problem des Patienten lösen sollte und eine Risikobelastung, die weitestgehend gegen null geht.

UNTERSUCHUNG

Grundsätzlich gilt: Finden sich beim Erstkontakt keine Hinweise auf eine ernstzunehmende Pathologie, ist eine erweiterte Diagnostik nicht nötig und von einer Heilung auszugehen.

Die unteren Abschnitte der Hals und Lendenwirbelsäule sind besonders betroffen. Körperliche auch psychosoziale Belastungen, natürlich in Abhängigkeit vom Alter, angeborene Handicaps, berufliche oder auch sportliche Expositionen, werden als Ursache am häufigsten benannt.

Ausstrahlende Beschwerden in den Kopf, aber auch besonders in die Nacken-Schulter-Arm-Region, beziehungsweise lumbal in Richtung des sakralen Übergangs, unter Einbeziehung des Iliosakralgelenks (ISG), der Hüfte, des Unterbauchs, komplizieren in einem hohen Maße dieses Krankheitsbild.

Da diese Beschwerden vom Patienten in einer unregelmäßig starken Ausprägung der Symptome, in unterschiedlichen Situationen und Lebensumständen wahrgenommen werden, ist die Frage „Wie würden Sie Ihre Beschwerden charakterisieren, was führt Sie zu uns?“ richtig, aber für den Patienten ausgesprochen schwierig stringently zu beantworten. Aus diesem Grund ist ein Anamnesefragebogen, der auf der Wartefläche beantwortet werden sollte, vorteilhaft.

Ob der Patient diesen Fragebogen ausfüllt oder nicht, ist zweitrangig, führt aber in jedem Fall dazu, dass er sich, während der Vorbereitung auf den Arztkontakt, mit seinen Problemen zeitnah noch einmal vertraut macht und diese intern zu den verschiedensten Ebenen seines Lebens (Grunderkrankungen, extreme Arbeitsbelastung, Unfälle, psychische Belastungsfaktoren...) zuordnet. Dass sich anschließende Arzt-Patienten-Gespräch, gestaltet sich deutlich einfacher.

In der Kommunikation ist zu beachten, dass bei der Darstellung der „Volkskrankheit“ Rückenschmerz, bestimmte populärwissenschaftliche Begriffe seitens des Patienten einfließen, die verwirren können und nicht korrekt sind. Erwähnt sei hier nur

der Hexenschuss, die Lumbalgie, der Ischias oder der Lendenschmerz etc. Auch regionale sprachliche Unterschiede müssen hier unbedingt beachtet werden.

Schädigungen am peripheren beziehungsweise auch am zentralen Nervensystem führen zu einer entsprechenden neurologischen Symptomatik, die oft eine topografische Zuordnung gestatten.

Eine andere Dimension kommt einem chronifizierten Rückenschmerz zu, der durch sämtliche Facetten einer psychischen Begleitsymptomatik auffällt.

Die klinische Untersuchung erfolgt am Patienten, der bis auf die Unterwäsche entkleidet ist. Das Muskelrelief, die Muskelspannung und ihre Funktion sowie die Haltung beim Gehen, Stehen und Sitzen müssen Beachtung finden. Die Tatsache, dass der Mensch ab dem 30. Lebensjahr jeweils über zehn Jahre zehn Kilo Muskelmasse ohne sportliche Aktivität verliert, führt zu einem altersspezifischen Aussehen und Dynamik/Passivität. Ein ausbalanciertes Gehen und Stehen ist dann oft nicht mehr möglich. Die prävertebrale Muskulatur im Trio der Wirbelsäulen-ausbalancierenden Muskelgruppen (Bauchdecke, prävertebrale Muskulatur und die gerade Rückenmuskulatur) dominiert funktionell, sodass der Mensch nach vorn gebeugt seinem Schwerpunkt hinterherläuft.

Die Statik der Wirbelsäule in Ruhe und in der aktiven und bewusst geführten Bewegung gibt uns Informationen zur Balance bzw. Dysbalance unseres aufrechten, zweibeinigen Ganges. Zwingend ist unmittelbar beim Erstkontakt die Beurteilung der muskulär-nervalen Funktion. Sofern es hier Ausfälle gibt, ist eine umgehende Abklärung ohne Zeitverlust unausweichlich.

THERAPIEOPTIONEN

Beim unkomplizierten Rückenschmerz steht die Einflussnahme des Arztes über die Erklärung der Beschwerdeursachen, der Therapieoptionen und über die Prognose für den Patienten im Vordergrund. Von einem positiven Ergebnis ist auszugehen.

Ist dies nicht der Fall, sollte interdisziplinär, bildgestützt der Symptomenkomplex beurteilt werden. Hier gilt es eine Besonderheit zu beachten: nämlich dass die Kollegen der bildgebenden Seite, oft ohne die klinische Symptomatik weiterzugeben, die gesamten Befunde, die sich digital auf dem Bildschirm darstellen, interpretieren, d. h. auch die normale Anatomie wird beschrieben. Dies kann dazu führen, dass Normvarianten, z. B. altersbedingte Veränderungen etc. in der Hand des Patienten und von ihm gelesen, einen Krankheitswert zugeschrieben bekommen, der an sich nicht besteht.

Es ist für den Behandler zwingend nötig, dass er die bildgebende Seite (MRT, CT, Röntgen) unter dem Aspekt der Klinik/Anatomie, so es möglich ist, auch schon unter Beachtung einer allumfassenden therapeutischen Möglichkeit, beurteilt. Die Beschreibung des Bildes muss

deckungsgleich zu der des Radiologen sein, jedoch mit einer entsprechenden klinischen/therapeutischen kritischen Wertung.

Was passiert mit der Wirbelsäule im Verlauf des Lebens im Sinne einer vom Menschen verspürten Befindlichkeitsstörung, beziehungsweise Erkrankung? Von dem Verlust an Muskelmasse, zehn Prozent über zehn Jahre ab dem 30. Lebensjahr, haben wir schon erfahren. Weiterhin ist es so, dass die Reduktion an Elastizität des Faserrings der Bandscheibe mit weitestgehend selbstheilenden radiären und zirkulären Rissen sowie Wasserverlust des Gallertkerns zu einer „Sinterung“ des gesamten Segments nach Junghanns führt. Der Mensch wird kleiner – vier Millimeter pro Segment sind möglich. Sind die anatomischen Räume für diesen physiologischen Prozess ausreichend, ist die Folge eine funktionell zu korrigierende Bewegungseinschränkung.

Anders verhält es sich bei Einengungen der Neuroforamen und des Spinalkanals, auch durch knöcherne Anbauten der Wirbelkörper-/gelenke oder Discosen sowie durch Einschränkungen der Wirbelgelenkfunktion. Lumbalgie, Ischialgien oder Lumboischialgien mit oder ohne neurologische Symptome sind die Folge.

DIE SOMATISCHE SEITE

Die beschriebenen Veränderungen müssen sich anamnestisch, klinisch und auf der bildgebenden Seite zuordnen lassen. Ist dann der Schmerzgenerator – oder auch mehrere – mit relativer Sicherheit dargestellt und ist die Therapiepalette umfänglich bekannt und wird beherrscht, kann die Indikation zur einer mindestens 70-prozentigen erfolgversprechenden Behandlung indiziert werden.

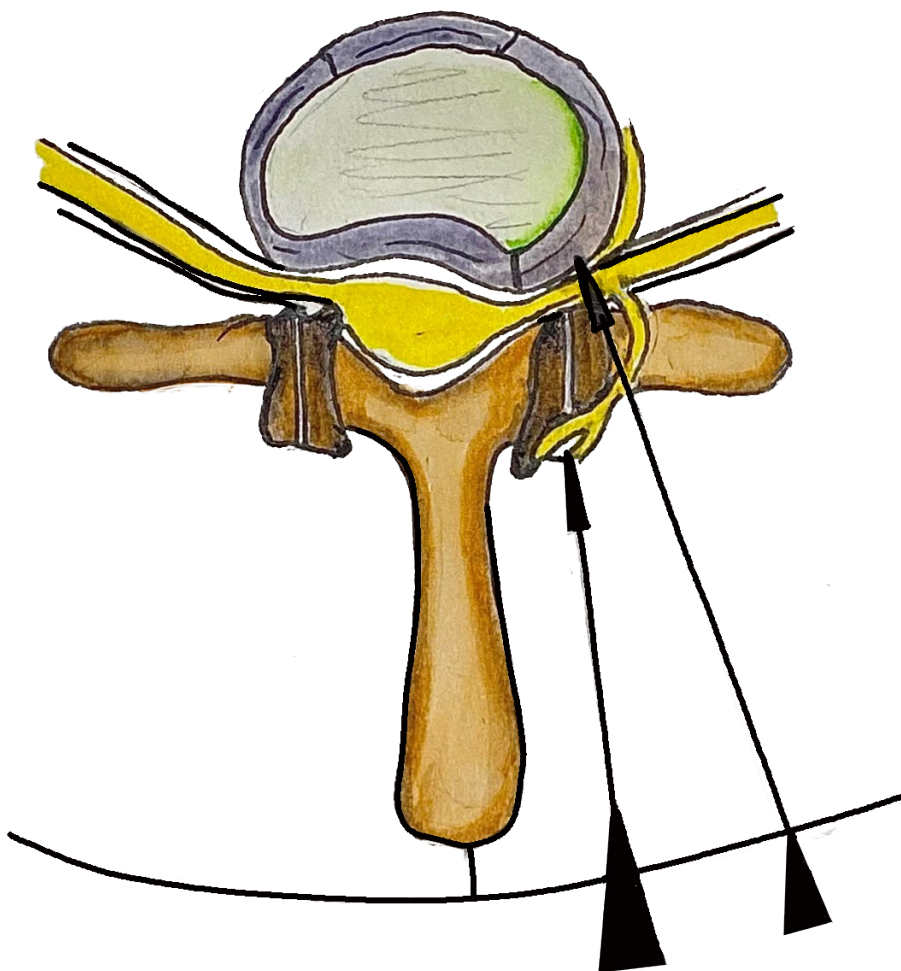


Abb. 1: Orientierende Darstellung einer Facetteninjektion und PRT



Abb. 2: Beispiel einer Facetteninjektion am Modell

Die begleitenden ambulanten oder stationären, funktionellen Behandlungen, wie auch die Psyche stabilisierende Therapieformen, sollen hier als bedeutsam benannt, aber nicht weiter beschrieben werden.

Perkutane Therapieverfahren wären (nur die Wichtigsten) die Injektionen von schmerz- und entzündungshemmenden Substanzen an den Schmerzausgangspunkt, an das Wirbelgelenk, in die Bandscheibe, an die Wirbelsäule-stabilisierenden Bänder, das Iliosakralgelenk, in den Spinalkanal und an den Spinalnerven.

Perkutane ergänzende denervierende Verfahren wären die Radiofrequenztechnik bzw. kryothermische Verfahren.

Die offenen operativen Eingriffe wären (nur die Wichtigsten) Nukleotomie, Dekompressionsverfahren, Spondylodese, Bandscheibenprothetik.

Perkutane Verfahren, besser als interventionelle Therapien bezeichnet, sind zu favorisieren, da die Ergebnisse ausgesprochen positiv, bei einer überschaubaren Risikobelastung und auch relativ geringen Kosten, sind. Als routinemäßiges Verfahren ist es seit 30 bis 40 Jahren in der Anwendung.

Die Komplexität der anatomischen Schädigungsmöglichkeit stellt sehr hohe Ansprüche während der klinischen Untersuchung an den Therapeuten. Oft ist der Schmerzgenerator nur verschwommen zu erkennen – gibt es vielleicht mehrere Schmerzgeneratoren? Haben wir hier eine Somatisierungsstörung?

Die interventionelle Schmerztherapie bietet hier neben der therapeutischen Seite auch eine diagnostische. Es werden Medikamente an den vermeintlichen Generator (Ort der Schmerzentstehung) injiziert oder später dieser – so nötig – mittels einer hohen elektrischen Frequenz oder Kälte dauerhaft ausgeschaltet. Geht es dem Patienten nach der Injektion gut, wird dieses Therapiekonzept weitergeführt, oder wir müssen in Richtung OP denken.

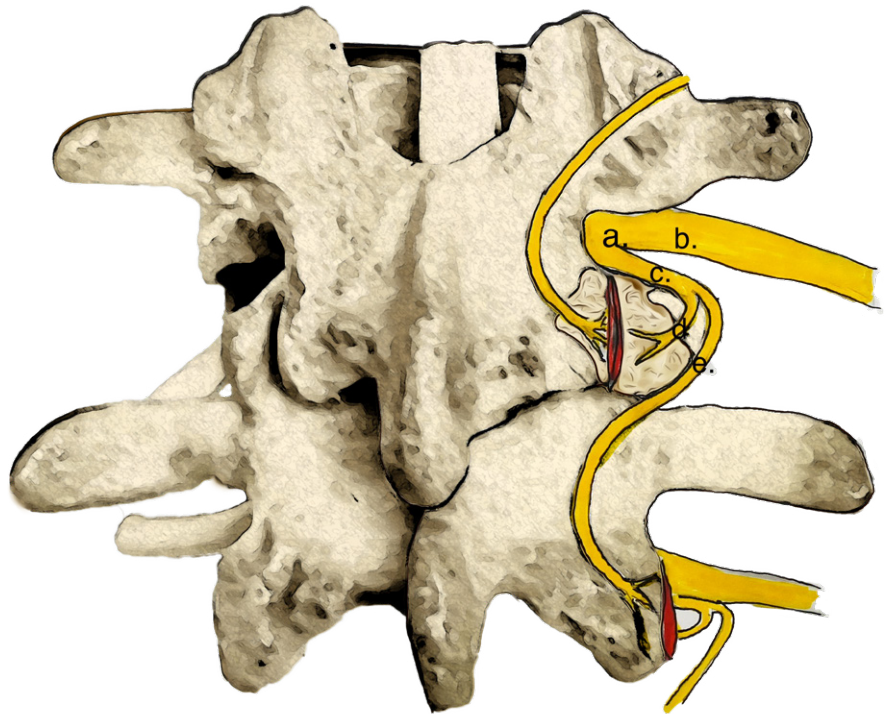


Abb. 3: Wirbelgelenkinnervation (a. N. spinalis, b. Ramus anterior, c. Ramus posterior, d. Ramus lateralis, e. Ramus medialis)

Bei der zu favorisierenden interventionellen Therapie ist die Kanülenplatzierung an den Ort der Schmerzentstehung unter Sicht zwingend.

Zum Einsatz kommen meist Röntgenstrahlen in der Verwendung eines Durchleuchtungsgeräts oder auch eine Computertomografie (CT).

Ziel ist es, mit einer geringen Menge eines Anästhetikums, oft in Kombination mit einem Kortisonpräparat, die alterierte anatomische Struktur seitens der Schmerzgenerierung auszuschalten und antientzündlich positiv zu beeinflussen.

Die Strukturen, die den Rücken-/Beinschmerz dominierend auslösen, sind die Wirbelgelenke. Dort sind neuroforaminale, spinale Engen unterschiedlichster Causa zu betrachten. Die Behandlung erfolgt in der Regel ambulant. Das Ziel einer mindestens 70-prozentigen Besserung der Symptomatik wird bei über 95 Prozent der Patienten erreicht. Eine Operation wird damit verhindert.

Unter Beachtung der Erfolgsaussicht und der Häufigkeit stehen die transforaminale

(periradikuläre) Injektion, die direkte Fazetteninjektion sowie die Injektion an die Äste des Ramus dorsalis (medialer, lateraler Ast) im Zentrum der interventionellen Therapie bei Lumboischialgien.

Die transforaminale, periradikuläre Technik ist bei radikulären Beschwerden zu favorisieren. Der pathophysiologische Hintergrund ist die Einflussnahme der Medikamente auf die durch Kompression ödematisierte Radix, besonders im anterioren Bereich.

Die zu erwartende Abschwellung der Wurzel über die Zeit und unter Umständen gefolgt von einer „biologischen“ Dehydration eines Bandscheibenvorfalls, so dieser durch den Nukleus pulposus definiert wird, lässt ein positives Ergebnis erwarten. Ein gallertig strukturierter Bandscheibensequester kann bei einer MRT-Kontrolle dann durchaus verschwunden sein.

Die Folge von Discosen oder Instabilitäten der Wirbelsäule führt zur enormen Belastung der Wirbelgelenke und ihrer Gelenkflächen, die als „Schiebelenke“ entzündungsähnlich reagieren. Die Injektion in das einzelne Gelenk oder an mehrere ist erfolversprechend.

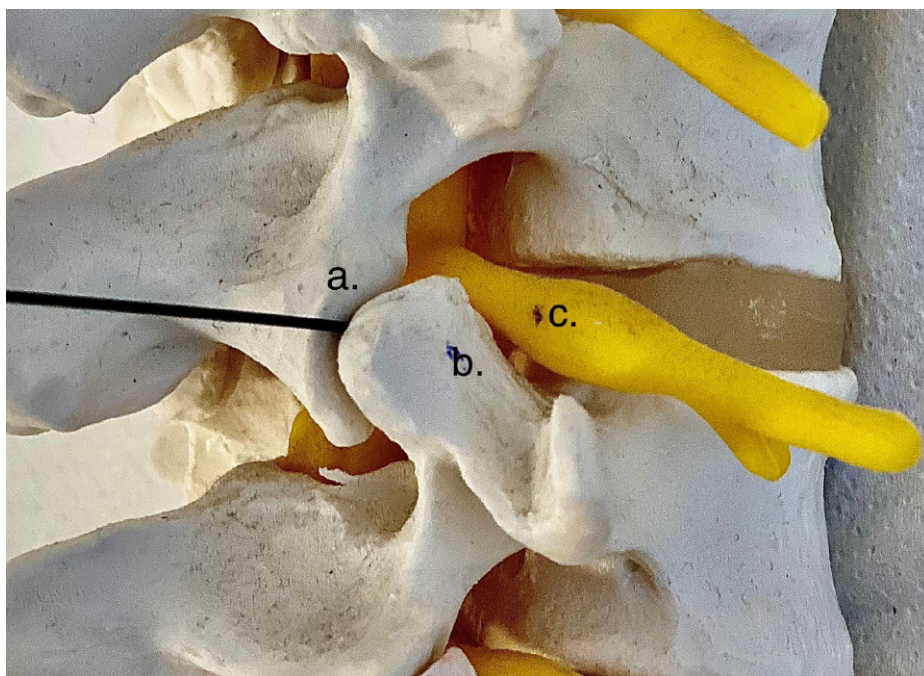


Abb. 4: Injektionsziele bei der Schmerztherapie; Zielpunkte: a. Wirbelgelenk, b. Scotty Doc/Ramus Dorsalis, c. Nervus spinalis

Ein wichtiger Aspekt ist hier der Umstand, dass die lumbalgieformen Beschwerden in ihrer Dramatik oft der Bildgebung nicht folgen. Beginnend mit sechs Injektionen in die unteren drei Segmentgelenke beidseits der Lendenwirbelsäule, im Sinne der diagnostischen Zuordnung der Rückenschmerzen, ist oft als Einstieg in dieses Prozedere nötig. Bei Erfolg ist eine Höhen- und Seitenlokalisation möglich.

Eine Injektion an die dorsalen Äste führt zur Anästhesie der betroffenen Wirbelgelenke und ist vom Handling ähnlich der Facetteninjektion. Sie bietet jedoch durch die Selektion des entsprechenden Nervenpaars die Möglichkeit, durch eine Läsion derselben, durch eine mikrochirurgisch geführte OP, durch eine Radiofrequenzläsion oder mittels einer Kryodenervation einen schmerzlindernden Effekt über eine längere Zeit zu erreichen. Oft ist eine Kombination der Verfahren empfehlenswert.

**JETZT
STARTEN**



**10 FRAGEN ZU DIESEM ARTIKEL
BEANTWORTEN UND
CME-PUNKTE HOLEN!
MIT DER eAKADEMIE DES BDC GEHT'S:
EINFACH STARTEN!**

Dieser CME-Artikel ist für BDC-Mitglieder ab jetzt drei Monate kostenlos in Ihr Konto der BDC|eAkademie eingebucht.

www.bdc-eakademie.de/kurse

BDC eAKADEMIE
Einfach starten!



Webinare in der BDC|eAKADEMIE

2023



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.

Highlights 2023:

- **S3-Leitlinie** „Perioperatives Management bei gastrointestinalen Tumoren“
- **S1-Leitlinie** „Empfehlungen zur Therapie der akuten Appendizitis bei Erwachsenen“
- **S3-Leitlinie** „Distale Radiusfraktur“
- **S2e-Leitlinie** „Subakromiales Impingement“

Webinar-Reihe „Chirurgie aktuell“

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

Highlights 2023:

- Aktuelle Therapierichtlinien beim Schilddrüsenkarzinom
- Thromboseprophylaxe – Grundwissen für den Chirurgen
- Akute Cholecystitis – wann operieren?
- Aktuelle Konzepte zur Versorgung der Tibiakopffraktur

Alle Webinartermine unter
www.bdc-eakademie.de/webinare



Interview mit Professor Freys – Moderator des chirurgischen Podcast Surgeon Talk

Stephan M. Freys



Prof. Dr. med. Stephan M. Freys
Moderator Surgeon Talk
DIAKO Ev. Diakonie-Krankenhaus
Chirurgie
s.freys@diako-bremen.de

Erstveröffentlichung in der
Chirurgischen Allgemeinen (CHAZ)
3+4/2023.

Interview mit Professor Freys – Moderator
des chirurgischen Podcast Surgeon Talk.
Passion Chirurgie. 2023 Mai;
13(05): Artikel 04_02.



Mehr über Surgeon Talk lesen Sie auf
BDC|Online (www.bdc.de) unter der
Rubrik Wissen | Aus-, Weiter- und
Fortbildung | Podcast Surgeon Talk.

CHAZ Herr Professor Freys, seit Juni 2022 produzieren Sie in zweiwöchentlichem Rhythmus mit einem engagierten Team und in Zusammenarbeit mit dem Berufsverband der Deutschen Chirurgie e.V. (BDC) den chirurgischen Podcast Surgeon Talk. Was waren Ihre Beweggründe für dieses Projekt?

Stephan Freys Prof. Wolfgang Schröder, Leiter der BDC-Akademie, kam mit der Idee der Erstellung eines Podcasts für die BDC-Akademie auf mich zu. Das Projekt funktionierte exzellent, wir fanden gemeinsam Gefallen an der Idee und entwickelten dann innerhalb von drei Monaten ein Konzept für das neue Podcast-Format und taufte es Surgeon Talk, den ersten deutschsprachigen Podcast für die Weiterbildung in der Chirurgie.

C Für interessierte Neulinge: Um welche Themen geht es und wie genau läuft so ein Podcast ab?

SF Das Konzept ist sehr einfach: Chirurgisches Fachwissen auf den Punkt, interessante Fälle aus dem chirurgischen Alltag, Diskussionen von practice-changing Publikationen, neue Ideen zur Karriereplanung oder auch mal ein Blick über den Tellerrand in der Gesundheitspolitik – in Surgeon Talk kommt alles auf den Tisch, was in der Chirurgie spannend, interessant oder weiterbildungsrelevant ist. Egal ob unentschlossene Berufseinsteigerin, fleißiger Weiterbildungsassistent oder einfach Chirurg aus Passion – Surgeon Talk verbindet alle, einmal alle zwei Wochen. Es werden Themen aus den fünf Rubriken aktuelle Berufspolitik, aktuelles chirurgisches Wissen,

chirurgische Karriere, klinische Fallpräsentationen, wissenschaftliche Publikationen von unseren insgesamt sechs Moderatorinnen und Moderatoren mit immer interessanten Vertretern und Spezialisten zu den jeweiligen Themen besprochen. In je 20 bis 30 Minuten sprechen wir in unterhaltsamer Form mit unseren Gästen, wichtig ist hierbei, den Spannungsbogen zwischen Unterhaltung und Wissensvermittlung zu halten.

C Podcasts sind ein Medium der jüngeren Generation, so heißt es jedenfalls immer wieder. Wie sind Ihre Erfahrungen und wie ist die bisherige Resonanz?

SF Wir haben laufen gelernt, mit viel Freude bei der Erstellung der einzelnen Podcasts. Surgeon Talk ist auf nahezu allen sozialen Medien abrufbar, wir haben eine feste Zuhörerschaft gewonnen und bereits weit über 1000 Follower. In unseren Redaktionskonferenzen, stets per Zoom, sehen wir unser Feedback: Wir haben die meisten Zuhörer in Deutschland, aber mittlerweile auch weit verstreut über den Globus. Das ist ein Ansporn für uns und Auftrag zugleich, weiterzumachen. Die Zuhörerschaft wächst von Podcast zu Podcast, wir sind stolz, so gut angenommen zu werden. ○



SURGEONTALK
Der BDC | Podcast



Wann ist man Chirurgin?

Astrid Stula

ÜBER FALSCH E MENTOREN, DAS SELBSTWERTGEFÜHL UND DIE UNTERSTÜTZENDE GEMEINSCHAFT DER CHIRURGINNEN E.V.

Vor Jahren – ich war bereits Fachärztin für Urologie, hatte schon zwei, drei Jahre in der Viszeral-, Thorax- und Gefäß-Chirurgie gearbeitet, war bei Organentnahmen und Transplantationen aktiv beteiligt und hatte in der unfallchirurgischen Rotation schon gebrochene Knochen zusammengeschaubt – sagte ich in einem Gespräch mit einem sehr konservativen, weißen, älteren Chirurgen, den ich bis dato als Mentor betrachtete, den Satz

„... ich bin Chirurgin.“ Seine Reaktion hätte vernichtender nicht sein können: „Nein, du bist keine Chirurgin. Du bist Assistenzärztin.“

Dieser Satz und das damit verbundene Gefühl brannte sich ein. In meine Seele, in meine Hände, in meinen Körper. Es nahm mir – auch aus Mangel an mich unterstützenden Weggefährten:innen – das Selbstbewusstsein und das Selbstbild, mich als Chirurgin zu sehen und mich so zu fühlen. Immer war ich das fleißige Bienenchen auf Station, das alles wuppte, die internistische, die psychosomatische, die geriatrische und onkologische Begleitung der Patient:innen gleich mit. Auch ein Wechsel an eine andere Klinik half nicht. Ich operierte



Dr. med. Astrid Stula
 Fachärztin für Gefäßchirurgie und
 Urologie
 Oberärztin Gefäßchirurgie in der
 Schön Klink Vogtareuth
 astula@schoen-klinik.de

wenig und schrieb umso mehr Arztbriefe. Ich bastelte mir ein Kittelschild „Fachärztin für Visitenmedizin“ – aus Trotz. Doch letztlich hatte ich mich selbst dazu degradiert und war kurz davor alles hinzuschmeißen. Ich war keine Chirurgin. Ich fühlte es nicht.

Ich stand nicht oft auf dem OP-Plan. Ich bettelte und bat förmlich um OPs. Und wurde noch seltsam vorwurfsvoll angeschaut, wenn ich nach durchgearbeiteten Nächten im Rufdienst nicht noch blieb, um zu operieren. Du bist halt keine richtige Chirurgin, hallte es in meinem Kopf.

Ich trat den Chirurginen e.V. bei und hatte ein schlechtes Gewissen. Ich gehöre doch gar nicht richtig dazu. Ich spiele doch mit dem Gedanken alles hinzuwerfen ... Auf dem BDC-Facharztseminar scheute ich jeden Smalltalk mit den Seminarleitern, denn: Was hatte ich schon zu erzählen? Weder fühlte ich, dass ich Chirurgin bin, noch wusste ich, ob ich überhaupt Gefäßchirurgin sein wollte. Beim gemeinsamen Abendessen wechselte ich den ganzen Abend kein Wort mit dem Chefarzt neben mir.

Zwei erfahrene Chirurginen, die ich über Die Chirurginen e.V. kennengelernt hatte, waren mir geduldige Zuhörerinnen, stellten provokante Fragen und gaben ehrliche Antworten, die mir Mut machten.

Dann aktivierte ich unser Netzwerk für eine Patientin und durfte einen aus dem Netzwerk vermittelten Patienten in unserer damaligen

Sprechstunde einplanen. Ich hatte das Gefühl dazuzugehören. Auch wenn ich doch eigentlich keine Chirurgin bin.

Das Gefühl konnte mir keiner geben. Ich musste es selbst fühlen. Aber es kann Initialzündungen geben. Und diese Zündung, die ich als Rehabilitation der Brandmarkung von damals empfand, kam unerwartet: Als ich eine „komplexe Notfallreko klug und technisch brilliant“ löste und mein damaliger Chef noch anfügte: „Sie sind Gefäßchirurgin.“ Noch bevor ich wenige Monate später zur Prüfung antrat. In der gleichen Nacht erkannte ich den rupturierten Carotispatch klinisch und sonografisch und stellte die Indikation zur sofortigen OP. Ich war mir meiner Diagnose sicher. In dieser Nacht fühlte ich endlich, dass ich Chirurgin bin. Und dazu noch Gefäßchirurgin. Auch wenn ich die Carotis nicht selbst revidierte. Ich habe all die Jahre durchgehalten, weil tief in mir drin die Chirurgin verborgen lag. Und nicht aufgab.

Also: Wann ist man Chirurgin?

Wenn Herz, Geist und Seele es fühlen. Wenn die Hände nach Skalpell und Pinzette verlangen und man sich plötzlich nichts anderes mehr vorstellen kann. Wenn man sich begeistert mit Kolleg:innen über mögliche OP-Verfahren austauscht. Wenn man aus dem Saal geht und sich innerlich über jeden Schnitt und jede Naht freut.

Dann ist man Chirurgin. ○

Stula A: Wann ist man Chirurgin?
 Passion Chirurgie. 2023 Mai;
 13(05): Artikel 04_03.



Weitere Artikel zum Thema
 „Chirurginnen“ finden Sie auf
 BDC|Online (www.bdc.de) unter
 der Rubrik Wissen | Karriere.

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: bdv-versicherungsservice@ecclesia.de

HYGIENE TIPP

Handys im OP-Saal

Walter Popp, Lutz Jatzwauk, Wolfgang Kohnen

Die Nutzung privater Mobiltelefone im OP-Saal hat zu unterbleiben. Sie stören den Ablauf der Operation und mindern vermutlich die Konzentration des OP-Teams.

Lange ist bekannt, dass Gespräche während einer Operation trotz Tragen eines chirurgischen Mund-Nasen-Schutzes die Luftkeimzahl an Mikroorganismen aus der Mundflora erhöhen. Folge unnötiger Gespräche, der sogenannten „irrelevanten“ Kommunikation im OP-Saal, sind vermehrte postoperative Wundinfektionen.

Zur Benutzung eines Mobiltelefons für dienstliche Telefonate durch das Anästhesieteam oder die „unsterile Schwester“ sehen wir derzeit keine Alternative. Ansonsten müsste ein zusätzlicher Mitarbeiter den OP-Saal betreten und die dienstliche Nachricht mündlich überbringen, was ebenso Mikroorganismen in den OP-Saal einträgt. Es kommt ohnehin schon 25- bis 50-mal pro Stunde intraoperativ zu einem Öffnen der OP-Türen, meist sogar ohne dienstlichen Grund.

Unbedingte Voraussetzung für die Benutzung von Mobiltelefonen im OP-Saal ist allerdings eine Händedesinfektion vor und nach Kontakt mit dem Handy.

Der Kurztipp im Auftrag der DGKH gibt die Meinung der Autoren wieder.



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

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, Popp W, Kohnen W: Hygiene-Tipp:
 Handys im OP-Saal. Passion Chirurgie.
 2023 Mai; 13(05): Artikel 04_03.

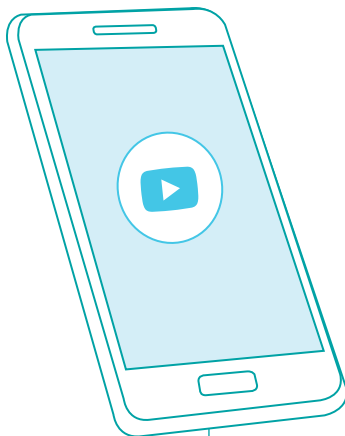


Weitere Hygiene-Tipps finden Sie auf BDC|Online
 (www.bdc.de), Rubrik Wissen | Qualität &
 Patientensicherheit | Hygiene-Tipp.

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.

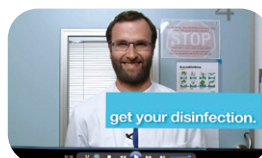
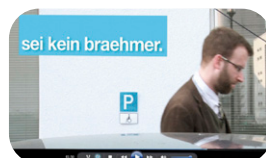
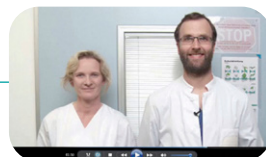
Der Berufsverband der Deutschen Chirurgie und die deutschen Hygieniker betreiben seit 2008 eine bundesweite Informationskampagne, die dazu beitragen soll, vermeidbare Infektionen in Klinik und Praxis zu reduzieren. Wir wissen, dass Sie als Chirurgin/Chirurg alles zur Infektprophylaxe und Hygiene wissen. 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 CHIRURGIE (BDC)
- BERUFSVERBAND DEUTSCHER HYGIENIKER (BDH)
- DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR KRANKENHAUSHYGIENE (DGKH)

Rezension: Was die Chirurgie fürs Leben lehrt

REZENSION

Martin Riegler



Was die Chirurgie fürs Leben lehrt

R. Horstmann

1. Edition, 2022, 167 S., Springer Berlin

ISBN 978-3-662-65067-7

EUR 22,99

Beim Verlag bestellen...

Rezensent:

Martin Riegler

Reflux & Health Care

Mariannengasse 10/4/9

1090 Vienna, Austria

martin.riegler@refluxordination.at

Vom Konzept her übersetzt die Diagnose Bilder in behandelbare Zeichen. Chirurgie listet auf, sortiert und behandelt. Akademische Chirurgie funktioniert durch ein gut begründetes Verständnis der Pathophysiologie, die der Krankheit zugrunde liegt. Diese oben genannten Qualitäten zu koordinieren, sorgt für ein wesentliches und zielgerichtetes Management der Krankheit. Als Folge wird Chirurgie zur Kunst, um Gesundheit und Wohlbefinden wiederherzustellen.

In seinem neuen Buch vereinigt Professor Rüdiger Horstmann, ein renommierter und hoch angesehener deutscher Allgemeinchirurg mit Spezialisierung auf die bariatrische Chirurgie, seine einzigartige humanistische, tolerante und aufgeschlossene Sichtweise mit seinem Verständnis für die akademische Medizin, die Chirurgie und das Leben. Dieses Buch motiviert, seinen Ideen zu folgen, um bei der Behandlung von Patienten erfolgreich zu sein. Das Buch ist gut geschrieben und strukturiert und erfasst alle wichtigen Aspekte und Überlegungen zu einem der Chirurgie gewidmeten Leben. Horstmann definiert in seinem Buch die Ziele und Anwendungsbereiche erfolgreicher Chirurgie, und wie man akademische und routinemäßige Chirurgie sowie Privatleben in Einklang bringen kann. Anhand persönlicher Erfahrungen und basierend auf evidenzbasierter Medizin kommt das Buch zu einem sehr positiven Fazit: Chirurgie lehrt Dankbarkeit und Demut.

In Übereinstimmung mit dem Autor sind dies die wichtigsten Voraussetzungen für eine erfolgreiche Medizin und Chirurgie. Je nach Ihrer Persönlichkeit, Ihrem Charakter und Ihren Eigenschaften können Sie unterschiedliche berufliche Wege einschlagen, sei es eine akademische Führungsposition, eine Assistenzstelle oder anderes. Sie sollten dabei Ihrer Intuition

folgen. Denn die Ziele und Wirkungsbereiche eines chirurgischen Lebens sollten einer Idee folgen. Diese Idee sollte ausformuliert und durch einen klaren, geradlinigen Prozess der Argumentationsführung in die Realität umgesetzt werden. So wird Ihr Berufsleben Freude und Glück bringen. Dies fördert fruchtbare Leistung und Zufriedenheit. Das Buch behandelt auch die wichtigen psychologischen Aspekte von Führung, Teamarbeit und Weiterem. Sehr zu schätzen ist, dass am Ende jedes Kapitels eine zusammenfassende Liste von Ideen steht. Dies erleichtert das Lesen und den Abschluss.

Zusammengenommen ist das Buch sinnvoll für diejenigen, die die Idee verfolgen, die Zukunft der Chirurgie in der deutschsprachigen EU und im Ausland positiv zu beeinflussen. Daher ist es besonders empfehlenswert für Student:innen und Chirurg:innen in Ausbildung. Die Publikation kann auch für diejenigen von Bedeutung sein, die die chirurgische Laufbahn bereits vor längerem eingeschlagen haben. Für eine positive Veränderung ist es nie zu spät.

Der einzige Nachteil des Buchs ist die Tatsache, dass es ziemlich lang ist (Chirurg:innen haben normalerweise keine Zeit zum Lesen!) und dass es Bilder und Grafiken enthalten sollte. Möge das Buch seine Leser:innen und Anhänger finden. Danke an den Autor, der sich die Zeit genommen hat, das Buch zu schreiben und es den Lesern zugänglich zu machen. Liebe Leserinnen und Leser, bleiben Sie dran und viel Spaß beim Lesen!

Insgesamt folgt das Buch der Idee des deutschen Schriftstellers Friedrich Hölderlin: „Flüsse fließen nicht ohne Grund ins Trockene, sie wollen Worte werden.“ (Original: „Umsonst nicht geh'n im Trockenen die Ströme“, Friedrich Hölderlin, Ister) 

Riegler M: Rezension: Was die Chirurgie fürs Leben lehrt. *Passion Chirurgie*. 2023 Mai; 13(05): Artikel 04_05.



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

Honorarberichte der KBV – Quartal 1–4/2021

KBV



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

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) hat nun auch das letzte **Quartal 2021** des Berichts zur Honorarentwicklung im Vergleich zu den entsprechenden Vorjahreszeiträumen veröffentlicht.

Hier geht es zum Download:

Erstes Quartal 2021

Zweites Quartal 2021

Drittes Quartal 2021

Viertes 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. ○



©iStock/utrecht



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

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.

MAI 2023

Dr. med. Haldun Celebi und **Dr. med. Stefan Kolbeck** sind Teil eines neuen Chefarztteams aus drei Chefarzten der Klinik für Unfallchirurgie, Orthopädie und Wirbelsäulenchirurgie in der Helios Albert-Schweitzer-Klinik Nottulden. Celebi ist seit März 2023 Chefarzt für Unfallchirurgie und Orthopädie und Kolbeck ist seit Januar 2023 neuer Chefarzt für Endoprothetik und Gelenkchirurgie. Das Team wird komplementiert durch **Prof. Dr. med. Bawarjan Schatlo**, dem die Wirbelsäulenchirurgie untersteht.

Dr. med. Nils-Kristian Dohse, seit 2010 im Agaplesion Diakonieklinikum Rotenburg/Wümme tätig und seit 2012 leitender Oberarzt der Klinik für Plastisch-Ästhetische und Rekonstruktive Chirurgie sowie Handchirurgie, übernahm im April 2023 die chefarztliche Leitung der Klinik.

Dr. med. Christian Hart übernahm im April 2023 die Position des Chefarztes für Allgemein- und Viszeralchirurgie an der Klinik Ottobrunen. Der Facharzt für Viszeralchirurgie mit der Zusatzbezeichnung „Spezielle Viszeralchirurgie“ war zuvor am Klinikum Kempten-Oberallgäu gGmbH tätig und baute das dortige Darmkrebszentrum auf.

Dr. med. Johann R. Koller, M.A. ist seit März 2023 erneut Chefarzt der Klinik für Gefäßchirurgie, vaskuläre und endovaskuläre Chirurgie in den Kreiskliniken Reutlingen. Nachdem er bis 2019 dort bereits zehn Jahre Chefarzt war, ging er zwischenzeitlich als Fachgutachter zum Sozialmedizinischen Dienst der Deutschen Rentenversicherung.

Dr. med. Andreas Laipple ist seit November 2022 neuer Chefarzt des KMG Zentrums für Gefäßchirurgie Nordbrandenburg am Standort Pritzwalk.

Dr. med. Holger Rieske übernahm im April 2023 die Leitung der Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie am Krankenhaus Leonberg. Rieske war seit 2009 Oberarzt im Klinikum Mittelbaden in Baden-Baden.

Dr. med. Jan Röhl hat im April die Leitung der Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädische Chirurgie im Alexianer Krankenhaus Hedwigs Höhe in Berlin übernommen. Der Facharzt für Chirurgie, Orthopädie und Unfallchirurgie war zuvor leitender Oberarzt in der Abteilung Orthopädie/Unfallchirurgie im Krankenhaus in Königs Wusterhausen.

Dr. med. Elmar Schwarz ist seit Februar 2023, gemeinsam mit **Prof. Dr. med. E. Rijcken**, neuer Chefarzt der Chirurgie am Klinikum Mutterhaus der Borromäerinnen in Trier. Zuvor war er leitender Oberarzt im Zentrum für Orthopädie und Unfallchirurgie am Klinikum Winterberg Saarbrücken.

Prof. Dr. med. Harald Tscherne, Nestor der Unfallchirurgie in Deutschland, feiert am 20. Mai 2023 seinen 90. Geburtstag. Er feiert im Kreis seiner Familie sowie seiner Schüler und Freunde.

Dr. med. Marcus Wiedner ist der neue Chefarzt der Gefäß- und Endovaskularchirurgie der Sana Kliniken Lübeck GmbH. Der Gefäßspezialist wechselte zu Anfang April 2023 vom Universitätsklinikum Schleswig-Holstein Campus Lübeck, wo er Leiter des Bereichs für Gefäß- und endovaskuläre Chirurgie war. ○



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



© iStock/Kobus Louw

Das neue Ehegattennotvertretungsrecht in Gesundheitsangelegenheiten

Jörg Heberer

Seit 01.01.2023 gilt die gesetzlich in § 1358 BGB verankerte gegenseitige Vertretung von Ehegatten in Angelegenheiten der Gesundheitssorge (sog. Ehegattennotvertretungsrecht). Wie das Wort „Ehegatten**not**vertretung“ aber schon suggeriert, wird hiermit keine Pauschalbefugnis für eine anlasslose und zeitliche unbegrenzt zulässige Vertretung geschaffen, sondern dieses gesetzliche Vertretungsrecht wird auf bestimmte Personen, Anwendungsfälle, abschließend aufgezählte Vertretungshandlungen im Bereich der Gesundheitssorge sowie zeitlich beschränkt.

BESCHRÄNKUNG DES NOTVERTRETUNGSRECHTS AUF BESTIMMTE PERSONEN

Das Recht zur gegenseitigen Vertretung kommt ausschließlich Ehegatten oder Lebenspartnern nach § 21 Lebenspartnerschaftsgesetz (nicht zu verwechseln mit Lebensgefährten, für die die gesetzliche Regelung gerade nicht gilt) zu, die nicht getrennt leben im Sinne des § 1567 Abs. 1 BGB. Hiernach leben Ehegatten getrennt, wenn zwischen ihnen keine häusliche Gemeinschaft



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

besteht und ein Ehegatte sie erkennbar nicht herstellen will, weil er die eheliche Lebensgemeinschaft ablehnt. Erforderlich für ein Getrenntleben ist damit jedenfalls ein Trennungswille zumindest eines Ehegatten.

ANWENDUNGSFÄLLE

§ 1358 Abs. 1 BGB beschränkt die Anwendungsfälle des Vertretungsrechts darauf, dass ein Ehegatte aufgrund von *Bewusstlosigkeit oder Krankheit* seine Angelegenheiten der Gesundheitsvorsorge rechtlich nicht besorgen kann (vertretener Ehegatte). Damit ist erforderlich, dass der vertretene Ehegatte entweder bewusstlos oder krank und aufgrund dessen einwilligungsunfähig ist.

Der Gesetzgeber führt in der Gesetzesbegründung dazu aus, dass damit klargestellt werde, dass Anlass für das gesetzliche Vertretungsrecht von Ehegatten eine *akut eingetretene gesundheitliche Beeinträchtigung des Ehegatten infolge eines Unfalls oder einer Erkrankung ist, die auch eine ärztliche Akutversorgung notwendig macht* (vgl. BT-Drucksache 19/24445, S. 179).

Fraglich ist damit aber, ob das Vertretungsrecht damit beispielsweise bei einer durch chronische Krankheit erstmals hervorgerufenen Einwilligungsunfähigkeit generell nicht gilt. Es wird hier somit wieder einmal die Rechtsprechung sein, die die Vorschrift wird auslegen müssen, um den Anwendungsbereich klar zu definieren.

ZULÄSSIGE NOTVERTRETUNGS-HANDLUNGEN

Ferner grenzt § 1358 Abs. 1 BGB den Umfang der Vertretungsberechtigung dahingehend ein, dass er die Angelegenheiten der Gesundheitsvorsorge, in denen der vertretende Ehegatte zur Vertretung berechtigt ist, abschließend festlegt.

Der vertretende Ehegatte kann hiernach für den vertretenen Ehegatten

1. in *Untersuchungen des Gesundheitszustandes, Heilbehandlungen oder ärztliche Eingriffe einwilligen oder sie untersagen sowie ärztliche Aufklärungen entgegennehmen*,

Hierbei muss es sich um medizinisch notwendige Untersuchungen, Behandlungen oder Eingriffe handeln. Der vertretende Ehegatte ist danach auch berechtigt, alle im Zusammenhang mit diesen medizinischen Maßnahmen notwendigen Aufklärungen entgegenzunehmen.

2. *Behandlungsverträge, Krankenhausverträge oder Verträge über eilige Maßnahmen der Rehabilitation und der Pflege abschließen und durchsetzen*,

Umfasst sind damit Rechtsgeschäfte, die unmittelbar nach Eintritt der das Vertretungsrecht auslösenden Erkrankung bzw. Bewusstlosigkeit anstehen sowie unaufschiebbare Maßnahmen der Rehabilitation und Pflege, die im zeitlichen Rahmen des Vertretungsrechts und im unmittelbaren kausalen Zusammenhang mit der anlassgebenden Erkrankung oder Bewusstlosigkeit getroffen werden müssen (vgl. BT-Drucksache 19/24445, S. 180). Mit umfasst vom Recht zur Durchsetzung sind auch die Geltendmachung von Mängeln sowie die Einleitung gerichtlicher Verfahren.

3. *über Maßnahmen nach § 1831 Abs. 4 BGB entscheiden, sofern die Dauer der Maßnahme im Einzelfall sechs Wochen nicht überschreitet*:

Diese zeitlich begrenzte Entscheidungsbefugnis bezieht sich auf freiheitsentziehende Maßnahmen. Hierunter fallen beispielsweise Bettgitter oder Medikamentengaben zur Ruhigstellung. Gleichwohl ist eine betreuungsgerichtliche Genehmigung der Entscheidung des vertretenden Ehegatten stets erforderlich, um deren Rechtmäßigkeit zu gewährleisten. Nicht unter die Vertretungsbefugnis fällt die Entscheidung über eine freiheitsentziehende Unterbringung.

4. *Ansprüche, die dem vertretenen Ehegatten aus Anlass der Erkrankung gegenüber Dritten zustehen, geltend machen und an die Leistungserbringer aus den Verträgen nach Nummer 2 abtreten oder Zahlung an diese verlangen*.

Hauptanwendungsfälle dürften Leistungsansprüche gegen die Krankenversicherung oder die Beihilfe des vertretenen Ehegatten sein. Der vertretende Ehegatte

Heberer J: Das neue Ehegattennotvertretungsrecht in Gesundheitsangelegenheiten. *Passion Chirurgie*. 2023 Mai; 13(05): Artikel 04_08.



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

kann diese Ansprüche zwar geltend machen, jedoch wird der Vertretungsumfang dahingehend beschränkt, dass er Leistung (z. B. Zahlung der Erstattungsleistung der Krankenversicherung) nicht an sich verlangen kann, sondern er den Leistungsanspruch entweder an den Leistungserbringer abtreten muss oder nur Zahlung direkt an diesen fordern kann (vgl. BT-Drucksache 19/24445, S. 180).

Trotz des abschließenden Katalogs sind in der Praxis Anwendungsschwierigkeiten zu erwarten. Denn der Vertretungsumfang wird jeweils nur allgemein beschrieben, sodass der Gesetzeswortlaut im Einzelfall dahin wird ausgelegt werden müssen, ob eine konkrete Handlung, z. B. eine Einwilligung oder ein Vertragsabschluss, tatsächlich vom Vertretungsrecht umfasst ist. Beispielsweise kommt es nach dem Gesetzeswortlaut in Nummer 1 nicht darauf an, ob eine Behandlungsmaßnahme oder ein ärztlicher Eingriff unaufschiebbar ist. Die Gesetzesbegründung fordert andererseits aber für Behandlungen oder Eingriffe, die nicht in direktem Zusammenhang mit der das Vertretungsrecht auslösenden Erkrankung stehen, die im Zuge der Behandlung jedoch erstmals diagnostiziert wurden und deren Behandlung aus medizinischer Sicht notwendig ist, jedenfalls eine Unaufschiebbarkeit der Behandlung bzw. des Eingriffs (vgl. BT-Drucksache 19/24445, S. 179).

Derartige Auslegungsfragen sind zukünftig durch die Gerichte zu klären, sodass eine gewisse Rechtsunsicherheit durch die Neuregelung verbleibt.

ZEITLICHE BESCHRÄNKUNG DES NOTVERTRETUNGSRECHTS

In § 1358 Abs. 3 Nr. 4 wird das Vertretungsrecht zeitlich auf maximal sechs Monate befristet, d. h. es endet mit Fristablauf automatisch. Hierdurch sollen Missbrauchsgefahren verhindert werden. Die Frist beginnt mit der Feststellung des Arztes vom Vorliegen der Voraussetzungen des Vertretungsrechts nach § 1358 Abs. 4 Nr. 1 BGB. Ist die Frist abgelaufen und der vertretene Ehegatte weiterhin nicht in der Lage, seine

gesundheitlichen Angelegenheiten zu regeln, so muss ein Betreuer bestellt werden, denn die Verlängerung des Notvertretungsrechts ist ausgeschlossen.

Wird während der Geltungsdauer des Notvertretungsrechts ein Betreuer bestellt, dessen Aufgabenkreis die in Absatz 1 Nummer 1 bis 4 bezeichneten Angelegenheiten umfasst, darf ab dessen Bestellung die Vertretung durch den Ehegatten nicht mehr ausgeübt werden (§ 1358 Abs. 5 BGB).

GESETZLICHE OFFENBARUNGSBEFUGNIS FÜR ÄRZTE

§ 1358 Abs. 2 BGB normiert bei Vorliegen der Voraussetzungen des Ehegattennotvertretungsrechts eine gesetzliche Offenbarungsbefugnis für Ärzte hinsichtlich der in Absatz 1 Nummer 1 bis 4 genannten Angelegenheiten, d. h. die behandelnden Ärzte sind gegenüber dem vertretenden Ehegatten von ihrer Schweigepflicht diesbezüglich entbunden. Der vertretende Ehegatte darf zudem die diese Angelegenheiten betreffenden Krankenunterlagen einsehen und ihre Weitergabe an Dritte bewilligen.

AUSSCHLUSS DES NOTVERTRETUNGSRECHTS

Dieses neue Vertretungsrecht nebst den Rechten des Ehegatten aus § 1358 Abs. 2 BGB besteht allerdings gemäß § 1358 Abs. 3 Nr. 1–4 BGB nicht, wenn

1. *die Ehegatten getrennt leben,*
2. *dem vertretenden Ehegatten oder dem behandelnden Arzt bekannt ist, dass der vertretene Ehegatte*
 - a) *eine Vertretung durch ihn in den in Absatz 1 Nummer 1 bis 4 genannten Angelegenheiten ablehnt oder*
 - b) *jemanden zur Wahrnehmung seiner Angelegenheiten bevollmächtigt hat, soweit diese Vollmacht die in Absatz 1 Nummer 1 bis 4 bezeichneten Angelegenheiten umfasst,*

Dem vertretenden Ehegatten kommt allerdings keine Pflicht zu, Ermittlungen bezüglich des Eingreifens von lit. a) oder b) anzustellen.

Liegt eine Vorsorge- oder Generalvollmacht vor, so ist der Ehegatte in seiner Vertretung jedenfalls nur insoweit beschränkt, als die Vollmacht eine Vertretungsbefugnis für die in Absatz 1 Nr. 1–4 genannten Angelegenheiten bestimmt. Somit kann der Ehegatte entweder ganz oder auch nur teilweise von der Notvertretung ausgeschlossen sein.

3. *für den vertretenen Ehegatten ein Betreuer bestellt ist, soweit dessen Aufgabenkreis die in Absatz 1 Nummer 1 bis 4 bezeichneten Angelegenheiten umfasst, **oder***
4. *die Voraussetzungen des Absatzes 1 nicht mehr vorliegen oder mehr als sechs Monate seit dem durch den Arzt festgestellten Zeitpunkt, zu dem die Voraussetzungen des Absatzes 1 spätestens eingetreten sind, vergangen sind.*

Die Voraussetzungen des Notvertretungsrechts liegen nicht mehr vor, sobald der vertretene Ehegatte seine gesundheitlichen Angelegenheiten rechtlich wieder selbst besorgen kann. Ist dies nach sechs Monaten immer noch nicht der Fall, endet das Notvertretungsrecht automatisch und es muss, wie oben dargestellt, ein Betreuer bestellt werden.

Liegt nur einer dieser Ausschlussgründe vor, so ist der Ehegatte nicht zur Notvertretung berechtigt bzw. endet dessen Vertretungsrecht bei späterem Eintritt eines Ausschlussgrundes.

Es stellt sich damit aber auch die Frage, ob Ärzte hier zur Prüfung bzw. Nachforschung bezüglich des Vorliegens eines Ausschlussgrundes verpflichtet sind. Die Begründung zum Gesetzentwurf spricht sich jedenfalls gegen eine solche spezifische Prüf- und Nachforschungspflicht des Arztes aus. Inwieweit dies auch bei aufkommenden Zweifeln des Arztes an der Vertretungsberechtigung gilt, ist offen und müsste ebenfalls gerichtlich geklärt werden, wobei eine solche Pflicht dem Sinn und Zweck der Regelung zuwiderlaufen würde und Ärzten regelmäßig nicht zumutbar sein dürfte.

Hingegen ist bei positiver Kenntnis eines Arztes vom Vorliegen eines Ausschlussgrundes,

z. B. von einer Ablehnung oder einer Vollmacht nach Ziffer 2, dieser zwingend zu berücksichtigen, sodass die Vertretung durch den Ehegatten folglich abgelehnt werden muss (vgl. BT-Drucksache 19/24445, S. 181).

NEUES AUSKUNFT- UND EINSICHTSRECHT FÜR ÄRZTE IN DAS ZENTRALE VORSORGEREGISTER

Dennoch hat der Arzt nunmehr die Möglichkeit, bei Zweifeln, ob der Vertretene von seinem Ehegatten vertreten werden möchte oder wenn Anhaltspunkte bestehen, dass einem Dritten eine Vorsorgevollmacht erteilt wurde, der Ehegatte aber auf seinem Notvertretungsrecht besteht, zu überprüfen, ob der Patient einen Widerspruch gegen die Vertretung durch seinen Ehegatten oder eine Vorsorgevollmacht, ggf. in Kombination mit einer Patienten- oder Betreuungsverfügung im Zentralen Vorsorgeregister eintragen hat lassen. Bisher konnte eine solche Einsicht nur durch das Betreuungsgericht vorgenommen werden (vgl. BT-Drucksache 19/24445, S. 182). Nun steht in diesen Fällen auch dem Arzt ein Auskunft- und Einsichtsrecht in das Register zu, soweit eine Auskunft für die Entscheidung über eine dringende medizinische Behandlung erforderlich ist (vgl. § 78b Abs. 1 S. 2 BNotO). Das Auskunft- und Einsichtsrecht ist somit auf Notfallsituationen beschränkt, in denen die Behandlung oder der Eingriff dringlich ist (vgl. BT-Drucksache 19/24445, S. 325).

Die Auskunft an die Ärzte erfolgt im Wege eines automatisierten Verfahrens auf Abruf. Dafür hat die Bundesnotarkammer zuvor mit der jeweiligen Landesärztekammer generell für solche Abfragen schriftlich Festlegungen zu den technischen und organisatorischen Maßnahmen zur Gewährleistung des Datenschutzes und der Datensicherheit zu treffen (vgl. BT-Drucksache 19/24445, S. 325). Die Abfragen werden protokolliert. Die Landesärztekammern sind zur nachträglichen Überprüfung, ob die Voraussetzungen des § 78b Abs. 1 S. 2 BNotO vom ersuchenden Arzt eingehalten worden sind, berechtigt und können die Protokolle hierzu verwenden. Sollte ein Arzt Einsicht in das Zentrale Vorsorgeregister genommen haben, ohne dass diese Einsicht

für die Entscheidung über eine medizinische Behandlung dringend erforderlich gewesen ist, wäre dies ein berufsrechtlicher Verstoß gegen die Pflichten zur gewissenhaften Berufsausübung, zur Entsprechung des entgegengebrachten Vertrauens und zur Einhaltung der berufsrechtlichen Vorschriften (vgl. §§ 2 Abs. 2 S. 1, Abs. 5 MBO-Ä). Dies könnte ein berufsrechtliches Verfahren nach sich ziehen, in dem die Protokolle zur Beweisführung verwendet werden können. Die Landesärztekammer hat ihr zur Verfügung gestellte Protokolle ein Jahr nach ihrem Eingang zu löschen, sofern die Protokolle nicht für weitere, bereits eingeleitete Prüfungen benötigt werden (vgl. BT-Drucksache 19/24445, S. 325, 326).

DOKUMENTATIONSPFLICHTEN DES ARZTES

Bedauerlicherweise geht mit dem Notvertretungsrecht aber ein weiterer Verwaltungsaufwand für Ärzte einher. Denn nach § 1358 Abs. 4 BGB hat der Arzt im Zusammenhang mit der erstmaligen Ausübung des Vertretungsrechts dem vertretenden Ehegatten

1. *Das Vorliegen der Voraussetzungen des Absatzes 1 und den Zeitpunkt, zu dem diese spätestens eingetreten sind, schriftlich zu bestätigen.*

Es muss vom Arzt also bestätigt werden, dass aufgrund von Bewusstlosigkeit oder einer Krankheit der Patient seine Angelegenheiten der Gesundheitssorge rechtlich nicht besorgen kann sowie der Zeitpunkt, zu dem die Erkrankung oder die Bewusstlosigkeit spätestens eingetreten sind. Zur Festlegung des Zeitpunkts kann sich der Arzt auf die Angaben des vertretenden Ehegatten stützen oder, falls solche fehlen, auf den Zeitpunkt der Klinikeinlieferung bzw. der Vorstellung beim Arzt (vgl. BT-Drucksache 19/24445, S. 183).

2. *Dem vertretenden Ehegatten diese Bestätigung mit einer schriftlichen Erklärung über das Vorliegen der Voraussetzungen des Absatzes 1 und das Nichtvorliegen der Ausschlussgründe des Absatzes 3 vorzulegen.*

Nachdem der Arzt die Voraussetzungen des Notvertretungsrechts und des Zeitpunkts

ihres Eintritts festgestellt hat, muss der Ehegatte, der das Vertretungsrecht ausüben möchte, über die Ausschlussgründe nach Absatz 3 informiert werden. Hierzu ist ihm nach der Gesetzesbegründung ein Dokument vorzulegen, in dem neben der Bestätigung des Arztes die in der Regelung vorgesehenen Ausschlussgründe für das Ehegattenvertretungsrecht nach Absatz 3 dargelegt sind. Wünscht der Ehegatte deren Erläuterung, muss dem vom Arzt oder einem Verwaltungsmitarbeiter der Klinik nachgekommen werden (vgl. BT-Drucksache 19/24445, S. 183).

3. *Sich von dem vertretenden Ehegatten schriftlich versichern zu lassen, dass*
 - a) *das Vertretungsrecht wegen der Bewusstlosigkeit oder Krankheit, aufgrund derer der Ehegatte seine Angelegenheiten der Gesundheitssorge rechtlich nicht besorgen kann, bisher nicht ausgeübt wurde und*
 - b) *kein Ausschlussgrund des Absatzes 3 vorliegt.*

Auf dem Dokument ist somit zudem die schriftliche Versicherung des Ehegatten erforderlich, dass weder ein Ausschlussgrund vorliegt noch das Notvertretungsrecht aufgrund der aktuellen Bewusstlosigkeit oder Krankheit schon ausgeübt wurde. Durch die Versicherung der erstmaligen Ausübung soll eine „kettenmäßige“ Ausübung bei länger andauernden oder chronischen Erkrankung verhindert werden. Nicht ausgeschlossen sein soll jedoch nach dem Willen des Gesetzgebers eine mehrfache Notvertretung wegen zeitlich unabhängig voneinander eingetretener Krankheiten bzw. Bewusstlosigkeit, beispielsweise eines schweren Unfalls und eines zu einem späteren Zeitpunkt erlittenen Schlaganfalls (vgl. BT-Drucksache 19/24445, S. 183).

Dieses Dokument ist dem vertretenden Ehegatten für die weitere Ausübung des Notvertretungsrechts schließlich auszuhändigen. Ebenfalls sollte dies nach Ansicht des Verfassers zwingend in die Behandlungsdokumentation Einzug halten.

Das Bundesjustizministerium, die Bundesärztekammer und die Deutsche

Krankenhausgesellschaft haben ein Muster-Dokument erstellt, das unter anderem **HIER** erhältlich ist.

ANFORDERUNGEN AN DEN EHEGATTEN BEI AUSÜBUNG DES NOTVERTRETUNGSRECHTS

Nachdem § 1358 Abs. 6 BGB auf diverse Vorschriften zur Betreuung verweist, unterliegt der vertretende Ehegatte letztendlich bei der Ausübung des Vertretungsrechts den gleichen Vorgaben wie ein Vorsorgebevollmächtigter und ein gerichtlich bestellter Betreuer. Beispielhaft sind hier zu nennen, dass er die Angelegenheiten des vertretenden Ehegatten so zu besorgen hat, wie es dessen Wünschen entspricht oder, dass dem in einer wirksamen Patientenverfügung niedergelegten Willen des vertretenen Ehegatten Ausdruck und Geltung zu verschaffen ist, wenn die Festlegungen in der Patientenverfügung auf die aktuelle Lebens- und Behandlungssituation zutreffen. Ferner ist insbesondere auf § 1829 Absatz 1 bis 4 BGB hinzuweisen, der festlegt, unter welchen Voraussetzungen die Entscheidung des vertretenden Ehegatten eine Genehmigung des Betreuungsgerichts erfordert.

FAZIT

Nachdem in der Praxis die Erteilung einer Vorsorgevollmacht zu Gunsten des Ehegatten für Fälle einer plötzlichen Einwilligungsunfähigkeit bislang wohl zu wenig genutzt wurde, ist nach Meinung des Verfassers die gesetzliche Verankerung eines Ehegattennotvertretungsrechts sicherlich dem Grunde nach zu befürworten. Dies zum einen im Hinblick auf die dadurch grundsätzlich und zumindest zunächst entfallende Betreuerbestellung, was die Ärzteschaft zukünftig hoffentlich entlastet. Zum anderen auf die hiermit in der Regel verbundene Rechtssicherheit.

Dennoch bleiben auch hier Unwägbarkeiten für die Ärzte in der praktischen Anwendung im Einzelfall bestehen, vor allem durch die von den Gerichten zukünftig zu klärenden Auslegungsfragen.

Zudem ist auch fraglich, ob ein Arzt Konsequenzen zu befürchten hat, wenn sich beispielsweise der vertretende Ehegatte das Ehegattenvertretungsrecht durch falsche Angaben erschleicht oder eine Vorsorgevollmacht fälscht. Der Gesetzgeber vertritt

hierzu jedenfalls klar die Auffassung, dass dem vertretenen Ehegatten in solchen Fällen keine Ansprüche gegen Dritte, wie Ärzte oder Krankenhaus zustehen und zwar unabhängig vom Gutgläubensschutz sowie, dass ein Arzt, der auf eine gefälschte Vollmacht vertraut, weder zivil- noch strafrechtliche Sanktionen befürchten muss (vgl. BT-Drucksache 19/24445, S. 480). Nach Auffassung des Verfassers kann dies unter allen rechtlichen und tatsächlichen Aspekten nur richtig sein. Gleichwohl wird man abwarten müssen, ob und wie sich ggf. die Gerichte hierzu positionieren werden. Bei Zweifeln des Arztes über die Vertretungsberechtigung wäre bis dahin nach Ansicht des Verfassers jedenfalls der rechtssicherste Weg die Anregung einer Betreuerbestellung.

Ebenso bleibt abzuwarten, ob der für Ärzte neu einhergehende Informations- und Dokumentationsaufwand für die Ausstellung der ärztlichen Bescheinigung, den die Gesetzesbegründung im Übrigen mit ca. 30 Minuten einschätzt, tatsächlich zu keinem Mehraufwand im Vergleich zu den ärztlichen Aufgaben bei Betreuerbestellung führen wird. ○

BDC|AKADEMIE

DEUTSCHE AKADEMIE FÜR CHIRURGISCHE FORT- UND WEITERBILDUNG



Viszeralchirurgie Kompakt
Kolorektale Chirurgie
Berlin, 14. – 15. Juni 2023

Empfohlen für
Fachärztinnen/-Ärzte, Chefärztinnen/-Ärzte
und Niedergelassene Ärztinnen/Ärzte

BDC|SEMINAR – VISZERALCHIRURGIE KOMPAKT: KOLOREKTALE CHIRURGIE

Das Seminar richtet sich an Chirurginnen und Chirurgen mit Erfahrung in der kolorektalen Chirurgie. Als zweitägiges interaktives Kompaktseminar bietet es aktuelles, theoretisches Wissen zu Behandlungsstrategien und operativen Techniken der Proktologie, bei entzündlichen Darmerkrankungen sowie kolorektalen Karzinomen und einen Tag mit Live-OPS, bei denen etablierte und neue Operationstechniken demonstriert und mit den Operateuren diskutiert werden können.

Termin:	14.06. bis 15.06.2023
Veranstaltungsort:	Berlin
Referenten:	Dr. med. Oliver Haase; Prof. Dr. med. Johann Pratschke; Prof. Dr. med. Katharina Beyer

Informationen und Anmeldung über www.bdc.de (Rubrik BDC|Akademie, Fachgebiet Viszeralchirurgie)

Frage & Antwort



Bedenkzeit zwischen Aufklärung und Einwilligung



Antwort von Dr. jur. Jörg Heberer

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

Heberer J: F+A: Bedenkzeit zwischen Aufklärung und Einwilligung.
2023 Mai; 13(05): Artikel 04_09.



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

FRAGE:

Ein Chefarzt fragt an, ob dem Patienten ein bestimmter Zeitraum als Bedenkzeit zwischen Aufklärung und Einwilligung gewährt werden muss, oder ob der Patient auch unmittelbar nach der Aufklärung bzw. durch späteres Erscheinen zum Eingriff rechtswirksam in diesen einwilligen kann.

ANTWORT:

Das OLG Bremen hatte im November 2021 für eine aufsehenerregende Entscheidung unter Klinikträgern, Ärzten und Fachanwälten für Medizinrecht gesorgt, indem es zum einen die Auffassung vertrat, dass die Einwilligung eines Patienten unwirksam sei, wenn diese unmittelbar nach dem Aufklärungsgespräch erteilt werde, weil dem Patienten entgegen § 630e Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 BGB keine Bedenkzeit zwischen der Aufklärung über die Risiken des Eingriffs und der Entscheidung über die Einwilligung eingeräumt werde. Zum anderen war es der Ansicht, ein Patient könne auch nicht konkludent dadurch in eine Operation einwilligen, wenn er sich drei Tage nach dem Aufklärungsgespräch zur stationären Aufnahme in die Klinik begibt, um die Operation durchführen zu lassen.

Dieses Urteil hat jedoch – nach Meinung des Verfassers glücklicher- und richtigerweise – keine Bestandskraft erlangt, da der BGH diesen beiden Rechtsauffassungen des OLG Bremen

nunmehr entschieden eine Abfuhr erteilt hat. Am 20.12.2022 urteilte der BGH hierzu wie folgt (vgl. zu Nachfolgendem: **BGH, Urteil vom 20.12.2022 – VI ZR 375/21**):

GRUNDSÄTZLICH IST KEINE BEDENKZEIT ZWISCHEN AUFKLÄRUNG UND EINWILLIGUNG ERFORDERLICH

Mit seiner Beurteilung, dass eine Einwilligung nicht sofort nach der Aufklärung erteilt werden könne, überspannt das OLG Bremen aus Sicht des 6. BGH-Senats den Wortlaut des § 630e Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 BGB und stellt überzogene Anforderungen an die der Behandlungsseite obliegenden Pflichten zur Einholung einer Einwilligung. Die Bestimmung enthält kein Erfordernis, wonach zwischen Aufklärung und Einwilligung ein bestimmter Zeitraum liegen müsste, sondern kodifiziert die bisherige Rechtsprechung, der zufolge der Patient vor dem beabsichtigten Eingriff so rechtzeitig aufgeklärt werden muss, dass er durch hinreichende Abwägung der für und gegen den Eingriff sprechenden Gründe seine Entscheidungsfreiheit und damit sein Selbstbestimmungsrecht in angemessener Weise wahrnehmen kann (vgl. Rn. 16). § 630e Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 BGB regelt die Anforderungen an die Aufklärung des Patienten in zeitlicher Hinsicht. Nach dieser Vorschrift muss die Aufklärung so rechtzeitig erfolgen, dass der Patient seine Entscheidung über die Einwilligung wohlüberlegt treffen kann. Bereits nach dem Wortlaut und der Stellung im Gesetz bezieht sich die Bestimmung somit allein auf den Zeitpunkt, zu dem das Aufklärungsgespräch stattzufinden hat, das rechtzeitig vor dem Eingriff erfolgen muss. Nach dem Willen

des Gesetzgebers zum Patientenrechtegesetz sollte mit dieser Regelung keine inhaltliche Änderung der Rechtslage verbunden sein, sondern lediglich die bisherige Rechtsprechung wiedergegeben werden. Im Einklang mit dieser sieht sie keine vor der Einwilligung einzuhaltende „Sperrfrist“ vor, deren Nichteinhaltung zur Unwirksamkeit der Einwilligung führen würde; sie enthält kein Erfordernis, wonach zwischen Aufklärung und Einwilligung ein bestimmter Zeitraum liegen müsste. Entscheidend ist, ob der Patient unter den jeweils gegebenen Umständen ausreichend Gelegenheit hat, innerlich frei darüber zu entscheiden, ob er sich der beabsichtigten medizinischen Maßnahme unterziehen will oder nicht (vgl. Rn. 18).

Zu welchem konkreten Zeitpunkt ein Patient nach ordnungsgemäßer – insbesondere rechtzeitiger – Aufklärung seine Entscheidung über die Erteilung oder Versagung seiner Einwilligung trifft, ist aus Sicht der Richter seine Sache. Sieht er sich bereits nach dem Aufklärungsgespräch zu einer wohlüberlegten Entscheidung in der Lage, ist es sein gutes Recht, die Einwilligung sofort zu erteilen. Wünscht er dagegen noch eine Bedenkzeit, so kann von ihm grundsätzlich erwartet werden, dass er dies gegenüber dem Arzt zum Ausdruck bringt und von der Erteilung einer – etwa im Anschluss an das Gespräch erbetenen – Einwilligung zunächst absieht. Dass ihn dies – beispielsweise, weil er bereits in Operationsplanungen einbezogen ist und sich einem „Apparat“ gegenüber sieht, den er möglichst nicht stören möchte – eine gewisse Überwindung kosten mag, ist seiner Selbstbestimmung zuzuordnen. Der – zum Zwecke einer sinnvollen Wahrnehmung seines Selbstbestimmungsrechts – ordnungsgemäß aufgeklärte Patient ist nicht passives Objekt ärztlicher Fürsorge; er ist vielmehr grundsätzlich dazu berufen, von seinem Selbstbestimmungsrecht aktiv Gebrauch zu machen und an der Behandlungsentscheidung mitzuwirken. Es kann von ihm grundsätzlich verlangt werden zu offenbaren, wenn ihm der Zeitraum für eine besonnene Entscheidung nicht ausreicht. Tut er dies nicht, so kann der Arzt grundsätzlich davon ausgehen, dass er keine weitere Überlegungszeit benötigt (vgl. Rn. 19).

Eine andere Beurteilung ist allerdings – sofern medizinisch vertretbar – nach Ansicht des

BGH dann geboten, wenn für den Arzt erkennbare konkrete Anhaltspunkte dafür gegeben sind, dass der Patient noch Zeit für seine Entscheidung benötigt. Solche Anhaltspunkte können beispielsweise in einer besonders eingeschränkten Entschlusskraft des Patienten liegen. Gleiches gilt, wenn dem Patienten nicht die Möglichkeit gegeben wird, weitere Überlegungszeit in Anspruch zu nehmen. Das ist etwa – von medizinisch dringenden Behandlungsmaßnahmen abgesehen – dann anzunehmen, wenn der Patient zu einer Entscheidung gedrängt oder „überfahren“ wird (vgl. Rn. 20).

KONKLUDENTE EINWILLIGUNG DURCH ERSCHEINEN ZUR OP

Nach der Rechtsprechung des Senats ist die Einwilligung in den ärztlichen Eingriff kein Rechtsgeschäft, sondern eine Gestattung oder Ermächtigung zur Vornahme tatsächlicher Handlungen, die in den Rechtskreis des Gestattenden eingreifen. Die Vorschriften über Willenserklärungen finden daher keine unmittelbare Anwendung. Der Gesetzgeber hat die Einwilligung nicht als Rechtsgeschäft konzipiert, sondern als frei widerrufliche Disposition über ein höchstpersönliches Rechtsgut (vgl. Rn. 23).

Die Einwilligung in den ärztlichen Eingriff ist nicht an eine bestimmte Form gebunden. Sie kann ausdrücklich erfolgen oder sich konkludent aus den Umständen und dem gesamten Verhalten des Patienten ergeben. Für die Ermittlung des Bedeutungsgehalts des Verhaltens des Patienten ist dabei maßgeblich, wie es aus der Sicht eines objektiven Dritten in der Position des Empfängers – des Behandlers – verstanden werden musste. Entgegen der Auffassung des OLG Bremen setzt die Annahme einer (konkludenten) Einwilligung weder den Widerruf einer zuvor erklärten (unwirksamen) Einwilligung durch den Patienten noch das Bewusstsein des Behandelnden voraus, der Patient erteile erstmals eine wirksame Einwilligung (vgl. Rn. 24). Entscheidend ist, ob der Patient zu irgendeinem Zeitpunkt vor dem Eingriff eine wirksame Einwilligung erklärt und diese nicht widerrufen hat (vgl. Rn. 25).

Nachdem der Patient im konkreten Fall am 01.11.2013 ordnungsgemäß aufgeklärt und sich mehr als zwei Tage später, am 04.11.2013, zum

Zwecke der Operation in das Krankenhaus begab, sich stationär aufnehmen ließ und die Operationsvorbereitungen duldete, mussten die behandelnden Ärzte dieses Verhalten dahingehend verstehen, dass er mit der streitgegenständlichen Operation einverstanden war. Mit diesem Verhalten hat er seine bereits am 01.11.2013 unmittelbar nach dem Aufklärungsgespräch erklärte Einwilligung, sofern sie wirksam ist, „begrächtigt“; war diese Einwilligung hingegen unwirksam, weil ihm nicht die erforderliche Überlegungszeit eingeräumt war, sondern er zu ihrer Erteilung gedrängt wurde, so hat er die erforderliche Einwilligungserklärung erstmals am 04.11.2013 abgegeben. Der ärztliche Eingriff vom 04.11.2013 war somit aus Sicht der BGH-Richter in jedem Fall durch eine wirksame Einwilligung des Patienten gedeckt (Rn. 26).

Zusammenfassend kann ein Patient damit sofort nach dem Aufklärungsgespräch in eine Behandlungsmaßnahme wirksam einwilligen, wenn er sich zu diesem Zeitpunkt zu einer wohlüberlegten Entscheidung in der Lage sieht. Ist dies nicht der Fall, muss er dies gegenüber dem Arzt kundtun. Die unmittelbar erteilte Einwilligung kann jedoch dann unwirksam sein, wenn für den Arzt erkennbar konkrete Anhaltspunkte vorliegen, die gegen eine wohlüberlegte Entscheidungsfähigkeit des Patienten zum Einwilligungszeitpunkt sprechen. Keinesfalls sollte der Patient auch zu einer Entscheidung unmittelbar nach dem Aufklärungsgespräch gedrängt oder „überfahren“ werden. Erscheint der Patient sodann jedoch einige Tage nach dem Aufklärungsgespräch zur Durchführung der Maßnahme, dann erteilt er hiermit jedenfalls konkludent seine Einwilligung.

Für Klinikträger und Ärzte ist diese BGH-Entscheidung höchst erfreulich, da ansonsten erhebliche Schwierigkeiten bei der Umsetzung der Praxis- und Klinikabläufe zu befürchten gewesen wäre. Aber auch die Mündigkeit der Patienten wird hierdurch nicht mehr in Frage gestellt. 

BDC-PRAXISTEST

Zwischen Bürokratie und Arztzeit-Mangel – Perspektiven des ärztlichen Nachwuchses

Lea Schwan, Rüdiger Jacob, Johannes Kopp

VORWORT

Medizinstudierende 2022 – der Druck steigt

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

auch wenn es in jugendlichen Entwicklungen keinen unabänderlichen Determinismus gibt, bleibt es ein großer Vorteil, die wichtigen soziologischen Strömungen nachwachsender Generationen zu kennen. Das Berufsmonitoring Medizinstudierende, das unter Leitung der Universität Trier seit 2010 regelmäßig durchgeführt wird, ist deshalb für den Umgang mit dem ärztlichen Nachwuchs ein wertvolles Instrument. Wir freuen uns deshalb sehr, hier die aktuellen Erkenntnisse des Teams um Professor Rüdiger Jacob zu präsentieren.

Prof. Dr. Rüdiger Jacob

Soziologie-Empirische Sozialforschung
Universität Trier
jacob@uni-trier.de

Prof. Dr. Johannes Kopp

Soziologie-Empirische Sozialforschung
Universität Trier
kopp@uni-trier.de

Lea Schwan, M.A.

Soziologie-Empirische Sozialforschung
Universität Trier
schwan@uni-trier.de

Nicht alle Ergebnisse der Erhebung von 2022 überraschen, denn Trends entwickeln sich neben disruptiven Ereignissen vor allem kontinuierlich. Besondere Aufmerksamkeit verdienen einige Befunde aber schon. Neben dem fortgesetzten Thema der eingeschränkten Familientauglichkeit des Berufs leidet die kommende Arztgeneration vor allem unter der überbordenden Bürokratie, der hohen Arbeitsbelastung und dem starken ökonomischen Druck. Das ist deshalb von so großer Bedeutung, weil Bürokratie, Arbeitslast und Effizienzstreben hausgemachte Probleme des deutschen Gesundheitssystems darstellen. Die administrativen Aufgaben von Ärztinnen und Ärzten nehmen seit Jahrzehnten stetig zu, wobei vielfach nicht erkennbar ist, welche systematischen Vorteile damit erwirtschaftet werden sollen. Mit dem Arbeitsbeginn werden ambitionierte, junge Ärztinnen und Ärzte ganz außerhalb ihrer Kernkompetenz in Verwaltungsaufgaben verbrannt. Auch die digitale Patientenakte wird in der jetzigen Form zunächst daran nichts ändern, sondern den medizinischen Nachwuchs fern vom Patienten an den Rechner kleben. Die hohe Arbeitsbelastung folgt einer Aufgabenverdichtung, die zwar in vielen Berufssparten wiederzufinden ist, in der Medizin aber bespiellose Ausmaße angenommen hat. Zeit ist Geld, Leistungszahlen der Erfolg, Geschwindigkeit das Trainingsziel und empathischer Humanismus Verschwendung. Und der ökonomische Druck beschwert frisches ärztliches Handeln alltäglich mit einer neuen moralisch überbauten Last, welche die hippokratischen Grundfesten von Linderung und Heilung im merkantilen Nebel bald gänzlich verschwinden lässt.

Man könnte schlussfolgern, dass unter diesen Bedingungen eine inhaltliche Anpassung des Medizinstudiums die Lösung bietet. Doch Vorsicht: man erntet, was man sät. Wer von zeitgetakteten Kaufleuten digital behandelt werden möchte, wird das begrüßen. Wer jemals Krankheit persönlich ob aktiv oder passiv erlebt hat, wird das sicher nicht. Und – for god's sake – der ärztliche Nachwuchs will es auch nicht!

Die Ergebnisse der aktuellen Befragung legen vielmehr nahe, den unangemessenen Bürden forciert und konstruktiv entgegenzutreten. Die Digitalisierung in der Medizin muss endlich um den Aspekt der ärztlichen und pflegerischen Arbeitsersparnis ergänzt werden. Das betrifft im Moment vor allem die digitale Patientenakte. Arbeitsalltägliche Vorgaben jeder Art benötigen eine diskursive Elaboration der Vor- und Nachteile. Dazu zählen neben Verwaltungsaufgaben übrigens auch Hygienebestimmungen oder Zertifizierungsordnungen. Medizinische Qualität und Menschenliebe gehören wieder in das Zentrum unseres Tuns, auch um wieder eine Aufdehnung der Arbeitsprozesse zu ermöglichen. Und ökonomische Aufgaben gehören nicht auf die Schultern von medizinischen Berufsstartern, denn das ist Führungsarbeit, und zwar eine kaufmännische.

Wir können das ändern, denn wir sitzen auch an Hebeln. Die Zukunft gehört zwar nicht mehr uns, aber wir können sie gestalten. Oder wir lassen alles so wie es ist, doch dann läuft die Jugend uns weg. Denn einer getriebenen Herde von Schafen will sie ganz offensichtlich nicht beitreten.

Erhellende Lektüre wünschen

Prof. Dr. med.
C. J. Krones



und

Prof. Dr. med.
D. Vallböhmer



Schwan L, Jacob R, Kopp J: BDC-Praxistest: Zwischen Bürokratie und Arztzeit-Mangel – Perspektiven des ärztlichen Nachwuchses. *Passion Chirurgie*. 2023 Mai; 13(05): Artikel 05_01.



Weitere Artikel zum Thema „Berufsmonitoring“ finden Sie auf BDC|Online (www.bdc.de) unter der Rubrik Politik | Aus- & Weiterbildung.

Der berufliche Alltag von Ärztinnen und Ärzten weist viele Facetten auf, von denen Patientinnen und Patienten, aber auch viele angehende Ärzte, wenig bis nichts wissen oder sich falsche Vorstellungen machen – wozu sicher auch die vielen Arzt- und Krankenhaus-soaps beigetragen haben. Denn neben der genuin ärztlichen Tätigkeit der Diagnose und Therapie von Patienten treten mehr und mehr unterschiedliche Verwaltungs- und Managementtätigkeiten mit einem hohen Maß an Bürokratie auf den Plan. Die Ärzteschaft muss sich u. a. mit Personal- und Praxisführung, Medizinrecht, Abrechnungsmodalitäten, Budgetverwaltung, möglichen Regressen und sehr weitgespannten Dokumentationspflichten befassen. Diese Vielschichtigkeit konfrontiert auch viele Medizinstudierende mit einem Problem, das ihnen zu Beginn ihres Studiums oft kaum bewusst ist: Sie müssen diese Bürokratie (i. w. S.) und die eigentliche ärztliche Tätigkeit, aufgrund derer sie das Studium der Medizin gewählt haben, miteinander in Einklang bringen. Dies stellt insofern ein Problem dar, als das Studium in der Regel zwar gut auf ärztliche Tätigkeiten vorbereitet, dagegen weniger gut bis gar nicht auf Verwaltung und Management.

Ergebnisse des Berufsmonitorings Medizinstudierende, das seit dem Jahr 2010 in einem vierjährigen Turnus in Kooperation zwischen der Professur Soziologie/Empirische Sozialforschung der Universität Trier, der KBV, dem MFT und der BVMD durchgeführt wird, zeigen dies mit bemerkenswerter Konstanz im Zeitverlauf sehr deutlich.

Nachfolgend werden wir daher auf die unterschiedlichen Herausforderungen des ärztlichen Berufs und die in unserer Befragung gesammelten Befürchtungen, Anregungen und Vorstellungen des ärztlichen Nachwuchses genauer eingehen. Die verschiedenen Themen lassen sich in Bürokratie, Vereinbarkeit von Familie, Freizeit und Beruf, Arbeitsbelastung, Fachärztliche Weiterbildung und Wohn- und Arbeitsort gliedern.

BÜROKRATIE

Nicht wenige der befragten Medizinstudierenden äußern den Wunsch nach Schulungen zu Niederlassung und Praxisführung während

des Studiums sowie nach größerer Unterstützung bei der Bewältigung zukünftiger Verwaltungsarbeit. Dies ist vor dem Hintergrund des realen bürokratischen Aufwands von Vertragsärzten und -ärztinnen und dem sich verschärfenden Arztzeit-Mangel kaum verwunderlich. Denn: Laut Ärztemonitor verbringen Vertragsärzte rund 7,4 Stunden pro Woche mit Verwaltungsarbeit [1].

FAMILIE, FREIZEIT UND BERUF

Seit Beginn der Befragungen 2010 ist die Vereinbarkeit von Familie, Freizeit und Beruf für die große Mehrheit der angehenden Ärztinnen und Ärzte von zentraler Bedeutung. Dies ist auch in der aktuellen Welle des Berufsmonitorings aus dem Jahr 2022 (N = 8.600) zu erkennen. Für 92,5 Prozent ist dies wichtig. Für 83,1 Prozent waren zudem geregelte Arbeitszeiten essentiell bei der Ausübung einer ärztlichen Tätigkeit. Zwar besteht nach wie vor ein signifikanter Geschlechterunterschied zwischen Männern und Frauen in Bezug auf die Wichtigkeit von Familie und Freizeit (88 Prozent der Frauen und 75,3 Prozent der Männer bewerteten diesen Faktor als „wichtig“), gemeinsam ist beiden Geschlechtern jedoch, dass diese Vereinbarkeit von Familie, Freizeit und Beruf geschlechtsübergreifend konstant die bedeutsamste Erwartung an die spätere Berufstätigkeit ist.

Größere Unterschiede bestehen zwischen Männern und Frauen bei der Frage, ob eine oberärztliche oder chefarztliche Position eine erstrebenswerte Karriereoption darstellt. So sind zwar 85 Prozent der Frauen und 94 Prozent der Männer grundsätzlich an einer Karriere als Oberärztin oder Oberarzt interessiert. Hingegen stellt für lediglich 29,4 Prozent der Frauen, aber 50,1 Prozent der Männer eine chefarztliche Position eine potenzielle Option dar. Problematisch daran ist, dass – sofern sich die Präferenzen der Befragten nicht noch ändern – die Gruppe der Personen, die solche Ambitionen hat, für eine suffiziente Nachfolgerekrutierung in den Kliniken zu klein ist.

ARBEITEN IM STATIONÄREN ODER AMBULANTEN SEKTOR

Nicht erfreulich für die Rekrutierung ärztlichen Personals für Krankenhäuser sind

auch die unverändert vorhandenen Vorbehalte gegen eine angestellte Tätigkeit im stationären Sektor. Dies sind eine perzipierte (zu) hohe Arbeitsbelastung sowie in deren Folge ein knapp bemessener und zusehends knapper werdender Zeitaufwand, der für die Behandlung jedes einzelnen Patienten zur Verfügung steht. Bei den Frauen stellen dementsprechend die hohe Arbeitsbelastung (85,1 Prozent), der starke ökonomische Druck bei der Behandlung von Patienten (71,5 Prozent), die schlechte Vereinbarkeit von Familie und Beruf (67,3 Prozent) und die knappe Zeit bei der Behandlung von Patienten (66,3 Prozent) die dominanten Gründe gegen eine Beschäftigung im Krankenhaus dar. Für die Männer sind neben der hohen Arbeitsbelastung (81,9 Prozent) und dem starken ökonomischen Druck bei der Behandlung von Patienten (67,5 Prozent) zudem wenig Freizeit (67,5 Prozent) und die perzipierte autoritäre Führungskultur (67,4 Prozent) Ausschlusskriterien für eine mögliche Anstellung im Krankenhaus.

Dabei wird eine angestellte Tätigkeit nicht generell als problematisch angesehen, vielmehr gewinnt die Option einer Anstellung in einer (größeren) Praxis im ambulanten Sektor zunehmend an Attraktivität. Allerdings ist der ärztliche Nachwuchs häufig nicht mehr gewillt, die gleiche Anzahl an Stunden zu arbeiten, die Vertragsärzte in der Vergangenheit geleistet haben. Teilzeitarbeitsmodelle erfreuen sich – gerade bei den Frauen – großer Beliebtheit. Dies zeigt sich auch in den Zahlen der KBV, die seit 2012 eine Minderung der im Schnitt geleisteten Arbeitsstunden von 56,4 auf 51,1 ausweist.

Bisher wurden die durch die vorstehend skizzierten Entwicklungen bedingten Lücken in der medizinischen Versorgung in vielen Fällen durch die steigende Zahl an berufstätigen Ärztinnen und Ärzten ausgeglichen. Allerdings stagniert gegenwärtig die Zahl der Studierenden, die ihr Studium der Humanmedizin erfolgreich abschließen [2].

Zusammengefasst führen die angesprochenen Faktoren zu einer Verschärfung des Arztzeit-Mangels und einer Abnahme des Versorgungsangebots. Speziell der Mangel an hausärztlicher

und allgemein fachärztlicher Betreuung dürfte einige, insbesondere ländliche, Regionen in Deutschland schwer treffen [3].

Die Bundesärztekammer verzeichnete im Jahr 2021 einen Rückgang der Allgemeinmediziner bei Niederlassungen um 2 Prozentpunkte. Insgesamt sind 85,2 Prozent der berufstätigen Allgemeinmediziner in der stationären Versorgung tätig. Dabei entfallen 6 Prozent auf die stationäre Behandlung und davon erneut 6 Prozent auf leitende ärztliche Positionen. Die Anzahl der Frauen in der Allgemeinmedizin im Vorjahr ist um 1,8 Prozent gestiegen. Diese machen mittlerweile einen Anteil von 59 Prozent in der ambulanten und stationären Versorgung aus [4].

FACHÄRZTLICHE WEITERBILDUNG – INTERESSENSGEBIETE NACH GESCHLECHT

Wie das Berufsmonitoring Medizinstudierende zeigt, sind Frauen häufig an einer späteren Facharztweiterbildung in der Allgemeinmedizin interessierter als Männer. Dies lässt sich übergreifend für alle Erhebungsjahre seit 2010 feststellen (Tab. 1).

In allen vier Wellen der Studie wurde auch gefragt, welche Gebiete aus Sicht der Studierenden für eine Weiterbildung in Frage kommen. Ab dem Jahr 2014 wurde zur ursprünglich verwendeten Frage (Multiple-Choice-Frage mit maximal drei Optionen) eine zweite Fragevariante hinzugefügt, die als Single-Choice-Frage eine Messung der zum Fragezeitpunkt aktuell dominanten Präferenz ermöglicht.

Darüber hinaus konnten bei beiden Fragetypen die populärste Weiterbildung erfasst werden: Bei den befragten Männern und Frauen ist dies gleichermaßen die Innere Medizin. Darauf folgen die Allgemeinmedizin, die Anästhesiologie und die Chirurgie. Bei den Teilnehmerinnen der Umfrage rangierte zusätzlich die Kinder- und Jugendmedizin im oberen Bereich der Interessensgebiete.

Die Präferenzen für Chirurgie zeigen 2022 nach Jahren des Niedergangs wieder einen leichten Anstieg (Tab. 1). War das Fach 2018 nur für 6,5 Prozent der Befragten erste Wahl, ist für 2022 ein Anstieg um 2,8 Prozentpunkte zu erkennen. Noch wichtiger: Auch für PJ-Studenten ist das Fach wieder etwas attraktiver geworden. Ob sich daraus ein stabiler Trend entwickelt, ist aber noch abzuwarten.

SPÄTERE WOHN- UND ARBEITSORTE

Von Interesse ist hier natürlich auch, wie sich das künftige Arbeitskräftepotential räumlich verteilen könnte. Wir illustrieren dies in der folgenden Abbildung. Dazu wurde die Frage nach der konkreten Präferenz für eine Weiterbildung (Single-Choice) auf die Bundesländer bezogen, die für die angehenden Ärzte später als Lebens- und Arbeitsorte in Frage kommen.

Wir weisen zu diesem Zweck lediglich die Zahl der Personen aus, die an einer chirurgischen oder allgemeinmedizinischen Facharztausbildung interessiert sind. So präferieren im Erhebungsjahr 2022 beispielsweise 19,4 Prozent der Studierenden, die (auch) in Mecklenburg-Vorpommern arbeiten würden, eine Facharztweiterbildung in Allgemeinmedizin, aber lediglich 4,1 Prozent eine in Chirurgie. Die restlichen 76,5 Prozent der Personen, die in Mecklenburg-Vorpommern arbeiten möchten, haben eine andere präferierte Facharztweiterbildung, auf die in dieser Abbildung jedoch nicht eingegangen wird.

Auffällig ist, dass Personen, die (auch) in Sachsen-Anhalt (16,9 Prozent), Bayern

Tab. 1: Präferenzen für Chirurgie und Allgemeinmedizin 2010 bis 2022

Chirurgie	2010	2014	2018	2022	Allgemeinmedizin	2010	2014	2018	2022
Single Choice					Single Choice				
Alle Befragten	–	8,3	6,5	9,3	Alle Befragten	–	8,9	8,8	11,2
Frauen	–	7,5	6,3	8,9	Frauen	–	10,3	9,6	11,5
Männer	–	9,5	6,4	10,2	Männer	–	7,1	8,5	10,4
Vorklinik	–	11,4	9,9	12,1	Vorklinik	–	7,9	7,2	9,6
Klinik	–	7,0	5,4	8,1	Klinik	–	9,3	9,7	11,5
PJ	–	5,6	4,5	8,4	PJ	–	9,5	10,9	12,5
Multiple Choice					Multiple Choice				
Alle Befragten	26,8	25,2	24,3	25,7	Alle Befragten	29,3	34,5	35,3	36,8
Frauen	23,6	22,7	22,1	23,9	Frauen	31,4	36,4	37,2	37,4
Männer	32,6	29,5	27,4	29,9	Männer	28,4	32,1	34,5	35,7
Vorklinik	35,7	31,9	32,5	35,0	Vorklinik	31,9	33,8	32,7	33,0
Klinik	23,5	22,5	21,5	22,6	Klinik	30,1	35,4	36,8	38,0
PJ	21,2	18,8	18,1	19,3	PJ	27,8	33,9	39,6	36,7

(16,1 Prozent), Baden-Württemberg (15,8 Prozent) und Brandenburg (15,8 Prozent) arbeiten würden, ebenfalls eine allgemein fachärztliche Ausbildung bevorzugen. Vergleicht man diese mit jenen, die in den jeweiligen Bundesländern chirurgisch tätig sein möchten, ergibt sich ein fast konträres Bild. Der Stadtstaat Hamburg ist mit 14,3 Prozent am beliebtesten bei Personen, die eine chirurgische Weiterbildung vorziehen würden.

Andererseits darf bei diesem Vergleich nicht vergessen werden, dass einige Medizinstudierenden durch die Landarztquote zu einem Studienplatz gekommen sind, woraus sich eine größere Verbreitung potenzieller Allgemeinmedizinerinnen und -mediziner in ländlichen Gebieten erklären lässt. Nicht außer Acht gelassen werden darf auch, dass sich die Befragten noch im Studium befinden und in der Frage nach dem möglichen Arbeitsort

Mehrfachnennungen möglich waren. Die Ergebnisse der Befragung zeigen daher eher eine generelle Entwicklungsrichtung. Handlungsempfehlungen zur Lösung der eingangs geschilderten Probleme wie Arztzeitmangel in bestimmten Fachgebieten und Bürokratieaufwand lassen sich aus ihnen allein nicht ableiten. Nichtsdestotrotz bieten diese Informationen über grundsätzlich bestehende örtliche Arbeitskräftepotentiale einen Ansatzpunkt für zukünftige Planungs- und gegebenenfalls Reformüberlegungen.

FAZIT UND AUSBLICK

Die Belastung durch zusätzliche bürokratische Tätigkeiten und die Veränderung der Arbeitszeitmodelle sind für den ärztlichen Nachwuchs wichtige Themen, die bei ihrer Entscheidung über Arbeitsort und Facharztweiterbildung relevant sind. Dabei sind den

angehenden Ärztinnen und Ärzten geschlechterübergreifend die Vereinbarkeit von Familie, Freizeit und Beruf besonders wichtig.

Leider sind gerade für Frauen höhere und leitende Positionen in Krankenhäusern wie auch eine Weiterbildung in Chirurgie häufig definitiv keine Option. Dies ist für die Nachbesetzung entsprechender Stellen und Positionen ein Problem, da die Mehrheit der künftigen Ärzte weiblich ist.

Trotz der steigenden Abschlüsse im Bereich der Humanmedizin in den letzten Jahren besteht unerfreulicherweise auch weiterhin das Problem des Arztzeit-Mangels. Denn die Verringerung der Arbeitszeit zum Zweck der Vereinbarkeit von Familie und Beruf, die Zusammenlegung von Arztpraxen zu Gemeinschaftspraxen und die zusätzlichen bürokratischen Tätigkeiten, denen Mediziner

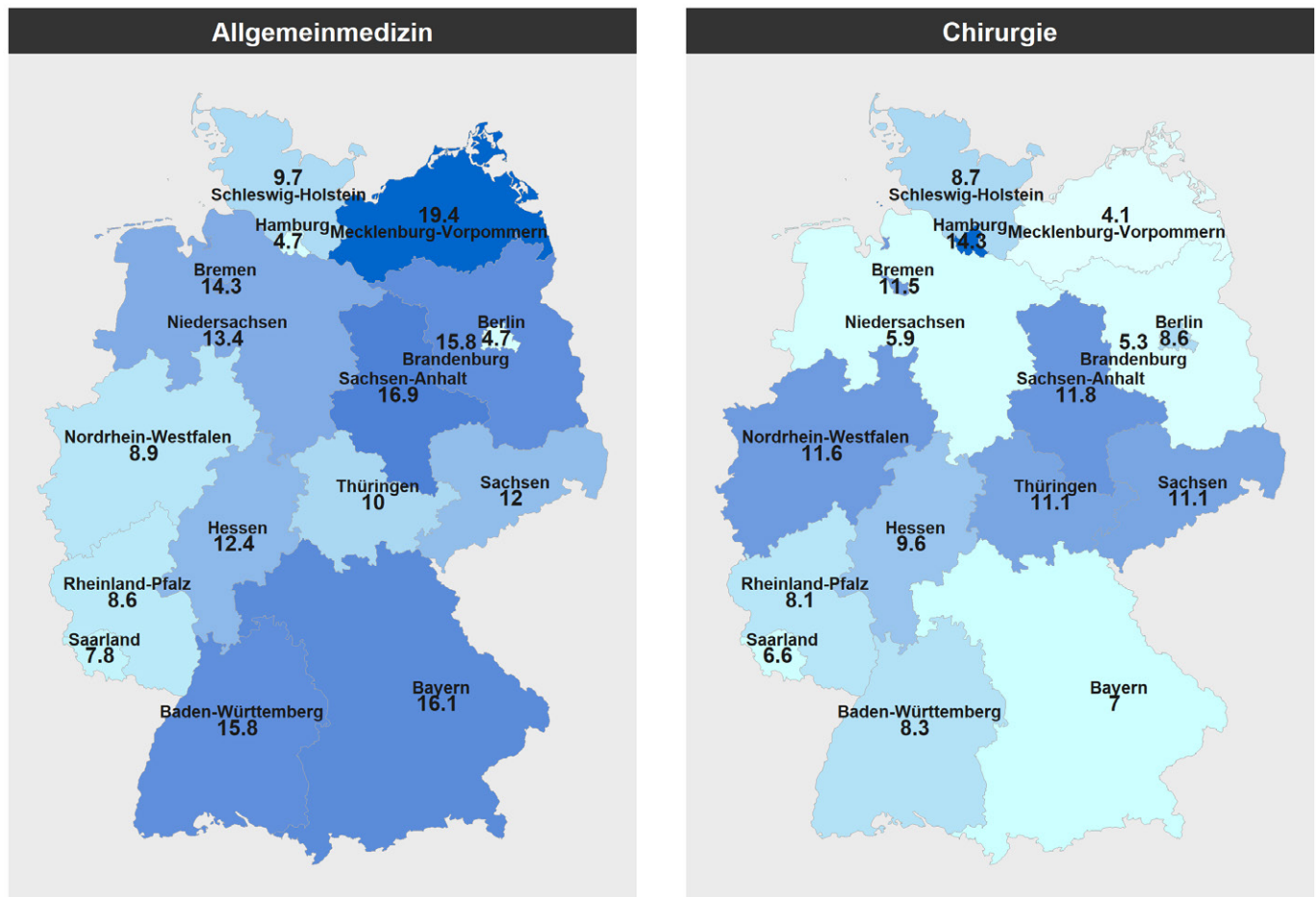


Abb. 1: Arbeitskräftepotenzial der Bundesländer für Allgemeinmedizin und Chirurgie

nachgehen müssen, reduzieren zugleich die Zeit, die diese für Patienten aufbringen können. Zudem bestehen bei der Verfügbarkeit der Ressource Arzt auch räumliche Disparitäten, insbesondere strukturschwache Regionen leiden hier unter einem Mangel. Das von uns errechnete Arbeitskräftepotential zeigt diese Diskrepanzen zwischen einigen Bundesländern bezüglich der fachärztlichen Weiterbildung in Allgemeinmedizin und Chirurgie. Vor allem Chirurginnen und Chirurgen könnten in einigen Bundesländern zur „Mangelware“ werden. Auch die Wirkung der Landarztquote wird sich erst in den kommenden Jahren entfalten.

Die sinkende Anzahl an verfügbaren Arbeitsstunden, die ärztliches Fachpersonal leisten kann oder will, macht Innovationen im Bereich der Diagnostik und der Verwaltung erforderlich. Denn es wäre zu wünschen, dass auch im Hinblick auf eine alternde

Gesellschaft den Ärztinnen und Ärzten genug Zeit für die Patienten bleibt. Wichtig ist dabei die Unterstützung bei und Abnahme von Verwaltungsarbeit, damit sich das ärztliche Fachpersonal wieder auf seine Kernkompetenz konzentrieren kann: die Behandlung von Erkrankungen und Verletzungen.

PJ_IMAGE.PNG

Einen Leitfaden für das Praktische Jahr in der Chirurgie, ein daran angelehntes Stationsplakat und einige Musterdokumente („Ablaufplan im PJ“ und „PJ Evaluation“) zum Downloaden finden Sie [HIER](#).

LITERATUR

- [1] Ärztezeitung (2018): „Ärztemonitor 2018 – Bürokratie kostet einen Arbeitstag pro Woche“, <https://www.aerztezeitung.de/Wirtschaft/Buerokratie-kostet-einen->

[Arbeits-tag-pro-Woche-225564.html](https://www.aerztezeitung.de/Wirtschaft/Buerokratie-kostet-einen-Arbeitstag-pro-Woche-225564.html), Stand: 07.09.2018, Letzter Abruf: 01.02.2023.

- [2] Kassenärztliche Bundesvereinigung (2023): „Arztzeit-Mangel“, https://www.kbv.de/html/themen_38343.php, Stand: 2023, Letzter Abruf: 01.02.2023.
- [3] Kassenärztliche Bundesvereinigung (2023): „Gesundheitsdaten – Regionale Verteilung der Ärztinnen und Ärzte in der vertragsärztlichen Versorgung“, <https://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/16402.php>, Stand: 2023, Letzter Abruf: 01.02.2023.
- [4] Bundesärztekammer (2020): „Ärztestatistik zum 31. Dezember 2020“, https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/_old-files/downloads/pdf-Ordner/Statistik_2020/2020-Statistik.pdf, Stand: 31.12.2020, Letzter Abruf: 01.02.2023. 

BDC|AKADEMIE

DEUTSCHE AKADEMIE FÜR CHIRURGISCHE FORT- UND WEITERBILDUNG



Facharztseminar
Thoraxchirurgie
Webinar, 14. – 16. Juni 2023

Empfohlen für Ärztinnen/Ärzte in Weiterbildung und
Fachärztinnen/-Ärzte als Refresherkurs

BDC-FACHARZTSEMINAR THORAXCHIRURGIE

Das als Webinar stattfindende BDC-Seminar dient zur Vorbereitung auf die Facharztprüfung für Thoraxchirurgie sowie als Refresher-Kurs für Fachärzte/Fachärztinnen. Von der Diagnostik und Basistherapie über Brustwandkrankungen, dem Lungenkarzinom, Brustwandresektionen, Erkrankungen von Pleura und Mediastinum bis hin zum Thoraxtrauma – Referent:innen aus ganz Deutschland machen Sie in drei Tagen fit für Ihre Prüfung und bringen Sie auf den neuesten Stand der Behandlungsstrategien und Techniken der Thoraxchirurgie.

Termin: 14. bis 16. Juni 2023
Veranstaltungsort: online
Wissenschaftl. Leiter: PD Dr. med. Aris Koryllos

Informationen und Anmeldung über www.bdc.de (Rubrik BDC|Akademie, Fachgebiet Thoraxchirurgie)

BERUFSPOLITIK AKTUELL

Hybrid-DRG, Hintergründe und aktueller Stand

Jörg-A. Rüggeberg



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

Bekanntlich sollte am 31.03.2023 von den drei Vertragspartnern Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG), Spitzenverband der gesetzlichen Krankenkassen (GKV-SV) und Kassenärztlicher Bundesvereinigung (KBV) ein gemeinsam konsentierter Katalog inklusive Preisfindung von Eingriffen für die sogenannte sektorengleiche ambulante Versorgung an das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) übermittelt werden. Diese im Sprachjargon als „Ambulantisierung“ bezeichnete Einigung ist erwartungsgemäß gescheitert. Naturgemäß war die DKG extrem zurückhaltend, verlieren die Kliniken damit doch erhebliche Erlösanteile. Seitens der KBV wurde ein sehr umfangreicher Katalog vorgeschlagen, weil man sich damit vor allem eine Verlagerung in den vertragsärztlichen Bereich erhofft. Die Krankenkassen haben zunächst wegen der zu erwartenden Einsparungen das KBV-Konzept unterstützt, sind aber eine Woche vor der Abgabefrist auf die Linie der DKG umgeschwenkt. Das mag daran liegen, dass auch bei den Kassen eine strenge Trennung zwischen stationär und ambulant erfolgt. Dort wird befürchtet, dass eine Ausweitung ambulanter Tätigkeiten und der damit verbundenen Finanzierung eben nicht zu korrespondierenden Einsparungen im stationären Bereich führt.

Jetzt muss nach Gesetzeslage das BMG eine Ersatzvornahme ausarbeiten, sprich, fachlich dazu nur in Grenzen befähigte Ministerialbeamte sollen sowohl Prozeduren wie auch Preise für ambulante Leistungen nach § 115f SGB V benennen. Erschwerend kommt hinzu, dass es sich bei den gesetzlich vorgesehenen Fallpauschalen für die angedachten Eingriffe um eine völlig neue Systematik handelt, die weder den von Kliniken genutzten DRGs noch erst recht dem EBM im niedergelassenen Bereich

entspricht. Es ist völlig unklar, welchen Zeitraum diese Fallpauschale umfasst noch welche in diesem Zeitraum erbrachten Leistungen. Aktuell diskutiert wird unter anderem eine Pauschale über vier Wochen, die dann zu (welchen?) Zahlungen an Dritte (Hausarzt, Radiologe, Pathologe etc.) führen müsste. Die Aufteilung zwischen Operateuren und Anästhesisten bietet sowieso genügend Streitpotential. Unabhängig davon bergen solche Zahlungen immer die Gefahr korruptiven Verhaltens, Stichwort Zuweiserprämie.

Auch die Preisfindung ist komplex. Im Gesetz steht durchaus sinnvoll, dass ein gewichteter Mittelwert zwischen stationärem DRG und bisheriger ambulanter Vergütung angesetzt werden soll. Das heißt: Eingriffe, die bisher überwiegend ambulant erbracht werden, ziehen den Preis nach unten in Richtung aktueller EBM-Vergütung und umgekehrt. Das Problem liegt allerdings darin, dass bei der EBM-Abrechnung immer nur ein einziger OPS-Code angegeben wird, im stationären Bereich aber in der Regel mehrere und der eigentliche Kerneingriff nicht zu identifizieren ist. Wenn nun alle OPS-Codes gegeneinander gelegt werden, führt das zu absurden Ergebnissen, die völlig implausibel und niemandem vermittelbar sind. So ergibt die Kalkulationsmatrix beispielsweise für die Arthrodese eines kleinen Zehengelenks einen höheren Preis als für drei Gelenke!

Wegen dieser erheblichen Schwierigkeiten setzt sich der BDC dafür ein, die an sich sinnvolle neue Systematik in der Anfangsphase nicht zu überfrachten und auf einige gut kalkulierbare Eingriffsarten zu begrenzen. Entsprechend werden wir auch Vorschläge an das BMG übermitteln. ○

Rüggeberg JA: Hybrid-DRG, Hintergründe und aktueller Stand. *Passion Chirurgie*. 2023 Mai; 13(05): Artikel 05_02.



Mehr aktuelle Nachrichten finden Sie auf BDC|Online unter der Rubrik Politik.

Meeting der Section of Surgery & European Board of Surgery der UEMS

Hans-Joachim Meyer, Ferdinand Köckerling



**Prof. Dr. med. Dr. h.c.
Hans-Joachim Meyer**
Präsident
Berufsverband der Deutschen
Chirurgie e.V. (BDC)
praesident@bdc.de



**Prof. Dr. med.
Ferdinand Köckerling**
Vivantes Humboldt-Klinikum
Zentrum für Hernienchirurgie
Am Nordgraben 2
13509 Berlin
ferdinand.koeckerling@vivantes.de

Meyer HJ, Köckerling F: Meeting der Section of Surgery & European Board of Surgery der UEMS. *Passion Chirurgie*. 2023 Mai; 13(05): Artikel 05_03.



Politische Nachrichten finden
Sie auf BDC|Online unter der
Rubrik Politik.

Nach acht Jahren fand fast auf den Tag genau erneut das Frühjahrstreffen der Section of Surgery & European Board of Surgery der „Union Européenne des Médecins Spécialistes“ (UEMS) am 24. und 25. März 2023 in Berlin statt. Der Berufsverband der Deutschen Chirurgie (BDC) und die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (DGCH) hatten wiederum eingeladen, und zwar dieses Mal in das Langenbeck-Virchow-Haus (LVH) in Berlins Mitte, also der Heimstätte der Deutschen Chirurgie. Etwa 40 Kolleginnen und Kollegen aus Europa waren der Einladung gefolgt und konnten lokal neben dem historischen Gebäude teilweise auch den schönen Ausblick vom Balkon des LVH in der fünften Etage, wo auch die Sitzungen stattfanden, genießen.

Nach den Grußworten von V. Papalois, Präsident der UEMS und von D. Casanova sowie F. Köckerling als Präsident bzw. Vizepräsident der Section of Surgery stellten sich dann der BDC und die DGCH mit Vorträgen der Herren J.-A. Rüggeberg, Th. Schmitz-Rixen und H.-J. Meyer zur Geschichte des LVH, zum 150-jährigen Bestehen der DGCH, zur chirurgischen Weiterbildung und dem Gesundheitssystem in

Deutschland vor. Neben den Berichten aus den zahlreichen Divisionen und Arbeitsgemeinschaften konnten dann auch vom neu gewählten Vorstand der chirurgischen Sektion einige innovative Aktivitäten, so z. B. die Sektion der chirurgischen Webinare, Arbeitsgemeinschaft für die kontinuierliche Fortbildung oder die globale Chirurgie, dargestellt werden. Erfreulicherweise war dabei auch ausreichend Zeit für anregende Diskussionen eingeplant. Das gemeinsame Abendessen fand im gleichen Restaurant wie beim Treffen im Jahre 2015 statt und fand erneut eine mehr als positive Beurteilung. Dieses trifft auch für das von F. Köckerling angebotene Rahmenprogramm mit Besuchen in Potsdam und des Berliner Schlosses mit dem Humboldt Forum zu. Aprilwetter im März störte die positive, europäische Gesamtstimmung nur sehr wenig!

Für die Unterstützung bei der Organisation dieses Treffens danken wir zudem Frau Quandt und Frau Nitzsche aus den Geschäftsstellen des BDC und der DGCH ganz herzlich.

Mehr Informationen über das Wirken der UEMS finden Sie auf www.uems.org. 





Monsun-Regen bei den Olympischen Spielen 2021 in Tokyo

AUS DER DGCH

SEHR PERSÖNLICH NACHGEFRAGT BEI UDO ROLLE

Was ist das Schönste an Ihrem Beruf?

Dass ich mit einer Operation unmittelbar helfen kann.

Welche Forschungsrichtung inspiriert Sie?

Klinisch angewandte Wissenschaft.

Welche Publikation der letzten zwei Jahre halten Sie für einen Gamechanger in Ihrem Fach?

Der Nachweis der Nichtüberlegenheit laparoskopischer Operationen.

Was war für Ihr berufliches Fortkommen besonders hilfreich?

Meine Lehrer und Mentoren.

In der Krankenhauspolitik gibt es viele Baustellen. Was sollte als Erstes angepackt werden?

Die Finanzierung der Kinder- und Jugendmedizin muss verbessert werden.

Was haben Sie erst vor Kurzem in Ihre chirurgische Praxis implementiert?

Intraoperative Schnellschnittdiagnostik bei OPs des M. Hirschsprung.

Welche persönlichen Visionen möchten Sie gerne umsetzen?

Sichere Chirurgie für alle Kinder in der Welt.

Wann sind Sie glücklich?

Wenn ich an meine Familie denke.

Wann platzt Ihnen der Kragen?

Nie.

Welche Hoffnung haben Sie aufgegeben?

Dass man einfach die seltenen Krankheiten der Kinderchirurgie zentralisieren kann.

Was frustriert Sie?

Inkompetenz bei Entscheidungsträgern.

Wie gehen Sie mit Frustrationen um?

Ich suche nach alternativen Lösungen.

Was war Ihre größte Inspiration?

Die Geburt meiner Kinder.

Ihr wichtigstes Hobby?

Medical Officer beim Hockey.

Wo werden Sie schwach?

Bei gutem Essen.

Was bringt Sie zum Lachen?

Derbe Comedy („Elsterglanz“).

Was gehört für Sie zu einem gelungenen Tag?

Ein erfolgreich abgeschlossenes Projekt (z. B. OP).

Wie gehen Sie mit fehlender Teamfähigkeit bei einer/m Mitarbeiter:in um?

Ich versuche konstruktive Gespräche zu führen.

Wie fördern Sie die persönliche und fachliche Entwicklung in Ihrem Team?

Strukturierte Weiterbildung, individuelles Ausnutzen der Stärken.

Muss eine Chirurgin/ein Chirurg Optimismus ausstrahlen?

Ja, unbedingt.

Univ.-Prof. Dr. med. Udo Rolle

Kinderchirurg, Kinderurologe
Präsident der Deutschen Gesellschaft für Kinderchirurgie, Präsident elect DGCH, Präsident elect WOFAPS
Verheiratet, 2 Kinder, 1 Enkelkind, Musik (alternative Rock) und Kunstliebhaber, Theater- und Operngänger
Klinischer Forscher, Direktor der Klinik für Kinderchirurgie und Kinderurologie im Universitätsklinikum Frankfurt/M., forscht über Epidemiologie kinderchirurgischer Erkrankungen, alternativ über Epidemiologie und Prävention von Verletzungen beim Feldhockey. Medical Adviser des Welt-Hockey-Verbandes. Olympia-Teilnehmer.

Die Fragen stellte Univ.-Prof. Dr. med. Thomas Schmitz-Rixen.

Rekrutierende multizentrische chirurgische Studien in Deutschland

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

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

KONTAKT

Dr. Solveig Tenckhoff
Studienzentrum der Deutschen
Gesellschaft für Chirurgie
T: 06221/56-36839
F: 06221/56-33850
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 179 von 248 Patienten	– Kein Fallgeld	Prof. Dr. B. P. Müller Viszeralchirurgie Clarunis Universitäres Bauchzentrum Basel T: +41 61 777 75 75 E: beat.mueller@clarunis.ch
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 101 von 294 Patienten	DFG 1.250 € / Patient	Dr. med. Rosa Klotz Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Transplantationschirurgie Universitätsklinikum Heidelberg Im Neuenheimer Feld 420 T: 06221/56-6980 F: 06221/56-33850 E: rosa.klotz@med.uni-heidelberg.de
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 432 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

[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

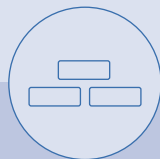
[5] Postoperative negative pressure incision therapy following open colorectal surgery: a randomized-controlled trial

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

Stand: März 2023

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 Eingangsflyer 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
Ideengeber und Mentor
Herr SR Dr. med. Rudolf Jakob Peter Blandfort, Friedrichsthal
(2 Bausteine)
Herr Prof. Dr. med. Reinhard Friedrich Gustav Hoffmann, Frankfurt/Main
Herr Dr. med. Jochen Reichmann, Herford
in memoriam Prof. Dr. med. Joachim Reichmann, Halle/Saale

BAUSTEIN IN SILBER

Herr Prof. Dr. med. Leonhard Schweiberer, München
 Herr Prof. Dr. med. Klaus Junghanns, Ludwigsburg
 Herr Prof. Dr. med. Hartwig Bauer, Neuötting
 Herr Prof. Dr. med. Hendrik Dienemann, Thoraxklinik Heidelberg
 Herr Prof. Dr. med. habil. Dr.-Ing. Dr. med. h.c. Michael Ungethüm,
 Tuttlingen
 Herr Prof. Dr. med. Hartmut Siebert, Schwäbisch-Hall
 Herr Prof. Dr. med. Karl Herbert Welsch, München
 Herr Prof. Dr. med. Stefan Wysocki, Heidelberg
 Herr Dr. med. Jürgen Meier zu Eissen, Hannover
 Herr Prof. Dr. med. Stefan Post, Mannheim
 Herr Prof. Dr. med. Wolf Mutschler, München
 Frau Prof. Dr. med. Ursula Schmidt-Tintemann, Vaterstetten
 Herr Prof. Dr. med. Matthias Rothmund, Marburg
 Herr Prof. Dr. med. Christian H. Siebert, Hannover
 Herr Prof. Dr. med. Volker Bühren, Murnau
 Herr Dr. med. Abdullah Mury, Heide
 Herr Dr. med. Andreas Ungeheuer, München
 Herr Prof. Dr. med. Wolf Schellerer, Bamberg
 Herr Prof. Dr. med. Tilman Mischkowsky, Berlin
 Herr Prof. Dr. med. Hans-Joachim Wiendl, Bamberg
 Herr Prof. Dr. med. Klaus Roosen, Würzburg
 Herr Prof. Dr. med. Dr. h.c. Gert Carstensen, Mülheim
 Herr Prof. Dr. med. Peter M. Vogt, Hannover
 Herr Prof. Dr. med. Fritz L. Ruëff, München
 Herr Prof. Dr. med. Karl-Joseph Paquet, Bad Kissingen
 Herr Prof. Dr. med. Dr. h.c. Volker Schumpelick, Aachen
 Herr Prof. Dr. med. Yoshiki Hiki, Tokio/Japan
 Herr Prof. Dr. med. Hans-Bernd Reith, Konstanz
 Herr Dr. med. Goswin von Mallinckrodt, München
 Herr Prof. Dr. med. Lothar Kinzl, Ulm
 Frau Ingrid und Herr Dr. med. Robert Raus, Riedlingen
 Frau Dr. med. Ursula Engel, Hamburg
 Enddarm-Zentrum Bietigheim,
 Herr Dr. med. Wolfgang Pfeiffer,
 Herr Dr. med. Markus Piro-Noack,
 Herr Dr. med. Edgar Kraft
 Herr Prof. Dr. med. Thomas Rüedi, Maienfeld/Schweiz
 in memoriam Prof. Dr. med. Martin Allgöwer, Chur/Schweiz
 Herr Prof. Dr. med. Gert Specht, Berlin
 Herr Prof. Dr. med. Henning Weidemann, Berlin
 Herr Prof. Dr. med. Otto Scheibe, Stuttgart
 in memoriam Prof. Dr. med. Helmut Remé, Lübeck
 Herr Prof. Dr. med. Stephan Langer, Mönchengladbach
 Herr Dr. med. José Luis Narro, Köln
 Herr Prof. Dr. med. Wolfgang Ulf Wayand, Linz
 Herr Prof. Dr. med. Werner Grill, Starnberg
 Herr Prof. Dr. med. Fritz Kümmerle, Mainz
 Herr Prof. Dr. med. Dr. h.c. mult. Friedrich Stelzner, Bonn

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

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. Izbic, 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
 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. Horeyseck, C. D. Stahl-
knecht, R. A. Wahl
Herr Dr. med. Marc-Ulrich Helber, Bad Boll
Die Chirurgeninnen e.V.
Prof. Dr. med. Dr. h.c. Karsten Vilmar, Bremen
in memoriam Prof. Dr. med. Wilhelm
Rieder
Deutsche Gesellschaft für Thoraxchirurgie e.V.
in memoriam Prof. Dr. med. Ingolf
Vogt-Moykopf
Deutsche Gesellschaft für Thoraxchirurgie e.V.
in memoriam Prof. Dr. med. Werner
Maaßen

Deutsche Gesellschaft für Thoraxchirurgie e.V.
in memoriam Prof. Dr. med. Albrecht
Encke
Deutsche Gesellschaft für Thoraxchirurgie e.V.
in memoriam Prof. Dr. med. Martin Bartel
Deutsche Gesellschaft für Thoraxchirurgie e.V.
in memoriam Prof. Dr. med. Heikki Toomes
Deutsche Gesellschaft für Thoraxchirurgie e.V.
in memoriam Prof. Dr. Joachim Hasse
Deutsche Gesellschaft für Thoraxchirurgie e.V.
in memoriam Prof. Dr. Heinz Neef
Deutsche Gesellschaft für Thoraxchirurgie e.V.
in memoriam Prof. Mikhail Perelman
Deutsche Gesellschaft für Thoraxchirurgie e.V.
in memoriam Prof. Dr. Pál Keszler

DGCH-PRÄSIDIUM

ab 01. März 2023



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 (v.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. Vizepräsidentin	C. Bruns, Köln
3. Vizepräsidenti	U. Rolle, Frankfurt/Main
Schatzmeister	J. Werner, München
Generalsekretär	Th. 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	J. Heckenkamp, Osnabrück
Deutsche Gesellschaft für Kinderchirurgie	U. Rolle, Frankfurt am Main
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	V. Falk, Berlin
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, Eschweiler
Oberärztin 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
Th. 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
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

NEUN BDC-LANDESVERTRETUNGEN...

...HABEN IM FRÜHJAHR GETAGT



Im ersten Quartal trafen sich die BDC-Vertreter:innen von Bremen, Niedersachsen, Thüringen, Westfalen-Lippe, Sachsen und des Saarlands. Berlin und Brandenburg haben ihre Frühjahrstagung im April abgehalten, die Sitzung in Baden-Württemberg erfolgte im Mai.

Die Protokolle der Sitzungen sind im geschützten Bereich der BDC-Website allen Mitgliedern zugänglich. Die Veranstaltungen sind oft verbunden mit Fort- und Weiterbildungen und bieten für die BDC-Mitglieder die Möglichkeit, sich in ihrer Region mit Kolleginnen und Kollegen zu vernetzen und sich für berufspolitische Themen stark zu machen. Zudem besteht alle vier Jahre die Möglichkeit, sich für ein Mandat zu Wahl zu stellen. In Kürze wird der BDC für die Mandatsträger der Landesvertretungen seine neue Intranet-Plattform innerhalb der BDC-Website öffnen, wo sie sich in einem für sie eingerichteten Bereich austauschen und Dokumente teilen können.

Die BDC-Landesvertretungen im Netz...

INFOPORTAL HAUTKREBS DER NVKH



Quelle: infoportal-hautkrebs.de

seriösen, aktuellen und patientengerecht aufbereiteten Informationsangeboten nimmt dementsprechend zu.

Das **Infoportal Hautkrebs** der Nationalen Versorgungskonferenz Hautkrebs (NVKH) e.V. leistet mit einem umfassenden und wissenschaftlich fundierten Informationsangebot einen wichtigen Beitrag zur Stärkung der Orientierung und Gesundheitskompetenz im Themenbereich Hautkrebs und ist das erste Angebot dieser Art in Deutschland.

Der BDC ist im Beirat des NVKH e.V. vertreten und leistet hier einen wichtigen Teil zum interdisziplinären Austausch. Der Patientenbeauftragte der Bundesregierung, Stefan Schwartz, übernimmt die Schirmherrschaft für das seit fast zwei Jahren bestehende Infoportal Hautkrebs.

Flyer zum Download...

BIETET UMFASSENDE INFORMATIONEN

Trotz stetiger Verbesserungen in der Prävention und Versorgung von Hautkrebs sterben jährlich immer noch mehr als 3.000 Menschen in Deutschland an dieser Erkrankung. Das Risiko an Hauttumoren zu erkranken, steigt seit Jahren kontinuierlich an. Der Bedarf nach

LERNEN WIE NIE ZUVOR.



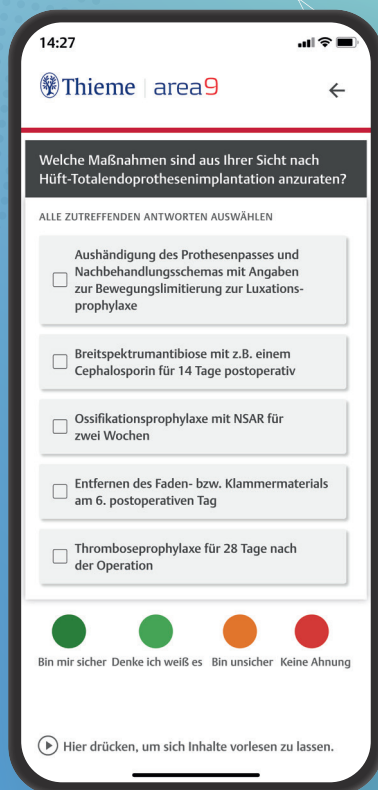
Adaptives Weiterbildungscurriculum Orthopädie und Unfallchirurgie

High Speed Learning.

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

Mind the gap.

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



Ready for take-off.

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



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



BDC | Landesverbände

BDC | Westfalen-Lippe

Vorsitzender
Dr. med. Björn Schmitz, MHBA

Stellv. Vorsitzender
Prof. Dr. med. Waldemar Uhl, MHSA

Regionalvertreter NL
Prof. Dr. med. Michael Aufmkolk

Stellv. Regionalvertreter NL
Jerzy Wielowiejski

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

3. Stellv. Vorsitzende
Nathalena Hein

Regionalvertreter NL
Dr. med. Jörg Schrödter

Stellv. Regionalvertreter NL
Dr. med. Detlev Grapentin

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. Daniel Bastian, Ph.D.

Stellv. Vorsitzender
Prof. Dr. med. Tim Pohlemann

Regionalvertreterin NL
Dr. med. Serpil Koc

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

Vorsitzende
Dr. med. Katharina Paul-Promchan

Vorsitzender
Dr. med. Ralph Lorenz

Stellv. Vorsitzende
Dr. med. Marie Samland

Regionalvertreter NL
Dr. med. Max Freiherr von Seebach

Stellv. Regionalvertreter NL
Dr. med. Karsten Mann

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-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 | Sachsen

Vorsitzender
Dr. med. Ludwig Schütz

Stellv. Vorsitzender
Dr. med. Jörg Hammer

Regionalvertreter NL
Dr. med. Jörg Hammer

BDC | Thüringen

Vorsitzender
Dr. med. Arndt Voigtsberger

Stellv. Vorsitzender
Steffen Minner

Regionalvertreter NL
Dr. med. Arndt Voigtsberger

Stellv. Regionalvertreter NL
Dipl. Med. Ingo Menzel

BDC | Niedersachsen

Vorsitzender
Prof. Dr. med. Guido Schumacher

Stellv. Vorsitzender
Prof. Dr. med. Ulf Culemann

Regionalvertreter NL
Dr. med. Florian Barth

Stellv. Regionalvertreter NL
Dr. med. Raymond Young

Stellv. Regionalvertreterin NL
Dr. med. Annina Donner

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:
Olivia Päßler
Telefon 030/28004-203
presse@bdc.de

Termine BDC|Akademie*

CURRICULUM BASISCHIRURGIE							
DATUM		ORT	KURS-NR.	SEMINARTITEL	WISSENSCHAFTLICHE/R LEITER/IN	PREIS MITGLIED	PREIS NICHT-MGL
15.06.2023	16.06.2023	Berlin	2023-21509	Praktischer Workshop: Orthopädie und Unfallchirurgie	PD Dr. med. Theresa Diermeier; Stephanie Schneider	300,00 €	500,00 €
22.06.202	24.06.2023	Bochum	2023-21665-21512	Basischirurgie	Dr. med. Jörg Sauer	400,00 €	600,00 €
22.09.2023		Berlin	2023-21525	Workshop: Simulationstraining Notfallmanagement	Dr. med. Jan Baus	450,00 €	600,00 €
27.09.2023	29.09.2023	Kaiserslautern	2023-21667	Basischirurgie	PD Dr. med. habil. Christian Mönch; Dr. med. Martin Veit	400,00 €	600,00 €
17.10.202	18.10.2023	Berlin	2023-21523	Basis Surgery - Learn and Chat	Prof. Dr. med. Wolfgang Schröder; Dr. med. Lena Rivera Cerezo	300,00 €	400,00 €
27.11.2023	01.12.2023	Berlin	2023-21664	Basischirurgie	Dr. med. Christian Müller; Prof. Dr. med. Stephan Gretschel	400,00 €	600,00 €

FACHARZTVORBEREITUNG							
DATUM		ORT	KURS-NR.	SEMINARTITEL	WISSENSCHAFTLICHE/R LEITER/IN	PREIS MITGLIED	PREIS NICHT-MGL
24.05.2023	26.05.2023	online	2023-22580	Facharztseminar Allgemein- und Viszeralchirurgie	Prof. Dr. med. Matthias Anthuber	250,00 €	450,00 €
14.06.2023	16.06.2023	online	2023-23711	Facharztseminar Thoraxchirurgie	PD Dr. med. Aris Koryllos	250,00 €	450,00 €
04.09.2023	08.09.2023	Leipzig	2023-22550	Facharztseminar Allgemeinchirurgie	Dr. med. Ludwig Schütz	350,00 €	550,00 €
19.09.2023	22.09.2023	Berlin	2023-23823	Facharztseminar Orthopädie/ Unfallchirurgie	Prof. Dr. med. Julia Seifert; Michael Kähler	350,00 €	550,00 €
06.11.2023	10.11.2023	Dortmund	2023-22530	Facharztseminar Allgemeinchirurgie	Dr. med. Jens-Peter Stahl; Prof. Dr. med. Maximilian Schmeding	350,00 €	550,00 €
06.11.2023	09.11.2023	Hamburg	2023-23672	Facharztseminar Viszeralchirurgie	Prof. Dr. med. h.c. Jakob R. Izbicki; PD Dr. med. Matthias Reeh	350,00 €	550,00 €

FACHBEZOGENE SEMINARE, WORKSHOPS UND HOSPITATIONEN							
DATUM		ORT	KURS-NR.	SEMINARTITEL	WISSENSCHAFTLICHE/R LEITER/IN	PREIS MITGLIED	PREIS NICHT-MGL
24.05.2023	25.05.2023	Köln	2023-23864	Fußchirurgie IV	Prof. Dr. med. Jonas Andermahr	500,00 €	650,00 €
09.06.2023	10.06.2023	Templin OT Groß Dölln	2023-23682	14. Brandenburger Viszeralchirurgisches Update	PD Dr. med. Rainer Kube; Prof. Dr. med. habil. Frank Marusch	30,00 €	50,00 €
14.06.2023	15.06.2023	Berlin	2023-23678	Viszeralchirurgie Kompakt: Kolorektale Chirurgie	Dr. med. Oliver Haase; Prof. Dr. med. Johann Pratschke; Prof. Dr. med. Katharina Beyer	300,00 €	500,00 €
16.06.2023		Hamburg	2023-23780	Facharzt-Seminar Hand zur Prüfungsvorbereitung Orthopädie und Unfallchirurgie	Dr. med. Jan Cruse; Dr. med. Okka Eva Pfisterer	130,00 €	160,00 €
17.08.2023	19.08.2023	Gent	2023-28075	ORSI Summer School	Prof. Dr. med. Hans Fuchs; Dr. med. Stefano Puliatti	249,00 €	249,00 €
23.08.2023	25.08.2023	Strasbourg	2023-24632	Robotik-/Laparoskopie im IRCAD Module 1-3	Prof. Dr. med. Hans Fuchs; Dr. Dr. med. Barbara Seeliger	500,00 €	620,00 €
07.09.2023	08.09.2023	online	2023-23680	Spezielle Unfallchirurgie Teil II	Prof. Dr. med. Frank Hildebrand	300,00 €	500,00 €
14.09.2023	15.09.2023	Berlin	2023-22404	CAMIC 3: Laparoskopische Chirurgie des Gastrointestinaltraktes	Dr. med. Panagiotis Fikatas	400,00 €	600,00 €
15.09.2023		Mainz	2023-25811	Unfallbegutachtung in der gesetzlichen Unfallversicherung	PD Dr. med. habil. Sven-Oliver Dietz; Prof. Dr. med. Erol Gercek	270,00 €	330,00 €
16.09.2023		Mainz	2023-23633	Kindertraumatologie für D-Ärzte/-Ärztinnen	Prof. Dr. med. Michael Paul Hahn; PD Dr. med. habil. Sven-Oliver Dietz; Prof. Dr. med. Erol Gercek	180,00 €	220,00 €
16.09.2023		Mainz	2023-25851	Rehabilitationsmedizin/-management	Dr. med. Peter Kalbe; Prof. Dr. med. Erol Gercek; Dr. med. Sybille Larsen	135,00 €	165,00 €
18.09.2023	19.09.2023	Nordstedt	2023-23617	Orthotrauma: Versorgungskonzepte und Zugangswege untere Extremität	Prof. Dr. med. Burkhard Wippermann; Dr. med. Michael Stalp	800,00 €	1.000,00 €
22.09.2023	23.09.2023	Aachen	2023-23860	Fußchirurgie I	Dr. med. Thorsten Randt	500,00 €	650,00 €
12.10.2023	13.10.2023	Tuttlingen	2022-23683	Spezielle Viszeralchirurgie	Prof. Dr. med. Michael Schäffer	300,00 €	500,00 €
16.11.2023	17.11.2023	online	2023-22409	Masterclass Hernienchirurgie	Prof. Dr. med. Ferdinand Köckerling	150,00 €	190,00 €
16.11.2023	17.11.2023	Köln	2023-24633	Robotische Chirurgie: Modul 4 – Hospitation oberer Gastrointestinaltrakt	Prof. Dr. med. Christiane J. Bruns; Prof. Dr. med. Hans Fuchs	300,00 €	500,00 €

FACHBEZOGENE SEMINARE, WORKSHOPS UND HOSPITATIONEN

DATUM		ORT	KURS-NR.	SEMINARTITEL	WISSENSCHAFTLICHE/R LEITER/IN	PREIS MITGLIED	PREIS NICHT-MGL
23.11.2023	24.11.2023	Köln	2023-23635	11. Thoraxchirurgischer Kurs Teil 1 Grundkurs	Prof. Dr. med. Erich Stoelben	400,00 €	500,00 €
23.11.2023	24.11.2023	Bremen	2023-23612	Osteosyntheseverfahren an der oberen Extremität	Prof. Dr. med. Michael Paul Hahn	400,00 €	600,00 €
23.11.202	24.11.2023	Mannheim	2023-23674	Viszeralchirurgie Kompakt: Adipositas- und Metabolische Chirurgie	Dr. med. Sylvia Weiner; Prof. Dr. med. Mirko Otto	100,00 €	100,00 €
24.11.2023	25.11.2023	Berlin	2023-23685	Viszeralchirurgie Kompakt: Beckenbodenchirurgie	PD Dr. med. Annett Gauruder-Burmester	300,00 €	500,00 €

FACHÜBERGREIFENDE SEMINARE

DATUM		ORT	KURS-NR.	SEMINARTITEL	WISSENSCHAFTLICHE/R LEITER/IN	PREIS MITGLIED	PREIS NICHT-MGL
06.10.2023	07.10.2023	Berlin und online	2023-24708	Abschlusscolloquium für hygiene-beauftragte Ärzte (HBA)	Prof. Dr. med. Julia Seifert; Prof. em. Dr. med. Axel Kramer	06.10.2023	07.10.2023

SOFTSKILL- & MANAGEMENTSEMINARE

DATUM		ORT	KURS-NR.	SEMINARTITEL	WISSENSCHAFTLICHE/R LEITER/IN	PREIS MITGLIED	PREIS NICHT-MGL
09.06.2023	10.06.2023	Berlin	2023-26534	Führungsseminare: Modul 4 - Gesprächsstrategie - Souverän Klartext reden	Dr. med. Gunda Leschber; Sabine Schicke	500,00 €	700,00 €
11.11.2023		online	2023-27703	Abrechnungseminar GOÄ und BG	Dr. med. Peter Kalbe	50,00 €	80,00 €
11.11.2023		online	2023-27708	Abrechnungseminar EBM	Dr. med. Jörg-Andreas Rüggeberg	50,00 €	80,00 €
17.11.2023	18.11.2023	Berlin	2023-24600	Der Chirurg als Leitender Arzt	Prof. Dr. med. Heinz-Jochen Gassel	400,00 €	600,00 €
18.11.2023		Berlin	2023-27834	Alltägliche Chirurgie in der Praxis: how I do it	Dr. med. Peter Kalbe; Dirk Farghal		

BDC|Akademie

Information und Anmeldung:

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

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

EXTERNE VERANSTALTUNGEN

DATUM		ORT	SEMINARTITEL	WISSENSCHAFTLICHE/R LEITER/IN	PREIS MG	PREIS NICHT-MGL
16.06.2023	17.06.2023	Lembruch	94. Neuerwerker Nahtkurs - Workshop für minimalinvasive Chirurgie und Nahttechniken	Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie, Adipositaszentrum, Zentrum für minimalinvasive Chirurgie, Klinik Bassum	550,00 €	550,00 €
20.06.2023	24.06.2023	Praha 4-Nusle	15th European Pediatric Neurology Society Congress 2023	Intercongress GmbH		
22.06.2023	24.06.2023	Berlin	49. Jahrestagung der DGPR	Intercongress GmbH		
02.08.2023	04.08.2023	Tegernsee	13. Tegernseer Schulter- und Ellenbogenkurs	Intercongress GmbH		
07.09.2023	09.09.2023	Hamburg	29. Jahreskongress der Deutschen Interdisziplinären Gesellschaft für Außerklinische Beatmung (DIGAB) e.V. und 16. Beatmungssymposium der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V.	Intercongress GmbH		
08.09.2023	08.09.2023	Hannover	Zertifikatskurs Fraktursonografie im Wachstumsalter	durchblicken.org	310,00 €	310,00 €
27.10.2023	27.10.2023	Berlin	Zertifikatskurs Fraktursonografie im Wachstumsalter	durchblicken.org	250,00 €	250,00 €

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 Chirurgen und Chirurgen im Krankenhaus und in der Niederlassung.

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

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

Hierbei ist zu betonen, dass die Inhalte der ärztlichen Fortbildung nach wie vor unabhängig von wirtschaftlichen Interessen sind. Das wissenschaftliche Programm jeder Veranstaltung wird auch weiterhin produkt- und dienstleistungsneutral gestaltet.

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

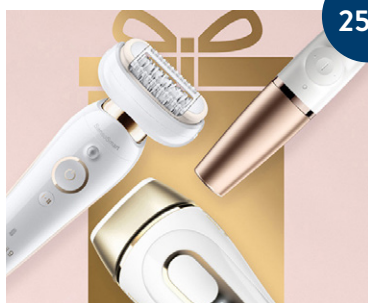


LIFESTYLE- ANGEBOTE

im Mai 2023

%

25 %



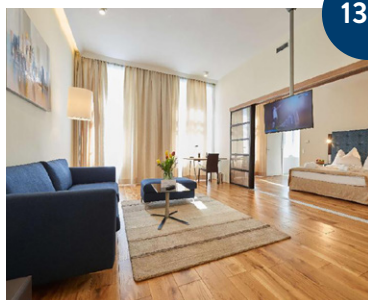
BRAUN: 25 %
RABATT FÜR BDC-MITGLIEDER

10 %



DEHNER GARTENCENTER: 10 %
RABATT FÜR BDC-MITGLIEDER

13 %



HOTELOPIA: 13 %
RABATT FÜR BDC-MITGLIEDER

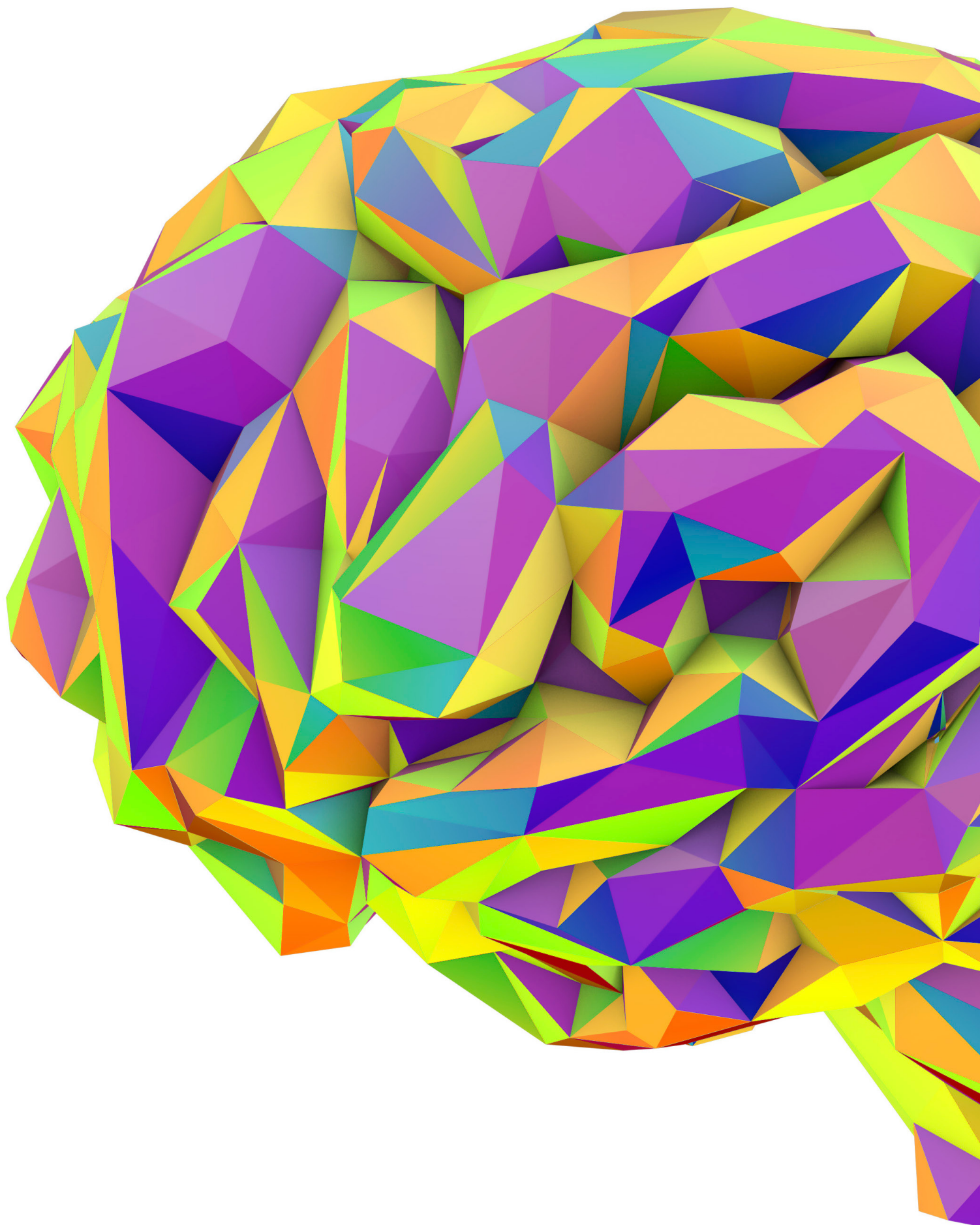
25 %



WMF: BIS ZU 25 %
RABATT FÜR BDC-MITGLIEDER

WIE KANN ICH DIE ANGEBOTE IN ANSPRUCH NEHMEN?

Alle Service-Angebote für BDC-Mitglieder finden Sie auf BDC|Online unter der Rubrik Leistungen | Lifestyle-Angebote. Bitte halten Sie Ihre Zugangsdaten bereit. Sollten Sie sie nicht zur Hand haben, stehen wir Ihnen gern unter mail@bdc.de oder telefonisch unter 030/28004-150 für Fragen zur Verfügung.



PANORAMA

Neuro- chirurgie

Kopfarbeit – Ein Gehirnochirurg über den schmalen Grat zwischen Leben und Tod

Peter Vajkoczy

In seinem Buch „Kopfarbeit“ will Peter Vajkoczy seine Faszination für das Gehirn weitergeben und die Leidenschaft für die Neurochirurgie wecken, ein Fach, in dem noch so viele Fragen offen, so viele Zusammenhänge ungeklärt sind, das sich zugleich aber mit einer schier unglaublichen Rasanz weiterentwickelt.



Prof. Dr. Peter Vajkoczy
 Direktor
 Klinik für Neurochirurgie
 Arbeitsbereich Pädiatrische
 Neurochirurgie (CVK)
 Charité – Universitätsmedizin Berlin
 Charitéplatz 1
 10117 Berlin

Vajkoczy P: Kopfarbeit - Ein Gehirnochirurg über den schmalen Grat zwischen Leben und Tod. *Passion Chirurgie*. 2023 Mai; 13(05): Artikel 09.



Mehr Panorama-Artikel finden
 Sie auf BDC|Online (www.bdc.de)
 unter der Rubrik Wissen | Panorama.

Im Folgenden lesen Sie das Vorwort des Buches, das vielleicht Lust auf mehr macht.

ZUR PERSON

Prof. Dr. med. Peter Vajkoczy, 1968 geboren, war mit 37 Jahren der jüngste Chefarzt an der Charité, als er 2007 zum Direktor der Klinik für Neurochirurgie berufen wurde. Er leitet ein Team von 12 Oberärzten und 24 Assistenzärzten und führt jährlich mehr als 700 Operationen durch. Peter Vajkoczy gilt als einer der renommiertesten Neurochirurgen weltweit; dem vielfach ausgezeichneten Arzt und Wissenschaftler eilt der Ruf eines Genies voraus.

Sie hatte schwere Symptome, Schwierigkeiten, sich zu bewegen; immer wieder traten Schwindelgefühle auf und zeitweise konnte sie nicht einmal mehr sprechen. Ein MRT ergab, dass die 35-jährige Singer-Songwriterin Pam Reynolds ein großes Aneurysma im Gehirn hatte. Ein Aneurysma ist eine krankhafte Aussackung einer Arterie, in diesem Fall einer besonders wichtigen, tief im Gehirn, nahe dem Hirnstamm. Es drückte auf andere sensible Bereiche, daher die Ausfallerscheinungen, und es drohte jederzeit zu platzen: Das wäre ihr sicherer Tod. Die Chance, eine Operation in dieser Region zu überleben, war gleich null.

Es gab eine winzig kleine Hoffnung, an die zu klammern in etwa so viel bedeutete, als würde man sich an einem Blatt, das an der Wasseroberfläche treibt, festhalten wollen, um sich vor dem Ertrinken zu retten, zumindest klang es nicht weniger abstrus: Hypothermic cardiac standstill, so die Fachbezeichnung. Eine extrem selten durchgeführte Operationstechnik. Man würde die Patientin in einen Zustand versetzen, in dem sie klinisch tot war, Herzstillstand durch Unterkühlung. Keine Atmung mehr, keine Hirnaktivität während des Eingriffs, kein Blut mehr im Gehirn – absoluter Stillstand. Nur unter diesen extremen Bedingungen könnte eine Operation gelingen. Pam Reynolds sollte sich also in den klinischen Tod versetzen lassen, um zu überleben – sofern

man es denn schaffen würde, sie auch wieder ins Leben zurückzuholen. Falls ja, und falls die Operation gelingen sollte, gab es Hoffnung, wieder ein normales Leben führen zu können.

Das war 1991. Pam Reynolds hat sich an diesem Blatt festgehalten, und sie ging nicht unter. Ihr Fall machte noch aus einem anderen Grund weltweit Schlagzeilen. Nach der Operation berichtete sie von einer Nahtoderfahrung. Sie konnte zahlreiche Details von der Operation, von den Gesprächen im OP-Saal wahrheitsgetreu wiedergeben; sie konnte einzelne Instrumente beschreiben, die zum Einsatz gekommen waren. Doch all das hatte sich ereignet, als sie, permanent überwacht, ohne jegliche Hirnaktivität auf dem OP-Tisch lag – die Ohren verschlossen, die Augen abgedeckt. Eine spektakuläre, schier unglaubliche Geschichte, die die Frage, ob es so etwas wie eine Seele gibt, weiter befeuert hat. Eine schlüssige Erklärung für Reynolds' Berichte gibt es bis heute nicht. Reynolds hat diesen Eingriff 20 Jahre ohne große Beeinträchtigungen überlebt.

Robert F. Spetzler hieß der Neurochirurg, der sich an diese Operation gewagt hatte. Es war nicht seine erste dieser Art. Als junger Neurochirurg las ich ein Buch über seine Arbeit am Barrow Neurological Institute in Phoenix, *The Healing Blade* hieß es, die heilende Klinge, und ich war absolut fasziniert. Das

liegt nun deutlich mehr als 20 Jahre zurück. Damals gab es weltweit kaum eine Handvoll Ärzte, die diesen Eingriff wagten, und Spetzler war einer der Pioniere. Er hat die meisten Operationen dieser Art durchgeführt – mit den geringsten Todesraten. Spetzler wurde in einem Dorf bei Würzburg geboren und ist im Alter von elf Jahren Anfang der 1950er-Jahre mit seiner Familie in die USA ausgewandert. Er war ein guter Freund meines inzwischen verstorbenen früheren Chefs am Universitätsklinikum Mannheim. Über diesen Kontakt habe auch ich ihn später kennengelernt und einige Male in Phoenix besucht. Dort leitete er lange Zeit die Neurochirurgie am Barrow Neurological Institute, das als eine der weltweit größten Einrichtungen zur Erforschung und Behandlung neurologischer Krankheiten gilt. Mit den Jahren ist er auch für mich ein Freund und Mentor geworden, und wir halten noch immer Kontakt.

Heute werden keine Standstill-Operationen mehr durchgeführt. So hilfreich der Zustand bei der Operation sein mag, so schwierig ist er danach zu beherrschen. Die Aufwärm- und Aufwachphase war jedes Mal ein hochriskantes Vabanquespiel, das oft irreparable Schäden bei den Betroffenen hinterließ.

Wir verfügen in unseren modernen Operationssälen inzwischen über so ausgefeilte bildgebende Verfahren, computergesteuerte Techniken und neue, minimalinvasive Operationstechniken, dass wir ganz andere Möglichkeiten haben und auch ohne völligen Stillstand in Regionen operieren können, die lange als inoperabel galten. Die Suche nach neuen Methoden und das Bangen nach jeder Operation, ob auch keine Folgeschäden bleiben, hat sich freilich nicht geändert. Auch heute noch warten wir Neurochirurgen nach jeder Operation beim Patienten und zählen die zähen Minuten bis zum Erwachen, bis wir prüfen können, ob sie sich noch bewegen und ob sie sprechen können.

Doch was mich vor allem an der Lektüre des Buchs von Robert Spetzler in Aufruhr versetzte, war seine Haltung – sein Mut, nichts unversucht zu lassen, solange für seine Patienten noch der Hauch einer Chance bestand.

Und sein Wille, die Grenzen unseres Wissens ständig zu erweitern, aus jedem Rückschlag zu lernen. Auch wenn ich damals noch nicht im gleichen Umfang nachempfinden konnte wie heute, wie sehr einen jeder Fall mitnimmt, der nicht glücklich ausgeht, der mit schweren Schäden oder gar dem Tod endet, so war mir doch bewusst, dass hier jemand war, der das in Kauf nahm, um vielleicht anderen zu helfen. Diese Haltung wollte ich mir zum Vorbild nehmen, sie prägt mich bis heute.

„Die Neurochirurgie ist ein Pakt zwischen dem Allerschönsten und dem Allerschrecklichsten“, so drückt es der Neurochirurg Aaron A. Cohen-Gadol von der Indiana University School of Medicine aus. Ich werde diesen Satz in diesem Buch noch einige Male zitieren müssen, denn ich werde bewusst auch von Operationen berichten, die nicht zum gewünschten Ergebnis geführt haben, von Patientinnen und Patienten, denen wir nicht helfen konnten, oder solchen, die nach dem Eingriff mit schwersten Beeinträchtigungen zurechtkommen müssen. Manchmal liegen nur ein paar Minuten oder Sekunden zwischen der Freude über eine gelungene Operation und dem Entsetzen, wenn es plötzlich zu einer Nachblutung kommt. Es wird schnellstmöglich nachoperiert, aber der Patient stirbt trotzdem, oder er ist am Ende behindert. Keine noch so große Routine führt je dazu, solche Vorfälle leicht wegzustecken. Sorgen, Ängste und Zweifel sind in unserem Beruf ständige Begleiter.

Doch zugleich ist die Neurochirurgie eben auch der Pakt mit dem Allerschönsten. Die zahlreichen Fälle, in denen es gelingt, Tumore oder gefährliche Gefäßveränderungen zu entfernen oder Betroffenen mit Erkrankungen, die noch vor Kurzem zu komplex erschienen, um operiert zu werden, doch noch ihre Lebensqualität zurückgeben zu können, sind ein Geschenk und zugleich Ansporn für das gesamte neurochirurgische Team. So oft werde ich nach meiner Arbeit gefragt, wie man als Neurochirurg solche Operationen erlebt, aber auch wie man als Mensch mit den Herausforderungen und Niederlagen zurechtkommt, wie sehr einen die Schicksale der Patientinnen und Patienten persönlich

treffen. Anhand ausgewählter Fälle, die jeweils besondere Aspekte berühren, will ich Ihnen in diesem Buch eine Antwort geben.

Und dann ist da noch das menschliche Gehirn selbst, das uns Bewunderung abringt – seine Fragilität und Verletzbarkeit, aber auch seine verblüffende Fähigkeit zu regenerieren. Wer immer zum ersten Mal während einer Operation einen Blick auf das menschliche Gehirn werfen darf, reagiert bei seinem Anblick mit Bewunderung. Das weiß-rosa-grau schimmernde Organ mit seiner komplexen Anatomie bietet ein höchst ästhetisches, völlig unblutiges und friedliches Bild. Unser Gehirn ist das Ergebnis der Evolution von Millionen von Jahren. Hundert Milliarden winziger Zellen, die in ihrer Gesamtheit und in ihrem Zusammenwirken die Schaltzentrale eines Menschen ergeben, das Headquarter seiner Persönlichkeit. In gesundem Zustand sieht das Gehirn bei jedem ähnlich aus, und doch ist es wie ein Fingerabdruck stets einzigartig. Die Strukturen des Gewebes, die feinen und feinsten Gefäße, ihre Verzweigungen, und wie alles zusammenspielt, einen Sinn ergibt. Man empfindet unwillkürlich und jedes Mal neu Respekt vor diesem erhabensten Ergebnis der Schöpfung, das da vor einem pulsiert. Und in einem bin ich mir sicher: Im neurochirurgischen OP-Saal wird man nicht eine Person finden, die diese Begeisterung nicht teilt und es nicht als Privileg empfinden würde, hier arbeiten zu dürfen.

Diese faszinierende Struktur mit all ihren Funktionen, von denen so viele noch nicht ergründet sind, ist unser tägliches Arbeitsfeld, so spannend wie herausfordernd. Sie umfasst, was uns als Menschen ausmacht, das zentrale Nervensystem – das Gehirn und seine „Verlängerung“, das Rückenmark, das periphere Nervensystem, alle Nervenfasern, die sich außerhalb davon netzartig durch den gesamten Körper ziehen. Das eine könnte ohne das andere nicht existieren. Das Nervensystem bestimmt unser Sein und Dasein. Seine Intaktheit ist Voraussetzung dafür, dass wir Arme und Beine bewegen, sprechen und kommunizieren können, emotional, aber doch beherrscht sind, denken, fühlen, Informationen speichern oder vergessen,

lieben und Glück empfinden, oder auch das Gegenteil.

Und damit ist das wichtigste Ziel, das ich mit diesem Buch verfolge, umrissen: die Faszination für all dies weiterzugeben, die Leidenschaft für ein Fach, in dem noch so viele Fragen offen, so viele Zusammenhänge ungeklärt sind, das sich zugleich aber mit einer schier unglaublichen Rasanz weiterentwickelt, mit immer noch eindrucksvolleren Möglichkeiten. Ich möchte von den innovativen technischen Mitteln berichten, die wir heute haben, und möglichst viele Menschen dafür begeistern. Sie werden miterleben, wie Wach-OPs ablaufen und welche Chancen sie bieten, Sie werden die Möglichkeiten der digitalen Neurochirurgie, Operationen in Multifunktions-OP-Sälen mit High-Performance-Teams und vielfältiger Bildunterstützung kennenlernen, Sie werden von seltenen Erkrankungen erfahren, die lange als unherrschbar galten, von Erfolgen und Komplikationen. Und vor welchen Aufgaben und Herausforderungen wir dabei als Forschende, Lehrende und Mentoren in diesem dynamischen Feld stehen. Aber auch, wie die Covid-19-Pandemie sich auf unsere Arbeit und die Operation einer jungen Patientin ausgewirkt hat.

Hirnoperationen sind hochkomplex; man erfährt dabei eine Menge darüber, wie das Gehirn funktioniert, welche Prozesse darin ablaufen. Zahlreiche Wissenschaftler nutzen bei uns im OP-Saal die Chance, ihre Erkenntnisse zu erweitern – in Zukunft wird der OP-Saal zu einem zentralen Ort neurowissenschaftlicher Forschung werden. Viele Menschen interessieren sich dafür, und ich finde, es ist ein Teil unserer Aufgabe, ihnen das verständlich zu erklären.

Und nicht zuletzt gehöre ich zu einer Generation von Neurochirurginnen und Neurochirurgen, die, im Gegensatz zu unseren Vätern, die Rolle des Chirurgen entmystifizieren wollen und zeigen, wie unendlich viel Teamarbeit hinter jeder Hirn-OP steht, wie viele hoch spezialisierte Menschen Hand in Hand arbeiten und wie viel ausgereifte Technik daran beteiligt ist. Manche sagen, die Neurochirurgie sei

das Wunder der Medizin. Das stimmt genauso wenig, wie einzelne Neurochirurgen Zauberer sind. Oder um es mit den Worten des Neurochirurgen Karl Schaller von den Hôpitaux Universitaires de Genève zu sagen: „Auch wenn das neurochirurgische Zielorgan noch immer etwas Geheimnisvolles an sich haben mag: Die Arbeit daran und darum herum folgt den Gesetzen der Physik und nicht der Aura des Chirurgen. Dass Letztere einen Einfluss auf das Verhältnis zu den Patienten und den Heilungsverlauf haben mag, ist wiederum unbestritten und macht einen guten Teil des ärztlichen Erfolges und der Freude daran aus, diesen Beruf ausüben zu dürfen.“

Wir sind in einer Spezialdisziplin unterwegs, die von allen medizinischen Disziplinen wahrscheinlich am stärksten auf modernster Technologie basiert und durchweg von hoch qualifiziertem Personal betrieben wird, und ja, Mikrochirurgie bedarf absoluter Präzision. Aber das zeichnet nicht uns allein aus. Letztlich sind wir Handwerker. Vielleicht kann man die Arbeit der Neurochirurgie aber auch gut mit der von Tänzern vergleichen, denn auch da kommen mehrere Dinge zusammen: Tänzer müssen nicht nur körperlich fit sein und die komplette Choreografie im Kopf haben, sie müssen die einzelnen Sprünge und Figuren wieder und wieder und wieder üben, allein sowie im Zusammenspiel mit der Musik und den Partnern auf der Bühne. Tänzer müssen mit absoluter Präzision arbeiten, und sie müssen einander vertrauen können und dabei ständig auf die Musik und das Orchester achten. Auch Tänzer treibt der Wille zur Perfektion an, die unbedingte Liebe zu ihrer Kunst und das Gefühl einer Verantwortung, das persönliche Talent zu seiner vollen Entfaltung zu bringen, um Menschen damit zu beglücken. Aus alldem speist sich die nicht nachlassende Energie, täglich stundenlang zu üben und sich nicht zufriedenzugeben, solange es nicht perfekt ist – und das ist es nie.

Eine solche Liebe zu ihrem Fach, die Faszination des menschlichen Gehirns mit seinen grandiosen Fähigkeiten, treibt auch Neurochirurginnen und -chirurgen und neurochirurgische Teams an. Vor allem anderen aber

wollen sie sich der Verantwortung nicht entziehen, mit ihren spezifischen Fähigkeiten Leben retten zu können.

Ich persönlich glaube, dass es einiger vielleicht altmodisch anmutender Tugenden bedarf, um ein guter Neurochirurg zu sein; Starallüren passen da sicher nicht dazu. Für mich sind Demut und Verantwortungsbewusstsein, Dankbarkeit und Vertrauen, Verlässlichkeit und Ehrlichkeit, Disziplin, Durchhaltevermögen und wissenschaftliche Neugier das Fundament, auf dem unsere Arbeit aufbaut.

Die Behandlung all dieser Patienten mit ihren individuellen Krankheitsgeschichten und Lebensumständen ist aber auch mit einem hohen Maß an Emotionalität verbunden. Viele Menschen fragen sich, was in den Köpfen von Neurochirurginnen und Neurochirurgen vorgeht, wenn sie sich den Herausforderungen stellen oder Fehlschläge verarbeiten müssen. Hier in diesem Buch kann ich nur für mich sprechen. Ich bin mir aber sicher, dass sich viele, die sich diesen Aufgaben täglich stellen, wiedererkennen werden und ähnliche Emotionen kennen. Eine ganze Reihe von Kollegen aus aller Welt, die ich um ihr Statement gebeten habe, werden in diesem Buch zu Wort kommen, diese Aspekte untermauern und zeigen, wie eng wir über sämtliche Grenzen hinweg zusammenarbeiten, voneinander lernen und uns gegenseitig über die neuesten Entwicklungen informieren.

Aber auch die so schwierigen wie spannenden ethischen Fragen, die sich stellen, wenn man im Gehirn operiert, möchte ich in diesem Buch zumindest anklingen lassen. Ich will nicht pathetisch wirken, aber es sind nun einmal Fragen, die an unser Menschsein als solches rühren.

Sollte sich jemand erhoffen, ich würde die Frage beantworten, ob die Seele im Gehirn zu finden ist – und falls ja, wo dort –, dann muss ich ihn enttäuschen. Daran haben sich bereits etliche Wissenschaftler und Philosophen abgearbeitet, ohne den letzten Beweis zu erbringen. Ich glaube, dass jeder Mensch eine Seele hat. Und ich glaube, dass sie im

Gehirn sitzt. Sie macht unsere Identität aus, auch wenn es schwierig ist, sie zu definieren. Wir wissen nicht, was mit ihr geschieht, wenn das Gehirn nicht mehr funktioniert. Für Operationen wäre es überaus interessant zu erfahren, wo man die Seele finden kann,

ob sie sich überhaupt irgendwo lokalisieren lässt. Mein Gefühl sagt mir, dass Seele am ehesten mit Emotionalität zu tun hat. Dann wäre sie im limbischen System zu verorten, dem entwicklungsgeschichtlich ältesten Teil des Gehirns, dort, wo unter anderem Lust,

Antrieb und unsere Triebe ihren Ursprungsort haben. Wer weiß. Die Suche geht weiter ...

Mehr lesen Sie im Buch ...



ZUM BUCH



Kopfarbeit – Ein Gehirnchirurg über den schmalen Grat zwischen Leben und Tod

Peter Vajkoczy (Autor), in Zusammenarbeit mit Gisela Fichtl

Hardcover, 272 Seiten, 2022

Droemer (Verlag)

ISBN: 978-3-426-27814-7

[Beim Verlag bestellen...](#)

TachoSil[®] SEALANT MATRIX



EVERYDAY HERO

Das Zeug zum
echten Helden.

Weitere Infos >>

 corzamedical

TachoSil[®]
Blutstillung und
Versiegelung
in einem.



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 Gewebeversiegelung und zur Nahtsicherung in der Gefäßchirurgie, wenn Standardtechniken insuffizient sind, sowie zur unterstützenden Versiegelung der Dura mater, um postoperative Liquorlecks nach neurochirurgischen Eingriffen zu vermeiden. **Gegenanzeigen:** Intravasculäre Anwendung, Überempfindlichkeit gegen die Wirkstoffe oder einen der sonstigen Bestandteile. **Nebenwirkungen (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.

corza.com